

T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

**PSİKİYATRİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN MANEVİYAT
DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

YAĞMUR ZARARSIZ

TEMMUZ 2022

T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

**PSİKİYATRİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN MANEVİYAT
DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

TEZ SAHİBİ
YAĞMUR ZARARSIZ

DANIŞMAN
PROF. DR. AYŞE OKANLI

TEMMUZ 2022

İMZA SAYFASI

Yağmur Zararsız tarafından hazırlanan ‘Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Maneviyat Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki’ başlıklı bu yüksek lisans tezi Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalında hazırlanmış ve jürimiz tarafından kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

[Prof. Dr. Ayşe OKANLI]

Kurumu: İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Üyeler:

[Doç. Dr. Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR]

Kurumu: İstanbul Medeniyet Üniversitesi

[Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ]

Kurumu: Atatürk Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 20 / 07 / 2022



BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim.

YAĞMUR ZARARSIZ

Danışmanlığını yaptığım iş bu tezin tamamen öğrencinin çalışması olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı taahhüt ederim.

PROF DR. AYŞE OKANLI

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgi ve tecrübesiyle bana destek olan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ayşe OKANLI'ya,

Bu günlere ulaşmamda üzerimde çokça emekleri olan tüm hocalarıma,

Hayatım boyunca her daim elimi tutan en büyük destekçim canım annem Gülten Akdeniz'e, kardeşim Nur'a ve ablam Neslihan'a,

Üniversite hayatına birlikte adım attığımız ve sonrasında da yollarımızın devam ettiği lisans yıllarımdan beri hep yanımda olan, beni destekleyen, hayatta attığım her adımda yanımda olan sevgili can dostlarım Selma Bayrak ve Çağla Ünal'a,

Bu tezi yazmam için benimle her türlü akademik bilgilerini paylaşan beni motive eden canım arkadaşım Betül Özbek'e,

Mutlu bir eş ve anne olabilmem için çabalayan ve eğitim hayatımda da her daim destek olan, yolumu kolaylaştıran can yoldaşım değerli eşim Şevki Zararsız' a teşekkürlerimi sunarım.

YAĞMUR ZARARSIZ

HAZİRAN 2022

ÖZET

PSİKİYATRİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN MANEVİYAT DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

ZARARSIZ, YAĞMUR

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez yöneticisi: Prof. Dr. Ayşe OKANLI

HAZİRAN 2022, 81 sayfa

Bu araştırma, psikiyatri hastalarına bakım verenlerin maneviyat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma nicel araştırma modeli olarak tanımlayıcı ve ilişkisel olarak tasarlanmıştır. Çalışma, 1 Mart 2020-1 Haziran 2020 tarihleri arasında İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde psikiyatri polikliniklerinde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 166 bakım verenler oluşturmuştur. Araştırmada katılımcıların maneviyat düzeylerini ölçmek amacıyla “Maneviyat Ölçeği (MÖ)”, stresle başa çıkma tarzlarını ölçmek amacıyla “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)” kullanılmıştır. Çalışma verileri SPSS 25.0 ile analiz edilmiştir. Bağımlı değişkenlerin birbiriyle ilişkisini belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin MÖ'den aldıkları puan ortalaması (Ort.=106,6±17,7), SBÇTÖ'den aldıkları puan ortalaması ise (Ort.= 52,4±8,7) bulunmuştur. Bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzlarından en sık kendine güvenli yaklaşıma, en az sosyal desteğe başvurmuştur. Katılımcıların MÖ alt boyutlarından olan manevi başa çıkma, aşkınlık, manevi yaşantı, anlam arayışı, bağlantı ve tabiata uyum alt boyutlarıyla SBÇTÖ toplam puanı arasında pozitif yönden anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.05). SBÇTÖ alt boyutlarından olan iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşım boyutlarıyla MÖ toplam puanı arasında pozitif yönden anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.05). Ayrıca, maneviyat toplam puanı ile stresle başa çıkma toplam puanı arasında pozitif yönden anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri hemşireliği, Bakım Verenler, Maneviyat, Stresle Başa Çıkma

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SPIRITUALITY LEVELS AND STYLES OF COPING WITH STRESS OF CAREGIVERS OF PSYCHIATRIC PATIENTS

ZARARSIZ YAĞMUR

Masters Thesis in Department of Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Ayşe OKANLI

JUNE 2022, 81 pages

This research was carried out to examine the relationship between the spirituality levels of caregivers of psychiatric patients and their styles of coping with stress. The research was designed as a quantitative research model as descriptive and relational. The study was carried out by Istanbul Bakırköy Prof. Dr. It was carried out in the psychiatry polyclinics of Mazhar Osman Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital. The sample of the study consists of 166 caregivers who agreed to participate in the study. In the study, the "Spiritual Scale" was used to measure the spirituality levels of the participants, and the "Stress Coping Styles Scale" was used to measure the styles of coping with stress. Study data were analyzed with SPSS 25.0 package program. Correlation analysis was performed to determine the relationship between dependent variables.

The mean score of the caregivers participating in the study in SS (Mean=106.6±17.7) and the mean score in SCSS (Mean= 52.4±8.7) were found. Among the stress coping styles of caregivers, they most frequently resort to self-confident approach and least to social support. It was found that there was a positive and significant correlation between the participants' sub-dimensions of SS, which are spiritual coping, transcendence, spiritual experience, search for meaning, connection and adaptation to nature, and the total score of SCSS ($p<0.05$). It was found that there is a positive and significant relationship between the optimistic approach, self-confident approach and approach to seeking social support, which are the sub-dimensions of SCSS, and the total score of SS ($p<0.05$). In addition, a positive and significant relationship was found between the total spirituality score and the total score on coping with stress ($p<0.05$).

Keywords: Psychiatric Nurse, Caregivers, Spirituality, Coping with Stress

İTHAF



Ben bu hayatta en çok anne olmayı sevdim.

Kızım Damla'ya ithafen.

İÇİNDEKİLER

İMZA SAYFASI	i
BİLDİRİM	iv
ÖNSÖZ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	v
İTHAF	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	9
İMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	10
BÖLÜM I. GİRİŞ	11
1.1. PROBLEM/ AMAÇ	11
1.2. ÖNEM	12
1.3. ARAŞTIRMA SORULARI	14
BÖLÜM II. GENEL BİLİLER	15
2.1. PSİKİYATRİ HASTASI VE AİLESİ	15
2.2. BAKIM VERME KAVRAMI	16
2.2.1. Bakım Yüğü	21
2.2.2. Psikiyatrik Hastalara Bakım Verenlerin Genel Özellikleri	23
2.3. MANEVİYAT KAVRAMI	25
2.3.1. Psikiyatri Hemşireliğinde Maneviyat	28
2.4. STRES KAVRAMI	29
2.5. STRES KAYNAKLARI	30
2.5.1. İçsel Kaynaklar	30
2.5.2. Dışsal Kaynaklar	30
2.6. STRESİN BELİRTİLERİ	31

2.7. STRESİN YOL AÇTIĞI SORUNLAR VE STRESLE BAŞ ETME	31
2.8. STRESLE BAŞ ETMEDE HEMŞİRELERİN ROLÜ	34
BÖLÜM III. YÖNTEM	35
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	35
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	35
3.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	35
3.3.1. Sosyodemografik Özellikler Formu	35
3.3.2. Maneviyat Ölçeği	36
3.3.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	37
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI	38
3.5. VERİLERİN ANALİZİ	39
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	39
3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	39
BÖLÜM IV. BULGULAR	40
BÖLÜM V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	49
5.1. TARTIŞMA	49
5.2. SONUÇ	54
5.3. ÖNERİLER	55
KAYNAKÇA	52
EKLER	67
Ek-1. Etik Kurul Onayı	67
Ek-2. Ölçek Kullanım İzni	69
Ek-3. Gönüllü Onam Formu	70
Ek-4. Anket Formu	72
Ek-5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	75
Ek-6. Maneviyat Ölçeği	76
Ek.7 İntihal Raporu	77
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİSİ	78

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Ölçek ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Kat Sayıları	37
Tablo 2. Ölçek ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Kat Sayıları	38
Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayıları	39
Tablo 4. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	41
Tablo 5. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri	42
Tablo 6. Bakım Verenlere Ait Özellikler	42
Tablo 7. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı	43
Tablo 8. Bakım Verenlerin Maneviyat Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı	43
Tablo 9. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile Maneviyat Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki	45

İMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

MÖ:	Maneviyat Ölçeği
SBTÖ:	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
WHO:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
P:	Anlamlılık Düzeyi
Max:	Maximum
Min.:	Minimum
Ort:	Ortalama
r_s:	Spearman Korelasyon Kat Sayısı

BÖLÜM I. GİRİŞ

1.1. PROBLEM/ AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık kavramını hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (WHO, 2022). Bir bireyin sağlıklı olarak tanımlanabilmesi için fiziksel olarak sağlıklı olmasının yanında ruhsal olarak da sağlıklı olmasını dikkate almamız gereklidir. Ruh sağlığı; bireyin kendi potansiyelinin farkında olarak, günlük hayatın stresıyla başa çıkabilen, verimli bir şekilde çalışıp üretken olarak içinde bulunduğu topluma katkı sağlayabilen genel iyi durumda bulunma halidir. Ruhsal bozukluklar; insanın duygu, düşünce ve davranışlarında olağandışı sapmaların, aykırılıkların bulunması olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Dünya genelinde; her dört bireyden biri tüm yaşamı boyunca bir veya daha fazla sayıda ruhsal ve davranışsal sorun yaşamaktadır. Yeti kaybı ve erken yaşta ölüme en sık neden olan 10 hastalık arasından 5'ini psikiyatrik hastalıklar oluşturmaktadır (Gültekin, 2010). Ayrıca psikotik bozukluğu olan hastalar, ülkemizde tedavi merkezlerinde yatarak tedavi edilen hastaların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bu hastalıkların doğası gereği algıda, düşüncede ve bunlara bağlı olarak davranışta gelişen anormallikler kişinin ve ailesinin yaşamını büyük ölçüde etkilemektedir (Delibaş ve Çam, 2018).

Aile, çevresinden etkilenen ve çevresini etkileyen başlı başına bir sistemdir. Bununla beraber eş, kardeş, ebeveyn-çocuk gibi birçok alt sistemi de bünyesinde barındırmaktadır. Bakıma ihtiyaç duyan bireye aile içinde bakım verilmesi de aile sistemine etki eden bir durumdur. Dolayısıyla yalnızca bakım veren birey değil, diğer aile üyeleri de bakım vermeden etkilenmektedir. Çünkü bakım veren birey, sürekli bakım verme eylemi ile meşgul olmakta ve aile üyelerine daha az vakit ayırmak durumunda kalabilmekte, bu yüzden eşler veya diğer aile üyeleri arasında ilişkiyel problemler yaşanabilmektedir (Öztop ve ark., 2008; Ekici, 2019; Özdemir ve Şenol, 2019; Kulu ve Özsoy, 2020).

Bakım verme, kişinin bakım sunmayla ilgili sorumlulukları arttıkça, hastayla bakım

veren arasında tek yönlü, zorlayıcı ve uzun süreli bir zorunluluk haline dönüşen ilişki şeklini alabilmektedir. Bu durum bakım veren kişiler tarafından ‘yük’ olarak algılanabilir. Bakım veren yükü; kişinin bakım sunarken hissettiği psikososyal, ekonomik ve fiziksel kısıtlanmaları ifade etmek amacıyla kullanılır. Kişi bakım verme sürecinde zorlandığı bir boyuta ulaştığı zaman umutsuzluk, çaresizlik, yetersizlik ve suçluluk gibi duygular yaşayabilmektedir (Zarit et al., 1980).

Manevi gereksinimler tüm bireyler için önemli ve temeldir. Bireyler bu gereksinimlerini başkaları ile olan ilişkileri yoluyla ya da üstün güç ile olan bağılıkları ile karşılamaktadır. Her bireyi motive eden ve iç huzurunu sağlayan güç farklı olabilir. Dini bir inancı olsun ya da olmasın bireyin içinde hissettiği güç onun manevi yönelimleridir (Uçar, 2017).

Bakımın genellikle fiziksel sağlığa daha az ve sağlığın diğer yönlerine (zihinsel, duygusal, sosyal) daha fazla odaklandığı psikiyatri hemşireliğinde, manevi bakımla ilgili çalışmalar, hastaların bu bakımı almaya ne kadar açık olduğuna ve hemşirelerin ne kadar rahat olduklarına odaklanmıştır. Ancak psikiyatri hemşireliği için maneviyat kavramını neyin oluşturduğuna dair net bir açıklama yapılmamıştır (Clark ve Emerson, 2021).

“Uygulamanın Kapsamı ve Standartları: Psikiyatrik Ruh Sağlığı Hemşireliği” (2014); ana hatlarında belirtildiği gibi, psikiyatri hemşireliğinde hastaların manevi ihtiyaçlarının desteklenmesi zorunludur. Psikiyatri hemşireleri, hastaların manevi kaygılarını değerlendirmek, tanılamak ve tedavi etmek için hemşirelik sürecini kullanır ve böylece ideal olarak manevi ihtiyaçları bireyselleştirilmiş bakım planlarına entegre eder. Ruhsal alanı dahil ederek, sağlığın fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal alanları arasındaki karşılıklı bağlantıyı fark eder (Dziwota et al., 2016).

Psikiyatri hastalarına bakım verenlerde ruh sağlığında bozulmanın diğer bir belirleyicisinin yaşanan stres karşısında bakım verenin kullandığı başetme yöntemi olduğu belirtilmektedir. Çalışmalarda etkili başetme yöntemlerinin kullanımı daha iyi ruhsal sağlıkla ilişkilendirilmektedir (Wong, 2000; Seltzer et al., 2004).

Hemşire bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirerek kişilerin yeni durumlara uyum sağlamalarına yardımcı olabilir, bireylerin davranışlarını uyumlu yanıt

dönüştürebilir (Şişman ve Kutlu, 2016). Hemşire; hasta ve ailenin başa çıkma becerilerini geliştirerek onların hastalığa ve hastalığın getirdiği yaşam değişikliklerine uyumlarını arttırmalıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013). Hemşirelerin bakım verenlerin eğitim gereksinimlerini karşılayacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerini organize etmeleri, gerekli durumlarda evde bakım hizmetinden faydalanmaları konusunda yönlendirmeleri bakım veren bireylerde stresi azaltıp daha iyi bakım vermelerini sağlayabilir (Taşdelen ve Ateş, 2012).

Mevcut literatür tarandığında ülkemizde psikiyatri hastalarının bakım verenleriyle olan tanımlayıcı ve niteliksel çalışmaların olduğu ancak maneviyat ve baş etmeye yönelik çalışmaya az rastlanılmıştır. Bu araştırmanın amacı, psikiyatri hastalarına bakım verenlerin maneviyat düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

1.2. ÖNEM

Türkiye’de süregelen ruhsal hastalığa sahip kişilerin takipleri ve tedavileri çoğunlukla bakımevi, hastane gibi kurumlarda değil ailelerinin evinde ya da kendi evlerinde sürdürülmektedir. Bu nedenle aileler hastalarının çok çeşitli ihtiyaçlarını ömür boyu karşılama ve sorunlarını çözme gerçeğiyle yüzleşmek durumundadırlar (Ak vd., 2012). Ülkemizde aileler bilhassa tıbbi tedavi konusunda desteklenmemekte genellikle hastalık semptomlarıyla ilgili bir eğitim ve kuruluş desteği almamaktadır. Bu durum yakınının bakımını üstlenen aile üyesinde tükenmişlik oluşturabilmektedir (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Yapılan araştırmalarda uzun seyirli ve şiddetli psikiyatrik bozukluklarda yüksek bakım veren yükü olduğu ve bunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Wong et al., 2012). Yıldırım vd. (2013) bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştığı zorluklarla etkili başa çıkma çıkabilmesinde ailelerin hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmasına, ailenin var olan yüklerine ve öz yeterliliklerinin belirlenmesi ve bu durumların değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedirler.

