

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK HASTALIĞI OLMAYAN YAŞLI BİREYLERDE
MANEVİ BAKIM, YAŞAM KALİTESİ VE ARADAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Sedat DOĞAN

Danışman

Dr.Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN

Hemşirelik Anabilim Dalı

KARS 2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KRONİK HASTALIĞI OLMAYAN YAŞLI BİREYLERDE
MANEVİ BAKIM, YAŞAM KALİTESİ VE ARADAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Sedat DOĞAN

Danışman

Dr.Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN

Hemşirelik Anabilim Dalı

KARS 2018

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde **Sedat DOĞAN** tarafından hazırlanmış olan *Kronik Hastalığı Olmayan Yaşlı Bireylerde Manevi Bolyım, Yasama Kalitesi ve Aradaki İlişkinin Değerlendirilmesi* adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sonucunda jüri üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21/09/2018

Adı Soyadı:

İmza:

Başkan: Prof. Dr. Mehtap TAN

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Funda KARDAŞ ÖZDEMİR

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/.../... gün ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim sürecinde, eğitimime büyük katkıları olan başta tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt AKGÜN ŞAHİN'e ve derslerde vermiş olduğu katkı nedeniyle Sayın Doç. Dr. Yeliz AKKUŞ'a eğitimim ve araştırmam süresince benden desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, bu çalışmada bulunmayı kabul eden ve çalışmayla uyum içinde olan tüm hasta ve ailelerine aynı zamanda tez dönemim boyunca bana destek olan arkadaşım Sayın Yunus DEMİREL'e teşekkür ederim.

Sedat DOĞAN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
SİMGELER VE KISALTMALAR	IV
TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılığın Tanımı	3
2.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması	4
2.3. Yaşlıların Yaşlılıkla İlişkin Algı ve Tutumları	5
2.4. Spiritualite	6
2.5. Din ve Spiritualite	7
2.6. Yaşamın Anlamı ve Maneviyat (Spiritualite)	9
2.7. Yaşlılıkta Manevi Bakımın Önemi	10
2.8. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım	11
2.9. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi	13
2.10.Manevi Bakım ve Yaşam Kalitesi	16
3.METERYAL VE METOT	18
3.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	18
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.5. Veri Toplama Araçları	19
3.6. Verilerin Toplanması	20
3.7. Verilerin Değerlendirmesi	21
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	21
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	21

4. BULGULAR	23
5.TARTIŞMA	30
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	37
7. KAYNAKLAR	38
8. EKLER	44
9. ÖZGEÇMİŞ	56



SİMGELER VE KISALTMALAR

AHNA	: Amerikan Holistik Hemşireler Birliği
MMBÖ	: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
SPSS	: Statistical Packages for the Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL-OLD.TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü

TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	24
Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	25
Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre WHOQOL-OLD Temel Alan Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	27
Tablo 4. WHOQOL-OLD Temel Alan Yaşam Kalitesi Ölçeği ve MMBÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	29
Tablo 5. WHOQOL-OLD Temel Alan Yaşam Kalitesi Ölçeği ile MMBÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	30

ÖZET

Kronik Hastalığı Olmayan Yaşlı Bireylerde Manevi Bakım, Yaşam Kalitesi ve Aradaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerde manevi bakım, yaşam kalitesi ve aradaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma evrenini; Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında Kars'ın Susuz ilçesinde yaşayan, Kars Susuz Toplum Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üstü kronik hastalığı olmayan bireyler oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Susuz Toplum Sağlığı Merkezi'ne başvuran, araştırma kriterlerine uyan 110 birey oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında hasta tanılama ve bilgi formu, maneviyat ve manevi bakım derecelendirme ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 16.0 paket programında analiz edilmiştir. Evli, geniş aileye sahip ve bedensel engel nedeniyle bakıma ihtiyaçları olan bireylerin maneviyat ve manevi bakım puan ortalamalarının yüksek ve gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Maneviyat ve manevi bakım ölçeği toplam puan ortalaması 52.07 ± 9.81 olduğu tespit edilmiş. Maneviyat ve manevi bakım (22.88 ± 3.45) puan ortalamasının en yüksek, dinsel (12.56 \pm 2.10) en düşük puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi ölçek toplam puan ortalaması 71.73 ± 18.65 olduğu tespit edilmiş. Erkek olan, evli olan, gelir düzeyi az olan, çalışmayan, geniş aileye sahip olan ve bedensel engel nedeniyle bakıma ihtiyacı olan bireylerin yaşam kalitesi özerklik alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ölüm ve ölmek (15.78 ± 3.18) puan ortalamasının en yüksek, sosyal katılım (10.23 ± 3.48) en düşük puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda maneviyat ve manevi bakım arttıkça, yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, maneviyat, yaşam kalitesi, yaşlı

ABSTRACT

Evaluating Spiritual Care, Life Quality and the Relationship between Them in Elderly Individuals without any Chronic Disease

This study was planned descriptively for the purpose of evaluating spiritual care, life quality and the relationship between them in elderly individuals without any chronic disease. Target population of the study consisted of individuals who lived in Susuz district of Kars, were registered to Kars Susuz Community Health Center, aged 65 years and older and had no chronic disease between February-June 2017. Study sample, on the other hand, consisted of 110 individuals who applied to the Susuz Community Health Center between the aforementioned dates and met the inclusion criteria. The data were collected using patient identification and information form, spirituality and spiritual care grading scale and life quality scale. The data were analyzed in the SPSS 16.0 package software. It was determined that individuals who were married, had an extended family and were in need of care due to their physical disability had higher score averages of spirituality and spiritual care and there was a statistically significant difference between the groups ($p<0.05$). It was determined that the total score average of spirituality and spiritual care grading scale was 52.07 ± 9.81 . It was found that spirituality and spiritual care (22.88 ± 3.45) had the highest score average, whereas religiosity (12.56 ± 2.10) had the lowest score average. It was determined that the total score average of life quality scale was 71.73 ± 18.65 . It was observed that individuals who were male, married, had less income, did not work, had an extended family and were in need of care due to their physical disability had higher score averages of basic domain of autonomy and there was a statistically significant difference between the groups ($p<0.05$). It was found that death and dying (15.78 ± 3.18) had the highest score average, whereas social participation (10.23 ± 3.48) had the lowest score average. As a result of the study, it was determined that life quality increased in parallel with the increase of spirituality and spiritual care.

Key Words: Chronic disease, spirituality, life quality, elder

1.GİRİŞ

İnsanlar biyolojik, manevi (spiritual), psikolojik, sosyo-kültürel boyutları olan bir canlılardır. Bilindiği gibi insanın bu boyutlarının tümü birbiri ile etkileşim içindedir. Bu bağlamda fiziksel alanda oluşan bir sorun, sosyal ve psikolojik alan, ruhsal alanda oluşan bir sorun ise fiziksel alanda sorunlara neden olabilmektedir (Hutchison 1997, Dossy ve Dossy1998, Velioğlu 1999, Öz 2004). Bu nedenle ancak insanın bu boyutlarının tümünde sorun yoksa ve uyum içinde ise sağlıklı olmaktan söz edilebilir. Amerikan Holistik Hemşireler Birliği (AHNA) tarafından sağlıklı olmanın tanımı beden, beyin ile ruh arasındaki uyum seviyesi olarak tanımlanmaktadır (Hutchison 1997).

Literatürde manevi değerlerin umudu yitirmeme, ölümle ilgili anksiyetede azalma, yaşamda bir desteğin varlığını hissetmede etkili olduğu bildirilmektedir. Diğer taraftan maneviyat, bireyin pozitifliğini, güçlerini ve yaşam şeklini destekleyerek kendisini en üst düzeyde ortaya çıkarmasını, güçlü, umutlu ve barış içerisinde olmasını sağladığını da hastalık ile birlikte sağlık üzerinde de güçlü etkileri bulunmaktadır (Gordon 1982, Ergül ve Bayık 2004, Hall 2006). Moadel ve ark.'nın (2000) de kanser olan 248 hasta da yaptıkları çalışmada, hastaların %40' ından fazlası manevi ihtiyaçlarının karşılanması halinde korkularıyla baş ettiklerini, hayatın anlamını bulduklarını, umutlarının arttığını ifade ederek rahatlık hissettiklerini bildirmişlerdir (Moadel ve ark). Ayrıca Johnson ve Spilka (1991) kanserli hastalar için ibadet ve iman etmenin baş etmede önemli bir kaynak olduğunu saptamışlardır (Johnson ve Spilka).

Yaşlılık döneminde maneviyat ön plana çıkmakta ve maneviyat, kişinin sahip olduğundan daha fazla bir güçle yaşamdan mana bulmasının pek çok yolunu gösterebilmektedir (Yavuzer 2015). Oldnall (1996), maneviyatın kişinin yaşamına anlam kattığını ayrıca kişinin yaşamını etkileyen inanç ile birlikte değerler düzenini oluşturmak için yardım ettiğini belirtmiştir. Bu nedenle maneviyatın ön planda olduğu yaşlılık döneminde yaşlıların uzun yaşamalarının yanı sıra kronik sağlık sorunları ile baş edebilmeleri, toplumsal yaşama aktif olarak katılabilmeleri ve yaşam kalitelerini yükseltmek için algıladıkları yaşam anlamı ile de ilgilenilmelidir. Çalışmalar, dini inancın, yaşlı insanlar için hayatın sorunlu zamanlarında ve yaşam

kalitesini artırmada başa çıkma yöntemi olarak önemli bir etmen olduğunu göstermektedir (Pargament ve ark. 1995, Koenig 2006).

Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi salt tanımı gereği yaşam kalitesinin önemini ortaya koyar. Tanımı gereği yaşam kalitesi “mutlu olmak, kendinden hoşnut olmak” ile ilgili bir öznel değerlendirmedir. Sağlık algısı; kronik hastalıklar ve neden oldukları problemler, bağımlılıkların artışı, hareket kısıtlılığı, iletişimin azalması, yaşlanmanın neden olduğu psikolojik sorunlar ve ölüm duygusu nedeniyle hissedilen algıdır. Yaşam kalitesi, hastalıkların değerlendirilmesi ve tıbbi bakımın değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir (Arslan ve ark. 1999). Birey yaşlandıkça yaşam kalitesi otonomi ve bağımsızlığından etkilenmektedir. Günümüzde anne, bebek ve çocuk ölümlerinin azalmasına; küreselleşme, bilim ve teknolojinin gelişmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının önemsenmesi önemli katkıda bulunmuştur ve bireylerin yaşam kalitesini artırmıştır (Arpacı 2008).

Araştırma bireylerin daha kaliteli bir yaşam sürdürmeleri ve manevi bakım gereksinimlerini belirleyerek bu ihtiyaçlarını giderilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerde manevi bakım, yaşam kalitesi ve aradaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılığın Tanımı

Yaşlılığın tanımı yapılırken, insanların ilk yaşam belirtisinin oluştuğu yer olan anne karnındaki oluşumdan başlayarak yaşlılık kavramının kapsamı oluşturulmaktadır. İnsan yaşantısının ilerleyen dönemleri yaşlılık olarak belirtilmektedir. Yaşanılan her gün ve her yıl, yaşın büyümesi olarak nitelendirilir. İnsan hayatı boyunca geçirmiş olduğu her bir gelişim dönemi, dönemin ortaya koyduğu özelliklere göre bebeklik, bir sonraki dönem çocukluk ardından gençlik, yetişkinlik ve son olarak yaşlılık şeklinde bölümlere ayrılarak dönemler halinde ifade edilmektedir (Bilir 2006). Yaşlılık ve yaşlılıkta ortaya çıkan sorunlarının doğru değerlendirilebilmesi için bazı noktaların iyi bir şekilde tanımlanması ve algılanması gereklidir. Bu noktalar başlıca üç madde halinde; Yaş, sağlık ve yaş ile sağlık arasındaki ilişkilidir. Eski dönemlere bakıldığında neredeyse tüm ülkelerde insanların yaşama sürelerinin daha uzun olduğu görülmektedir (Bilir 2006, Göken 2015).

Sağlık ise, Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) tanımına göre bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal olarak iyi durumda olması demektir. İnsanlar yaşadıkları süre boyunca çeşitli çevresel faktörlerle karşılaşır. Bu faktörlerin etkisi ile insan vücudunda bazı değişiklikler meydana gelir (Bilir 2006, Göken 2015). Çevresel faktörlerin yanı sıra organizmada zaman içinde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler de olur ve bu değişiklikler insanın sağlığı bakımından belirleyici rol oynar (Bilir 2006). Böylelikle yaşın ilerlemesi sonucunda insan vücudunda bazı değişiklikler meydana gelir. Bu farklılıklar belirli bir düzeye kadar olduğunda yaşam kalitesini olumsuz etkilemez, dolayısıyla kişinin sağlığını bozmaz. Değişikliklerin kabul edilebilir düzeyi olan bu duruma fizyolojik değişiklikler adı verilir. Bunun yanında yaşlılarda sağlık sorunlarının gençlere göre daha fazla olması, yaşlılık ile hastalıkların birlikte olduğu izlenimini yaratır, yaşlılık ile sağlık sorunlarının birbirine eşlik ettiği ve yaşlıların düşkün olduğu şeklinde düşünmeye yol açar (Göken 2015). Oysa yaşlılıkta bazı hastalıkların görülme sıklığı artmakla birlikte, bütün yaşlıların hasta ve bu nedenle de düşkün olduğu düşüncesi doğru değildir. Bu paralelde, hastalıkların, yaşlanmanın doğal sonucu olduğu görüşünün doğru olmadığı

da ifade edilebilir. DSÖ tarafından yapılan yaşlılığa yönelik açıklamada kişinin bulunduğu ortama uyum sağlama kabiliyetinin azalması şeklinde ifade edilmiştir (Bilir 2006, Göken 2015).

2.2. Yaşlılığın Sınıflandırılması

Farklı türde yaşlanma gruplandırmaları yapılmaktadır (Göken 2015).