Bakım verenlerin ve hastaların ruhsal iyilik hallerini koruyucu desteklerin

artırılması, bilgilendirme çalışmaları ve tedavi planının içine aileleri de dâhil etme gerekliliği sağlık çalışanlarının ilgi odağında olmalıdır. Bu hastaların tedavisinden daha iyi sonuçlar alabilmek için, bakım verenlere, ailelere yönelik psikososyal çalışmaların; hastalarla ilgili de rehabilitasyon uygulamalarının artırılması bakım verenin yükünü azaltmada ve yükün getirdiği problemlerle baş etmede önemli bir etken olabilir (Arslantaş ve Adana, 2011). Çetin vd. (2013)'nin çalışmasında ruh sağlığı ve hastalıkları profesyonellerinin şizofren hastasına bakım veren aile ve üyelerine ihtiyaç duydukları eğitim, danışmanlık ve yardım hizmetinin verilmesi gerektiği sonucuna ulaşmışlardır. Aynı zamanda ruh sağlığı ve hastalıkları profesyonelleri sunacakları bakım ile zorluklarla karşılaşan aile üyelerinin çabasını destekleyerek onlara faydalı olabilecekleri bildirilmiştir.

Psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında hastanın biyo-psiko-sosyal olarak bir bütün içinde ele alınması ve hastayla birlikte aile üyelerine de eğitim ve danışmanlık verilmesi yer almaktadır (Resmi Gazete, 2014). Bakımın genellikle fiziksel sağlığa daha az ve sağlığın diğer yönlerine (zihinsel, duygusal, sosyal) daha fazla odaklandığı psikiyatri hemşireliğinde, manevi bakımla ilgili çalışmalar, hastaların bu bakımı almaya ne kadar açık olduğuna ve hemşirelerin ne kadar rahat olduklarına odaklanmıştır. Ancak psikiyatri hemşireliği için maneviyat kavramını neyin oluşturduğuna dair net bir açıklama yapılmamıştır (Clark ve Emerson, 2021).

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmanın soruları şunlardır:

- Bakım verenlerin maneviyat düzeyleri nedir?
- Bakım verenler stresle başa çıkmada hangi tarzları kullanmaktadır?
- Bakım verenlerin Maneviyat Ölçeğinden ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinden alınan puanlar arasında ilişki var mıdır?

BÖLÜM II. GENEL BİLGİLER

2.1. PSİKIYATRİ HASTASI VE AİLESİ

Psikiyatrik hastalıklar sadece bireyi değil ailesini de etkileyen ve ömür boyu süren hastalıklardır. Psikiyatri hastalarının geleneksel kurumsal bakımdan toplumsal bakıma geçişine uzanan süreçte primer bakım verenler psikiyatrik hastalığa sahip yetişkinler için en önemli bakım verenler haline gelmiştir (Solomon, 1996). Hastalığın kronik seyirinin ve işlevsellik kayıplarının hastaların bu sıkıntılı süreçlerinde yanında bulunan aile fertlerine önemli boyutta yük getirdiği bilinmektedir (Pompili et al., 2014). Hastalığın ortaya çıkışı ve seyirinde çevresel etkenlerin etkili olduğu kabul görmüş bir gerçektir. Ancak hastalığın ileri safhalarında psikososyal etkenlerin varlığı ile nöbetlerin başlangıcı arasında yeterli ilişki kurulmasa da özellikle ilk nöbetlerde psikososyal faktörlerin ve stresli yaşam olaylarının tetikleyici bir rol oynadığı düşünülmektedir (Güleç ve Köroğlu, 2007).

Yapılan araştırmalarda uzun seyirli ve şiddetli psikiyatrik bozukluklarda yüksek bakım veren yükü olduğu ve bunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Wong et al., 2012). Bakım verme ile ilgili daha fazla stres yaşayan kişilerin, daha sıklıkla fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları bildirdikleri bilinmektedir. Ayrıca bakım vericilerin yakınlarına bakmanın sonucunda aralarındaki güçlü ilişki bağlarında kopma, kızgınlık duyma, öfke, utanç, hayal kırıklığı, damgalanma, üzüntü ve suçluluk gibi duyguları yaşadıkları belirtilmiştir (Nijboer et al., 2001). Bakım veren yükünün hastalığın klinik özelliklerinden de etkilendiği göz önüne alınacak olunursa hastalık ve klinik özellikleri, bakım verenin yükü ve hastalığın gidişatı adeta bir döngü şeklinde birbirini etkilemektedir (Wong et al., 2012).

Bakım verme, kişinin bakım sunmayla ilgili sorumlulukları arttıkça, hastayla bakım veren arasında tek yönlü, zorlayıcı ve uzun süreli bir zorunluluk haline dönüşen ilişki şeklini alabilmektedir. Bu durum bakım veren kişiler tarafından ‘yük’ olarak algılanabilir. Bakım sunarken yaşanan psikososyal, fiziksel ve ekonomik kısıtlanmaları belirtmek amacıyla kullanılan bakım veren yükü terimi; kişinin idare

sürecinde zorlandığı bir evreye ulaştığında yetersizlik, umutsuzluk, çaresizlik ve suçluluk gibi duyguların yaşanmasına sebep olabilir (Zarit et al., 1980).

2.2. BAKIM VERME KAVRAMI

Yaşlılık, engellilik ve kronik hastalık gibi durumlar bireyin temel ihtiyaçlarını tek başına karşılayamamasına ve bir başkasının bakımına ihtiyaç duymasına neden olabilmektedir. Bu bakım ihtiyacı da kimi zaman kurumlarda kimi zaman bireyin evinde karşılanmaktadır. Evde gerçekleştirilen bakımda; profesyonel meslek elemanlarının bakımı formal bakım, bireyin yakın çevresinin bakımı da informal bakım olarak adlandırılmaktadır (Jegermalm, 2005).

Bakım, Türkçe sözlükte üç farklı anlamda yer almaktadır. Bunlardan biri, bir şeyin gelişmesi ya da iyi bir durumda kalması için verilen emek tanımıdır. Burada bakımın “emek” olarak nitelendirilmesi, hiç şüphesiz insani bir değer taşımaktadır. Dolayısıyla bakım hem emeğe hem de emek verilen işe/kişiye özel bir anlam atfetmektedir (Dinç, 2010). Bakıma ihtiyaç duyma ise terim anlamıyla, bireyin tek başına günlük yaşam pratiklerini yerine getirememesi, ihtiyaçlarını karşılayamaması, kişisel temizliğini yapamaması ve bir başkasının desteğine ihtiyaç duyması halidir (Karaca ve ark., 2016; Öztürk ve ark., 2017). Bu ihtiyacı karşılayan kişi bakım veren olarak isimlendirilmektedir (Ekici, 2019). Bireylerin bakıma ihtiyaç duyma nedenleri arasında birçok etken yer almaktadır. Yaşlılık, engellilik, kronik hastalıklar gibi durumlar bu etkenlere örnek gösterilebilir (Özkurt, 2019). Bunlar içinde yaşlılık, yaşam döngüsü içerisinde yer alan bir aşamadır. Bu aşamada bireyler biyolojik, psikolojik ve fiziksel gerileme yaşamaktadır. Söz konusu gerilemelerden dolayı bireylerin günlük aktivitelerini yerine getirmeleri zorlaşmakta ve hatta imkansız hale gelebilmektedir (Sağlam ve ark., 2016). Bir diğer etken olan engellilik, kişinin yeti yitimi yaşaması, buna bağlı olarak temel ihtiyaçlarını giderememesi ve işlevlerinde kısıtlama meydana gelmesidir. Doğum öncesi veya sonrası bazı nedenlere bağlı olarak oluşan engellilik hali, bireyin bedensel ya da ruhsal ihtiyaçlarını tek başına gidermesini zorlaştırmaktadır (Küçükali, 2015). Kronik hastalıklar ise bireyin yaşamında kalıcı

hasar bırakan, tedavisi olmayan ve uzun süreli bakım ve destek gerektiren hastalıklardır. Alzheimer, kanser, kalp hastalıkları gibi hastalıklar bu duruma örnek olmaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013; Ateş, 2019). Bakıma ihtiyaç duyan yaşlı, engelli veya hasta bireylerin bakımı kurumlarda veya evlerde bakım verenler tarafından sağlanmaktadır. Söz konusu kişilerin; aileleri üzerinde yük oluşturacağını düşünmeleri, özel hayatlarına ailelerinin dahil olmasını istememeleri, bakacak kimselerinin olmaması ve daha birçok sebepten dolayı kurum bakımı tercih edilebilmekte veya zorunlu bir seçenek halini alabilmektedir (Jegermalm, 2005; Ardahan, 2010). Kurum bakımına alternatif olarak evlerinden ayrılmak ve sosyal çevresini değiştirmek istemeyen bireyler için ise evde bakım hizmeti sunulmaktadır (Öztop ve ark., 2008).

Seyyar ve Genç (2010) evde bakımı; bakıma ihtiyaç duyan yaşlılara, fiziksel, ruhsal ve zihinsel engellilere yahut akut/kronik hastalığı olan bireylere yaşadıkları evde, aile üyeleri veya profesyonel meslek elemanları tarafından sunulan hizmetlerin bütünü olarak tanımlamışlardır. Evde bakım hizmeti milattan önceki dönemden beri yaşamın doğal akışı içinde gerçekleşen hizmetlerden birisidir. Öyle ki ilk evde bakım hizmetinin, doğumla birlikte başladığı belirtilmektedir (Aksoy ve ark., 2015; Ardahan ve Arabacı, 2017).

Evde formal bakım, profesyonel ekip tarafından verilmekte ve biyopsikososyal bakımın tamamını kapsamaktadır (Karakaş, 2017). Söz konusu ekipte yalnızca sağlık çalışanları değil, birçok farklı meslek dalından uzman kişiler yer almaktadır (Çifçili, 2018). Bunların arasında; doktor, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, konuşma terapisti, fizyoterapist, eczacı ve ev ekonomisti gibi farklı dallara mensup meslek elemanları bulunmaktadır (Yılmaz ve Şara, 2014). Ekibin uyumlu ve organize bir şekilde çalışması sonucunda bakıma ihtiyaç duyan bireyin tüm sağlık ve sosyal ihtiyaçları karşılanmaktadır (Altuntaş ve ark., 2010).

İnformal bakım, bireyin ihtiyaçlarının uzun süre boyunca yakın çevresindeki kişiler tarafından ev ortamında karşılanmasıdır (Ekwall ve ark., 2004). İnformal bakıma devlet düzeyindeki ilgi, refah devleti hizmetleri risk altında olduğunda ve bu nedenle hangi hizmetlerin nasıl sunulacağını tartışılması sonucunda artmıştır (Jegermalm, 2005). Bireylerin ilgisi ise toplumun sosyokültürel yapısına ve daha birçok etkene göre

informal bakım modeline yönelmektedir. Özellikle ailelerin bu konu karşısındaki tutumu ve işlevlerini yerine getirme düzeyleri karar verme mekanizmalarını etkilemektedir (Bonsang, 2008). Bu bakım türü, gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülmektedir. Bu ülkelerde aile ve toplum, bakıma ihtiyaç duyan bireyin gereksinimlerini karşılamak ve tedavisini gerçekleştirmek üzere çeşitli roller üstlenmektedirler (Toker ve ark., 2019). Bunun yanı sıra Avrupa dahil, dünyanın birçok yerinde informal bakıma doğru bir yöneliş söz konusudur (Leitner, 2003; Kalıncara ve Kalaycı, 2017). Türkiye’de de bu bakım modeli yaygınlaşmakta ve doğal bir bakım şekli olarak kabul edilmektedir. Bu modelle engellinin/yaşlının/hastanın çevresi ile iletişimini devam ettirmesi, yaşamını alıştığı ev ortamında yakınları ile birlikte sürdürmesi, sosyalleşmesinin sağlanması ve devletin kurum bakım maliyetlerinin azaltılması amaçlanmaktadır (Zaybak ve ark., 2012; Tamer, 2017). Nitekim bu amaçlara kısmen ulaşılmıştır. Evde bakım modeli sayesinde kurum bakımı modellerinde belirgin bir maliyet azalımı sağlanmıştır (Schulz ve Beach, 1999). Yaşlı/engelli/hasta bireylerin bakımlarının aile tarafından karşılanması çoğu zaman bakım verilen için önemli bir destek kaynağıdır (Duyan, 2019). Bunlarla beraber yaşlı/engelli/hasta bireylerin bakımını aile üyelerinin üstlenmesi sayesinde hastalık geçmişi hakkında daha fazla bilgi edinilmekte ve semptomlar en aza inmektedir. Bu durumda aile üyelerinin arasındaki olumlu duygusal bağ etkilidir (Kramer ve ark., 2006; Harris ve ark., 2010; Claxton, 2015).

Evde bakımda yaşlının/engellinin/hastanın bakımında esas sorumluluk üstlenen ve bireyin ihtiyaçlarının büyük bir kısmını tek başına karşılayan kişiye birincil bakım veren denilmektedir. Birincil bakım vereni maddi, manevi, sosyal ve fiziksel açıdan destekleyerek onun yükünü azaltmaya çalışan kişiye ise ikincil bakım veren denilmektedir. Dolayısıyla bakım verme eyleminde kimi zaman birden fazla bakım veren söz konusu olabilmektedir (Erdem, 2004). Kimi ailelerde ise tek kişi bakımın tüm sorumluluğunu üstlenmekte, bireyin her ihtiyacını hiçbir sosyal destekten faydalanmadan tek başına karşılamaktadır (Öztürk ve ark., 2017). Özellikle günümüzde kadınların otuzlu yaşlarında evlenmesi ve çocuk doğurma yaşlarının gecikmesine bağlı olarak az veya tek çocuk doğurmalarının yaygınlaşması, bu ailelerde evde bakım modeli tercih edildiği takdirde bakım rolünü tek bir çocuğun

üstlenmesine neden olmaktadır (Adak, 2003). Ayrıca hiç evlenmeme, aile yapısının küçülmesi ve boşanma oranların artması da bakıma ihtiyaç duyan bireylere evde bakım hizmetinin tek bakım veren tarafından sunulmasına zemin hazırlamaktadır (Jegermalm, 2005; Özkurt, 2019).

Bakım verenin sosyal destek sisteminden herhangi bir yardım almadan bakım verme eylemini yerine getirmesi oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Çünkü primer bakım verenin hissettiği streste ve olumsuz duygularda aile önemli bir rol oynamaktadır (Mitrani ve ark., 2005). Öyle ki yaşlınin/engellinin/hastanın bakım ihtiyacını evde karşılamaya çalışan ailelerin birlik ve beraberliği tehlikeye girmektedir. Söz konusu durumda özellikle evlilik birlikteliği ile kurulan ailelerde yaşanan ilişkisel ve ekonomik sorunlar neticesinde eşler tartışma içine girebilir, hatta evliliklerini sonlandırabilir, ailedeki çocuk ise bunlara şahit olması nedeniyle olumsuz etkilenebilir (Öztop ve ark., 2008). Bu ailelerde eşlerin her ikisinin çalışması ve ailede bakıma ihtiyaç duyan bireyin ihtiyaçlarının onlar tarafından karşılanması da problemlerin çözülememesine ve büyümesine neden olabilmektedir. Dolayısıyla hem iş yaşamında olmanın hem de bakım ihtiyacını karşılamamanın, birbiri ile çatışan iki alana işaret ettiğini söylemek mümkündür (Leitner, 2003). Buradaki esas dikkat edilmesi gereken nokta aile üyelerinin iş yaşamına dahil olup olmaması değildir. Önemli olan bakım verme deneyiminin ailelere nasıl etki ettiği ve bu etki doğrultusunda neler yapılabileceğidir. Çünkü bakım veren aile üyelerinin aile içindeki rolleri değişime uğramış ve onlar kendilerini bakım vermeye adanmışlardır. İş yaşamı öyküsü olmasa da tüm ailelerde aynı olumsuzluklar görülebilmektedir (Sweeting, 1991; Deeken ve ark., 2003). Bakım verme nedeniyle ailelerin diğer aile üyeleri ile daha az vakit geçirmeleri, diğer üyelerin ihtiyaçlarının giderilememesi, aile içinde çatışma yaşanması ve eşler arası huzursuzluk ortamının oluşması muhtemeldir (Öztop ve ark., 2008; Ekici, 2019; Özdemir ve Şenol, 2019; Kulu ve Özsoy, 2020). Bu huzursuzluk ve çatışma ortamı aile içinde stresin büyümesine ve aile birliğinin bozulabilmesine neden olmaktadır. Bu nedenle ailesindeki yaşlıya bakım verenler, yaşlı ile aileleri arasında sıkışık kalırlar. Ancak bu olumsuzlukların anlaşılması için herhangi bir politika veya uygulama bulunmamaktadır. Dolayısıyla söz konusu durumlar kronik bir hale gelmiştir (Mitrani ve ark., 2006; İçli, 2008). Bir aile üyesine bakım vermenin aile

üyeleri için diğ er sorun alanı ise, aile üyeleri arasında bakımı kimin sağlayacağına karar verilmesidir. Bu kararı vermek zorlayıcı olabilmekte ve kimi zaman aile üyelerinin arasında gerilim yaşanmasına neden olmaktadır. Söz konusu gerilim, bakım verme stresinden doğ an tükenmişliğ e de eşlik edebilmektedir (Karaca ve ark., 2016). Aile üyeleri arasında bakım verme kaynaklı yaşanan sorunlar, ailenin geçmişteki sorun alanlarını da bugüne taşıma eğilimindedir. Bugündeki sorunların geçmişteki sorunları tetiklemesi “ailenin bagajındakiler” olarak nitelendirilebilir ve bu durum oldukça normaldir. Bu nedenle bakım verme sorumluluğ unu bir üyeye yüklememek ve ailede ikincil bakım verenlerin de olması, aile stresini azaltmanın yollarından birisidir. Aksi takdirde söz konusu aileler travma sonrası stres bozukluğ u açısından risk altında olabilecekleri düşünölmektedir (Leon ve Knapp, 2008).

Yaş lının/engellinin/hastanın yakın çevresi tarafından sunulan bu bakım türünde bakım ihtiyacının sağ lıklı bir şekilde karşılanması, bakım verenin bakım verilene karşı sahip olduğ u tutuma bağı ldır (Ferrell ve Wittenberg, 2017). Bu tutum bakım veren ile bakıma ihtiyaç duyan birey arasındaki duygusal bağı n kuvvetine göre değı şmektedir. Çünkü bir eş ile bir torunun bakım verilen ile aynı ilişki içinde olması mümkün değı ldir. Bu nedenle bakım verme eylemi de bireylerin aralarındaki ilişkiye göre şekillenmektedir (Lewthwaite, 2015). Bakım verenin; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, bakım verdiğ i kişiy e yakınlık derecesi, bakım vermede gönüllölük esası, sosyal destek sistemi, baş etme becerileri ve diğ er demografik özellikleri de bakımın niteliğ ini belirlemektedir (Özkurt, 2019). Aynı zamanda bakım verme deneyimi, karmaşık ve çok boyutlu olması nedeniyle hem bakım verenin içsel süreçlerinden hem de sosyal destek sistemi, ekonomik durumu, diğ er sistemlerle ilişkisi gibi dışsal etki unsurlarından da etkilenmektedir (Claxton, 2015). Sunulan bakım hizmetinin türü cinsiyete göre değı şkenlik göstermektedir. Öyle ki kadın bakım verenler genellikle alışveriş, yemek yapma ve öz bakım ihtiyaçları karşılarırken erkek bakım verenler ise finansal plan yapma, sistemler arası iletişim kurma ve işleri organize etme rollerini üstlenmektedirler (Adak, 2003).

Cinsiyet açısından informal bakım hizmeti değı erlendirildiğ inde, bakım verme eyleminin genellikle kadınlara atfedildiğ i görölmektedir. Aile üyesine bakım veren kişiler çoğ u zaman kadın eşler, kadın evlatlar veya gelinler olmaktadır (Leitner, 2003;

Chow ve ark., 2007; Öztop ve ark., 2008; Soner ve Aykut, 2017; Ekici, 2019). Aile içinde kadınlara yüklenen bakım verme sorumluluğunun, kadının yaşamı için temel unsur haline geldiği belirtilmektedir. Bir hak olan evde bakım ücreti ise kadınların söz konusu emeklerini satın alan ve görünmez kılan sosyal yardım niteliği kazanmaktadır (Gelmez, 2015). Bununla birlikte Türk toplum yapısında geleneksel değerlere sahip ailelerin çoğunlukta olması, ev hanımlarının çalışan kadınlara oranla daha fazla olması ve ev içi işlerde kadının birincil sorumluluk üstlenici olması gibi durumlar bakım vermede kadınların ön planda olmasının sebepleri arasında sayılmaktadır (Altay ve ark., 2018). Ayrıca kadına yüklenen “bakan, besleyen ve büyüten” anlamı da bakım sorumluluğunda kadınları görünür kılmaktadır. Öte yandan kadınların annelik rollerini bakıma ihtiyaç duyan diğer bireylere karşı da uygulamaları onların bu role uygun davranışlarını sergilemek zorunda bırakıldıkları da belirtilmektedir. Bu davranışlar aile bireylerini desteklemek, yardım etmek, fedakar olmak, anlayış göstermek ve kabullenici olmaktır (Adak, 2003). Kadınların hem bakım veren olması hem de ev işlerinin sorumluluklarını üstlenmesi “çifte bakım yükü” (double burden) hissetmelerine neden olmaktadır (WHO, 2000).

2.2.1. Bakım Yükü

Bakım yükü, ilk kez 1960’lı yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. Bu kavram bakıma ihtiyaç duyan bireye uzun süreli bakım veren kişileri zorlayan zihinsel, ruhsal ve bedensel etkileri tanımlamaktadır (Karataş, 2011; Bevans ve Sternberg, 2012; Gök, 2017; Kalıncara ve Kalaycı, 2017; Tan ve ark., 2017). Bakım yükü; bakım vereni psikolojik, işlevsel ve varoluşsal anlamda oldukça sıkıntılı bir hale getirebilmektedir (Fassino ve ark., 2002). Bakım veren psikolojik olarak çökkünlük yaşayabilmekte, iş yaşamından ayrılabilenkte, hobilerini bırakabilmekte veya ölüm kaygısı hissedebilmektedir (Kulu ve Özsoy, 2020). Dolayısıyla evde bakım modeli, yaşlı/engelli/hasta ve bakım veren için birçok avantaja sahip olsa da birçok zorluğu içerisinde barındırmaktadır (Adak, 2003; Tramonti ve ark., 2018). Bunlardan biri, bakım verenlerin ücretsiz ev içi emekçisi olarak görülmesidir (Doğanay ve Güven, 2019). Bakım vermenin oldukça fazla emek gerektirmesi ve belirsiz bir süreç olması, bakım verenlerin sağlık, ekonomi, psikolojik durum gibi alanlarda problem yaşamasına ve bunlara bağlı olarak yaşam kalitelerinin etkilenmesine neden

olmaktadır (WHO, 2000; Bademli ve Duman, 2013). Bununla birlikte günlük yaşam pratiklerini yerine getirmede gecikme, sosyal olamama ve toplumdan soyut olma, iş hayatına karışamama, çeşitli bedensel ve psikolojik hastalıklara yakalanma gibi problemler de yaşanabilmektedir (Pinquart ve Sörensen, 2003; Palma ve ark., 2012; Bilgen ve ark., 2020). Bakım verenin; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, yaşadığı yer, sosyal çevresi ve fiziksel sağlığı gibi bazı özellikleri ve bakım verilen bireyi etkileyici söz ve davranışları da hissedilen bakım yükünü ve yaşanan zorlukları etkilemektedir (Chow ve ark., 2007; Smith ve ark., 2011; Adelman ve ark., 2014). Cinsiyet açısından bakıldığında kadın bakım verenlerin, erkeklere kıyasla daha fazla bakım yükü taşıdığı belirtilmektedir. Bunun nedeni kadın bakım verenlerin, yaşlı/engelli/hasta bireye daha duygusal bakması veya hasta kişi için daha fazla endişelenmesi olabilir. Erkekler ise bakım verme eylemine daha görev odaklı yaklaşmakta ve daha az duygusallık içerisinde bu sorumluluğu yerine getirmektedirler. Ancak bununla beraber erkeklerin duygularını yansıtmaktan çekinmeleri de bu sonucu etkileyebilmektedir (Altay ve ark., 2018). Hissedilen bakım yükünün artması bakım verilen bireyin ihmal ve istismar edilmesi ihtimalini de arttırmaktadır. Bakım verenin; kişiliği, vicdani yönü, empati kurma becerisi, eğitim düzeyi ve yaşlı/engelli/hasta algısı hiç şüphesiz bakım yükünün derecesinde önemli rol oynamaktadır. Ancak bu unsurların yanı sıra bakım verenin sosyal destek mekanizması da bakım yükünün hafifletilmesinde kritik bir yere sahiptir (Çağlar, 2019).

Bakım yükünün çeşitli sorun alanları bulunmaktadır. Bunlar; ev rutini, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, boş zamanı değerlendirme, kariyer, ekonomik durum, çocuklar ve kardeşler, sağlık ve bireysel alanlarıdır. Aile içinde bakım verme, tüm bu alanlarda olumsuzlukların yaşanmasına ve bozulmalara neden olabilmektedir (Schene, 1990). Bu nedenlere bağlı olarak hissedilen bakım yükü, bakım vereni de bakıma ihtiyaç duyan birey konumuna getirebilmektedir. Bakım veren ve bakım verilen arasındaki bu etki “mıknatıs etkisi” olarak tanımlanmaktadır (Özkurt, 2019). Söz konusu etki sonucunda bakım veren birey, kendi sağlığını ve yaşamsal aktivitelerini kaybedebilmektedir (Kent ve ark., 2016). Bu sorunlarla baş etmek için her bakım veren farklı yöntemler üretmektedir. Toplumsal destek yöntemlerinden yararlanmak, yararı olamayan alışkanlıklar edinmek, aile ile bağları koparmak veya hem kendisi hem ailesi

için yapıcı bir çözüm üretmek bu yöntemlere örnektir (Chadda ve ark., 2007).

Bakım yükünün objektif ve subjektif boyutları bulunmaktadır (Özdemir ve Şenol, 2019). Objektif yük, fiziksel ve gözlemlenebilir somut sorun alanlarını kapsamaktadır. Aile rutinlerinin yerine getirilememesi, bakım verenin çeşitli hastalıklara yakalanması ve yorgun hissetmesi gibi durumlar objektif yüke örnek olabilir (İnci, 2006; Palma ve ark., 2012). Subjektif yük ise bakım verenin öznel yargıları doğrultusunda algıladığı, anlamlandırıldığı ve hissettiği sorunlardır. Dolayısıyla daha çok bakım verenin iç dünyası ile ilgilidir. Bu bakım yükü türü kişiye özeldir ve somut bir şekilde gözlemlenmesi de mümkün değildir (Duman ve Bademli, 2013; Karaca ve ark., 2016; Soner ve Aykut, 2017). Subjektif yük, bakım veren bireyin; gerginlik düzeyi, moral durumu, depresyon düzeyi, kaygı ve korku hissini içermektedir (Sweeting, 1991). Ancak her bakım veren için bu sorunların birebir yaşandığını söylemek mümkün değildir. Çünkü bakım verenler bu yükü hissetmek için farklı eşiklere sahiplerdir. Hatta bununla bağlantılı olarak birçok bakım verenler yük hissedememekte aksine bakım verici olmayı hem kendileri hem de aileleri için fırsat olarak görmekteledir (Öztürk ve ark., 2017). Bakım vermenin fırsat olarak görülmesinde aile bağlarını koruması, vefa borcunun ödenmiş sayılması ve aile kaynaklarının verimli kullanılması gibi unsurlar etkili olmaktadır (Adelman ve ark., 2014).

2.2.2. Psikiyatrik Hastalara Bakım Verenlerin Genel Özellikleri

Kronik ruhsal hastalığı bulunan bireylerin hastanelerden erken taburcu edilmesi bu bireylerin %50-%90'ının öncelikle aileleriyle veya akrabalarıyla yaşamlarını sürdürmeleri sonucunu doğurmuştur. Bakım verende ortaya çıkan bakım yükünü ailenin yaşadığı üzüntünün büyüklüğü, evdeki çatışma ortamı, emosyonel, fiziksel ve mali güçlükler artırmıştır (Arslantaş ve Adana, 2011). Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylerin %10'unun uzun bir süre bakım almaya ihtiyaç duyduğu düşünülmektedir. Avrupa'da şizofreni tanısı bulunan bireylerin yaklaşık %50'si kendi aileleriyle birlikte otururken, ülkemizde bu oranın %95'den çok olduğu düşünülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Birçok aile bu akrabalarına bakma rolünü üstlenmektedir. Görüldüğü gibi bakım veren olmak seçilemeyen ve planlanamayan bir durumdur (Eicher ve Batshaw 1993; Reilly vd., 2015). Bakım veren rolü, bakım ihtiyacı duyulan hastalığın gidişi ile belirlenerek değişebilmektedir

(Atagün vd., 2011).

Ailede hasta bir bireyin olması; ailenin tüm işlevlerinde bozulmalara ve aksamalara neden olmaktadır. Bazen ailelerde hasta kişinin rol ve sorumluluklarını da ailedeki başka bir kişi üstlenmek zorunda kalmaktadır. Ayrıca bu durumda hastalık iç görüsünün olmaması, suçluluk duyma, toplumdaki çekinme, utanma gibi duygu ve düşünceler hastaları ve yakınlarını etkileyebilmektedir (Bulut, 1993). Bu hastalığa sahip bireye bakım veren ailelerde genellikle hastalık bir süredir mevcuttur ve aile yaşam döngüsünün evrimi veya aile üyelerinin kişilikleri nedeniyle aile faaliyetlerinin ve ilişkilerinin ne kadar değişebileceğini değerlendirmek imkânsızdır. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bir akrabaya bakmak statik bir süreç değildir çünkü bakım alıcıların durumları değiştikçe bakım süreci de değişir (Shamsaei vd., 2015). Bu hastaların günlük aktivitelerinde yardıma veya denetime ihtiyaç duymaları sıklık durumuna göre bakıcılarına büyük bir yük getirir bunun sonucunda bakıcı ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları ile karşı karşıya kalabilmektedir (Rabin vd., 2016). Veltman vd. (2002)'nin çalışmasının sonucuna göre ruh sağlığı profesyonellerinin, bakım veren ailelerin zorlu rollerine en iyi nasıl karşılık verebilecekleri konusunda karar vermeleri ve kişisel gelişimlerini ve başarı duygusunu geliştirmeleri için yardım etmeleri gerekir. Araştırmada bakıcılar tarafından ortak olumsuz etkilerin yanı sıra doyum, sevgi ve gurur gibi faydalı etkiler de bildirilmiştir. Ana temalar damgalanma, sistem sorunları, öğrenilen yaşam dersleri ve hasta akrabalarına sevgi ve bakım vermeyi içermiştir. İlginç bir şekilde; bakıcılar tarafından memnuniyet, sevgi ve gurur gibi yararlı etkiler bile bildirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın (2006) oluşturduğu Ulusal Ruh Sağlığı Politikası'nda da şizofreni, bipolar bozukluk gibi süregelen ruhsal hastalık tanısı bulunanların yakınlarına yönelik uygun plan ve programların yapılması, hastanın ailesinin de tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarının içinde olmasının önemi belirtilmiştir (Aşık, 2011). Bu şekilde ailenin üzerinde bulunan yük hafifletilebilir ve daha bilinçli şekilde hastaya bakım verilmesi sağlanabilir. Bakım verenlerin özellikleri de bakım verme sürecini etkileyen bir diğer unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağır ruhsal hastalığı bulunan bireylere birincil bakım verenler de tükenmişlik arttıkça olası çökkünlük (depresyon) yaşanma ihtimali de artmaktadır. Ruh Sağlığı Merkezlerinde hastalara yönelik tıbbi

tedaviyle beraber rehabilitasyon hizmetlerine de ağırlık verilmesinin, hasta yakınlarının da tedaviye dâhil edilerek psikososyal çalışmaların yaygınlaştırılmasının, hastalık hakkında yakınlarla ve topluma bilgi verilmesinin, hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra bakım imkânlarının artırılmasının, depresyon ve tükenmişliğin azalması konusunda yardımcı olacağı düşünülmektedir (Tel ve Ertekin Pınar, 2013).