Yaşlanmayı; gerontologlar dört zaman diliminde değerlendirmektedir:

- **Kronolojik yaşlanma:** Doğum tarihini temel alarak yaşlanmanın tanımı yapılmaktadır. Herhangi bir etkene bağlı değildir (sosyal statüsü, bireyin fiziksel-zihinsel anlamda yeterli olması, kronolojik yaş) (Sucuoğlu 2012).
- **Biyolojik yaşlanma:** Organ sistemlerinin (kalp, dolaşım sistemi, akciğer..) tam olarak işlevlerini yerine getirememesi, fiziksel farklılaşmalara dayandırılarak ifade edilmektedir. Biyolojik olarak kişinin yaşlanmasına ana gerekçe olarak, organizmanın kronolojik manada gerçekleşen ilerlemeden dolayı artık eskisi kadar hücre yenilenmesi olmamaktadır. Bu duruma bağlı olarak hücrelerde kayıpların yaşanmasıdır.
- **Psikolojik Yaşlanma:** Normal bir insana göre algılama sürecindeki değişiklikler, zeka, öğrenme, hafıza benzeri zihinsel fonksiyonlarda ve duyu organlarında; dürtü, güdü, kişilik gibi özelliklerde geçen zamanın etkisiyle meydana gelen farklılıklardır (Sucuoğlu 2012).
- **Sosyal Yaşlanma:** Kişiyi ait olan sosyal ortamdaki aile ve yakın çevresiyle, iş ortamında, politik ve dini gruplar gibi birliktelikler içerisinde üstlenilen rollerin ve sürdürülen ilişkilerin eskisine kıyasla değişmesini ortaya koymaktadır (Baysan 2008).

Yaşlılıkla ilgili bir sınıflandırma da DSÖ tarafından yapılmıştır;

- **Erken yaşlılık (young old):** Erken yaşlılık olarak belirtilen bu dönem 65-74 yaşları arasındaki dönemi içerir.
- **Orta yaşlılık (old):** Orta yaşlılık şeklinde ifade edilen dönemdeki yaş aralığı ise 75-84 olarak belirtilmektedir. Süreç, fonksiyonel kayıpları ve bağımlılığı kapsar.
- **İleri yaşlılık (old- old):** 85 yaş ve sonrası dönemdir. Bu süreçte başkalarına bağımlılık duyulabilir (Sucuoğlu 2012).

2.3.Yaşlıların Yaşlılıkla İlişkin Algı ve Tutumları

Yaşadığımız toplum, yaşlanmayı genellikle rahat etmek, dinlenmek, saygı görmek şeklinde kabul etmektedir (Saygun ve ark. 2005). Yaşlılara göre, yaş alma bir hastalık olarak ta algılanmaktadır (Bilir 2001, Saygun ve ark. 2005). Sağlıklı olmanın anlamı bazı yaşlılara göre sadece fiziksel iyilik halidir. Yaşlılar sağlıklarını geliştirmede anne babalarını örnek alabilmekte veya sağlıklı yaşam uygulamalarında bulunmaktadır (Bıyık ve ark. 2005). Sosyal yaşama katılan yaşlılar kendilerini daha üretken ve bağımsız olarak algılamaktadır (Kaya ve ark. 2007). Henüz tam olarak yaşlı olarak değerlendirilmeyen genç yaşlılarda arkadaşlık, sosyal davranışlar, kişisel gelişim daha çok belirginken, yaşlı çok ilerlemiş yaşlılarda, dini konulara yoğunlaşma ve depresyon gibi duygu bozuklukları daha fazladır. Yaşlılıkla ilgili algılama ve tutum belirtilerinde de cinsiyetler arası farklılıklar görülmektedir (Alex 2006). Yaşlı bireylerin bazıları depresyon esnasında doktora gitmenin önemli olduğunu vurgularken, bazıları da, depresyonun yaşlılığın getirdiği bir sorun olarak algılamaktadır (Catherine ve ark. 2003). Bireylerin kendi yaşamlarından az tatmin oldukları durumlarda sosyal ilişkileri de kötüleşmekte, kötü finansal durum, sağlık sorunları yaşama da birey açısından risk yaratmaktadır. Sosyal ilişkiler hayattan memnuniyet üzerine etkili bulunmuştur. Yaşamdan memnuniyet üzerine etki yaratan faktörler ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir (Fagerström 2007).

Yüksek kültür düzeyi, az kronik hastalık, engellilik ve sakatlığın olmadığı durumda yaşlıların sağlıkla ilgili algıları ve duyguları daha pozitif olmaktadır. Erişkin yaştaki çocukları ile tatminkar ilişkiler kurabilen yaşlılarda depresif durum ve tutumlar daha az izlenmektedir. Sağlıkla ilgili algı ve tutum fiziksel ve zihinsel sağlık ile ilişkili bulunmuştur (Jank ve ark. 2006). Kötü eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, kadın cinsiyeti, dul olma hali, tatminsiz sağlık algısı, yüksek fonksiyonel engellilik, yaşam şartları, hizmetlere ulaşımında sıkıntı çekimi ve çevresel problemler olumsuz yaşlılık algısı üzerine etkili olan çevresel ve sosyal değişkenlerdir. Sosyal, ekolojik ve çevresel faktörlerin sağlık durumunu ve engelliliği artan sosyal ve sağlık hizmet sunumunu belirlemede etkili olduğu saptanmıştır (Lucchetti ve ark. 2007).

2.4. Spiritualite

DSÖ tarafından tanımlanan sağlık; ruhsal, sosyal ve fiziksel açıdan tam bir iyilik durumunun görülmesi şeklinde belirtilmekte ve hastalık ve sakatlığın yaşanmamasının sağlığın tek başına böyle bir değerlendirmeye tanımlanmasının yetersiz olacağı da ayrıca vurgulanmaktadır. Bireyin yaşam sürecinde sosyal, ruhsal ve fiziksel iyiliğinin devam etmesi bireyin iyilik halini sürdürebilmesi anlamına gelmektedir (Ergül ve ark. 2004). Bireyin sağlıklı olarak tanımlanması için tüm bu alanlarda iyilik durumunu sürdürmesi gerekir. Herhangi bir alanda yaşanan sorun, diğer alanlarda da sorunlara yol açmaktadır (Ergül ve ark. 2004).

Spiritualizm kelime anlamı olarak, maddiyatın dışında manevi varlığın olduğuna inanmayı temsil eder. Bu terim 18.yüzyılda hayatımıza girmiştir ve halen de varlığını sürdürmektedir. “Spiritism” sözcüğünün batı dillerindeki karşılığı, ruhçuluk olarak geçmektedir. Ülkemizde “ispiritizma” veya “spiritizma” şeklinde kullanılmaktadır (Ergül ve ark. 2003). Grant (2004), maddeciliğin karşıtı olarak kullanılan ruhçuluk kavramına, Metapsisik Terimler Sözlüğü’nde rastlanmaktadır. Mezheplerin, yol ve doktrinlerin bu konuya yaklaşımı, insana ait olan ruh ya da canın bedenden ayrı olarak bir cevher kıymeti taşıyan gerçekler olarak ele alınması gerektiği şeklindedir. Spiritualite kavram olarak soyut bir özelliğe sahiptir ve sözlük anlamı olarak da “manevi değerlere sadık olma” şeklinde açıklanmaktadır. Bu güne değin spiritüel boyutla ilgili olarak net bir görüş ortaya konmamıştır. Spiritüalite sözcüğü aynı zaman da hayatı hissetmek anlamına da gelmektedir (Gürol ve ark. 2004).

Spiritualite, kutsal arayış, ilahi veya yukarda bir yaşantı için hissedilen ihtiyaç; fiziksel veya bir sonu bulunan varoluş gerçeğinin üstünde yaratılanlarla ilgili hikmetleri görme isteği şeklinde tanımlanmıştır. Eski spiritüel yaşamın dinlerden etkilendiği şimdi ise kişinin iç dünyası ile bütünleştiği dikkat çekmektedir. Bazıları için spiritualite, bireyin fiziksel veya dış dünyadan etkilenmeyen iç dünyası anlamına gelmektedir. Bir diğer açı ise 'olmak' ve 'yapmak' kavramları ile ilgilidir. Olmak kalıcı bir durumu açıklarken, yapmak geçici ve kısa olanı açıklamaktadır. Bu durumda 'yapılan' sona erse de 'olan' varlığını devam ettirmektedir (Öz 2003). Narayanasamy (1999) maneviyatın tanımının tek bir otoriteye dayalı olarak

yapılamayacağını açıklamıştır. Maneviyat kavramının kişinin yorumuna dayalı olduğunu ifade etmiş ve kalıp şeklinde tanımlanamayacağını vurgulamıştır (Callister ve ark. 2004). Hemşirelik alanına yönelik oluşturulan literatür çalışmalarında maneviyat kavramı; dinsel özelliğinden uzak olarak bu kavramı bir tanrı inancıyla bağdaştırmadan içinde bulunulan hayatın algılanması gereken manası, gayesi ve iç huzuruna dair ortaya konan çaba şeklinde belirtilmiştir (Hall 2006).

Manevi alanların; dünya ile ahenk içinde olma, ebediyetle alakalı soruların yanıtlarına çözüm arama konusunda emek harcama ve kişinin kendisini stres, fiziksel rahatsızlık ya da ölüm hadiselerine yoğunlaştırdığı bir nokta olarak belirtilir (Mcsherry 2000). İnsan, yaşamı boyunca kendisiyle alakalı oluşturduğu beklentileri ve ortaya koyduğu fiilleri doğrultusunda yaradan, diğer insanlar ve tabiat ile ilişkisini, maneviyat olarak açıklamaktadır. Psikolojide ise bireyin yaratandan daha çok kendi benliğine yöneldiği, içindeki istek ve duyguların ifadesi olarak tanımlanmıştır. Bu inanç, kişinin hayatına mana kazandıran duygu, fikir ve yaklaşımları bulmasına etki eden manevi müdahaleleri araştırır. Ayrıca, kişilerin hayatlarını nasıl devam ettireceklerine kendilerinin karar vermesi ve tercih yapmaları anlamında da kullanılmaktadır (Öz 2003).

2.5. Din ve Spiritualite

Toplum tarafından belirlenen yasalar, gelenekler, benzer inançlar, dini ritüeller ve ibadetler insanları paydaş yapmakta ve bunun sonucu olarak da sosyal kurum özelliğinde din kavramı belirginlik kazanmaktadır. Latince kökene sahip olan "religio" din kelimesine karşılık gelmektedir. Bu kelime mana olarak; 'tanrı' 'bağlantı' veya 'tanrısal varlık' ifadeleriyle ilişkilendirilerek 'tie up kavramına denk gelen: bağlantı, rabıta 'manalarıyla belirtilir (Gürol 2004). Din temelli kaynaklardaki kurallar ve kavramlarla alakalı tutumları ve uygulanması gereken normları hayata geçirme konusunda, var olmayan otoriteye dair, bireylerin ve toplulukların kaygılarının ortadan kaldırılmasında, ayin, efsane ve simgelerle başlayan ve bu doğrultuda bir organizasyon oluşturulan karşılıklı bir ilişkinin bulunduğu sistemlerdir (Gürol 2004). Maneviyat dini alan şeklinde düşünülse de gerçekte farklı bir kavramdır. Maneviyat yüksek düzeyde inanma gücü, mukaddeslik veya enerjiyle ilgili olarak sonsuz temelli bir güçten bahsedilmektedir. Örnek olarak, Tanrı inancı

olan birey için Tanrının manası; içsel anlamda yaşadığı güven, güç, kutsallık gibi kavramların birleştiği 'Allah' ya da 'Yüksek güç' şeklinde açıklanır. Din kavramının karşılığı da kişilerin içinde bulunduğu ibadet sistemindeki düzendir. Ayrıca temel uygulamalar, törenler ve inançlarla alakalıdır (Öz 2003).

Maneviyatın en önemli parçasını din oluşturmaktadır. Maneviyatın oluşabilmesi için dinsel geleneklere bağlılık çok da önemli değildir. Bireyin kendine hedef koymasına ve hayatına anlam vermesine sağlayarak, bireyin için endişe, umut ve ait olma hislerini de içermektedir (Gürol 2004). Din kavramının maneviyattan farkı ise; geleneksel, törensel ve özel bir öğreti verir. Din, bireylerin hayat boyu güçlü olmalarına ve ölüme hazırlanmalarına yardımcı olur. Böylece din, manalı bir hayat ve ölüm, yaşanan olumsuzluklar karşısında ise sadakat ve sakinlik sağlayarak bireylere güç verir bunun sonucunda güven içerisinde hareket etme ve sosyal anlamda bir destek olarak kendini hissettirir. İnanç; ruhsal veya fiziksel delil olmadan, manevi güçlerden faydalanma kabiliyetidir (Öz 2003). Tüm insanlar manevi ilkeleri yerine getirirler de getirmeseler de manevi bir alana sahiptirler. Spiritüalizm insanın kendini gerçekleştirerek hayatına mana kazandırmasına, sevme, affetme gibi duyguların gelişmesine katkı sağlar. Çoğu insanın yaşamında spiritüalizm ve dini inanışlar önemlidir. Kişinin hayat tarzını, sağlık ve hastalık hakkındaki tutum ve davranışlarını etkiler. Dinler kişinin yemek tercihlerini, tedavi şekillerini ve doğum kontrolündeki özel bazı uygulamalarda etkili olurken, bazı dini inanışlar da tıptaki modern uygulama yöntemlerine karşı çıkarlar (Makhija 2002).

Spiritüalizm, ölüm korkusu gibi büyük sorunlarla mücadele ederken yaşam umudu vererek ve hayattan anlam çıkararak baş etmelerine yardımcı olur. Spiritüalizm ölümün ve yaşamın sırrını anlama becerisi kazandırır. Hastalık halinde kişilerin ağrılarını dindirmede, tedavinin olumlu ilerlemesinde ve iyileşme sürecinin daha çabuk sonuç vermesine yardım edebilir (Makhija 2002). Maneviyat kavramı insanların dini inançlarına karşı daha geniş anlamlar yükler ve onlara 'derin insan' boyutuna çıkartır. Manevi alan yalnızca dini inançları içermemekle beraber yaşama dair anlamları ve gerçekleştirilmek istenen amacı, anlamlandırmadaki hisleri de kapsar (Ergül 2003).