Yıldırım vd. (2013) bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştığı zorluklarla etkili başa çıkma çıkabilmesinde ailelerin hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmasına, ailenin var olan yüklerine ve öz yeterliliklerinin belirlenmesi ve bu durumların değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedirler.

2.3. MANEVİYAT KAVRAMI

“Spiritualite, Latince spiritus kelimesinden türemiş ve nefes almak anlamına gelen bir kelimedir. Spiritualite terimi dilimizde Arapça kökenli olan maneviyat kelimesi anlamındadır (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017). Türk Dil Kurumu spiritualite kelimesini “maddi olmayan, manevi şeyler” olarak açıklamıştır (TDK, 2021). Literatürde birden fazla tanımlanan maneviyat kelimesi, toplumda hem kültürel hem dini özelliklerine göre farklı tanımlanmış ve bu konuda tam bir fikir birliğine varılamadığı görülmüştür. Hutchinson (1997)’a göre maneviyat, “bireyin üstün güçle/Tanrı ile (kişi nasıl tanımlıyorsa) dinamik ilişkisini sürdürmesi için gerekli faktör veya faktörler”; White, Peters ve Schim (2011)’a göre ise, “kişinin iç dünyası ile ilgili şeyler, maddi olmayan doğaüstü güç-kuvvet; güçlükler, tehlikeler karşısında inanç ve ahlaki değerlere bağlılıktan doğan dayanma gücü; ruh, kuvvet ve moral” olarak tanımlamıştır.”

Bostancı Daştan ve Buzlu (2010)’a göre ise maneviyat, kişinin kendisine göre daha üstün bir güç ile bağlantıda olma hali, anlam arayışında bulunma, bireyin içsel yolculuğunda kendisi ve çevresi ile olan iletişimi, yaşam deneyimlerinden tecrübe ettiği bilgileri, varoluşuna ve insan hayatına yüklediği anlam olarak ifade etmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010).”

Diğer bir tanımda ise maneviyat; bireylerin maddesel değil, ruhsal yönden bağlı

olduklarını ifade eden soyut bir kavramdır. Maneviyat, bütüncül sağlık yaklaşımının boyutlarından biridir (Okyay, 2008).

Bireyin yaşadığı fiziksel bir hastalık, stres, kayıp ve ümitsizlik gibi yaşamın anlam ve amacını sorguladığı, umudunu yitirdiği güç zamanlarında manevi gereksinimler ortaya çıkmaktadır (Jim et al., 2015). Manevi gereksinimlerin karşılanması bireyin durumu kabullenmesini, yaşadığı sorun ile başa çıkabilmesini, manevi yönden gücünü artırmasını ve geleceğe umutla bakmasını sağlar (Arslan ve Konuk Şener, 2009; Çınar ve Eti Aslan, 2017; Lundbergand ve Kerdonfag, 2010). Maneviyat, sağlığın, hastalığın, yaşamın ve ölümün anlam ve amacının bulunmasında yardımcıdır ve bireylerin bunlarla baş edebilmesini güçlendirir (Okyay, 2008).

Manevi gereksinimler tüm bireyler için önemli ve temeldir. Bireyler bu gereksinimlerini başkaları ile olan ilişkileri yoluyla ya da üstün güç ile olan bağlılıkları ile karşılamaktadır. Her bireyi motive eden ve iç huzurunu sağlayan güç farklı olabilir. Dini bir inancı olsun ya da olmasın bireyin içinde hissettiği güç onun manevi yönelimleridir (Uçar, 2017).

Maneviyat, insan olmakla birlikte doğuştan kazanılan kişiye özgü bir özelliktir. Kişiyeye özel bir kavram olmasından dolayı sınırları belirsizdir. Maneviyat, daha çok din ile ilgili bir kavram olarak algılanmış olsa da dini değerleri ve uygulamaları da kapsayan geniş bir kavramdır (Pınar Bölüktaş, 2018). Bash (2004)'a göre maneviyat kavramını üç yaklaşımla açıklamaktadır;

1) Tanrıci olmayan yaklaşım: Kişinin iç dünyasının farkında olduğunu savunan yaklaşım türüdür. Bu yaklaşımda kendisinden üstün bir gücü kabul etmekten ziyade kendi üstünlüğünü kabul etmesi dikkat çekmektedir; ancak bu bencil bir düşünce yaklaşımı yerine başkalarının mutluluğuna öncü olmayı gerektirir. Bireyin içsel barış hali olarak ifade dileyebilir.

2) Tanrıci yaklaşım: Tanrıci olmayan yaklaşımdan farklı olarak üstün bir gücün varlığını kabul ederler ve onunla bağlantılı olma hali söz konusudur; bu deneyim sonucunda zamanşaya öğrenme ve değişim gerçekleşir.

3) Medya yolu ile yaklaşım: Herhangi bir dine bağlı olmayan ve inanmayanların düşünce şekilleri hakkında bilgi verilmesini içeren yaklaşım

türüdür. Bu yaklaşımda da birey üstün bir gücü kabul etmektedir. Arada başka birinin varlığına ihtiyaç duymadan düşünce gücü ve dil ile iletişime geçebilir fakat istediği cevapları bulma konusunda üstün güce gerek olmadığını da savunmaktadır.

“Ross (1995)’a göre maneviyat kavramı kendi içinde anlam ve amaç, kendine/diğerlerine ve tanrıya güven ve yaşama arzusu olarak üç boyutta ele alınmıştır.

Sessanna vd. (2007) ise maneviyatı 4 temel alanda tanımlamıştır. Bunlar; dini inançlar ve değerler sistemi ile dini olmayan inançlar sistemi, yaşamın anlamı, amacı ve başkaları ile ilişkisi ve son olarak metafiziksel ya da üstünlük fenomeni olarak sınıflandırmıştır.

Maneviyat konusunda yapılan ilk çalışmalara bakıldığında maneviyat kavramı din ile aynı anlamlarda düşünülürken bugün yapılan çalışmalarda ise bireyin içe dönüşü ve içselliği üzerinde durulmuştur (Yılmaz, 2011). Özetle bu çalışmalarda maneviyatın; bireyin evrendeki yerini bulması, yaşamın amacını ve anlamını bulması, umut, güç, affetme, inanç, huzur ve refahı sağlamadaki deneyimleri ve bireysel farkındalığı sonuçlarıyla karşılaştırılabilir (Pınar Bölüktaş, 2018).

Maneviyat kavramının temelini üç kavram oluşturmaktadır. Bu kavramlar (Yılmaz, 2011);

1. Yaşamın anlamı, amacı ve gücünü bulma,
2. Kişinin kendisi, başkaları ve Tanrı/Ulu güç,
3. İlgi, inanç ve umuttur.

Maneviyat kavramında yaşamın anlam ve amacını bulma gereksinimi önemlidir. Bireyin kendisi, diğer bireyler ve üstün varlık gücüyle olan ilişkileri yaşamın anlam ve amacını bulmada katkı sağlamaktadır. İnsanlar yaşadıkları toplumun şartlarına göre farklı manevi bakış açıları kazanmaktadırlar. Bireylerin diğer insanlarla olan ilişkilerinde sevgi, güven duyma ve empati yapma gibi manevi gereksinimleri bulunmaktadır. Bu ilişkiler, manevi boyutun temelini oluşturmaktadır (Çetinkaya vd., 2007). Anlam, amaç ve güç manevi iyilik düzeyini yükseltir, sağlığı ve yaşam kalitesini iyileştirir (Ergül ve Bayık, 2004). Maneviyat kavramında yer alan Tanrı/Ulu

güç terimi bireyin yaşamında onu harekete geçiren “yüksek güç” olarak tanımlanmaktadır. Herhangi bir dini inanca sahip olmayan bireylerin de manevi gereksinimleri bulunmaktadır. Bu nedenle maneviyat, inancın ötesinde olan daha geniş bir kavramdır (Ergül ve Bayık, 2004; Cinmete, 2002). İlgil, bireyin bütünlük duygusu içinde üretebilme, başkalarına faydalı olabilme ve istediği hedefi başarabilme yeteneğidir (Yılmaz, 2011). İnanç, bireyin kendisine, başkalarına ya da üstün güce olan bağlılığı ve yaşama umudu olarak ifade edilir (Ergül ve Bayık, 2004). Umut, yaşamdan beklenti içinde olmak yani yaşamda var olmaktır (Yılmaz, 2011; Ergül ve Bayık, 2004).

Biyopsiko-sosyokültürel bir varlık olan insanın manevi gereksinimlerinin karşılanması fiziksel gereksinimlerinin karşılanması kadar önemlidir. Bireyin gereksinimi olan manevi bakımın verilmesi önemlidir. Bu nedenle, maneviyatın doğasının bilinmesi ve bireylerin bu yönde farkındalık kazanması önem taşır (Yılmaz, 2011; Çınar ve Eti Aslan, 2017). İnsanlar yaşam boyunca yaşadıkları deneyimler ve edindikleri bilgiler sonucunda kendi maneviyatlarını oluştururlar (Boztilki ve Ardıç, 2017).

2.3.1. Psikiyatri Hemşireliğinde Maneviyat

Bakımın genellikle fiziksel sağlığa daha az ve sağlığın diğer yönlerine (zihinsel, duygusal, sosyal) daha fazla odaklandığı psikiyatri hemşireliğinde, manevi bakımla ilgili çalışmalar, hastaların bu bakımı almaya ne kadar açık olduğuna ve hemşirelerin ne kadar rahat olduklarına odaklanmıştır. Ancak psikiyatri hemşireliği için maneviyat kavramını neyin oluşturduğuna dair net bir açıklama yapılmamıştır (Clark ve Emerson, 2021).

Psikiyatrik hastalığı olan hastalara bakım veren hemşireler günlük olarak manevi ihtiyaçlarla ilgili sorunlarla karşılaşabilse de psikiyatri hemşireliğinde maneviyatın tanımıyla ilgili düşünce birliğinin yokluğundan dolayı birçok hemşire manevi bakımın iyi bir düzeyde hangi şekilde verileceği konusunda güvensizlik duymaktadır. 235 psikiyatrik bakım sağlayıcısı üzerinde yapılan bir çalışmada, çoğunluğun maneviyatın değerlendirilmesinden emin olmadığı, maneviyatın dilini anlamadığı ve hastaların farklı manevi ihtiyaçlarını anlayamadığı bulundu (Ledger ve Bowler, 2013).

“Uygulamanın Kapsamı ve Standartları: Psikiyatrik Ruh Sağlığı Hemşireliği” (2014); ana hatlarında belirtildiği gibi, psikiyatri hemşireliğinde hastaların manevi ihtiyaçlarının desteklenmesi zorunludur. Psikiyatri hemşireleri, hastaların manevi kaygılarını değerlendirmek, tanılamak ve tedavi etmek için hemşirelik sürecini kullanır ve böylece ideal olarak manevi ihtiyaçları bireyselleştirilmiş bakım planlarına entegre eder. Ruhsal alanı dahil ederek, sağlığın fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal alanları arasındaki karşılıklı bağlantıyı fark eder (Dziwota et al., 2016).

Hastanın maneviyat ihtiyaçlarını karşılamaya ek olarak, psikiyatri hemşirelerinin kendi maneviyatlarını yansıtarak hasta bakımını iyileştirebileceğini ve bunun da hastalar için daha etkili iletişime ve gelişmiş terapilere katkıda bulunacağını vurgulamaktadır. Psikiyatri hemşireleri, kendilerinin ve hastalarının manevi ihtiyaçlarını karşılamaya hazır olduklarında, tüm kişiye daha optimal şekilde hitap eden bakımı sağlayabilirler (American Nurses Association, 2014).

Psikiyatri hemşirelerinin maneviyat anlayışına ve hastaların manevi destek ihtiyaçlarına cevap verme yeteneğine sahip olmalarına ihtiyaç duyulmasına rağmen, çoğu hemşire bu desteği sağlama konusunda hem güven hem de yeterlilikten yoksundur (Williams et al., 2016).

2.4. STRES KAVRAMI

Bilimsel ve günlük hayatta kullandığımız stres kelimesinin kökeni Latince -estricia-, Fransızca -estrece- kelimelerinden türemiştir ve -zorlanma, gerilme, baskı gibi anlamlara gelmektedir. Hans Selye stres kavramını günümüzdeki anlamıyla kullanarak stresi canlı vücudunun doğal hayatının dışındaki gelişen uyaranlara verdiği spesifik olmayan tepki olarak tanımlamıştır. Genel Uyum Sendromu olarak adlandırılan bu durum vücudun stresli hallere karşı verdiği bu tepkidir (Gökler ve Işıtan, 2012). Genel Uyum Sendromuna verilen tepki üç evreye ayrılmıştır. Bu evreler alarm, direnç ve tükenme evresi olarak adlandırılmaktadır.

Herhangi bir stresör karşısında vücudun ilk tepkisini verdiği evredir. Savaş ya da kaç durumunun belirlendiği evredir ve vücut kendini yoğun bir döneme hazırlar. Daha

duyarlı, duygu yoğunluğunun arttığı solunum ve kalp atışlarının hızlandığı evredir. Hormonların kalp, beyin ve kaslara ulaşmasıyla vücut bu dönemde stresle baş edebilmek için saldırmaya ya da kaçmaya hazırlanır. Bu durum bizim kontrolümüzün yeniden sağlanması adına baş etme durumumuzu harekete geçirir, eğer stres ile baş edemezsek uyumun ikinci evresi başlar (Akçakaya ve Erden, 2014; Fink, 2017).

Stresör ortadan kalktığında, vücut kendi homeostatik döngüsüne dönmeye çalışır. Baş etme yöntemlerinin yoğun kullanıldığı evre direnç evresidir. Kişi, stresör ile başa çıkmaya çalışırken fiziksel zorlanma belirtileri ortaya çıkar. Kişinin gösterdiği çaba yetersiz kaldığında kişide fiziksel ve psikolojik sorunlar ortaya çıkmaya başlar. Eğer kişide var olan stres kronikse, vücut bunu dengelemeye çalışmak için direnç aşamasında kalmaya devam eder. Stresin uzun süre devam etmesi ve kişinin stres ile baş edemeyip direnç evresinde kalmaya devam etmesi, tükenme aşamasına geçişin başlaması demektir (Akçakaya ve Erden, 2014; Fink, 2017).

Tükenme evresi kronik strese uzun süre maruz kalmaktan kaynaklanır. Bu aşamada stres, vücudun homeostatik döngüsünü kuramayacağı düzeydedir. Vücut iç kaynaklarını tükettiğinden stresle baş etmenin yetersiz kaldığı evredir. Bu dönemde kişide anksiyete ve depresyon ortaya çıkabilir. Bu aşama bağışıklık sisteminin de etkilendiği evredir. Kronik stresin devam etmesi tip 2 DM, ülser ve hipertansiyon gibi hastalıklara yol açabilmektedir. Bu evrede duygusal ve davranışsal bozukluklar, sosyal izolasyon, umutsuzluk, dikkati toplayamama, kaygı, endişeli olma, unutkanlık gibi sorunlar gözlenebilmektedir (Akçakaya ve Erden, 2014; Fink 2017).