2.6. Yaşamın Anlamı ve Maneviyat (Spiritualite)

Maneviyat; kişinin bireysel özelliklerinin bir kısmını oluşturur. Kişinin inançları, değerleri ve içsel dürtüleri arasında gelişen uyumu açıklar. Maneviyat kavramının tanımında insanları birleştirme, ortak bir payda etrafında toplama anlamı da bulunmaktadır (Öz 2004). Bu amaçla insanların kendi aralarında güçlü bir ahenk oluşturmalarını ve bu doğrultuda hayatlarını sürdürmelerini amaçlar. Manevi ihtiyaçları giderilen insanlar hayat tecrübelerinde kendilerini daha güçlü hisseder (Öz 2004). Oldnall (1996), maneviyatı insanların içinde hissettiği ruh olarak tanımlamış ve bu büyük duygunun kişinin yaşantısına mana kazandırdığını, ayrıca bireyin yaşantısında karşılaştığı hadiselerin işleyişinde etkili olan inanç ve değerler düzenini oluşturmak adına faydalı olduğu belirtilmiştir. Georges ve Dundan(1996), insanların yaratılış itibarıyla vücut, akıl, ruh olarak üç aşamadan oluştuğunu ve bireyin edinmiş olduğu tecrübeleriyle bu aşamaları bütünleştirerek ortaya iyi bir uyum çıkardığını ileri sürmüştür. Literatürde, vücudun herhangi bir yerinde meydana gelen rahatsızlığın, vücudun başka bir bölümünü etkilediği fakat maneviyatın bu hastalıkları iyileştirdiği tartışılmıştır. Narayanasamy (1996), maneviyatı ilişki kavramları içinde tanımlar, ilişkilerin samimiyeti manevi olma potansiyelini arttırdığını vurgulamıştır. Başbakkal (2013), ölümü bekleyen hastaların geliştirmiş olduğu dinsel odaklı bir yaklaşım, olumlu bir yaklaşım, aşk ilişkisi ve arkadaşlık benzeri manevi ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir.

Maneviyat, kişinin sahip olduğundan fazla bir güçle yaşamdan mana çıkarma ve sürdürülebilir ilişkiler kurma konusunda yardımcı olur. Sistem Teorisi'nde ifade edildiği gibi sistemi meydana getiren parçaların tamamının karşılıklı bir etkileşim oluşturması ve uyum sağlaması anlamına gelmektedir (Öz 2004). Bu bağlamda insan bir sistem şeklinde düşünüldüğünde uyumlu bir şekilde hayatını devam ettirebilmesi gerekir. İnsanda bulunan denge unsuru durağanlık yerine dinamik bir özellik göstermektedir, bundan dolayı olması gereken denge, her insanda farklı bir şekilde ortaya çıkmakta, dengelerin bozulması durumunda uyum noktasında sorun oluşmakta, uyumsuzluk ise gerilime sebep olduğu için endişeye yol açmaktadır (Öz 2004). Kültürüne, inanç ve değerlerine bağlı olan kişiler için maneviyat oldukça önemlidir ayrıca bireylerin iç huzuru barışı için maneviyat önemli bir gereksinimdir (Öz 2004).

Maneviyat, sorunlarla baş etmede olumlu ve oldukça etkin bir yaklaşımdır. Müdahale edilmesi zor olan bir durum karşısında veya sorunlar çözülemediğinde oldukça etkili ve önemli bir ihtiyaçtır. Maneviyat olgusunun bireylerin hayatında mana bulmasına yardımcı olan önemli bir bakış açısı olduğuna inanılarak bu duygu bu şekilde kabul görmektedir (Öz 2004).

Wright (1998), manevi problemlerin hayatın manasının yitirmeye yönelik ilk sinyallerin verildiği dönemde oluştuğunu bundan dolayı da, hayatın manasını yeniden yakalamanın hastalık geçiren kişi açısından bu yönüyle kesinlikle destek çıkılması gerektiğini belirtmektedir. Spiritualizm, kişinin kendi yaşantısında birçok konunun üstesinden gelme bilinciyle elde edilen bir var oluş şekli veya kişinin üstün özellikleriyle algıladığı varlığını ve bununla birlikte hayatını ve inandığı değerleri özdeşleştirmesidir (Öz 2004). Yatay ve dikey boyut olarak spiritualite olarak ikiye ayrılır. Kişinin yaratanla arasındaki olumlu tutumunu dikey boyut, dinden bağımsız olan yaşamdaki memnuniyeti yatay boyutu oluşturmaktadır. Kişinin amaçları, iç huzuru, dini değerleri yatay boyutu kapsarken, dikey boyut ise sonsuz yaşamın varlığını ifade etmektedir (Leeuwen ve ark. 2004)

2.7. Yaşlılıkta Manevi Bakımın Önemi

Her insan hayatını, doğal olarak yaşlılığını farklı yaşar. İnsanların, yaşlılığı kabullenmesinde ve yaşlılığa bakış açısını, kişilik özellikleri, dünyaya görüşü ve hayattan beklentileri etkilemektedir (Çetinkaya ve ark. 2007). Günümüzde yaşlılığa bakış açısı giderek değişmektedir. Kişilerin yaşlılık dönemlerini mutsuzluk içinde değil, yaşlılık dönemine özgü sorunlarla baş ederek ve yaşam kalitesi yüksek bir şekilde sürdürmeleri önemlidir (Çetinkaya ve ark. 2007). Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam beklentisini uzatan yönden ziyade yaşam kalitesini ve genel sağlığı yükseltmeye odaklanmıştır. Temel amaç yaşama yıllar katmak değil, yıllara yaşam katmaktır (Çetinkaya ve ark. 2007).

Yaşlılık döneminde maneviyat ön plana çıkmakta ve maneviyat, kişinin sahip olduğundan daha fazla bir güçle yaşamdan mana bulmasının pek çok yolunu gösterebilmektedir (Yavuzer 2015). Oldnall (1996), maneviyatın kişinin yaşamına mana kattığını bununla birlikte bireyin yaşamında etkili olan inanç ve değerlerle ilgili gidişatı oluşturmak için yardımcı olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle maneviyatın ön

planda olduğu yaşlılık d6neminde yaşlıların uzun yaşamalarının yanı sıra kronik sağlık sorunları ile baş edebilmeleri, toplumsal yaşama aktif olarak katılabilmeleri i7in algıladıkları yaşam anlamı ile de ilgilenilmelidir (Koenig 2006). 7alışmalar, dini inancın, yaşlı insanlar i7in hayatın sorunlu zamanlarında başa 7ıkma y6ntemi olarak 6nemli bir etki olduğunu g6stermektedir (Pargament ve ark. 1995, Koenig 2006). Krause (2004), dini inancın her yaş grubundan sorunlarla başa 7ıkma da yarar sağladığı belirlenmiş ortaya konulsa da konuyla ilgili olarak yaşlılar hususunda ni7in yararlı olabileceğini irdelemenin 6nem taşıdığını belirtmiştir. Dinsel odaklanmanın yaşlı kişilerde nasıl bir yarar sağladığının irdelendiği bir araştırmada; yaşlı olarak belirtilen kilise 6yelerinin şahsi uyumu, n6fus i7erisindeki genel yaşlılardan 6nemli 6l76de fazladır (Dam 2002).Yaşlılar tarafından belirtildiği gibi, dinsel odaklanmanın yaşa bağlı olarak 6l6m korkularını azalttığı, arkadaş ve dostluk gibi ikili ilişkilere fırsat yarattığı, yaşanılan b6y6k kayıplarda ve 7ekilen acılarda dayanma g6c6 noktasında destek olduğu, gereksinim hissettiklerinde yardım aldıkları bir bağlanma, tutunma sağladığı ortadadır (Dam 2002).

2.8. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım

İyi hemşirelik bakımının temeli, bireyin var oluşunu t6m boyutlarda korumasına, s6rd6rmesine veya elde etmesine yardımcı olmaktır (Erg6l ve Bayık 2004). Hemşireliğin ge7mişinde, hemşireliği sadece bakım sağlama y6n6nden değerlendiren ve bu şekilde tanım geliştiren bir d6nem s6z konusu değerildir. Hemşireliğin meslekleşmesine 6nc6l6k eden Florence Nightingale'nin sağlıkla ilgili olarak ihtiya7 duyulan maneviyatın, bedeni meydana getiren organlar kadar 7ok fazla 6nem taşıyan bir par7a rol6 6stlendiğini belirtmektedir (Erg6l ve Bayık 2004, Hutchison 1997).

Ruhsal ve duygusal anlamda sorun yaşayan bireylerde fiziksel rahatsızlıklarda oluşabilir, s6zleri de hemşireliğin meslekleşme s6recinin başından itibaren insan bir b6t6n olarak ele alındığını g6stermektedir (Erg6l ve Bayık 2004, Hutchison 1997).Hemşirelik tarihinin ilk yıllarından bu yana insana bir b6t6n olarak bakılsa da b6t6nc6l bakım kavramı, 1960 yıllarda tartışılmaya başlanmış ve 1980' li yıllarda Rogers, Parse, Newman gibi hemşire teorisyenlerce hemşirelik literat6r6ne kazandırılmıştır (Cox 2003). Bu d6nemin hemşirelik teorisyenleri insan i7indeki ve

çevresindeki dünyayı algılama yetenekleriyle birlikte bir bütün olarak görmüşlerdir. Maneviyat, holistik yaklaşımlar çevrili girişim bütünü olarak tanımlanmış ve hemşirenin bu yaklaşımla hastanın bütün gereksinimlerine cevap verebileceğini belirtilmiştir (Cox 2003).

Hemşirelik hizmeti sağlanırken hastaya yalnızca fiziksel ağrıların hafifletilmesi noktasında değil de bütüncül yaklaşarak her bakımın verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Martsolf 1998). Konuyla alakalı olarak Virginia Henderson da, hemşirelikte temel amacın, kişinin kendi kendine ihtiyaç duyabileceği tüm gereksinimlerini yapabilecek seviyeye getirilmesi olduğunu ortaya koymaktadır. Bireyin, entelektüel, manevi, sosyolojik, psikolojik ve fizyolojik konularla ilgili tüm gereksinimlerinin hatta ibadet etme ihtiyacını da bu gereksinimlere dahil ederek düşünmek gerektiğini ileri sürerek 14 temel ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (Kostak 2007).

Hayatını sürdürdüğü ortamda kişinin değer ve inançlarına yönelik saldırı söz konusu olduğunda, duygu durumuyla ilgili olarak bir krizin içinde olduğu durumda, yaşamanın anlamsız olduğunu düşündüğünde, ümidini yitirdiği anlarda manevi problem oluşmaktadır (Öz 2004). Manevi problem yaşayan kişilere karşı yaklaşımlardaki maksat, sağlık bakım ile inanç ve değerler arasında oluşabilecek çatışmayı düşürmeye çalışmak veya tamamen yok etmektir (Bayık 2004). Sadece din görevlisinin hastaneye çağırılması, hastanın manevi boyutuna yönelik yapılan bakım yetersizdir (Ergül ve Bayık 2004). Günümüzde psikososyal ve fiziksel yönden daha üst görülen manevi boyuta ilişkin hemşirelik bakım hizmetinin ne kadar önemli olduğu hemşireler tarafından benimsenmektedir (Ergül ve Bayık 2004).

Hutchinson (1997) hemşirelik hizmeti sağlayan sağlık görevlisinin manevi yönden bakım verirken dikkat etmesi gereken en önemli ilkeleri aşağıda sıralanmıştır;

1. Hastanın nasıl bir manevi gereksiniminin olduğunu belirlenmesi; mevcut ya da olabilecek sorunlar kadar kişinin gücünü ifade etmeyi de hedeflemelidir.
2. Hemşire, manevi bakım sağlarken öncelikle kişinin manevi kaynaklarını aktifleştirmeyi amaçlamalıdır.

3. Hemşirelik hizmeti sağlanırken, manevi bakımla yapılmak istenen kişinin inanç boyutuna müdahale etmek yerine, belirtilen gereksinimler giderebilmelidir.
4. Manevi gereksinimlerin belirlenmesi ve devamında sağlanan bakım, hemşireyle hasta arasında güven ve duyarlılık üzerine sürdürülmelidir.
5. Hemşire, hasta bakımında görevli diğer sağlık personellerine bilgi verirken sınırlılıklarını düşünerek hareket etmelidir.
6. Hemşire, hastaya sağlayacağı manevi bakımla ilgili planını yazılı olarak hazırlamaya dikkat etmelidir. Bu durum, hemşirenin bakım hizmeti sağlarken sistematik davranmasını ve bakım hizmetinde verimliliği oluşturur (Hutchinson 1997).

2.9. Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi

Yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi salt tanımı gereği yaşam kalitesinin önemini ortaya koyar. Tanımı gereği yaşam kalitesi “mutlu olmak, kendinden hoşnut olmak” ile ilgili bir öznel değerlendirmedir (Arslan ve ark 1999). Sağlık algısı; kronik hastalıklar ve neden oldukları problemler, bağımlılıkların artışı, hareket kısıtlılığı, iletişimin azalması, yaşlanmanın neden olduğu psikolojik sorunlar ve ölüm duygusu nedeniyle hissedilen algıdır (Arpacı 2008). Yaşam kalitesi, hastalıkların değerlendirilmesi ve tıbbi bakımın değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir (Arslan ve ark 1999). Birey yaşlandıkça yaşam kalitesi otonomi ve bağımsızlığından etkilenmektedir.

Günümüzde, sağlıklı yaşam davranışlarının önemsinmesi, küreselleşme, bilim ve teknolojinin gelişmesi, anne-bebek ve çocuk ölümlerinin azalması ile bireylerin yaşam kalitesini yükseltmektedir (Arpacı 2008). Yaş arttıkça bireylerin yaşam kalitesinde düşüş izlenmektedir (Bilir ve ark. 2005). Yaşlanmaya bağlı hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon harcamalarının artması, yaşlılık dönemlerinde görülen Alzheimer gibi bazı hastalıkların da yaşlı nüfusun giderek artması nedeniyle daha fazla oranda gözlenmesi sonucuyla yaşlılarda görülme sıklığı ve sayısı giderek artan hastalıklara bağlı sorunların yoğunlaşması, günümüzde yaşlı sağlığında koruyucu bakım hizmetlerinin ve yaşam kalitesinin yaşlı sağlığının önemli bir parçası haline gelmesine neden olmuştur (Bilir ve ark. 2005). Yaş artması ile beraber toplumun temel ihtiyaçları da değişmiştir. Artan kronik hastalıklara paralel olarak sağlık

hizmetlerine olan ihtiyaçta artmıştır. Yaşlılık döneminde tedavi edici hizmetlerin yanı sıra özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin de önemli bir yeri vardır. Bu hizmetler verilirken yaşam kalitesi kavramı bir ihtiyaç haline gelmiştir. Yaşlılık dönemlerinde amaç, yaşam kalitesini en yüksek seviyede tutmak ve daha da geliştirmektir (Bilir ve ark. 2005).

Yaşam kalitesini etkileyen pek çok faktör vardır. Özellikle yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen toplumsal sorunlara ve birincil korunma önlemlerine bakarsak:

Yaşlıların Yaşam Kalitelerini Olumsuz Etkileyebilecek Bazı Toplumsal Sorunlar

- Yalnız olmak
- Çalışma hayatından uzaklaşma
- Sosyal ilişkilerin zayıflığı
- Ekonomik sebepler
- Beslenme yetersizliği
- Barınma sorunları (Baysan 2008).

Yaşlıların Yaşam Kalitelerinin Arttırılmasında Birincil Korunma nlemleri

- Yalnızlıktan korunmaları
- Beslenme eğitimleri
- Sigara ve alkolden uzaklaşma
- Spor yapma
- Kazaların nlenmesi
- Sosyal aktiviteler
- İlaçların doğru kullanılmasıdır (Baysan 2008).

Yaşam kalitesi, cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerin yaşam kalitesinin, kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (alıştır ve ark. 2006). Kadınlarda yaşam kalitesi daha düşük olabilmektedir (Arslantaş ve ark. 2006). Eğitim düzeyi ve başkasına bağımlı olma gibi faktörlerin yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür. Eğitimsiz olan yaşlıların yaşam kalitesi azalmaktadır. Bu durumun tersi de doğrudur

(Çalıştır ve ark. 2006). Özellikle dul, düşük eğitimli ve yaşlı kadınların yaşam kaliteleri düşüktür (Arslantaş ve ark. 2006). Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksektir (Luleci ve ark. 2008). Yaşının yaşı, fiziksel performansı, sosyal aktivitelere katılma durumu, düzenli yürüyüş yapma, el sanatları ile ilgilenme durumu, psikolojik durumu da yaşam kalitesi üzerinde etkili olan faktörlerdir. Yaşantısını etkili bir şekilde geçiren yaşlıların yaşam kalitesi de iyileşmektedir (İnal ve ark. 2003, Chan 2008).

Kadınlar günlük yaşam aktivitelerinde erkeklere göre daha bağımlıdır (Diker ve ark. 2001). Koltuk değneği, yürüteç gibi yardımcı araçlar veya tekerlekli sandalye kullanan yaşlılara, yaşam kalitelerini arttırmak için transferler, banyo ve tuvalet gibi aktivitelerini kolaylaştıran yöntemler konusunda bilgilendirme yapmak gerekmektedir. Pozisyon verme, yatağı yükseltme, yatak yakınındaki eşyaların yerleşimi gibi önlemlerde özellikle yatağa bağımlı kişiler için yaşam kalitesini arttıran yöntemler arasında yer alır. Yaşam kalitesinin artırılması için beslenmenin önemi büyüktür ve bu konu diyetisyen yardımı ile kişiye özel olarak düzenlenmelidir (Ünsal ve ark. 2006). Çeşitli besin kaynaklarının hepsinden dengeli bir şekilde yararlanılması, gıdalara özen gösterilmesinin, taze meyve ve sebzelerin bol tüketilmesinin, yeterli miktarda sıvı alınmasının önemi yaşlı kişiye anlatılarak ve dikkat etmesi sağlanarak yaşam daha kaliteli bir hale getirilebilir.

Yaşlıların kronik hastalıklarının olması da yaşam kalitelerini ve sağlık algılarını etkileyebilmektedir. Özellikle fiziksel semptomların olması, yaş ve anksiyetenin de eşlik ettiği kronik hastalıklarda yaşam kaliteleri önemli ölçüde etkilenmektedir (Ünsal ve ark. 2006). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin evde yaşayan yaşlı bireylere göre yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (Zincir ve ark. 2006). Ancak huzur evinde kalmak bireyin aile ilgili beklentilerini, hayatla ilgili genel beklentilerini ve yaşamdan memnuniyet durumunu, gelecekte umutlu olma durumunu etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. Çeşitli çalışmalarda huzurevinde uzun süre kalanların yaşam kaliteleri düşük düzeyde bulunmuştur (Sarıççek 2006). Huzurevinde yaşayan yaşlıların ölüm konusunda daha duyarlı olmaları beklenebilir ama araştırma sonuçları bu konuda tam tersi sonuçlar belirtebilmektedir. Bakımevlerinde kalan yaşlıların psikolojik durumları da etkilenmekte çeşitli ruhsal

patolojiler görülebilmektedir (Sarıçiçek 2006). Yaşlıların yaşam kalitelerini etkileyen önemli değişkenler arasında; ev ve aile yaşantısı, yaşamdan alınan zevk, iş ve yaşam şartları, sosyal sigorta olma durumu, yeşil kart, finansal kaynaklar, sağlık hizmetlerinden faydalanma sayılabilmektedir (Çalıştır ve ark. 2006, Low 2007). Sağlık durumu, duygusal destek, fiziksel çevrenin indirekt olarak yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır (Low 2007).

Yalnız yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi daha düşük olabilmektedir (Çalıştır ve ark. 2006). Evde yardım alarak yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilmekte, bu bireylerin yalnız olmaları, duygu durumlarının çökün (depresif) olması, karın ağrısı gibi bazı semptomların bulunması yaşam kalitelerinin düşük olmasını etkilemektedir. Evde yardım almadan yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler: hastalık sayısı ve uyku sorunu olarak belirlenmiştir (Kaya ve ark. 2007). Buradan da açıkça görülmektedir ki sosyal katılım yaşlıların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Kalfoss ve ark.2008). Arkadaşlarıyla ilişkileri olan, güçlü aile ilişkileri olan yaşlıların azalmış ölüm riski bulunmaktadır (Lucchetti ve ark. 2007).

2.10. Manevi Bakım ve Yaşam Kalitesi

Bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarında, maneviyat ve inanca yönelik baş etme yöntemini kullananlarda iyileşme görülmüştür (Choumanova ve ark. 2006). Bireyin yaşamış olduğu fiziksel hastalıkların tedavi aşamasında manevi gereksinimlerinin karşılanmasının değerlendirildiği araştırmalar göstermektedir ki kanserin birçok türünde, yüksek kolestorolde, immünolojik bozukluklarda, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi daha birçok hastalıkta maneviyat, pozitif anlamda etkilidir (Choumanova ve ark. 2006).

Bu alana yönelik yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış, manevi uygulamaların, bireylerin yaşama alanlarındaki tüm faaliyetlerini olumlu etkilediği, yaşam doyumlarının diğerlerine göre fazla olduğunu, depresyon-anksiyete semptomlarının daha düşük seviyede olduğunu, birtakım kötü alışkanlıkların da daha alt düzeylerde bulunduğunu göstermektedir (Boscaglia ve ark. 2005). Manevi anlamda oluşturulan bağlılık, kişinin mücadele etme yönünü güçlendirip ayrıca kişiye karşı sosyal desteğini fazlalaştırarak, bireysel değerleri ve yaklaşımını

geliştirmiş, bu sayede stresi kontrol altına almaya katkı sağlamış olabilir (Baldacchino 2006).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerde manevi bakım, yaşam kalitesi ve aradaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Kars ili Susuz Toplum Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bireylerin evlerinde toplanmıştır. Veriler Şubat-Haziran 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu merkeze bağlı 5 aile sağlığı merkezi ve 1 tane toplum sağlığı merkezi oluşturur. Toplum sağlık merkezinde 5 hekim çalışmaktadır. Ayrıca 6 hemşire, 2 röntgen teknisyeni, 1 laborant, 1 çevre sağlık teknisyeni bulunmaktadır. Toplum sağlığı merkezi, misafir hastaların bakımı ve okul aşılardan sorumludur. Aile sağlığı merkezine bağlı 5 doktor ve 5 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır. Aile sağlığı merkezinin görevi bu merkeze bağlı bulunan bireylerin ana çocuk sağlığı, genel hasta takip ve muayenelerinin gerçekleştirilmesidir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Kars Susuz Toplum Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üstü kronik hastalığı olmayan bireyler oluşturmuştur. Örneklem, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Susuz Toplum Sağlığı Merkezi'ne başvuran, araştırma kriterlerine uyan 126 birey araştırmaya dahil edilmiştir. 65 yaş ve üstü olan, kronik hastalığı olmayan, psikiyatrik sorunları olmayan ve soruları anlayabilecek bilişsel yeterliliği olan 126 bireyden 16'sı araştırmaya katılmayı kabul etmediği için çalışma 110 kişi ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

a. Bağımsız Değişkenler: Araştırmaya katılan yaşlı bireylere ait tanıtıcı özellikler.

b. Bağımlı Değişkenler: Kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerin maneviyat ve manevi bakım düzeyi ve yaşam kalitesi puanları.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamına alınan bireylere, araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Tanılama Bilgi Formu (Ek 1), Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ) (Ek 2) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD.TR) (Ek 3) kullanılmıştır.

Hasta Tanılama ve Bilgi Formu

Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulan bir formdur. Araştırmacı tarafında oluşturulan bu form, literatür doğrultusunda bireye özgü tanımlayıcı bilgileri içermektedir. Bu bilgiler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, mesleği, aile tipi, bakım ihtiyacı olma durumu (Okyay 2008, Göken 2015).

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ)

MMBÖ, McSherry, Draper ve Kendric tarafından 2002 yılında maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma seviyelerini değerlendirmek için geliştirilmiş beşli likert tipi bir ölçektir. Cronbach alpha değeri 0.64 bulunmuştur. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik testleri Ergül ve Bayık-Temel tarafından 2007 yılında yapılmış ve iç tutarlılık kapsamında Cronbach alpha katsayısı 0.76 olarak belirlenmiştir. Toplam 17 soru içeren ölçek; maneviyat ve manevi bakım (madde 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14), dinsellik (madde 4, 5, 13, 16) ve bireysel bakım (madde 1, 2, 10, 15) alt boyutlarından oluşmaktadır. Maddelerin puanlaması, 1'kesinlikle katılmıyorum', 2'katılmıyorum', 3'kararsızım', 4'katılıyorum', 5'kesinlikle katılıyorum' ifadelerini taşıyarak 1'den 5'e doğru yapılmaktadır. İlk 13 madde düz, son dört madde ters şekilde puanlanmaktadır. Toplam puan ortalaması artması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyi de olumlu yönde artmaktadır. Bu bağlamda maneviyat ve manevi bakım alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 31 iken; dinsellik ve bireysel bakım alt boyutlarından 16'dır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en yüksek puan ise 69 olarak karşımıza çıkmaktadır (Okyay 2008, Yazgan 2014). (EK2)

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOLOLD. TR)

Yaşam kalitesi ölçeği yaşlı modülü için Avrupa Komisyonu Beşinci Çerçeve Programı'ndan (QLRT-2000-00320) fon sağlanmış ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam

Kalitesi Grubu" nun (World Health Organization Quality of Life Group = WHOQOL Group) desteği ile 22 ÷lkede çalışma başlatılıp devamı sağlanmıştır. Projenin alışma yöntemi, daha önce yayımlanmış olan WHOQOL standart proje metodolojisine dayanmakta (The WHOQOL Group 1998, The WHOQOL Group 1998b) ve odak grup alışması, soru üretme, pilot deneme, soru azaltma ve boyut araştırmasını içermektedir. Yöntemin ilk aşamasında, uluslararası projenin global analizi ve odak grup çalışmalarının sonucunda 40 sorulu WHOQOL- OLD mod÷l÷ ortaya çıkmış, bu mod÷l, 6 boyutta deneme çalışması yapılarak 24 sorulu WHOQOL- OLD mod÷l÷ne indirgenmiştir. WHOQOL- OLD Mod÷l÷" n÷n altı boyutu ve soru numaraları Duyusal işlevler 1, 2, 10 ve 20 numaralı sorular özerklik 3, 4, 5 ve 11 numaralı sorular Geçmiş, Bug÷n, Gelecek Faaliyetler 12, 13, 15 ve 19 numaralı sorular Sosyal katılım 14, 16, 17 ve 18 numaralı sorular l÷m ve ölmek 6, 7, 8 ve 9 numaralı sorular Yakınlık 21, 22, 23 ve 24 numaralı sorular Cevapların beşli likert leği ile saptandığı 24 sorudan oluşmaktadır. Elde edilmesi m÷mk÷n olan boyut puanları, 4- 20 puan aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla "toplam puan" da hesaplanmakta ve puan arttıka yaşam kalitesi de iyileşmektedir. "Duyusal işlevler" boyutu ile duyusal işlevler ve bunların kaybının yaşam kalitesine yaptığı etkiler değerlendirilmektedir. "zerklik" boyutu ileri yaştaki bağımsızlık anlamındadır ve kendi başına yaşayabilme becerisini ifade eder. "Geçmiş, Bug÷n, Gelecek Aktivite" boyutu yaşamdaki başarılardan elde edilen doyumunu ve geleceğe bakışı gösterir. "Sosyal katılım" boyutu özellikle toplum içinde g÷ndelik yaşam faaliyetlerine katılabilmeyi anlatır. "l÷m ve ölmek" boyutu ise l÷me ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkular hakkındadır, "Yakınlık" boyutu ise kişisel ve özel ilişkiler kurabilme becerisini belirler. (Baysan 2008, Gken 2015). (EK-3)

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı, araştırma kriterlerine uyan bireylere çalışmanın amacı açıklamış, verdikleri bilgilerin çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacağı belirtilerek, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı onam alınmıştır. Veri toplanmaya gitmeden önce her birey telefonla aranarak, m÷sait oldukları g÷n ve saatte evlerinde ziyaret edilerek toplanmıştır. Okuma ve yazma bilen bireyler, formları kendileri

okuyup doldurmuştur. Okuma ve yazma bilmeyenlere ise araştırmacı tarafından sorular okunarak cevaplanmaları istenmiştir. Bireyler yaklaşık 30-35 dakika da soruları cevaplamıştır. Anket formlarının, bireyler tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını anlamak 10 kişiye ön uygulama yapılmış ve ön uygulama yapılan kişiler çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.7.Verilerin Değerlendirmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) 16.0 paket programında değerlendirilmiştir. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin veriler, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü'ne ait veriler SPSS' de yüzdeler, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. Tanıtıcı özellikler; Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü alt grupları ile karşılaştırılmasında bağımsız örneklemede t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Maneviyat ve Manevi Bakım ile Yaşam Kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü alt grupların güvenilirlik analizinde Cronbach Alpha değerine bakılmıştır. Sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.01$ ve $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın evrenini Kars Susuz Toplum Sağlık Merkezi'ne kayıtlı olan yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Kronik hastalık olmaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları sadece Kars Susuz Toplum Sağlık Merkezi'ne başvuran kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylere genellenebilir niteliktedir.