2.5. STRES KAYNAKLARI

Stresin içsel ve dışsal olmak üzere iki kaynağı vardır.

2.5.1. İçsel Kaynaklar

Kişilik yapımızın, sınırlarımızın, düşüncelerimizin, duygularımız tarafından ortaya çıkan kabul edememe, katı düşünme, esnek olmama, negatif bakış açısı, gerçekçi olmayan hedefler, mükemmeliyetçilik ya hep ya hiç düşüncesinde olmak, kötümserlik,

karamsarlık, belirsizlik gibi durumlar stresin içsel kaynaklarını oluşturmaktadır (Altan, 2018).

2.5.2. Dışsal Kaynaklar

Vücudumuzda meydana gelen stresin ortaya çıkmasına sebep olacak birçok faktör vardır. Hayatımızda yaşanan köklü değişiklikler, iş veya okul yaşamındaki sıkıntılar, maddî problemler, yoğun tempolu hayat, çocuklar, eş ve aile ile ilgili problemler stresin dışsal kaynaklarını oluşturmaktadır (Altan, 2018).

2.6. STRESİN BELİRTİLERİ

Stresin kişiden kişiye farklılık gösteren belirtileri vardır. Strese neden olan etmenler çoğu zaman stresi nasıl algıladığımız ile ilgilidir. Stresöre vereceğimiz cevap stresi algılamamıza göre davranışlarımıza ya da düşüncemize yansır. Bizim için stres olan bir durum başka biri için olağan bir durum olabilir. Kimi insan baskı altında kendini geliştirirken bazı kişilerde kendini bastırabilir. Strese verilen belirtiler şu şekildedir (Altan, 2018; Özel ve Karabulut, 2018).

Bilişsel Belirtiler: Konsantre olamamak, unutkanlık, yanlış kararlar vermek, negatif bakış açısı, endişeli olmak bilişsel olarak verilen tepkilerdir.

Duygusal Belirtiler: Depresyon, mutsuzluk, anksiyete, ajite olmak, sinirlilik ve öfkeli olmak, yalnızlık ve izolasyon gibi durumlar stres karşısında ruhsal duruma göre verdiğimiz tepkilerdir.

Fiziksel Belirtiler: Ağrı, halsizlik, yorgunluk, bulantı, baş ağrısı, baş dönmesi, nefes almada zorlanma, taşikardi, libido kaybı, bağışıklık sisteminin zayıflaması nedeniyle soğuk algınlığı veya grip ve farklı psikosomatik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir.

Davranışsal Belirtiler: Sosyal ortamdan uzaklaşma, sorumlulukların ertelenmesi veya ihmal edilmesi, ağlama nöbetleri, depresyon, intihar düşüncesi, alkol, sigara veya uyuşturucu kullanma, sinirsel alışkanlıklar, yemek ve uyku düzensizliği gibi belirtilerde stres ile baş edemediğimizde ortaya çıkan davranışlarımızla gösterdiğimiz stres belirtileridir.

2.7. STRESİN YOL AÇTIĞI SORUNLAR VE STRESLE BAŞ ETME

Stresle başa çıkmada yetersiz kalınması sonucu stresin uzun süreli devam etmesiyle psikolojik, fizyolojik ve ruhsal problemler ortaya çıkabilmektedir. Strese verilen tepkiler, stresör ve stresörün yoğunluğuna bağlı olarak kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Stres nedeniyle ortaya çıkan psikosomatik hastalıklar ile bedende yapısal veya işlevsel bozukluklar meydana gelmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2012; Fink, 2017).

Stres nedeniyle vücudumuzda ortaya çıkan sorunlar birçok sistemi etkilemektedir. Stres; hiperventilasyon, astım, alerjik rinit, tansiyon hastalıkları, koroner kalp hastalığı, kardiyak aritmiler, göğüs ağrısı, disfaji, dispepsi, irritabl barsak sendromu, kabızlık, ülser, ülseratif kolit, crohn hastalığı, hipertiroidizm, hipotiroidizm, cushing sendromu, obezite, DM, menstruasyon döngüsünde bozulma, cinsel fonksiyon bozuklukları, enürezis, fibromiyalji, romatizmal hastalıklar, sistemik lupus eritematozus, gerilim tipi baş ağrısı, migren, ürtiker, psöriazis, egzama, nörodermatit gibi birçok hastalığa sebep olmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2012; Yaribeygi et al., 2017). Ayrıca stres ile başa çıkma tarzlarının yetersiz olması genetik yapı ve çevre ile de birleştiğinde kişide anksiyete, kaygı, depresyon, tükenmişlik gibi psikiyatrik semptomlar da görülebilmektedir. Kişinin sağlıklı ve etkili stresle baş etme yöntemleri geliştirmesiyle stresin neden olduğu olumsuz sonuçları engellemek mümkündür (Fink, 2017).

Kişinin strese vereceği yanıt stresörle karşılaşan kişinin bu durumu değerlendirerek duygusal ya da davranışsal olarak tepki vermesidir. Stresle başa çıkmayla ilgili yapılan araştırmalarda, bireyin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir. Stres ile etkili bir şekilde baş edebilmek için bazı temel becerilerin kazanılması gerekir. Bunlar; (Baqutayan, 2015).

Kendini Gözleme: Kişi stresörle karşılaştığında nasıl tepki verdiğini ve bunun sonucunu kaydetmesi istenir.

Bilişsel Yapılandırma: Bilişsel davranışçı terapi teknikleri kullanılarak kişinin

negatif duygu, düşünce, inanç ve davranışlarının farkında olması ve bu davranışlarını değiştirmesi amaçlanır.

Gevşeme Eğitimi: Kişinin kaslarının tümünü gevşetmesi istenerek rahatlaması amaçlanır. Gevşeme eğitimi negatif davranışları azaltmada etkili olan bir yöntemdir. Yürüyüş yapma, müzik dinleme, yüzme ve yoga gibi egzersizler yapılabilir.

Zaman Yönetimi: Kişiden gün içinde yapacaklarına dair plan yapması, önceliklerini belirlemesi ve uzun vadeli amaçlarını gerçekçi bir şekilde oluşturması beklenir.

Problem Çözme: Kişiden problemin ne olduğunun farkına varması istenir. Soruna yönelik çözümler üretme, sorunu çözmek için tüm çözüm önerilerini gözden geçirerek en iyi ve en uygun çözümü seçme ve çözümün uygulanması aşamaları stres ile etkili bir şekilde baş etmek için önemlidir (Baqtayan, 2015; Robbins ve Judge, 2013).

Stresle baş etmesine çözüm olacak evrensel bir çözüm yolu yoktur. Her bireyin güçlü ve zayıf yönleri farklı olduğu gibi, stresi algılayışı ve stresten etkilenmesi de farklılık gösterir. Stresle baş etmede kişi kendi yapısına uygun olan stresle baş etme yöntemini kullanmalıdır. Stres nedeniyle ortaya çıkan problemleri, stresle baş etme eğitimleri, gevşeme egzersizleri, nefes egzersizleri, masajla rahatlama, müzik dinleme, yürüyüş yapma, bedensel egzersizlerle beraber duyguların yönetimine yardımcı olan bilişsel davranışçı psikoterapi pratiklerinin de faydalı olabileceği göz önünde bulundurulmaktadır. Beden ve ruh sağlığını arttıran uygulamalar, bedensel belirtilerin giderilmesiyle beraber depresyon ve anksiyeteye yönelik koruyucu rol oynar (Baqtayan, 2015; Robbins ve Judge, 2013; Sürme, 2019).

Sonuç olarak strese neden olan faktörleri tamamıyla ortadan kaldıramayacağımız için stresörle karşılaşıldığında organizmada oluşan yanıt, kişinin stresle baş etmede kullandığı yöntemlerin yeterli olup olmasına göre sağlıklı bir şekilde üstesinden gelinebildiği gibi algılanan stresin büyüklüğü ve yetersiz baş etme sonucu birçok olumsuz sonuca neden olduğu görülmüştür (Özel ve Karabulut, 2018; Sürme, 2019).

Adaptif başa çıkma stratejileri işlevselliği artırırken, maladaptif bir başa çıkma tekniği (aynı zamanda başa çıkamama olarak da adlandırılır), stres etkeni güçlendirirken işlevselliği düşürebilir. Maladaptif başa çıkma teknikleri, uzun vadeli başa çıkma sürecinden ziyade yalnızca kısa vadeli olarak etkili olabilmektedir. Maladaptif

davranış stratejilerinin örnekleri arasında ayrışma, duyarsızlaşma, güvenlik arayışıyla sergilenen davranışlar, endişeli kaçınma, rasyonelizasyon ve kendini iyileştirme kastıyla kaçma gibi yöntemler yer almaktadır. Bu yöntemler; (Jacofsky, 2011).

- Dissosiyasyon (Ayrışma), zihnin düşünceleri, hatıraları ve duyguları bölümlere ayırma yeteneğidir. Bu genellikle travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile ilişkilidir.
- Duyarlılık, kişinin olayların ilk etapta meydana gelmesini engeleyebilmek için koruyucu bir çaba içine girerek korkulu olayları öğrenmeye, prova etmeye ve / veya tahmin etmeye çalıştığı zamandır.
- Güvenlik davranışları, anksiyete bozukluğuna sahip olan bireyler, kendilerini güvende hissetmek için kaygılarıyla başa çıkmanın bir yöntemi olarak bir şeye veya birine sığınmaya başlayabilirler.
- Rasyonelleştirme, bir olayın ciddiyetini en aza indirmek için akıl yürütmeyi kullanma veya bu olaylar karşısında psikolojik travma veya strese neden olabilecek faktörlerden kaçınma yöntemidir. Sıklıkla rasyonelizasyona dahil olan kişinin veya kişinin rasyonelleştirmeye çalıştığı duruma dahil olan diğerlerinin davranışları için bahaneler üretmek şeklinde kendini gösterir.
- Endişeli kaçınma, bireyin endişeye neden olan hallerden kesinlikle kaçınmasıdır. Bu maladaptif başa çıkma yöntemleri arasında tercih edilen en yaygın yöntemdir.
- Kaçış, kaçınma ile yakından ilgilidir. Bu yöntem genel olarak panik atak geçiren veya fobisi var olan kişilerde görülmektedir. Bu insanlar anksiyetenin ilk belirtisinde bu halden uzak durmak isterler.

2.8. STRESLE BAŞ ETMEDE HEMŞİRELERİN ROLÜ

Hemşire bireyin baş etme mekanizmalarını güçlendirerek kişilerin yeni durumlara uyum sağlamalarına yardımcı olabilir, bireylerin davranışlarını uyumlu yanıtla dönüştürebilir (Şişman ve Kutlu, 2016). Hemşire; hasta ve ailenin başa çıkma becerilerini geliştirerek onların hastalığa ve hastalığın getirdiği yaşam değişikliklerine

uyumlarını arttırmalıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013). Hemşirelerin bakım verenlerin eğitim gereksinimlerini karşılayacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerini organize etmeleri, gerekli durumlarda evde bakım hizmetinden faydalanmaları konusunda yönlendirmeleri bakım veren bireylerde stresi azaltıp daha iyi bakım vermelerini sağlayabilir (Taşdelen ve Ateş, 2012).



BÖLÜM III. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Psikiyatri hastalarına bakım verenlerin maneviyat düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan bu çalışma, tanımlayıcı-ilişki arayıcı kesitsel araştırma tipindedir.

3.1.1. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bakım verenlerin maneviyat düzeyi ve stresle başa çıkma tarzlarıdır.

Bağımsız Değişkenler: Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verenlere ait özellikleridir.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İstanbul İli içerisinde hizmet veren bir devlet hastanesinde ayaktan tedavisi devam eden hastaların bakım verenleri oluşturmaktadır. Örneklemine ise araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ve gönüllü olarak çalışmaya katılım sağlamayı kabul eden 166 bakım verenler oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterleri ise öncelikle çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, psikiyatri hastasının bakım vereni olmak ve 18 yaş ve üzerinde olmaktır.

Örneklem büyüklüğü, NCSS-PASS (Number Cruncher Statistical System-Power Analysis and Sample Size) programında %95 güven sınırında ve %5 kabul edilebilir hata payı ile hesaplanmış ve araştırmaya dahil edilmesi gereken minimum hasta sayısı 161 olarak belirlenmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplamak amacıyla Sosyodemografik Özellikler Formu, (EK-4) Maneviyat Ölçeği (EK-6) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (EK-5) kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Özellikler Formu

Sosyodemografik özelliklerin yer aldığı toplam 17 sorudan oluşan bilgi formudur (Ek-4).

3.3.2. Maneviyat Ölçeği

Maneviyyat Ölçeği, gençler ve yetişkinler için anlam arayışlarını, yüce/aşkın bir yaratıcıya bağlanma duygularını, dini inançlarını yaşama durumlarını değerlendirerek, maneviyyatları hakkında, araştırmacıların bilgi sahibi olabilecekleri bir ölçek ihtiyacını karşılamak amacıyla Şirin(2018) tarafından geliştirilmiştir.

Ölçek geliştirici maneviyyat kavramını dinden ayrı ve daha kapsamlı bir süreç olarak değerlendirmiş ve Türkiye örneğine özgü, maneviyyatın farklı boyutlarını içeren bir çalışma yürütmüştür. Ölçeği geliştirirken 16-67 yaş arasında, 573 kişi ile yürüttüğü araştırması sonucunda 7 alt boyut ve 27 sorudan (3 olumsuz, 24 olumlu madde) oluşan, 5’li likert tipi bir ölçme aracı elde etmiştir. Ölçek maddelerinde; “(1) Bana Hiç Uygun Değil, (2) Bana Uygun Değil, (3) Bana Biraz Uygun, (4) Bana Oldukça Uygun, (5) Bana Tamamen Uygun” şeklinde cevap seçenekleri bulunmaktadır. Katılımcılardan bu sorulara cevaplarırken kendilerine en uygun gelen ifadeyi seçmeleri istenmektedir. Olumsuz anlam içeren 3 soru, analizden önce ters kodlanmakta, ölçeğin maksimum toplam puanı 135, minimum toplam puanı ise 27 olarak hesaplanmaktadır. Veri analizi sırasında ölçekten alınan yüksek puanlar, katılımcıların maneviyyatlarının yüksek olduğunu göstermektedir (Şirin, 2018).

Şirin’in (2018) tarafından geliştirilen ölçeğin ve bu çalışmanın güvenilirlik analizi sonucuna göre alt boyutların ve ölçeğin toplamının Cronbach Alpha değerleri tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Ölçek ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Kat Sayıları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Ölçeğin Cronbach's Alpha Katsayısı	Bu çalışmanın Cronbach's Alpha Katsayısı
Manevi Başa Çıkma	0,86	0,90
Aşkılık	0,50	0,81
Manevi Yaşantı	0,80	0,85
Anlam Arayışı	0,70	0,74
Manevi Hoşnutluk	0,68	0,63
Bağlantı	0,80	0,88
Tabiatla Uyum	0,54	0,50
Ölçek	0,90	0,92

3.3.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Folkman ve Lazarus'un (1980) hazırlamış olduğu "Başa Çıkma Yolları Envanteri" ismiyle yayımlanan ölçekte 66 madde bulunmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipinde, Şahin ve Durak (1995) tarafından madde sayıları azaltılarak ve Türkçe'ye uyarlanıp 30 maddelik form şeklinde oluşturulmuştur. Ölçekte 5 alt boyut yer almıştır. Bu boyutlar aşağıdaki gibidir.