3.9.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın Kars Susuz Toplum Sağlık Merkezi'nde yapılabilmesi için resmi izin alınmıştır (Ek-4). Ayrıca Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kuruluna sunulmuş, onaylar alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır (Ek-5). Çalışmaya alınacak bireylere; gönüllü ve istekli olmalarının esas alındığı, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları, katılımı herhangi bir nokta da sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme hakları olduğu ve bilgilerinin gizli tutulduğu açıklanmıştır.

Ayrıca veri toplanmadan önce bireylere çalışmanın amacı açıklanmış, soruları cevaplanmış, bilgilendirdikten sonra onayları yazılı onam alınmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine ait bulgular, bireylerin maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği puan ortalamalarının dağılımı ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarını etkileyen değişkenlere ait bulgular; maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği puan ortalamaları ile yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri.

Özellikler	N	%
Yaş		
60- 69	35	31.8
70- 79	48	43.6
80 ve üzeri	27	24.6
Cinsiyet		
Kadın	37	33.6
Erkek	73	66.4
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	26	26.3
Okur yazar	16	14.5
İlköğretim	43	39.1
Lise ve üzeri	25	20.1
Medeni durum		
Evli	78	70.9
Bekar	32	29.1
Gelir düzeyi		
Geliri giderinden az	39	35.5
Geliri giderinden çok	71	64.5
Çalışma durumu		
Çalışan	33	30.0
Çalışmayan	77	70.0
Aile yapısı		
Çekirdek aile	54	49.1
Geniş aile	56	50.9
Bedensel engel nedeniyle Bakıma ihtiyacı olma durumu		
Var	45	40.9
Yok	65	59.1
Yaş ortalaması		68.15±6.40
TOPLAM	110	100

Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de görülmektedir. Araştırmaya katılanların %43.6’sı 70-79 yaş arasında olup, yaş ortalaması 68.15 ± 6.40 ’tır. Yaşlıların %66.4’ünün erkek, %39.1’inin ilköğretim mezunu, %70.9’unun evli, %64.5’inin gelirinin giderinden çok olduğunu ifade ettikleri, %70.0’inin çalışmadığı, %50.9’unun geniş aileye sahip olduğunu, %59.1’inin bakıma ihtiyacının olmadığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2’te görüldüğü gibi bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir. Ölçeğin maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; evli, geniş aileye sahip ve bedensel engel nedeniyle bakım ihtiyacı olan bireylerin puan ortalamalarının yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 2).

Bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim, gelir ve çalışma durumunun maneviyat ve manevi bakım dereceleme alt boyut puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, bu değişkenlerin manevi bakımı etkilemediği görülmüştür ($p > 0.05$).

Tablo 2. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Değişkenler	Maneviyat ve manevi bakım	Dinsellik	Bireysel bakım
Yaş	12.12±3.21	10.45±3.54	14.15±3.10
60-69	12.25±3.06	10.18±3.36	14.27±3.60
70-79	12.34±3.62	10.78±3.24	14.10±3.02
80 ve üzeri			
Test ve p	KW: 0.258 p> 0.05	KW: 0.109 p>0.05	KW:0.187 p>0.05
Cinsiyet			
Kadın	12.24±4.58	10.33±3.21	16.12±3.10
Erkek	12.12±3.63	10.54±3.98	16.47±3.44
Test ve p	t:0.489 p>0.05	t:0.121 p>0.05	t:0.258 p>0.05
Eğitim durumu			
Okur yazar değil	11.32±3.14	10.14±3.54	12.36±3.23
Okur yazar	11.85±3.20	10.57±3.88	12.45±3.41
İlköğretim	11.41±3.52	10.15±3.12	12.41±3.00
Lise ve üzeri	11.10±3.12	10.36±3.11	12.21±3.74
Test ve p	KW: 0.378 p>0.05	KW:0.125 p>0.05	KW: 0.208 p>0.05
Medeni durum			
Evli	16.12±3.12	11.11±2.23	12.36±3.87
Bekar	12.32±3.22	11.10±2.17	12.18±3.44
Test ve p	MWU:1.388 p<0.05	MWU:0.320 p>0.05	MWU:0.412 p>0.05
Gelir düzeyi			
Geliri giderinden az	12.17±3.65	10.17±3.52	14.21±3.12
Geliri giderinden çok	12.20±3.32	10.58±3.45	14.20±3.10
Test ve p	t:0.352 p>0.05	t:0.152 p>0.05	t:0.258 p>0.05
Çalışma durumu			
Çalışan	12.52±3.63	10.66±3.36	16.20±2.30
Çalışmayan	12.12±3.70	10.17±3.45	16.43±2.24
Test ve p	t:0.412 p>0.05	t:0.374 p>0.05	t:0.254 p>0.05
Aile yapısı			
Çekirdek aile	12.14±3.20	10.11±2.13	14.12±3.74
Geniş aile	16.52±3.63	10.74±2.30	14.52±3.36
Test ve p	t:1.658 p<0.05	t:0.214 p>0.05	t:0.320 p>0.05
Bedensel engel nedeniyle bakıma ihtiyacı olma durumu			
Var	16.63±3.45	10.11±2.47	10.28 ± 3.69
Yok	12.56±3.20	10.10 ±2.22	10.85 ±3.14
Test ve p	t:1.233 p<0.05	t:0.324 p>0.05	t:0.358 p>0.05

Tablo 3. Yaşlı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Değişkenler	Duyusal Yetiler	Özerklik X±SS	Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler X±SS	Sosyal Katılım X±SS	Ölüm ve Ölmek X±SS	Yakınlık X±SS
Yaş						
60-69	17.20±2.69	12.20±2.14	10.23±2.20	11.30±2.25	12.11±2.08	10.11±2.36
70-79	15.12±3.20	12.14±2.74	10.45±2.03	11.14±2.01	12.06±2.11	10.27±2.45
80 ve üzeri	11.45±3.14	12.32±2.98	10.56±2.60	11.85±2.27	12.11±2.66	10.14±2.14
Test ve p	KW:2.152 p<0.05	KW:0.520 p>0.05	KW:0.452 p>0.05	KW:0.521 p>0.05	KW:0.489 p>0.05	KW:0.369 p>0.05
Cinsiyet						
Kadın	14.31±2.12	11.55±3.20	11.93±2.70	12.89±2.90	11.12±2.12	11.88±2.92
Erkek	15.83±3.20	14.41±3.66	11.01±2.65	12.58±2.30	14.89±2.20	11.20±3.14
Test ve p	t:0.489 p>0.05	t:1.121 p<0.05	t:0.341 p>0.05	t:0.685 p>0.05	t:1.452 p<0.05	t:0.120 p>0.05
Eğitim durumu						
Okur yazar değil	11.52±2.25	10.27±2.12	10.78±2.25	10.13±2.38	10.18±2.62	11.32±2.23
Okur yazar	10.41±2.74	10.36±2.88	11.12±2.88	10.88±2.66	10.20±2.69	11.20±2.15
İlköğretim	10.78±2.20	10.60±2.96	11.78±2.10	10.20±2.12	10.56±2.17	11.88±2.85
Lise ve üzeri	12.98±3.45	10.10±2.30	11.32±2.66	11.25±2.65	10.87±2.27	11.44±2.52
Test ve p	KW: 0.422 p>0.05	KW:0.687 p>0.05	KW: 0.741 p>0.05	KW:0.378 p>0.05	KW: 0.547 p>0.05	KW: 0.286 p>0.05
Medeni durum						
Evli	11.25±2.36	13.54±2.12	10.22±3.48	10.66±2.56	14.88±2.92	11.58±2.69
Bekar	11.20±2.85	10.87±2.20	10.56±3.42	10.58±2.30	10.20±2.89	11.42±2.37
Test ve p	MWU:0.388 p>0.05	MWU:1.157 p<0.05	MWU:0.314 p>0.05	MWU:0.685 p>0.05	MWU:1.191 p<0.05	MWU:0.452 p>0.05
Gelir düzeyi						
Geliri giderinden az	10.96±2.41	14.47±2.22	10.10±2.31	10.29±2.13	10.88±2.12	10.17±2.11
Geliri giderinden çok	10.28±2.25	10.18±2.89	10.28±2.64	10.34±2.27	10.74±2.17	10.21±2.27
Test ve p	t:0.352 p>0.05	t:1.148 p<0.05	t:0.334 p>0.05	t:0.340 p>0.05	t:0.357 p>0.05	t:0.359 p>0.05
Çalışma durumu						
Çalışan	11.10±2.74	10.21±2.01	11.13±2.17	11.22±2.10	10.30±2.78	11.38±2.12
Çalışmayan	11.09±2.12	13.77±2.11	11.01±2.11	11.42±2.07	10.24±2.14	11.41±2.15
Test ve p	t:0.652 p>0.05	t:1.285 p<0.05	t:0.352 p>0.05	t:0.454 p>0.05	t:0.148 p>0.05	t:0.408 p>0.05
Aile yapısı						
Çekirdek aile	11.89±2.54	10.11±2.36	13.98±3.22	11.87±2.31	10.11±2.56	10.23±2.90
Geniş aile	11.09±2.12	14.23±2.87	13.22±3.02	11.40±2.22	14.51±2.07	10.32±2.28
Test ve p	t:0.658 p>0.05	t:1.189 p<0.05	t:0.458 p>0.05	t:0.632 p>0.05	t:1.059 p<0.05	t:0.752 p>0.05
Bedensel engel nedeniyle bakıma ihtiyacı olma durumu						
Var	16.23±3.18	16.78 ±3.14	10.10 ± 3.52	13.89 ± 3.69	14.14 ± 3.10	12.96 ± 2.96
Yok	16.14±3.92	10.41 ±3.70	10.56 ±3.07	13.25 ± 3.80	10.20 ±3.52	12.12 ±21.2
Test ve p	t:0.385 p>0.05	t:1.426 p<0.05	t:0.120 p>0.05	t:0.387 p>0.05	t:1.520 p<0.05	t:0.321 p>0.05

Tablo 3'te görüldüğü gibi bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeğine ait puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir. Erkek olan, evli olan, gelir düzeyi az olan, çalışmayan, geniş aileye sahip olan ve bedensel engel nedeniyle bakıma ihtiyacı olan bireylerin özerklik temel alan alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve bu gruplar arasında istatistiksel olarak aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 3). Yine erkek olan, evli olan, geniş aileye sahip olan ve bedensel engel nedeniyle bakıma ihtiyacı olan bireylerin ölüm ve ölmek temel alan alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 3).

Yaş değişkeninin ise sadece duyuşsal yetiler alt boyutunda yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Yaşam Kalitesi Ölçeği	X±SS	Maximum	Minimum
Duyusal Yetiler	11.76±3.12	19.0	4.0
Özerklik	14.88±2.32	18.0	5.0
Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler	12.15±3.45	20.0	5.0
Sosyal katılım	10.23±3.48	18.0	5.0
Ölüm ve ölmek	15.78±3.18	19.0	3.0
Yakınlık	11.96±3.10	18.0	4.0
Toplam Puan	71.73±18.65	112.0	30.0
Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği			
Maneviyat ve manevi bakım	22.88±3.45	31.0	1.0
Dinsellik	12.56±2.10	16.0	1.0
Bireysellik	16.63±3.96	22.0	1.0
Toplam Puan	52.07±9.81	85.0	1.0

Tablo 4’de yaşlıların yaşam kalitesi ölçeği ve maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği temel alanların puan ortalaması değerlendirildiğinde; Ölüm ve ölmek temel alanı (15.78±3.18) puan ortalamasının en yüksek, Sosyal katılım temel alanının (10.23±3.48) en düşük puan ortalamasına sahip alt boyut olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği genel olarak değerlendirildiğinde ölçek toplam puanının 71.73±18.65 olduğu ve yüksek yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir. maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyut puan ortalamasının dağılımı incelendiğinde; maneviyat ve manevi bakım (22.88±3.45) puan ortalamalarının en yüksek, dinsel (12.56±2.10) alt boyutunun ise en düşük puan ortalamasına ait alt boyut olduğu bulunmuştur. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği genel olarak değerlendirildiğinde ölçek toplam puanının 52.07±9.81 olduğu ve orta düzeyde maneviyat ve manevi bakım sergilendiği görülmektedir.

Tablo 5. Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.

Yaşam Kalitesi Ölçeği	Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği					
	Maneviyat ve manevi bakım		Dinsellik		Bireysel bakım	
	r	p	r	p	r	P
Duyusal Yetiler	.247	p>0.05	.158	p>0.05	.236	p>0.05
Özerklik	.504	p<0.05	.458	p<0.05	.458	p<0.05
Geçmiş, bugün ve geleceğe ait aktiviteler	.525	p<0.05	.520	p<0.05	.496	p<0.05
Sosyal katılım	.208	p>0.05	.120	p>0.05	.220	p>0.05
Ölüm ve ölmek	.587	p<0.05	5.47	p<0.05	.541	p<0.05
Yakınlık	.123	p>0.05	.209	p>0.05	.198	p>0.05

Tablo 5'de yaşam kalitesi ölçeği ile maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki verilmiştir. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği puan ortalaması arttıkça, yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği ile yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel yönde anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Maneviyat ve manevi bakım arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur.



5.TARTIŞMA

Çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 68.15 ± 6.40 'tır (Tablo 1). Göke'nin (2015) de yaptığı çalışmada bireylerin yaş ortalaması 69.23 ± 5.04 olarak bulmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin özelliklerine göre maneviyat ve manevi bakım ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; evli, geniş aileye sahip ve bedensel engelinden dolayı bakıma ihtiyaçları olan bireylerin puan ortalamalarının yüksek ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$); yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi ve çalışma durumu puan ortalamalarının düşük ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$), (Tablo 2).

Bu çalışmada evli bireylerin maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamasının bekarlara göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Yazgan (2014)'ın kanser hastası olan ve olmayan bireylerle yaptığı çalışmada; kanser hastası olmayan evli bireylerin, manevi bakım puan ortalamasının yüksek olduğunu belirlemiştir. Jadidi ve ark. (2015) çalışmasında evli olan yaşlı bireylerin maneviyat ve manevi bakım puanı bekar olanlara göre daha yüksek çıktığını ve manevi bakım ile evli olma arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Bu araştırma bulgusu daha önce yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada geniş aileye sahip olan bireylerin maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamasının çekirdek aileye sahip olan bireylere göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Kişilerin maneviyata bakışı yaşadıkları hayat şartları ve çevreye göre değişmektedir. İnsanlar, manevi gereksinimlerini karşılamak için yaşadıkları çevrede, başka bireylerden sevgi görme/ gösterme davranışı sergileyerek, dokunma ve güven ilişkisi kurma gibi iletişim becerileri ile karşılamaktadırlar. Ayrıca aile desteği, dini uygulamaları geliştirme gibi uygulamalar manevi bakımı desteklemektedir (Ercan ve ark. 2017).

Jadidi ve ark. (2015) çalışmasında, ailesi ile yaşayan bireylerin maneviyat puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Yine, Rezaei ve ark. (2008)

çalışmasında eşleri ölen ya da boşandıktan sonra yalnız yaşayan bireylerin manevi bakım ortalama puan skorunun; eşleriyle beraber yaşayan ya da geniş ailede yaşayanlara göre daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Bu araştırma bulgusu daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada bedensel engeli nedeniyle bakıma ihtiyacı olan bireylerin maneviyat ve manevi bakım alt boyut ortalamasının, bakıma ihtiyacı olmayan bireylere göre yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Modjarrad (2004)'nın maneviyatın sağlıkla ilişkisi incelendiği çalışmasında; maneviyatın sağlığı koruduğunu, hastalıkları giderdiği ve zorluklarla baş etmeyi kolaylaştırdığı sonucuna varmıştır. Bussing (2010)'e göre maneviyat kişinin kendine olan saygısını artırır, yaşamına değer ve anlam katar, bireysel amaçlar sunar ve duygusal rahatlama sağlayarak umut verir. Grant(2004) ise çalışmasında; maneviyatın insanlara iç huzur ve başa çıkma enerjisi verdiğini, fiziksel rahatlama sağladığını ve kendini tanımayı kolaylaştırdığını, başkalarıyla işbirliği yapmalarına yardımcı olduğunu vurgulamıştır. Tongprateep (2000) göre, güçlü manevi inançlarıyla Budist yaşlıların hastalık sürecini daha az acı çekerek geçirdiklerini ve yaşam kalitelerini arttırdıklarını belirtmiştir. Bu araştırma bulgusu daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada yaşın maneviyat ve manevi bakım puan ortalamalarını etkilemediği ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonucumuzdaki bulgulara bakıldığında 65 yaş üstü bireylerde maneviyat algılarının aynı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyetin maneviyat ve manevi bakım puan ortalamalarını etkilemediği ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Yazgan (2014) çalışmasında; sağlıklı bireylerde cinsiyetin dini tutumu etkilemediği belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde Çınar (2013) çalışmasında sağlıklı bireylerde yapılan bir başka çalışmada cinsiyetin maneviyatı etkilemediğini belirtmektedir. Cirhinlioğlu'nun (2010) çalışmasında kronik hastalığı olmayan, sağlıklı bireylerde çalışmış olup cinsiyetin manevi tutumu etkilemediği, manevi yönelimler açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgu literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada eğitim durumunun

maneviyat ve manevi bakım puan ortalamalarını etkilemediği istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Benzer olarak Allahbakhshian ve ark. (2010) multiple skleroz hastalarında yaptıkları çalışmada demografik özelliklerin maneviyatı etkilemediğini bulmuşlardır. Kuzgun ve Sevim (2004) 'in ve Acar ve ark. (1999) çalışmasında eğitim ile dini yönelim arasında istatistiksel olarak anlamsız fakat pozitif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir.

Bu araştırmada gelir düzeyi ve çalışma durumunun maneviyat ve manevi bakım puan ortalamaların etkilemediği ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Benzer olarak Yazgan (2014) çalışmayan sağlıklı bireylerde gelir düzeyi ve çalışma durumunun maneviyatı etkilemediğini bulmuştur. Araştırma sonucu, daha önce yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir. Erkek, evli olan, gelir düzeyi az olan, çalışmayan geniş aileye sahip olan ve bedensel engelinden dolayı bakıma ihtiyacı olan yaşlı bireylerin özerklik temel alan alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yine erkek, evli, geniş aileye sahip olan ve bedensel engelinden dolayı bakıma ihtiyacı olan yaşlı bireylerin ölüm ve ölmek temel alan alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş parametresi değişkeninin ise sadece duyuşsal yetiler alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. (Tablo 3). Eğitim durumunun ise yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilemediği ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan bireylerde yaşa göre yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; duyuşsal yetiler alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Aydın ve Karaoğlan'ın (2012)' de yaptığı çalışmada bireylerde yaş ile yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; duyuşsal yetiler alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğunu saptamışlardır. Benzer olarak Altay ve

ark. (2016)' da yaptığı çalışmada bireylerde yaş ile duyuşal yetiler yaşaam kalitesi alt boyut arasında pozitif bir ilişki olduğu, duyuşal yetiler alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğunu bulmuşlardır. Araştırma sonucu daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre yaşaam kalitesini temel alan puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; erkek bireylerin; özerklik, ölüm ve ölmek alanlarını temel alan alt boyut puan ortalamalarının, yüksek olduğu ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Orfila ve ark. (2006) çalışmalarında; yaşlılarda yaşaam kalitesinin tüm boyutlarında ortalama puan skorunun kadınlarda erkeklere göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Arslan ve Bölükbaşı (2003) erkeklerin yaşaam kalitesinin kadınlardan daha yüksek olduğu belirtmiştir. Baysan'ın (2008) çalışmasında cinsiyete göre yaşaam kalitesi incelendiğinde, erkeklerin yaşaam kalitesi algısının kadınlara göre yüksek olduğunu bildirmiştir. Jadidi ve ark. (2015) çalışmalarında; yaşlılarda kadın ve erkeklerin yaşaam kalitesi arasında önemli fark olduğunu ve erkeklerin yaşaam kalitesi ortalama puan değerinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma sonucu daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre yaşaam kalitesini temel alan puan ortalamaları incelendiğinde evli olanların; özerklik ve ölüm ve ölmek alanların temel alan alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Baysan'ın (2008) çalışmasında dul olan, yalnız yaşayan yaşlıların yaşaam kalitesi puan ortalaması düşük saptanmıştır. Jadidi ve ark.(2015) çalışmasında evli çiftlerin yaşaam kalitesi, boşanmış ve dul olanların yaşaam kalitesinden daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Liss ve ark. (2006) ve Armstrong ve ark. (2006) çalışmalarında yaşaam kalitesinin evli bireylerde yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumuna göre yaşaam kalitesi temel alan puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; gelir düzeyi az olan ve çalışmayan bireylerin özerklik alanların temel alan alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$),

(Tablo 3). Şahin ve ark. (2014)'nin huzur evinde yaptıkları çalışmada herhangi bir mesleği ve geliri olmayan bireylerin yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Tseng ve ark. (2001), Knesebeck ve ark. (2007) ve Paskulin ve ark. (2007)'nin yaptıkları araştırmalarda; çalışmayan ve geliri az olan yaşlıların yaşam kalitelerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır. Araştırma sonucu daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin aile yapısına göre yaşam kalitesi temel alan puan ortalamaları incelendiğinde; geniş aileye sahip olan bireylerin özerklik, ölüm ve ölmek temel alan alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 3). Mohammadi ve Babaei'nin (2011) çalışmasında; evde aileleriyle yaşayan bireylerin huzurevinde yaşayan ya da bir bakımevinde yaşayan bireylere göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Şahin ve ark. (2014) çalışmasında çocuk sahibi olan ve aileleriyle iyi ilişkileri olan bireylerin özerklik, ölüm ve ölmek alanlarının puan ortalamalarının yüksek olduğunu bulmuşlardır. Tseng ve ark. (2001) ve Hjaltadottir ve ark. (2007)'nin çalışmalarında geniş aileye sahip olan bireylerin yaşam kalitesinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin, bedensel engelinden dolayı bakıma ihtiyacı olanlarda yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde ölüm ve ölmek temel alan alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 3). Araştırmaya katılan bireylerin doğuştan ya da sonradan (kaza, yaralanma, düşme) oluşan bedensel engellerden dolayı ölüm ve ölmeye ilişkin kaygı ve korku yaşadıkları düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde kronik hastalıkların yaşam kalitesini etkilemediği, kronik hastalığa bağlı olan ya da olmayan kısıtlılık ya da özürülük durumunun yaşlıların yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir (Aydın ve Karaoğlan 2012, Ünal ve ark.2015, Hongthong 2015, Atalay ve ark 2016).

Bireylerin eğitim durumuna göre yaşam kalitesi temel alan puan ortalamaları incelendiğinde; özerklik, ölüm ve ölmek alanlarını temel alan alt boyut puan ortalamalarında farkın olmadığı saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3). Baysan'ın (2008) çalışmasında yaşlı bireylerde eğitim durumuna göre ölüm ve ölmek alanlarını temel alan alt boyut puan ortalamaları incelediğinde; farkın olmadığı saptanmıştır. Bu araştırma sonucu daha önce yapılan araştırma sonucu ile uyumlu bulunmuştur.

Bireylerin yaşam kalitesi ölçeği ve maneviyat ve manevi bakım ölçeğine ait puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Çalışmaya katılan tüm bireylerin temel alan yaşam kalitesi ölçeğini toplam puan skoru 71.73 ± 18.65 'dir. Yaşam kalitesi ölçeği temel alanların puan ortalaması değerlendirildiğinde; Ölüm ve ölmek temel alanı (15.78 ± 3.18) puan ortalamasının en yüksek ve özerklik (14.88 ± 2.32), sosyal katılım temel alanının (10.23 ± 3.48) en düşük puan ortalamasına sahip alt boyut olduğu belirlenmiştir. Maneviyat ve manevi bakım ölçeği alt boyut puan ortalamasının dağılımı incelendiğinde; maneviyat ve manevi bakım (22.88 ± 3.45) puan ortalamalarının en yüksek, dinsellik (12.56 ± 2.10) alt boyutunun ise en düşük puan ortalamasına ait alt boyut olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Çalışmaya katılan bireylerin yaşam kalitesi ölçeği temel alanların puan ortalaması arasında en yüksek ölüm ve ölmek puanı ile en düşük ise sosyal katılım puanı çıkmıştır. Göken'nin (2015) yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ölçeğin alt boyutlarının ağırlıklı ortalama ve ağırlıklı standart sapma değerlerine göre; en düşük puan skoru duyuşal işlevler boyutunda bulunmuşken en yüksek puan skoru özerklik boyutunda elde edilmiştir. Genel olarak yaşın artmasıyla beraber, ölüm kaygısının da arttığı belirtilmiştir (Göken 2015).