1-İyimser Yaklaşım (Madde Numaraları: 2, 4, 6, 12, 18)

2-Kendine Güvenli Yaklaşım (Madde Numaraları: 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26)

3-Çaresiz Yaklaşım (Madde numaraları: 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28)

4- Boyun Eğici Yaklaşım (Madde numaraları: 5, 13, 15, 17, 21, 24)

5- Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı (Madde numaraları: 1, 9, 29, 30)

Ölçekte Sosyal Desteğe Başvurma tarzları 1. ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Alt ölçekler birbirinden bağımsız puanlanmaktadır. Alt ölçeklerden alınan hangi puan yüksek ise, stresle başa çıkma tarzlarından o alt boyutun daha çok kullanıldığı sonucuna ulaşılır. Ölçeğin puanlanması ise "0 = Hiç uygun değil" ve "3 = Tamamen uygun" şeklindedir. Ölçeğin psikometrik özellikleri üç farklı araştırma çerçevesinde incelenmiş çalışmaları da mevcuttur. Bu araştırmanın geçerlik ve güvenilirlik çalışmasındaki değerler İyimser Yaklaşım boyutu için .68 ile .49, Kendine Güvenli Yaklaşım boyutu için .62 ile .80, Çaresiz Yaklaşım boyutu için .64 ile .73, Boyun Eğici Yaklaşım boyutu için .47 ile .72 ve Sosyal Desteğe Başvurma boyutu için .47 ile

.45 arasında değişmektedir. Ölçek alt boyutlarından iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt boyutları toplam alınan puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım alt boyutları toplam puanlarının artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir (Şahin ve Durak, 1995). Bu çalışmadaki Cronbach Alpha değerleri tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. Ölçek ve Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayıları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha Katsayısı
İyimser yaklaşım	0,73
Kendine güvenli yaklaşım	0,78
Çaresiz yaklaşım	0,63
Boyun eğici yaklaşım	0,59
Sosyal desteğe başvurma	0,82
Ölçek	0,69

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri etik kurul izni İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alındıktan sonra çalışmanın oluşturduğu örneklem grubunun bulunduğu devlet hastanesinden gereken kurum izni alındıktan sonra, veriler 01.03.2020-01.06.2020 tarihleri arasında tarafından toplanmıştır. Araştırma başlangıcında veri toplama yöntemi olarak yüz yüze görüşme tekniği planlandı. Ancak tüm dünyada yayılmış olan Covid-19 salgını nedeniyle yüz yüze görüşme tekniği yerine çalışmanın tamamı çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Hasta yakınlarının hastane ortamında çok uzun süre kalmak istememeleri ve pandemi sebebiyle ziyaretçi kısıtlamaların olmasından dolayı hasta yakınlarının onayları alınarak iletişim bilgileri üzerinden görüşmeler sağlanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan hasta yakınlarına veriler çevrimiçi form (Google Formlar) aracılığıyla ulaştırılmıştır. Formun ilk sayfasında kişilere yazılı olarak çalışmadan bahsedilmiştir.

“Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum” kısmını onaylayan kişilere ise çalışmanın adı, konusu, amacı ve çalışmacının iletişim bilgilerinin bulunduğu bilgilendirilmiş gönüllü

onam formunu okutulduktan sonra anket formuna geçmesine izin verilmiştir. Formun doldurulması yaklaşık 25-30 dk sürmüştür. Oluşturulan anket formunda Sosyodemografik Bilgi Formu, Maneviyat Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği yer almaktadır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Elde edilen veriler SPSS 25.0 paket program ile analiz edilmiştir. Kolmogorov Simirnov normallik testi sonucunda verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Kruskal Wallis-H testi non-parametrik verilerin karşılaştırılmasında kullanılmıştır. Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişkiyi, bu ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemek için verilerimiz normal dağılım göstermediğinden dolayı Spearman Sıra Korelasyon analizi tercih edilmiştir. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer almakta, + değerler pozitif yönde, - değerler negatif yönde olduğunu belirtmektedir. 0 (sıfır) olması ise ilişkinin olmadığı anlamına gelmektedir. Çalışmada anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma başlangıcında veri toplama yöntemi olarak yüz yüze görüşme tekniği ile yapılması planlandı. Ancak tüm dünyada yayılmış olan Covid-19 salgını nedeniyle yüz yüze görüşme tekniği yerine çalışmanın tamamı çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Hasta yakınlarının hastane ortamında çok uzun süre kalmak istememeleri ve pandemi sebebiyle ziyaretçi kısıtlamaların olmasından dolayı hasta yakınlarının onayları alınarak iletişim bilgileri üzerinden görüşmeler sağlanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan hasta yakınlarına veriler çevrimiçi form (Google Formlar) aracılığıyla ulaştırılmıştır. Araştırma bu örneklem ile sınırlıdır ve tek bir merkezde yürütülmüştür. Bu araştırmanın sonuçları görüşme yapılan bakım verenlere genellenebilir.

3.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 5 Şubat 2020'de 2020/0029 numaralı karar ile araştırma izni alınmıştır. Kliniklerde çalışmanın uygulanması için İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼nden gerekli yazılı izinler alınmıştır.



BÖLÜM IV. BULGULAR

Psikiyatri hastalarına bakım verenlerin maneviyat düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan bu çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=166)

Özellikler	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş	39,6 ± 16,4	
Tedavi Süresi (ay)	69,4 ± 95,2	
Cinsiyet	n	%
Kadın	107	64,5
Erkek	59	35,5
Medeni Durum		
Evli	68	41
Bekar	98	59
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	13	7,8
Okur yazar	5	3
İlköğretim mezunu	51	30,7
Lise mezunu	36	21,7
Üniversite Mezunu	46	27,7
Yüksek Lisans/Doktora Mezunu	15	9
Yaşamın büyük bölümünü geçirdiği yer		
Köy	32	19,3
Kasaba	13	7,8
Şehir	121	72,9
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	102	61,4
Geniş Aile	64	38,6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	61	36,7
Çalışmıyor	105	63,3
Psikiyatrik Tanısı		
Psikotik Bozukluklar	30	18,1
Duygudurum Bozukluğu	136	81,9
Sosyal Güvencesi		
Var	151	91
Yok	15	9

Tablo 3'te çalışmaya katılan bakım verenlerin hastalarının sosyodemografik

bulgularına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması $39,6 \pm 16,4$ ve tedavi süreleri ortalamaları $69,4 \pm 95,2$ ay olduğu bulunmuştur. Hastaların %64,5'si kadın olup %59'u bekar ve %30,7'si ilköğretim mezunudur. Hastaların %81,9'unun psikiyatrik tanısının Duygudurum Bozukluğu olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş	$33,4 \pm 10,6$	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	128	77,1
Erkek	38	22,9
Medeni Durum		
Evli	81	48,8
Bekar	85	51,2
Eğitim Durumu		
Okur yazar	2	1,2
İlköğretim mezunu	24	14,5
Lise mezunu	35	21,2
Üniversite Mezunu	105	63,3

Tablo 4'te bakım verenlerin sosyodemografik bulgularına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Bakım verenlerin yaş ortalamasının $33,4 \pm 10,6$, %77,1'inin kadın, %51,2'sinin bekar, %63,3'ünün üniversite mezunu olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. Bakım Verenlere Ait Özellikler

Çalışma Durumu	n	%
Çalışıyor	124	74,7
Çalışmıyor	42	25,3
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	127	76,5
Geniş Aile	39	23,5
Hastaya Bakım Verilen Süre		
6 ay-1 yıl	63	38
2 yıl-5 yıl	50	30,1
6 yıl ve üzeri	53	31,9
Bakım Gereksinimleri Hakkında Bilgi Sahibi Olup Olmadığı		
Evet bilgi sahibiyim	110	66,3
Hayır, bilgi sahibi değilim	10	6
Kısmen bilgi sahibiyim	46	27,7

Tablo 5'te bakım verenlerin %74,7'sinin çalıştığı, %76,5'inin çekirdek aile yapısına

sahip olduğu ve %66,3'ünün bakım verme konusunda bilgi sahibi olduğu bulunmuştur.

Tablo 6. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

SBÇTÖ Ölçeği Alt Boyutları	Ort.	SS.	Min.	Max
İyimser yaklaşım	10,03	3,08	0	15,00
Kendine güvenli yaklaşım	15,82	3,58	2,00	21,00
Çaresiz yaklaşım	11,54	5,14	0	24,00
Boyun eğici yaklaşım	7,64	3,41	0	18,00
Sosyal desteğe başvurma	7,44	2,39	0	12,00
SBÇTÖ Toplam puanı	52,4	8,74	30,00	84,00

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 6'da bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzlarından en fazla kendine güvenli yaklaşımı kullanmaktadırlar (Ort.=15,82±3,58). En az kullandıkları stresle baş etme tarzı ise sosyal desteğe başvurmadır (Ort.=7,44±2,39). Bakım verenlerin SBÇTÖ'de aldıkları puan ortalaması ise (Ort.=52,4±8,74) bulunmuştur.

Tablo 7. Bakım Verenlerin Maneviyat Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

MÖ Alt Boyutları	Ort.	SS.	Min.	Max
Manevi başa çıkma	21,07	4,32	5,00	25,00
Aşkınlık	8,71	1,86	2,00	10,00
Manevi yaşantı	17,39	5,21	5,00	25,00
Anlam arayışı	16,65	3,08	8,00	20,00
Manevi hoşnutluk	14,37	2,39	4,00	20,00
Bağlantı	17,54	3,31	4,00	20,00
Tabiatla uyum	10,88	2,72	4,00	15,00
MÖ Toplam Puanı	106,6	17,74	49,00	135,00

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 7'de bakım verenlerin maneviyat ölçeği alt boyutlarından en fazla manevi başa çıkmayı kullanmaktadırlar (Ort.=21,07±4,32). En az kullandıkları maneviyat ölçeği alt boyutu ise aşkınlıktır (Ort.=8,71 ± 1,86). Bakım verenlerin MÖ'de aldıkları puan ortalaması ise (Ort.=106,6±17,74) bulunmuştur.

Tablo 8. Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile Maneviyat Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

Maneviyat Ölçeği	İstatistiksel Değerler	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					SBÇTÖ Toplam Puanı
		İyimser Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşım	
Manevi Başa Çıkma	r_s	0,216	0,343	0,072	0,134	0,146	0,380
	p	0,005	0,000	0,353	0,086	0,060	0,000
Aşkınlık	r_s	0,059	0,244	0,061	0,002	0,104	0,231
	p	0,449	0,002	0,438	0,981	0,183	0,003
Manevi Yaşantı	r_s	0,246	0,282	0,038	0,238	0,115	0,371
	p	0,001	0,000	0,631	0,002	0,139	0,000
Anlam Arayışı	r_s	0,205	0,418	0,045	0,040	0,099	0,324
	p	0,008	0,000	0,569	0,612	0,204	0,000
Manevi Hoşnutluk	r_s	0,306	0,318	-0,559	-0,382	0,366	-0,074
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,346
Bağlantı	r_s	0,174	0,322	-0,010	0,089	0,109	0,264
	p	0,025	0,000	0,902	0,252	0,162	0,001
Tabiata Uyum	r_s	0,077	0,214	0,145	0,186	0,147	0,356
	p	0,324	0,006	0,062	0,016	0,058	0,000
MÖ Toplam Puanı	r_s	0,276	0,409	-0,047	0,101	0,235	0,385
	p	0,000	0,000	0,551	0,195	0,002	0,000

* r_s : Spearman's Rho, $p < 0.05$

Tablo 8’de bakım verenlerin MÖ ve SBÇTÖ aldıkları puanların ilişki analizi yer almaktadır. Bu analize göre; MÖ toplam puanı ile SBÇTÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,385$; $p < 0,05$).

MÖ toplam puanı ile SBÇTÖ alt boyutları karşılaştırıldığında ‘İyimser Yaklaşım’, ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ ve ‘Sosyal Desteğe Başvurma’ alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

SBÇTÖ toplam puanı ile MÖ alt boyutları karşılaştırıldığında ‘Manevi Başa Çıkma’, ‘Aşkınlık’, ‘Manevi Yaşantı’, ‘Anlam Arayışı’, ‘Bağlantı’ ve ‘Tabiata Uyum’ alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur

($p < 0,05$).

SBÇTÖ alt boyutlarından “Boyun Eğici Yaklaşım” ve “Çaresiz Yaklaşım” ile MÖ alt boyutlarından “Manevi Hoşnutluk” arasında negatif yönden istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,559$, $p < 0,05$; $r = -0,382$, $p < 0,05$).



BÖLÜM V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. TARTIŞMA

Psikiyatri hastalarına bakım verenlerin maneviyat düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan bu çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Maneviyat, bireylerin yaşamları boyunca karşılaştıkları olayların anlamını araştırmada, nedenini kavramada ve geleceğe umutla bakmalarını sağlayarak, strese karşı bir koruma görevi görür. Hastalara bakım verenlerin iyilik halinin sürdürülmesine yardımcı olur (Akbari et al., 2018).

Manevi başa çıkma, bireylerin hayatlarındaki davranışlarını manevi değerleriyle ifade etmeleri, stresli hayat koşullarında maneviyatlarına yönelmeleri, maneviyatlarından güç alıp hayata dair kurdukları anlam ile bütün görmeleridir (Şirin, 2018).

Araştırmaya katılan bakım verenlerin maneviyat düzeylerinin iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda bakım verenlerin MÖ alt boyutları incelendiğinde ise bakım verenlerin bakım sürecinde daha çok “Manevi Başa Çıkma” alt boyutunu kullandıkları bulunmuştur. Bu durum bakım verenlerin maneviyatlarından güç alıp, manevi ihtiyaçlarının karşılanması öneminin vurgulamaktadır. Literatürde hasta yakınlarıyla yapılan bazı araştırmalarda maneviyat, inanç ve değerlerin kişinin sağlığını, iyileşmesini ve hastalığını kabul etmesini olumlu şekilde etkilediği (Pearce ve ark., 2012; Richardson, 2012), sorunlarıyla mücadelesini güçlendirdiği ve yaşam kalitelerini artırdığı bildirilmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin, hastanın bakımını planlarken bireyin manevi gereksinimlerini belirleyerek uygun girişimlerde bulunması son derece önemlidir (Eğlence, 2016).

Çalışmamızda bakım verenlerin MÖ alt boyutlarından manevi başa çıkma ile SBÇTÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılığın olması bakım vericilerin yaşadıkları stresle baş ederken maneviyatlarına başvurmaları olarak yorumlanabilir.