Çalışmadaki bulgular doğrultusunda yaşlılıkta ölüme ve ölmeye ilişkin endişeler, kaygılar ve korkuların arttığı görülmüş ve toplum içinde gündelik yaşam faaliyetlerine katılımın düşük olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada tüm bireylerin maneviyat ve manevi bakım ölçeği toplam puan skoru 52.07 ± 9.81 'dir. Araştırmada maneviyat ve manevi bakım ölçeğinde alınan en yüksek puan 69'dır. Maneviyat ve manevi bakım ölçeği alt boyut puan ortalamasının dağılımı incelendiğinde; Maneviyat ve manevi bakım (22.88 ± 3.45) puan ortalamalarının en yüksek, dinsellik (12.56 ± 2.10) alt boyutunun ise en düşük puan ortalamasına ait alt boyut olduğu bulunmuştur. Bu sonuç araştırmaya katılan bireylerin maneviyat ve manevi bakımı önemsediklerini düşündürmektedir. Fakat

maneviyat ve manevi bakımı alt boyutundan alınan en yüksek puan 31'dir. Bu sonuç bize, yaşlı bireylerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi gereksinimlerine ihtiyaçları olduğunu göstermiştir. Ölçeğin dinsel alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 16'dır. Buna göre yaşlıların maneviyatın dini boyutuna önem verdikleri söylenebilir. Bu çalışmada yaşlıların maneviyat ve manevi bakım ölçeği bireysel bakım alt boyut puan ortalamasının 16.63 ± 3.96 olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Ölçeğin bireysel bakım alt boyutundan alınabilecek en yüksek puanın 22'dir. Bu durum bize yaşlı bireylerin hayatında yer alan bireysel bakıma önem verdiğini düşünülmektedir. Bu çalışmada yaşlıların maneviyat ve manevi bakım ölçeği toplam puan ortalamasının 52.07 ± 9.81 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Ölçek toplamından alınabilecek en yüksek puan 69'dir. Buna göre yaşlıların maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ölçeği ile spiritüel bakım ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki verilmiştir. spiritüel bakım ölçeği puan ortalaması arttıkça, yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır ($P < 0.05$) (Tablo 5). Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin temel alan yaşam kalitesinin alt boyutları incelendiğinde; özerklik, geçmiş bugün ve geleceğe ait aktiviteler, ölüm ve ölmek boyutların, spiritüel bakım ölçeğindeki maneviyat ve manevi bakım, dinsel ve bireysel bakım boyutları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Witford ve ark. (2008), Salsman ve ark. (2011) çalışmasında spiritüel bakım ölçeği puan ortalaması arttıkça, yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının da arttığını saptanmışlardır. Jadidi ve ark. (2015) çalışmasında yaşlı bireylerde manevi bakım ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Bu araştırma sonucu, daha önce yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerde manevi bakım, yaşam kalitesi ve aradaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçlarında;

Çalışmaya katılan tüm bireylerin maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; evli, geniş aileye sahip ve bedensel engel nedeniyle bakım ihtiyaçları olan bireylerin puan ortalamalarının yüksek ve gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi temel alan puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; erkek ve evli olan, gelir düzeyi az olan, çalışmayan, geniş aileye sahip olan ve bedensel engel nedeniyle bakıma ihtiyacı olan yaşlı bireylerin özerklik temel alan alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan tüm bireylerin temel alan yaşam kalitesi ölçeğini toplam puan ortalaması 71.73 ± 18.65 'dir. Yaşam kalitesi ölçeği temel alanların puan ortalaması değerlendirildiğinde; Ölüm ve ölmek temel alanı (15.78 ± 3.18) puan ortalamasının en yüksek, Sosyal katılım temel alanının (10.23 ± 3.48) en düşük puan ortalamasına sahip alt boyut olduğu belirlenmiştir. Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği alt boyut puan ortalamasının dağılımı incelendiğinde; Maneviyat ve manevi bakım (22.88 ± 3.45) puan ortalamalarının en yüksek, Dinsellik (12.56 ± 2.10) alt boyutunun ise en düşük puan ortalamasına ait alt boyut olduğu bulunmuştur.

Maneviyat ve manevi bakım ölçeği puan ortalaması arttıkça, yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının da arttığı saptanmıştır.

Öneriler;

Bireylerin ölüme yönelik artmış endişe, kaygı ve korkularını azaltmak için toplum içinde günlük yaşam faaliyetlerine katılımı artırılmalıdır.

Elde edilen bulgular ışığında, tüm yaş gruplarındaki bireylerde yaşam kalitelerini artırmaya yönelik ve manevi değerlerine gereken önemi verecek şekilde hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.

Yaşlı bireylere bakım verilirken; maneviyat algısını ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler göz önünde bulundurması önermektedir.

7. KAYNAKLAR

Acar NV, Yıldırım İ, Ergene T: Bireylerin dindarlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi, 12:45-46, 1999.

Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H: Relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. J Med Sci Res, 12(3):29-33, 2010.

Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A: Yaşlılarda sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Tav Prew Med Bull, 20016.

Alex J: Bishop, Age And Gender Differences In Adaptation And Subjectivewell-Being Of Older Adults Residing In Monastic Religious Communities . Pastoral Psychol 55:131-143, 2006.

Arslan S, Bölükbaşı N: Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6:38-47, 2003.

Arsantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C: Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi Osmangazi. Tıp Dergisi, 28 (2):81-89, 2006.

Arpacı F : Farklı boyutlarıyla Yaşlılık. Geriatri. Türk Tabipleri Birliği, Geriatri Derneği. Mart 2007. http://www.tied.org.tr/tied_kitaplar/yaslilik.pdf. Erişim tarihi: 05.03.2008.

Arslan Ş, Kutsal YG: Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi. Turkish Journal Of Geriatrics, 2(4): 173-178,1999.

Armstrong F: Can you hear us? There's a nursing shortage. Australian Nursing Journal, 12(2): 21-24, 2006.

Aydın S, Karaoğlan L: Gaziantep il merkezinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler. Turkish Journal of Geriatrics, 15(4): 24-33, 2012.

Baldacchino D: Nursing competencies for spiritual care. J Clin Nurs. 15 (7): 885-896, 2006.

Başbakkal Z, Sülü Uğurlu E: Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Annelerinin Manevi Bakım Gereksinimleri. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 11: 17-24 DOI: 10.4274/Tybdd.43531 2013.

Bayık A, Ergül S: Hemşirelik ve Manevi Bakım. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 8(1);37-44,2004.

Baysan NP: Yaşlıların Yaşlılık Algısı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Celal Bayar Üniv, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Manisa, 2008.

Bıyık A, Özsoy A: Yaşlılarda Sağlık Algısının Değerlendirilmesi 9.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Bildiri Kitabı:166, 2005.

Bilir N, Aslan D: Ankara'da Altındağ Sağlık Ocağı Bölgesine Bağlı Sakarya sağlık ocağı bölgesinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumlarının Saptanması,7. Halk Sağlığı Günleri Eskişehir Bildiri Kitabı.2001.

Bilir N, Özcebe H, Vaizoglu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG: Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde sf-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri, j med sci 25:663-668, 2006.

Bilir N: Türkiye'de ve Dünyada Yaşlılarda Demografik Özellikler. 1.baskı. Arıoğlu S. editör. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: Mn Medikal& Nobel; s. 3-9, 2005.

Bussing A: The spreuk-sf10 questionnaire as a rapid measure of spiritual searchand religious trust in patients with chronic diseases. Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao, 8:832-4, 2010.

Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA: The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. Int J Gynecol Cancer, 15 (5): 755-761, 2005.

Catherine A. Sarkisian, Md, MspH, Mary H. Lee-Henderson, Ba, Carol M. Mangione, Md, MspH , Do Depressed Older Adults Who Attribute Depression To "Old Age" Believe It Is Important To Seek Care? J Gen Intern Med 18:1001–1005, 2003.

Callister LC, Matsumura G, Bond E, Mangum S: Threading Spirituality Throughout Nursing Education, Holistic Nursing Practice, 18(3), 160-165, 2004.

Chan S, Chiu H, Chien WT, Goggins W, Thompson D, Lam L, Hong B: Predicting Changes In The Health-Related Quality Of Life Of Chinese Depressed Older People. International Journal Of Geriatric Psychiatry 9999: 9999 PG: N/A YR: 2008.

Choumanova I, Wanat S, Barrett R, Kopman C: Religion and spirituality in coping with breast cancer: Perspective of Chilean women. The Breast Journal, 12 (4): 349-352, 2006.

Cirhinlioğlu FG: Dini Yönelimler ve önyargı. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(1): 1366-1384, 2010.

Cox T: Theory and exemplars of advanced practice spiritual intervention, Complementary Therapies In Nursing and Midwifery, 9(1):30-34, 2003.

Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A: Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. Turkish journal of geriatrics, 9 (1): 30-33, 2006.

Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A: Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 8(1) : 47-50, 2007.

Çınar R: Turizm Bölgesinde Yaşayan 18-25 Yaş Arası Gençlerin Dinî Tutum Ve Davranışları. Kuşadası Örneği. Anka Üniv, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

Dam H: Yetişkinlerin Din Eğitimi. On Dokuz Üniv, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 2002.

Diker J, Şeref B, Karataş N : 65 Yaş Üzeri Kişilerde Cinsiyetin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi Ve Demografik Değişkenlerle İlişkisi. 7. Halk Sağlığı Günleri Eskişehir Bildiri Kitabı, 2001.

Dossy BM, Dossy L : Attending to holistic care. Advanced journal of nursing, 98:35-38, 1998.

Ercan F, Körpe G. ve Demir S: Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. Gazi Medical Journal, 29:17-22, 2018.

Ergül S: Hemşirelik Bakımında Manevi ve Ruhsal Boyut: Ege Üniv. Halk Sağlığı Hemşireliği A.D. Seminer Notları 2003.

Ergül Ş, Bayık A: Hemşirelik ve Manevi Bakım: Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi, 8 (1):37-45 2004.

Fagerström C, Borg C, Balducci C, Burholt V, Wenger CG, Ferring D, Weber G, Holst G, Hallberg IR. Life Satisfaction And Associated Factors Among People Aged 60 Years And Above In Six European Countries Applied Research In Quality Of Life, 2:33–50.2007.

Georsen J, Dungan J: Managing spiritual distress in patients with advanced cancer pain. Cancer Nursing, 19(5):376-383, 1996

Gordon M: Functional Health Patterns, Nursing Diagnosis Process and Application, New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1982.

Göken V: Yaşlı Bireylerde Yürüme Hızının Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımsızlığa Etkisi. İstanbul Medipol Üniv, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul 2015.

Grant D: Spiritual Interventions: How, When And Why Nurses Use Them, Holistic Nursing Practice, 18(1), 36-4, 2004.

Gürol : Spiritüel Bakım, Ege Üniversitesi Hemşirelik Esasları. A.D.Seminer Notları, 2004.

Hall J: Spirituality at the beginning of life Journal of Clinical Nursing, 15:804-810, 2006.

Hongthong D, Somrongthong R, ve Pongpanich S: Quality of life, lifestyle and the impact of economic crisis toward elderly people in a rural community: (Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health), Graduate School of Public Health, Yonsei University, Seoul, Korea, and October 20-22, 2015.

Hjaltadottir I, Gustafsdottir M: Quality of life in Nursing Homes: Perception of Physically Frail Elderly Residents, Scand Caring Science, 21(1):48– 55, 2007.

Hutchinson M : Healing the whole person the spiritual dimension of holistic care. 1997.

İnal S, Subaşı F, Munganay S, Uzun S, Alpkaya U, Hayran O, Akarcay V: Yaşlıların fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Geriatri 6 (3): 95-99, 2003.

Ünal D, Göçer S, Baştürk M, Baydur H, Öztürk A: Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. European Geriatric Medicine, 6:(3)19-24, 2015.

Ünsal A, Arslantaş D, Metintaş S, Kalyoncu C, Eskişehir Mahmudiye İlçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi tıp dergisi, 28 (2): 81-89, 2006.

Jang Y, Kim G, Chiriboga DA: Health Perception And Depressive Symptoms Among Older Korean Americans ,J Cross Cult Gerontol , 21:91–102, 2006.

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

Johson SC, Spikal B: Coping with breast cancer: The role of clergy and faith, *Journal of Religion Health*, 30:21-53, 1991.

Kalfoss M, Halvorsrud L: Åge diseth reliability and validity of the norwegian whoqol-old module ,*scandinavian journal of caring sciences* VL: 22 NO: 2 PG: 292-305 YR, 2008.

Kaya M, Aslan D: Anakarada Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Sosyal Yaşama Katılım İle İlgili Bazı ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, 11.Ulusal Halk Sağlığı Bildiri Kitabı:290, 2007.

Koenig GH, George KL, Titus P, Meador GK Religion, Spirituality, And Acute Care Hospitalization And Long-Term Care Use By Older Patients, *Archives Of _nternal Medicine*, 164(14), 1579-1584, 2006.

Kostak M: Hemşirelik bakımın spiritüel boyutu. *Fırat Hizmetleri Dergisi*, 6(2):105-115, 2007.

Knesebeck OD, Wahrendorf M, Hyde M, Siegrist J: Socio-economic position and quality of life among older people in 10 Eu-ropean countries, results of the share study, *Ageing & Societ*, 27:269-84, 2007.

Krause N: Religion, Aging and Health: Exploring New Frontiers in Medical Care. *Southern Medical Journal*. 97 (12), 2004.

Kuzgun Y, Sevim SA: Kadınların çalışmasına karşı tutum ve dini yönelim arasındaki ilişki. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37(1): 14-27, 2004.

Leeuwen VR, Cusveller B. Nursing Competencies For Spiritual Care, *Journal Of Advanced Nursing*, 48(3), 234-246, 2004.

Mcsherry W: Educations sues Surrounding The Teaching Of Spirituality, *Nursing Standard*, 14(42), 40-43, 2000.

Low G, Molzahn AE: Predictors Of Quality Of Life İn Old Age: A Cross-Validation Study . *SO: Research İn Nursing & Health*.30: 2 141-150, 2007.

Liss Cg, Cambron Ja, Grutsch Jf, Granick J, Grupda D: Self reported quality of life in users and nonusers of dietary supplements in cancer. *Supportive Care in Cancer*, 14:193-199, 2006.

Lucchetti M, Corsonello A, Gattaceca R: Environmental And Social Determinants Of Aging Percep tion In Metropolitan And Rural Areas Of Southern Italy. *Arch Gerontol Geriatr*.46(3):49-57, 2007.

Luleci E, Hey W, Subasi F: Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey.*Archives of Gerontology and Geriatrics* 46 57–66, 225, 2008.

Moadel A., Morgan C., Fatone A., Grennan J., Carter J., Laruffa G, Skummy A, Dutcher J: Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho-Oncology*, 8(5): 378-385, 2000.

Makhija N: Spiritual Nursing, *Nursing Journal Of India*, Vol; 93, 129-130, 2002.

Martsof D: The Concept of Spirituality in Nursing Theories: Differening World-Views and Extent of Focus. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 294-303, 1998.

Modjarrad K: *Medicine And Spirituality*, Student JAMA, 291(23), 2880, 2004.

Mohammadi F, Babaei M: The effect of participation in supportive groups on spiritual well-being and care strain in elderly with Alzheimer's caregivers. *Iran Aging J*;6(19):29-37.2011.

Narayanasamy A. Asset: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in Nursing, *Nurse Education Today*,19:274-285,1999.

Oldnall A: A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients, *Journal of Advanced Nursing*, 23 (1): 138-144, 1996.

Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, TebenC, Domingo-Salvany A and Alonso J: Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science and Medicine*, 63:2367-2380, 2006.

Öz F: Sağlık alanında temel kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. Ankara, 1-16, 2004.

Öz F: Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Hacettepe üniversitesi yayınları, 2003.

Pargament, KI, Jenkins RA: Religion and Spirituality As Resources For Coping With Cancer. *J Psychosoc Oncol*,13(1-2), 51-74, 1995.

Paskulin GL, Molzahn A: Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal Nursing Research*, 29(1), 10-29, 2007.

Rezai M, Seyedfatemi N, Hosseini F: Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy;14(3-4):104. 2008.

Sarıççek A, Gülseren Ş: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Anksiyetesi, Ruhsal Belirtiler ve Whoqol Bref Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi İzmir, 2006.

Salsman JM, Yost KJ, West DW, Cella D: Spiritual well-being and healty-related quailty of life in colorectal cancer: a multi-site examination of the role personel meaning. *Support Care Cancer*;19(6):757-764. 2011.

Saygun M, Çakmak A: Kırıkkale İli Dört ve Sekiz Nolu Sağlık Ocağı Bölgelerinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Bazı Sağlık ve Sosyal Durumların Saptanması ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı Sy:364, 2005.

Sucuoğlu N: Lefkoşa Merkezde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme ve Depresyon Yaşama Durumları. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2012.

Şahin EN, Emiroğlu ON: Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. http://www.hacettepehemşirelikdergisi.org/pdf/pdf_HHD_152.pdf. 20014.

Tongprateep T: The essential elements of spirituality among rural thai elders. journal of advanced nursing. 31(1) 197-203. 2000.

Tseng ZS, Wang RH: Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. Public Health Nursing, 18(5), 304-311, 2001

Whitford HS,Olver IN,Peterson MJ: Spirituality as a core domain in the assessment of quality of life in oncolog. Psycho-Oncology; 17:1122-1128.2008.

Wright K: Professional, Ethical and Legal Implications for Spiritual Care in Nursing. Journal of Nursing Scholarship, 30(1): 81-83, 1998.

Velioğlu P: Hemşirelikte kavram ve kuramlar. Alaş Ofset. İstanbul,59, 1999.

Yazgan ED: Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi. Ankara Üniv, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Ankara, 2014.

Yavuzer H: 65 Yaş ve Üzeri Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi, 4:660-679, 2015.

Zincir H, Taşçı S: Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin İrdelenmesi. 10. ulusal Halk Kongresi Özet Bildiri Kitabı Sy:286, 2006.

8. EKLER

Ek 1. Hasta Tanılama ve Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Kronik hastalığı olmayan yaşlı bireylerde manevi bakım, yaşam kalitesi ve aradaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Elde edilecek bilgiler, sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. İsim belirtmenize gerek yoktur. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Hemşire
Sedat DOĞAN

Kafkas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

1) Kaç Yaşındasınız: ()60-69 ()70-79 ()80 ve üzeri

2)Cinsiyetiniz:

()Kadın ()Erkek

3) Eğitim düzeyiniz nedir:

()Okur yazar değil

()Okur yazar

()İlköğretim mezunu

()Lise ve üzer

4) Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

()Gelir-giderden Az () Gelir-gidere Eşit

5)Aile yapınız nasıldır?

()Çekirdek Aile ()Geniş Aile

6)Bedensel engel nedeniyle bakıma ihtiyacınız var mı?

()Var ()Yok

Ek 2. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)

MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM DERECELEME ÖLÇEĞİ(MMBDÖ)

Lütfen “Maneviyat ve Manevi Bakım” ilişkin aşağıdaki ifadelere yönelik düşüncenizi uygun cevabı işaretleyerek belirtiniz.

Maneviyat ve manevi bakıma ilişkin ifadeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Hemşirelerin, hastanede, hasta isterse bir din görevlisini çağırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
2.Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
3.Maneviyatın yalnızca affetme ve affedilme gereksinimi ile ilgili olduğunu düşünüyorum					
4.Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum					
5. Maneviyatın tanrıya ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını düşünüyorum					
6.Maneviyatın yaşamımızdaki iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma ile ilgili olduğunu düşünüyorum					
7.Hemşirelerin, hasta gereksinim duyduğunda, ona destek olmak için zaman ayırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
8.Hemşirelerin, hastalığının anlamını ve nedenini bulmada, hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
9.Maneviyatın, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum					

Maneviyat ve manevi bakıma ilişkin ifadeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
10.Maneviyatın, kişinin yaşamını, “şimdi ve burada” yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğunu düşüneyorum					
11.Hemşirelerin, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşüneyorum					
12.Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşüneyorum					
13.Maneviyatın, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşüneyorum					
14.Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşüneyorum					
15.Maneviyatın, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşüneyorum					
16.Maneviyatın, tanıya/tüstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşüneyorum					
17.Maneviyatın, insan ahlakını içeren bir konu olduğunu düşüneyorum					

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WOOQ-OLD. TR)

Yönerge

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır. Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşuna giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Yardımanız için teşekkür ederiz.

1. Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

2. İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

3. Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

4. Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

5. Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğüne saygı gösterdiği kanısında mısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

6. Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

7. Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunması sizi ne kadar korkutuyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

8. Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

9. Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri ne ölçüde tam olarak yaptığınız veya yapabildiğiniz, örneğin istediğiniz kadar dışarıda dolaştığınız veya dolaşabildiğiniz ile ilgilidir. Eğer bunları tam olarak yapabiliyorsanız "tamamen" seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine alınız. Eğer bunları hiç yapamıyorsanız o zaman da "hiç" seçeneğinin altındaki sayıyı daire içine almalısınız. Size uygun yanıt "hiç" ve "tamamen" arasında bir yere tekabül ediyorsa bu sayılardan en uygun geleni işaretleyin. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

10. Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma, gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

11. Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

12. Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

13. Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

14. Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında ne kadar hoşnut, mutlu ve iyi hissettiğiniz ile ilgilidir. Örneğin, toplumsal hayata katılmanız veya yaşam içinde başarabildiğiniz şeyler. Yaşamınızın her bir yönünden ne kadar hoşnut olup olmadığınıza karar verin ve bunun en iyi temsil eden sayıyı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

15. Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

16. Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

17. Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

18. Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

19. Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

20. Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme,görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?

Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz dostluk ilişkileri düzeyi ile ilgilidir. Lütfen soruları cevaplarken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.

21. Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

22. Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

23. İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

24. İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?

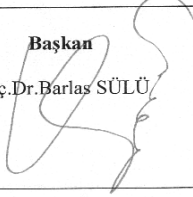
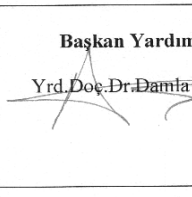

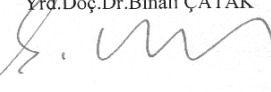
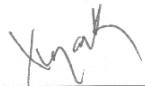
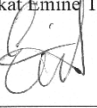
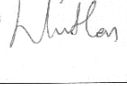
Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Anket ile ilgili herhangi bir öneriniz var mı?

Ek4. Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Onay Formu

Gelen Evrak No: 145	Karar No: 06	Karar Tarihi: 01.02.2017
Araştırmanın Adı: "Kronik Hastalığı Olmayan Yaşlı Bireylerde Spiritüel Bakım ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi"		
Araştırmanın Yürütücüsü: Yrd.Doç.Dr.Zümrüt AKGÜN ŞAHİN		
Çalıştığı Kurum: Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi		
Araştırmanın gerekçesi yeterli mi?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmanın metodu uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmada kullanılacak ilaçlara ait bilgiler yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma ilacının bilinen veya muhtemel yan etkileri ve varsa bunların önlemleri yeterince açıklanmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Bilgilendirilmiş Olur Formu;		
Gönlüllüğün anlayacağı şekilde yazılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tanık dâhil olmak üzere ilgililerin imzaları için yer ayrılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmadan kaynaklanabilecek ölüm, sakatlanma, hastalık durumunda yapılacak ödeme, tedavi ile ilgili sigorta veya taahhütname ile ilgili belgeler var ve uygun-yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmacı ve destekleyici arasında sorumluluk paylaşımına dair belge var mı ve uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma bütçesi, yapılacak ödemeler uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Protokolde mevcut veriler ve literatür araştırmayı destekler nitelikte midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

KARAR		
Kafkas Üniversitesi Etik Kurul yönetmeliğine göre	<input checked="" type="checkbox"/> Uygundur X	<input type="checkbox"/> Uygun değildir
	<input type="checkbox"/> Düzeltilmesi Gerekir	

Başkan Doç.Dr.Barlas SÜLÜ 	Başkan Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN 	Raportör Üye Yrd.Doç.Dr.Murat BAĞCIOĞLU (Katılmadı)
Üye Doç.Dr.Hülya ÇAKMUR (Katılmadı)	Üye Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK 	Üye Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK 
Üye Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ 	Üye Avukat Emine TUNA 	Üye Ümit Can GÜRBOĞA 

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
(Etik Kurulu Başkanlığı)

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ: 01.02.2017


TOPLANTI SAYISI: 2017/02

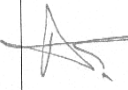

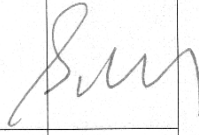


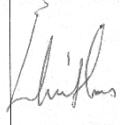
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Doç.Dr.Barlas SÜLÜ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

KARAR 06

Yrd.Doç.Dr.Zümrüt AKGÜN ŞAHİN'in "Kronik Hastalığı Olmayan Yaşlı Bireylerde Spiritüel Bakım ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" adlı çalışması.

Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Doç.Dr.Barlas SÜLÜ	
---------------------------	---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

Başkan Yardımcısı Yrd.Doç.Dr.Damla ÇETİN		Raportör Üye Yrd.Doç.Dr.Murat BAĞCIOĞLU	(Katılmadı)
Üye Yrd.Doç.Dr.Turgut ANUK		Üye Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK	
Üye Doç.Dr.Hülya ÇAKMUR	(Katılmadı)	Üye Yrd.Doç.Dr.Nazan ARDIÇ	
Üye Avukat Emine TUNA		Üye Ümit Can GÜRBOĞA	

Ek5. Kars Susuz Toplum Sağlığı Merkezi İzin Yazısı

42213740

T.C
SUSUZ KAYMAKAMLIğI
Sağlık Grup Başkanlığı

Sayı :93748950-020 / 122
Konu:Yüksek Lisans Tezi Olur

27/03/2017

KAYMAKAMLIK MAKAMINA
SUSUZ

Susuz Toplum Sağlığı Merkezinde Hemşire olarak görev yapan Sedat DOğAN'ın Yüksek Lisans Tezi için belirlenen konusu hakkında Susuz Bölgesinde anket düzenlemesine yönelik yapacağı çalışmalar ekte sunulmuştur.

Gereğini olurlarınıza arz ederim.

Dr.Gökhan KOCADAğ
Esm Başkan

EKLER:
1.Liste (7 Adet)

OLUR
...../2017

Yusuf İZCİ
Kaymakam

27/03/2017 Tıb.Sek:Özge ÇÖREKÇİOğLU

Susuz Merkez Sağlık Ocağı 36760 Susuz/KARS
E-mail: kars.susuzsgb@saglik.gov.tr

Tel : 0 (474) 511 50 23
Faks: 0 (474)511 57 10



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
KARS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

KARS HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - KARS HALK
SAĞLIĞI ATAMA BİRİMİ



00041731812

Sayı : 70744634-929
Konu : H131976 Sedat DOĞAN

SUSUZ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

İlgi : 13/03/2017 tarihli ve 93748950-929-202 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza ekli Hemşire Sedat DOĞAN 'ın dilekçesi incelenmiş olup talebi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür. Söz konusu araştırma için gerekli Kaymakamlık Makamı onayının alınması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr. Zafer YILMAZ
Halk Sağlığı Müdürü

Destek Hizmetleri Şube Müdürlüğü Atama Birimi Nurşen ÇOHANTİMUR
Yusufoğlu Mah. Ordu cad. 36100 KARS
Faks No:04742126474

e-Posta:nursen.cohantimur@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 04742126523

Bilgi için:Nurşen COHANTİMUR

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7da30f05-f1c8-4538-8184-fe88651abe1a kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı	Sedat	Soyadı	DOĞAN
Doğum Yeri	Ağrı	Doğum Tarihi	20.12.1987
Uyruğu	TC	T.C. Kimlik No	15646411356
Email	sorisedat@hotmail.com	Tel	05422086781

Eğitim Düzeyi

	Eğitim Kurumunun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Kafkas Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik ABD	Devam Ediyor
Lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik	2012
Lise	Iğdır Atatürk Lisesi	2006

İş Deneyimi

	Kurumu	Çalıştığı Yıl(Sure)
1	Özel İstanbul Hastanesi/Van	2012
2	Özel Diyarbakır Reşha Anadolu Sağlık Meslek Lisesi/Diyarbakır	2012_2014
3	Kars Susuz Toplum Sağlık Merkezi/Kars	2014 devam ediyor

Yabancı Dil Bilgisi

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	Yökdil Puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta	63.75

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Word	İyi
Microsoft Office Excel	Orta
Microsoft Office Power Point	İyi
SPSS For Windows	Orta