Kronik hastaya bakım veren kişilerde; yüksek düzeyde stres, bakım vermeyi uzun süreli sağlamakta zorlanma ve psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkabilmektedir (Njoku, 2015). Çalışmamızda bakım verenlerin SBCTÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; bakım verenlerin stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemi “Kendine Güvenli Yaklaşım”dır Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzlarıyla ilgili birçok çalışma mevcuttur (Ak ve diğerleri, 2012; Walke ve diğerleri, 2018; Rahmani ve diğerleri, 2019; Li ve diğerleri, 2007; Şengün ve diğerleri, 2013). Bu çalışmalarda psikiyatri hastalarına bakım verenlerin stresle başa çıkmada genelde kendine güvenli yaklaşımı kullanmayı tercih etmesi bizim çalışmamızla da benzerlik göstermektedir. Bulgularımız literatürle uyumlu olup psikiyatri hastalarına bakım verenlerin en çok kendine güvenli yaklaşımı kullanması, yaşadıkları sorunları çözmek için olumlu anlamda kendilerini geliştirdikleri şeklinde yorumlanabilir. SBCTÖ kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinden alınan puanların artması stresle başa çıkmanın etkili olduğunu; çaresiz yaklaşım alt ölçeğinden alınan puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir (Şahin ve Durak, 1995). Çalışmamıza benzer nitelikte, Yıldız (2016)’nın kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, bakım verenlerin stresli durumlarda sıklıkla kullandıkları stresle baş etme tarzı kendine güvenli yaklaşımdır. Yine çalışmamızla paralellik gösteren Sabancıoğulları ve Ertekin (2020)’in kronik psikiyatri hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü ve stresle başa çıkma tarzları konulu çalışmasında ise bakım vericilerinin en çok kendine güvenli yaklaşımı kullandıkları bulunmuştur. Çalışmamız bulgularıyla farklılık gösteren uluslararası literatürde başka çalışmalar da mevcuttur. Alanyazın incelendiğinde; Pompeo ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırmada ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinin en sık kullandığı başa çıkma stratejileri sosyal destek ve problem çözme olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Ayyıldız ve Gümüş’ün (2019) bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenleri ile yaptığı çalışmasında işçi ve mesleği olmayan bakım verenlerde boyun eğici ve çaresiz yaklaşım düzeyleri anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Esmek’in (2007) şizofren hasta yakınları ile yaptığı çalışmada, anlamlı farklılığın sadece sosyal destek arama yaklaşımında olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan bu farklılığın bakım

verilen hasta popülasyonunun farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kullanılan iki ölçekte alt boyutları olan ölçeklerdir ve katılımcıların MÖ ile SBÇTÖ arasında ilişki incelenmiştir. Bu ilişki analizinde; MÖ toplam puanı ile SBÇTÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,385$ $p<0,05$). Maneviyat toplam puanı arttıkça SBÇTÖ toplam puanının arttığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde, Krok (2015) 221 katılımcı ile yaptığı bir araştırmada, dindarlık\maneviyat ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada, dindar\manevi bireylerin stres ile baş etme becerisine katkı olarak hayata anlam yükleme potansiyellerinin fazla olduğu bulunmuştur (Krok, 2015). Psikoloji öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, “maneviyat, dua ve meditasyonun stres ve zorluklarla mücadeledeki rolü” araştırılmıştır. Bulgulara göre, stresle baş etmede manevi öğelerin önemli bir potansiyel olabileceği bulunmuştur (Takmaz, 2015). Maneviyatın yüksek olması, bakım verenlerin stresle başa çıkmalarında önemli ve etkili olduğu çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir.

MÖ toplam puanı ile SBÇTÖ alt boyutları karşılaştırıldığında ‘İyimser Yaklaşım’, ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’ ve ‘Sosyal Desteğe Başvurma’ alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Maneviyat düzeyleri yüksek olan bakım verenlerin bakım sürecinde daha çok iyimser yaklaşımı destekledikleri ve daha çok kendine güvenli yaklaşımı kabul ettikleri ve sosyal desteğe başvurdukları görülmüştür. İyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımı etkili başa çıkma tarzlarından biridir. Yapılan araştırmalar etkili başa çıkma tarzlarından olan sosyal desteğin bedensel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Doğan, 2008). Huang ve arkadaşları çalışmalarında ailelerin yaşadıkları stres ile baş edebilmek için pozitif düşünme, bilgi edinme, sosyal destek arama gibi baş etme yöntemlerini kullandıklarını belirtmektedirler (Huang, 2008). Bakım verenlerin maneviyat düzeyleri arttıkça etkili baş etme davranışlarının da arttığını bu bulgularla yorumlayabiliriz.

5.2. SONUÇ

Psikiyatri hastalarına bakım verenlerin maneviyat düzeyleri ile stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda:

- Bakım verenlerin büyük bir çoğunluğu stresle başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşımı ve kendine güvenli yaklaşımı tercih ettikleri bulunmuştur.
- Bakım verenlerin maneviyat düzeylerinin iyi düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Maneviyat düzeyleri yüksek olan bakım verenlerin bakım sürecinde daha çok iyimser yaklaşımı destekledikleri ve daha çok kendine güvenli yaklaşımı kabul ettikleri ve sosyal desteğe başvurdukları bulunmuştur.
- Maneviyat düzeyleri yüksek olan bakım verenlerin daha çok etkili başa çıkma toplam puanı ilişki analizinde pozitif yönde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$).
- Bakım verenlerin maneviyat düzeyleri arttıkça boyun eğici ve çaresiz yaklaşımın da azaldığı bulunmuştur.

5.3. ÖNERİLER

- Bakım verenlerin stresle baş etme durumlarının değerlendirilmesi ve onların bilgi düzeyi ve yeterliliğini artıracak eğitimler verilmesi,
- Bakım verenlere yönelik eğitim ya da grup programları ve hastalıkla baş etmede etkili yöntemler kazandırılması,
- Hemşirelere konu ile ilgili eğitim verilmesi ve bakım verenlere destek olmaları konusunda desteklenmeleri,
- Manevi gereksinimlere yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hemşirelik bakımında manevi gereksinimlere yönelik hemşirelik müdahalelerinin entegre edilmesi,
- Hemşirelerin stresle baş etme becerilerini artıracak tanımlayıcı ve deneysel yeni çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Adak, N. (2003). Yaşlıların gayri resmi bakıcıları: Kadınlar. *Aile ve Toplum*, 5(2), 1-9.
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden a clinical review. *Clinical Review & Education*, 12(10), 1052-1059.
- Ak, M., Yavuz, K.F., Lapsekili, N., Türkçapar, M.H. (2012). Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(4): 330-337.
- Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi, J. (2018). Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: A narrative review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(5):329-37.
- Akçakaya, R.Ö., Erden, S.Ç. (2014). Stres ve stresle baş etmede psikiyatrik yaklaşım. *Turkish Family Physician*, 5, 18-25.
- Aksoy, H., Kahveci, R., Şencan, İ., Kasım, İ., Özkara, A. (2015). Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve uygulamaları. *Türk Tıp Dergisi*, 7(1), 118- 123.
- Altan, S. (2018). Örgütsel yapıya bağlı stres kaynakları ve örgütsel stresin neden olduğu başlıca sorunlar. *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2, 137-138.
- Altay, B., Erkuran, H., Avcı, İ. A. (2018). Alzheimerlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-8.
- Altuntaş, M., Yılmaz, T.T., Güçlü, Y. A., Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 20(3), 153-158.
- American Nurses Association, (2014). American Psychiatric Nurses Association, & International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses. Psychiatric-mental health

nursing: Scope and standards of practice (2nd ed.). Nursesbook.org.

Ardahan, M. (2010). Yaşlılık ve huzurevi. *Aile ve Toplum*, 11(5), 25-32.

Ardahan, M., Arabacı, Z. (2017). Evde bakımda sosyal politikalar ve evde bakım hemşireliği. *STED*, 26(1), 38-43.

Arslan, H., Konuk Şener, D. (2009). Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(1): 51-58.

Arslantaş, H., Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2): 251-277.

Aşık, H., (2011). Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerden ailelerine verilen psikiyatri hizmetlerinin incelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Yılmaz Özpolat, A., (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3): 513-552.

Ateş, T. (2019). Bakıma muhtaç engelli bireylere yönelik özel bakım merkezlerinde çalışan bakım verenlerin (bakım personelinin) bakım veren yükünü etkileyen etmenler. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı.

Aylaz R, Yıldız E. (2018). The care burden and coping levels of chronic psychiatric patients' caregivers. *Perspect Psychiatr Care*, 54 (2): 230-41.

Ayyıldız, E., Gümüş, A.B., (2019). Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde bakım yükü ve başatma yöntemlerinin incelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(4):277-285.

Bademli, K., Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.

Baltaş, Z., Baltaş, A. (2012). *Stres ve başa çıkma yolları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Bash, A. (2004). Spirituality: The Emperor's New Clothes?. *Journal of Clinical*

Nursing, 13: 11-16.

Baqtayan, S. M. S. (2015). Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(2 S1), 479.

Bevans, M., Sternberg, E.M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA*, 25, 398-403.

Bilgen, Ç., Erdal, A., Bilgili, N. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerin hastalığa yönelik inançları ve bakım yükleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 1-15.

Bonsang, E. (2008). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in europe?. *CREPP Working Papers*, 1, 1-30.

Bostancı, Daştan, N., Buzlu, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(1): 73-78.

Boztilki, M., Ardiç, E. (2017). Maneviyat ve sağlık. *G.O.P. Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1): 39-45.

Bulut, I. (1993). Ruh hastalığının aile işlevine etkisi, Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Ankara.

Chadda, R.K., Singh, T.B., K, G.K. (2007). Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 923-930.

Chow, S.K., Wong, F.K., Poon, C.Y. (2007). Coping and Caring: Support for Family Caregivers of Stroke Survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 133-143.

Cinmete G (2002). *Yaşam sonu bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Clark, M., Emerson, A. (2021). Spirituality in psychiatric nursing: a concept analysis, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1-11.

Claxton, M. (2015). Can caregiving experiences be understood using an attachment framework in early psychosis?. *Doctorate thesis*. University College London. Clinical

Psychology.

Çağlar, T. (2019). Yaşlılık ve sosyal hizmet. İçinde (Ed. Yanardağ, U. ve Yanardağ, M. Z.) *Yaşlıya Bakım Verenlerle Çalışma*. Ankara: Nika Yayınevi.

Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A. (2013). Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışı vuran duygu durumu ilişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14: 19-26.

Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A. (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1): 47-50.

Çınar, F., Eti Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1): 37-42.

Çifçili, S.S. (2018). Aile hekimliği gözü ile evde bakım. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(1), 23-29.

Deeken, J. F., Taylor, K. L., Mangan, P., Yabroff, R., Ingham, J. M. (2003). Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4), 922-953.

Delibaş, D.H., Çam, B. (2018). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatan psikotik bozukluk tanılı hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, *Journal of Contemporary Medicine*, 8(3): 259-263.

Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 12(2), 74-82.

Doğan T. (2008). Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(30): 30-44.

Doğanay, G., Güven, S. (2019). Ailede yaşlı bakım rolünü üstlenen kadınların bakıma ilişkin görüşleri: giresun ili örneği. *KSBD*, 11(21), 343-357.

Duman, Z.Ç., Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5 (1), 78.

Duyan, G.Ç. (2019). *Yaşlılık ve sosyal hizmet*, İçinde. (Ed. Yanardağ, U ve Yanardağ, M. Z.) Yaşlı Ailesi ile Çalışma. Ankara: Nika Yayınevi.

Dziwota, E., Żmuda, D., Dubiel, R., Dziwota, K., Markiewicz, R., Makara-Studzińska, M., Olajossy, M. (2016). On the border of deep spirituality and psychosis . . . : A case study. *Current Problems of Psychiatry*, 17(3), 183-197.

Eğlence, R. (2016). “Kronik hastalıklar ve spiritüel Bakım”. Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö. (eds.). Temel iç hastalıkları hemşireliği ve farklı boyutlarıyla kronik hastalıklar Adana: *Çukurova Nobel Tıp Kitabevi*, 687- 696.

Eicher, P.S., Batshaw, M.L. (1993). Cerebral palsy, *Pediatr Clin North Am*, 40(3): 537-551.

Ekici, S. (2019). Evde sağlık hastalarına bakan hasta yakınlarının aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Yayımlanmamış uzmanlık tezi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı.

Ekwall, A., Sivberg, B., Hallberg, I.R. (2004). Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scand Journal Caring Science*, 18(3), 239-248.

Erdem, M. (2004). Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 101-106.

Ergül, Ş., Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1): 37-45.

Erişen, M. ve Karaca Sivrikaya, S. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 184-190.

Esmek, M. (2007). Psikiyatri servisinde yatan şizofren hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri enstitüsü, Konya.

Fassino, S., Leombruni, P., Daga, G.A., Brustolin, A., Rovera, G.G., Fabris, F. (2002). Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 9-20.

Ferrell, B., Wittenberg, E. (2017). A Review of family caregiving intervention trials

in oncology. *CA Cancer Journal Clinical*, 67(4), 318-325.

Fink, G. (2017). Stress: Concepts, definition and history. *Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1-9.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>

Gelmez, Ö.S. (2015). Aileleştirilen bakımın kürek mahkumları: evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren kadınların deneyimleri. *Fe Dergi: Feminist Eleştiri*, 7(2), 59-71.

Gök, F.A. (2017). Şizofreni hastalarına bakım veren kadınların yaşadıkları güçlüklerin değerlendirilmesi: nitel bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(53), 433-441.

Gökler, R., Işıtan, İ. (2012). Modern çağın hastalığı; stres ve etkileri. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 1(3).

Güleç, C., Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası.

Gültekin, B.K., (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: kavramsal çerçeve ve sınıflandırma, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4): 583-594.

Harris, J.N., Hay, J., Kuniyuki, A., Asgari, M.M., Nancy, P., Bowen, D.J. (2010). Using a family systems approach to investigate cancer risk communication within melanoma families. *Psycho-Oncology*, 19, 1102–1111.

Huang XY, Sun FK, Yen WJ, Fu CM. (2008). The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *J Clin Nurs*; 17:817-826.

Hutchinson, M. (1997). Healingthe whole person: the spiritual dimension of holistic care. http://members.tripod.com/~Marg_Hutchison/nurse-4.html. Erişim 29.12.2021.

İçli, G. (2008). Yaşlılar ve Yetişkin Çocuklar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 29- 38.

İnci, H.F. (2006). Bakım verme yükü ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve

güvenirligi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. Pamukkale Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.

Jacofsky, M. (2011). The maintenance of anxiety disorders: maladaptive coping strategies, https://www.seabhs.org/poc/view_doc.php?type=doc&id=38479, Erişim:18.01.2022.

Jegermalm, M. (2005). Carers in the welfare state – on informal care and support for carers in sweden, <http://www.divaportal.org/smash/get/diva2:196465/FULLTEXT01.pdf>, Erişim: 30.12.2021.

Jim, H., Pustejovsky, J., Park, C., Danhauer, S., Sherman, A., Fitchett, G., Merluzzi, T., Muroz, A., Snyder, M., Salsman, J. (2015). religion, spirituality and physical health in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*, 121(21): 1-9.

Kalınkara, V., Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39.

Karaca, H., Yazıcı, S., Korkma, N. (2016). Alzheimer hastası yaşlı bakımının aile üyesi bakıcı kadınlara etkisi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 7, 6-12.

Karakaş, N. (2017). Malatya'da evde bakım verenlerin bakım yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yayımlanmamış doktora tezi*. İnönü Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Karataş, Z. (2011). Evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başa çıkmadaki etkisi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*. Rize Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Din Psikolojisi Bilim Dalı.

Kent, E.E., Rowland, J.H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W.S., Shelburne, N., Timura, C., Ann, O'M., Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13), 1987-1995

Kramer, B.J., Boelk, A.Z., Auer, C. (2006). Family conflict at the end of life: lessons learned in a model program for vulnerable older adult. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 791-801.

- Krok, D. (2015). Religiousness, spirituality, and coping with stress among late adolescents: A meaning-making perspective. *Journal of Adolescence*, 45, 196-203.
- Kulu, M., Özsoy, F. (2020). Bakım verenlerin depresyon, kaygı düzeyleri, ölüm kaygısı ve yaşam kaliteleri, *Çukurova Tıp Dergisi*, 45(1), 29-38.
- Küçükali, A. (2015). Engellilere uygulanan sosyal yardımlar. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 35, 100-115.
- Ledger, P., Bowler, D. (2013). Meeting spiritual needs in mental health care. *Nursing Times*, 109(9), 21-23.
- Leitner, S. (2003). Varieties of familialism: the caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353-375.
- Leon, A.M., Knapp, S. (2008). Involving family systems in critical care nursing challenges and opportunities. *Leadership Dimension*, 27(6), 255-262.
- Lewthwaite, H. (2015). Challenging behaviours: caregiver attributions and emotional experiences. *Doctorate Thesis*. Lancaster University. Division of Health Research. Clinical Psychology.
- Li Jian, Linda G. Cowden, Janice D. King, Ht(Ascp) David A. Briles, Harry W. Schroeder, Alan B. Stevens, Rodney T. Perry, Zuomin Chen, Micah S. Simmons, Howard W. Wiener, Hemant K. Tıwarı, Lindy E. Harrell and Rodney C. P. Go, (2007). Effects of chronic stress and interleukin-10 gene polymorphisms on antibody response to tetanus vaccine in family caregivers of patients with alzheimer's disease, *Psychosomatic Medicine*, 69:551-559.
- Lundbergand, P.C., Kerdonfag, P. (2010). Spiritual care provided by thai nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8): 1121-1128.
- Mitrani, V.B., Feaster, D.J., McCabe, B.E., Czaja, S.J., Szapocznik, J. (2005). Adapting the structural family systems rating to assess the patterns of interaction in families of dementia caregivers. *The Gerontologist*, 45(4), 445- 455.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Triemstra, M., Van den Bos G., Sanderman, R. (2001). The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer*, 91, 1029-39.

Njoku, J. D., Ukaegbu, K. O., Amangabara, G. T., Iwuji, M., Anyanwu. J.C. (2015). Correlation of impervious surfaces and ambient temperature variation in owerri, southeastern Nigeria. *Journal Of Renewable And Alternative Energy Technologies Vol, 1* 115-123.

Okyay, N. (2008). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas.

Özdemir, H.N., Şenol, S. (2019). Bakım yükü değerlendirme ölçeklerine sistematik bir bakış. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 61-68.

Özdemir, Ü., Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

Özel, Y., Karabulut, A.B. (2018). Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1, 48-56.

Özkurt, V. (2019). Bakım Verenlerin bakım ihtiyacı riski: bakım alan kişinin miktatı etkisi. *Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 3, 4-18.

Öztop, H., Şener, A., Güven, S. (2008). Evde Bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 39-49.

Öztürk MO, Uluşahin, A. (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 736

Öztürk, Y.E., Şentürk, Ş., Macit, Y. (2017). Evde bakım hizmeti alan engelli bireye sahip ailelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi: Amasya örneği. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-67.

Palma, E., Simonetti, V., Franchelli, P., Pavone, D., Cicolini, G. (2012). An observational study of family caregivers' quality of life caring for patients with a stoma. *Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 35(2), 99-104.

Pearce, M.J., Coan, A.D., Herndon, J.E., Koenig, H.G. and Abernethy, A.P. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 20(10). 2269-2276.

Pınar Bölüktaş, R. (2018). Palyatif Bakım Hastalarında Manevi Bakım. *Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13): 51-72.

Pinquart, M., Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.

Pompeo D.A, Carvalho A, Olive A.M, Souza M.G.G, Galera SAF. (2016). Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24:e2799. doi: 10.1590/1518-8345.1311.2799

Pompili M, Harnic D, Gonda X., et al. (2014). Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. *World J Psychiatry*, 4, 1-12.

Rabin, F., Nahar, J. S., Mullick, Msi., Ahmed, Hu., Farzana, N. (2016). Adaptation, linguistic and clinimetric validation of the bangla version of zarit burden interview, *Bsmmuj*, 9: 181-187.

Rahmani F, Ranjbar F, Hosseinzadeh M, Razavi SS, Dickens GL, Vahidi M. (2019). Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences*, 6: 148-53.

Reilly, R., Gray, J., Jung, J. (2015). Sharing information with families that carry the burden of care for relatives with severe mental illness, *Journal of Ethics in Mental Health*, 1: 1-5.

Resmi Gazete, "T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönergesi", Tarih: 06.03.2014, Sayı:9453.

Richardson, P. (2012). Assessment and implementation of spirituality and religiosity in cancer care. *Clin J Oncol Nurs*. 16(4). 150-155.

Robbins, S.P, Judge, T.A. (2013). *Organizational behavior*, (Çev.: Erdem İ.), 14. Baskı İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.

Ross, L.A. (1995). The spiritual dimension; it's importance to patient's health, wellbeing and quality of life and it's implication for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5): 457-468.

Sabancıoğulları S., Ertekin Pınar Ş. (2020). Kronik psikiyatri hastalarının bakım

vericilerinin bakım yükü ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1): 109-118. Doi: 10.17049/ataunihem.588211

Sağlam, Z., Koç, Z., Çınarlı, T., Korkmaz, M. (2016). altmış beş yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükü ile etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 40-60.

Seltzer M.M, Greenberg J.S, Floyd F, Hong J. (2004). Accommodative Coping and Well-Being of Midlife Parents of Children with Mental Health Problems or Developmental Disabilities. *Am J Orthopsychiatry*; 74(2): 187-95

Schene, A.H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden: towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiology*, 25, 289-297.

Schulz, R., Beach, S. R. (1999). caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *JAMA*, 15(23), 2215-2219.

Sessanna, L., Finnell, D. Jezewski, M. A. (2007). Spirituality in nursing and health-related literature. *Journal of Holistic Nursing*, 25(4): 252-262.

Seyyar, A., Genç, Y. (2010). *Sosyal hizmet terimleri* (Ansiklopedik "Sosyal Pedagojik Çalışma" Sözlüğü). Sakarya: Sakarya Yayıncılık.

Shamsaei, F., Cheraghi, F., Esmaeilli, R., (2015). Family challenge of caring for the chronically mentally ill: a phenomenological study, *Iranian Journal of Psychiatry And Behavioral Sciences*, 9(3):1-7.

Smith, G.R., Williamson, G.M., Miller, L.S., Schulz, R. (2011). Depression and Quality of Informal Care: A Longitudinal Investigation of Caregiving Stressors. *Psychology and Aging*, 26(3), 584-591.

Solomon, P. (1996). Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 47(12), 1364-70.

Soner, S., Aykut, S. (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 375-387.

Sürme, Y. (2019). Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi. *Journal of*

International Social Research, 12, 525-529.

Sweeting, H. N. (1991). Caring for a relative with dementia: anticipatory grief and social death. doctorate thesis. University of Glasgow. Faculty of Medicine.

Şahin, N. H., Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.

Şengün İnan F, Çetinkaya Duman Z. (2013). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4): 205-11.

Şirin, T. (2018). Maneviyat ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Electronic Turkish Studies*, 13(18), 1283-1309.

Şişman, F. N., Kutlu, Y. (2016). Yaşlılarda uyum güçlüğüne değerlendirme ölçeği'nin (yugdö) geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(1), 25-33.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2006). *Ruh Sağlığı Politikası*, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011-2023 *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*, Ankara.

Takmaz, Z. (2015). Psikolojik danışma etkileşiminde maneviyata bakış: nitel bir çalışma. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Tamer, M.G. (2017). Yaşlı hastalarına bakım veren kadınların deneyimleri ışığında evde bakım hizmetinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 26, 157-186.

Tan, J.Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M., Yorke, J. (2017). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: an exploratory study. *Eur J Cancer Care*, 27(1), 1-11.

Taşdelen, P., Ateş, M. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*, 9(3): 22-29

Tel, H., Ertekin Pınar, Ş. (2013). Kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım

vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3): 145-152.

Toker, S.A., Özgür, R. (2019). Evde bakım birimince takip edilen hastaların bakımlarından sorumlu kişilerde depresyon. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), 428-443.

Tramonti, F., Bonfiglio, L., Bongioanni, P., Belviso, C., Fanciullacci, C., Rossi, B., Chisari, C. ve Carboncini, M. C. (2018). Caregiver burden and family functioning in different neurological diseases. *psychology, Health & Medicine*, 7: 1-8.

Uçar, M. (2017). Yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite (maneviyat) arasındaki ilişki. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.

Veltman, A., Cameron, J.I., Stewart, D.E. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *The Journal of Nervous And Mental Disease*, 190 (2), 108-114.

Walke SC, Chandrasekaran V, Mayya SS. (2018). Caregiver burden among caregivers of mentally ill individuals and their coping mechanisms. *J Neurosci Rural Pract*;; 9: 180-5.

White, M. L., Peters, R. ve Schim, S. M. (2011). Spirituality and Spiritual Self-Care: Expanding Self-Care Deficit Nursing Theory. *NursSci Q*, 24(1): 48-56.

Williams, M. G., Voss, A., Vahle, B., Capp, S. (2016). Clinical nursing education: Using the FICA spiritual history tool to assess patients' spirituality. *Nurse Educator*, 41(4), E6-E9.

Wong, D.F.K. (2000). Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: Implications for Culturally Sensitive Practices. *Br J Soc Work*, 30(3): 365-382.

Wong, D.F., Lam, A.Y., Chan, S.K. et al. (2012). Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health Qual Life Outcomes*, 31, 10:15.

World Health Organization (2000). *Home-Based Long-Term Care*. Geneva: WHO Technical Report Series.

World Health Organization (2004), “The Mental Health Context. Mental Health Policy And Service Guidance Package”, [Erişim tarihi: 27.12.2021]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9241546468>

World Health Organization (2022), What is the WHO definition of health? [Erişim tarihi: 07.05.2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Yaribeygi, H., Panahi Y., Sahraei H., Johnston T.P., Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: a review. *excli Journal*, 17, 1075-1072.

Yıldırım, A., Buzlu, S., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S., Ekinci, M., (2013). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24: 1-7.

Yıldız, E. (2016). Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. *Yayımlanmış yüksek lisans tezi*, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.

Yılmaz, M. (2011). Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2): 61-70.

Yılmaz, M., Şara, E. (2014). Yaşlılık ve evde sağlık hizmetinde finansman. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 117-127.

Zarit, S.H., Reeve, K.E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

Zaybak, A., Güneş, Ü.Y., İsmailoğlu, E.G., Ülker, E. (2012). Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 48-54.

Ek-4. Anket Formu

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sevgili Katılımcı;

Aşağıda sizinle ve hastanızla ilgili sorular bulunmaktadır. Tüm soruların cevaplandırılması önem taşımaktadır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

HASTAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

1. Hastanızın yaşı:

2. Hastanızın cinsiyeti nedir?

a) () Kadın

b) () Erkek

3. Hastanızın medeni durumu nedir?

a) () Evli

b) () Bekar

4. Hastanızın eğitim durumu nedir?

a) () Okur yazar değil

b) () Okur yazar

c) () İlkokul mezunu

d) () Ortaokul mezunu

e) () Lise mezunu

f) () Üniversite mezunu

g) () Yüksek lisans/Doktora Mezunu

5. Hastanızın büyüdüğü yer nasıldır?

a) () Köy

b) () Kasaba

c) () Şehir

6. Hastanızın yetiştiği aile tipi nedir?

a) () Çekirdek aile

b) () Geniş aile

7. Hastanızın çalışma durumu?

a) () Çalışıyor

b) () Çalışmıyor

8. Hastanızın psikiyatrik hastalık tanısı nedir?

9. Hastanın sosyal güvencesi var mı?

a) () Evet

b) () Hayır

BAKIM VERENLERLE İLGİLİ BİLGİLER:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

a) () Kadın

b) () Erkek

3. Medeni Durumunuz:

a) () Evli

b) () Bekar

4. Eğitim Durumunuz:

a) () Okur yazar

b) () İlkokul mezunu

c) () Ortaokul mezunu

d) () Lise mezunu

e) () Üniversite mezunu

5. Çalışma durumunuz:

a) () Çalışıyor

b) () Çalışmıyor

6. Aile yapınız nedir?

a) () Çekirdek aile

b) () Geniş aile

7. Ne kadar süredir yakınınıza bakım veren rolündesiniz?

a) 6 ay -1 yıl

b) 2 yıl – 5 yıl

c) 6 yıl ve üzeri

8. Hastanızın bakım gereksinimleri hakkında bilgi sahibi misiniz?

- a) Evet, bilgi sahibiyim
- b) Hayır, bilgi sahibi değilim
- c) Kısmen bilgi sahibiyim



Ek-5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA...	Hiç Uygun değil	Uygun değil	Uygun	Tamamen Uygun
1.Kimsenin bilmesini istemem	0	1	2	3
2.İyimser olmaya çalışırım	0	1	2	3
3.Bir mucize olmasını beklerim	0	1	2	3
4.Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	0	1	2	3
5.Başta gelen çekilir diye düşünürüm	0	1	2	3
6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	0	1	2	3
7.Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim	0	1	2	3
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	0	1	2	3
9.İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem	0	1	2	3
10.Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	0	1	2	3
11.Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	0	1	2	3
12.Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	0	1	2	3
13.İş olacağına varır diye düşünürüm	0	1	2	3
14.Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	0	1	2	3
15.Problemin çözümü için adak adarım	0	1	2	3
16.Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	0	1	2	3
17.Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	0	1	2	3
18.Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	0	1	2	3
19.Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	0	1	2	3
20.Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım	0	1	2	3
21.Mücadeleden vazgeçerim	0	1	2	3
22.Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	0	1	2	3
23.Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm	0	1	2	3
24.Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim	0	1	2	3
25. "Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm	0	1	2	3
26.Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum	0	1	2	3
27. "Benim suçum ne?" diye düşünürüm	0	1	2	3
28. "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm	0	1	2	3
29.Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	0	1	2	3
30.Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	0	1	2	3

Ek-6. Maneviyat Ölçeği

Elinizdeki ölçek bireyin maneviyatının farklı boyutlarını ölçmek üzere hazırlanmıştır. Ölçekte 27 Adet soru bulunmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz Lütfen her ifadeye mutlaka tek yanıt veriniz ve kesinlikle boş bırakmayınız. Katkılarınız için teşekkür ederiz. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.		(1) Ba na Hi ç Uy gu n De ğil	(2) Ba na Uy gu n De ğil	(3) Ba na Bi raz Uy gu n	(4) Ba na Ol du kç a Uy gu n	(5) Ba na Ta ma m en Uy gu n
1.	Allah'ın beni sevdiğini hissediyorum.					
2.	Bir sorunla karşılaştığımda dua ederim.					
3.	Dini etkinliklere katılırım.					
4.	Dua ettiğimde Allah'a kendimi yakın hissederim.					
5.	Enerjisine inandığım şeyleri üzerimde taşıırım.					
6.	Hayata dair bir hoşnutsuk duygusu hissediyorum.					
7.	Hayata gelmemin bir amacı olduğuna inanırım.					
8.	Hayatımda büyük bir boşluk varmış gibi hissediyorum.					
9.	Maneviyatım bana güç verir.					
10.	Yediğim şeylerin enerjisinin beni etkilediğine inanıyorum					
11.	Hayatımı manevi kabullerime göre yaşarım					
12.	Maneviyat stresli durumlarla başa çıkmanımı sağlar.					
13.	Hayatımın amacımı halen bulabilmiş değilim.					
14.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz olmaz.					
15.	Hayatta iyilikle kötülüğün bir savaşı var					
16.	Her canlının taşıdığı bir enerji vardır					
17.	Her insan hayatının anlamını bulmaya çalışmalıdır					
18.	İlahî bir gücün beni koruduğunu hissedirim.					
19.	Kâinatta, aşkın (ilâhî) bir varlığın olduğuna inanıyorum.					
20.	Maneviyat hayatın anlamıyla ilişkilidir.					
21.	Maneviyata önem veririm.					
22.	Kâinatta her şeyin bir bütünü parçası gibi birbirine bağlı olduğuna inanırım.					
23.	Maneviyatım davranışlarım üzerinde etkilidir.					
24.	Maneviyatımı güçlendirmek için bazı manevi egzersizler (zikir, meditasyon, dua vb.) yaparım.					
25.	Maneviyatla ilgili bir eğitim olduğuna görürsem katılmaya çalışırım.					
26.	Olduğum kişi olmaktan mutlu değilim.					
27.	Maneviyat konusunda eğitim almak gerektiğine inanıyorum.					

Ek.7 İntihal Raporu

tez intihal

ORJİNALLIK RAPORU

%**20**
BENZERLİK ENDEKSİ

%**20**
İNTERNET KAYNAKLARI

%**7**
YAYINLAR

%
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
4	openaccess.izu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	%1
6	tr.macedoniabaptist.info İnternet Kaynağı	%1
7	earsiv.medeniyet.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
8	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
9	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1