

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN SPİRİTÜALİTE VE SPİRİTÜEL BAKIM ALGISININ
BELİRLENMESİ VE İŞ DOYUMU İLE ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Hemş. Dilek UYGUR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Temmuz 2016

BOLU



T.C.

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN SPİRİTÜALİTE VE SPİRİTÜEL BAKIM ALGISININ
BELİRLENMESİ VE İŞ DOYUMU İLE ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Hemş. Dilek UYGUR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yard. Doç. Dr. Bedriye AK

Temmuz 2016

BOLU

Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Yasemin YILDIRIM USTA*
(İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim
Dalı Başkanı, Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Yard.Doç.Dr. Aysel KARACA
(Hemşirelik Bölümü / Psikiyatri Hemşireliği,
Düzce Üniversitesi)



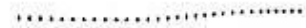
Yard.Doç.Dr. Bedriye AK**
(Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



01.07.2016

Bu tez ile AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu, Dilek UYGUR'un Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Prof.Dr. Erol AYAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



*Jüri Başkanı

** Tez Danışmanı

ÖZET

HEMŞİRELERİN SPİRİTÜALİTE VE SPİRİTÜEL BAKIM ALGISININ BELİRLENMESİ VE İŞ DOYUMU İLE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırmada hemşirelerin spiritüalite ve spiritüel bakım kavramlarını algılama düzeyleri, spiritüel bakım gereksinimleri konusundaki farkındalıkları ve etkileyen faktörler ve spiritüalite ile iş doyumunu arasındaki ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Bolu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Çalışmaya power analizine göre 275 hemşire alınmıştır. Araştırmanın verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeği (MMBÖ), Spiritüalite Bakım Farkındalıklarına İlişkin Form ve Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama ve standart sapma, ki-kare, student t-testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson's korelasyon analizi kullanılmıştır. Hemşireler, hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önemli olduğunu ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşıladıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin MMBÖ'nin puan ortalaması $53,76 \pm 4,58$ olduğu, MMBÖ'nin puan ortalamasının sosyo-demografik özelliklerine göre değişmediği ($p > 0.05$), ancak hemşirelerin spiritüel bakım ile ilgili özelliklerine ve görüşlerine göre değiştiği ($p < 0.05$) saptanmıştır. Hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalaması $2,36 \pm 1,47$ olarak bulunmuştur. Spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamasının sosyo-demografik özelliklere göre ($p > 0.05$) anlamlı bir fark yaratmazken hemşirelerin spiritüel bakımı önceden duymasına ve spiritüel bakımın bakım kalitesini etkilemesine ilişkin görüşlere göre ($p < 0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Minnesota İş Doyum Ölçeği puan ortalaması ile MMBÖ toplam puan ortalaması ($r: 0,142$) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Sonuç olarak hemşirelerin spiritüalite ve spiritüel bakım algılarının orta düzeyde olduğu ve bu algıları hemşirelerin spiritüel bakımla ilgili görüş ve bilgilerinden etkilendiği, spiritüel bakım farkındalıklarının düşük olduğu ve spiritüalite ile iş doyumunu arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, İş doyumunu, Spiritüalite, Spiritüel bakım

ABSTRACT

DETERMINING THE NURSES' SPIRITUALITY AND SPIRITUAL CARE AWARENESS, EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUALITY AND JOB SATISFACTION

In this study, it is aimed to examine the nurses' concepts of spirituality and spiritual care detection levels, awareness on spiritual care needs and the factors effecting that awareness and the relationship between spirituality and job satisfaction. The population of this research consists of nurses working in İzzet Baysal University Health Research and Training Hospital and in The Hospitals Due To General Secretary of Public Hospitals Union. According to power analysis, the research consists of 275 nurses. Data of this research were collected by using identifying information form, Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (MMBO), spiritual care awareness for and Minnesota Job Satisfaction Scale. On evaluating of data, percentage, mean and standard deviation, chi-square, student t-test, one-way variance analysis and Pearson's correlation analysis were used. The nurses stated that spiritual care is important on nursing care and they meet the spiritual needs of the patients. It is observed that the nurses' average scores of Spiritual Care Rating Scale (MMBO) is $53,76 \pm 4,58$ and this average score did not change based on socio-demographic characteristics ($p > 0,05$), but changed based on the nurses' characteristics and opinions about spiritual care. The average score of the nurses' awareness on spiritual care is $2,36 \pm 1,47$. The average score of spiritual care awareness did not create a significant difference based on socio-demographic characteristics whereas it was found that there is a significant statistical difference based on the nurses' pre-hearing the spiritual care needs and quality of spiritual care. It has been found that there is a slight but positive correlation between the average score of Minnesota Job Satisfaction scale and the total score of spiritual care rating scale (MMBO). As a result, it has been found that the nurses are at an intermediate level of spirituality and their perceptions are effected by nurses' aspects and thoughts about spiritual care, and their spiritual care awareness is low, and there is a positive correlation between spirituality and job satisfaction.

Keywords: Nursing, Job satisfaction, Spirituality, Spiritual care.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın gerçekleşmesinde, bana her konuda destek olan ve yol gösteren; bilgilerini, deneyimlerini ve zamanını esirgemeyerek, bilimsel katkılarıyla rehberlik eden Değerli Hocam Sayın Tez Danışmanım Yard. Doç. Dr. Bedriye AK’a,

Eğitim hayatım boyunca mesleğimi profesyonel olarak icra edebilmemde katkı sağlayan tüm değerli hocalarıma,

Araştırmanın uygulanmasında, desteklerini esirgemeyen ve araştırmaya katılmayı kabul eden değerli meslektaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum başta sorumlu hemşiremiz Lale DAŞDEMİR olmak üzere tüm ekip arkadaşlarıma,

Araştırmanın her aşamasında maddi manevi desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan ailem ve arkadaşlarım Fatma UYGUR, Esra EROL, Şule Nur YILDIRIM ve Buket YILMAZ’a

Her zaman sabır ve özveriyle beni destekleyen, en sıkıntılı anlarımda yanımda olan eşim Burhan YILMAZ’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Dilek UYGUR

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Spiritüalizite (Maneviyat) ve İlgili Kavramlar	5
2.2. Spiritüel Sağlık Kavramı	9
2.3. Spiritüel Bakım ve Hemşirelik	11
2.3.1. Spiritüel Bakımda Hemşirelik Süreci	15
2.4. Hemşirelik Eğitiminde Spiritüel Bakım	20
2.5. Spiritüel Bakımı Etkileyen Faktörler	23
2.6. İş Doyumu	25
2.6.1. İş Doyumu İle İlgili Kuramlar	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Şekli	30
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri	30
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	30
3.4. Araştırmanın Evreni	30

3.5. Araştırmanın Örneklemi	31
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	31
3.7. Tanımlar	32
3.8. Verilerin Toplanması	32
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	35
4. BULGULAR	36
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım Özellikleri ve Etkileyen Faktörler	36
4.2. Spiritüel ve Spiritüel Bakım Kavramlarını Algılama, Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler	48
4.3. Spiritüel Bakım ve İş Doyumu Arasındaki İlişki	56
5. TARTIŞMA	62
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım Özellikleri ve Etkileyen Faktörler	62
5.2. Spiritüel ve Spiritüel Bakım Kavramlarını Algılama ve Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler	76
5.3. Spiritüel ve iş doyumları arasındaki ilişki	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	94
6.1. Sonuçlar	94
6.2. Öneriler	97
7. KAYNAKLAR	98
8. EKLER	105
9. ÖZGEÇMİŞ	116

TABLÖLAR

Tablo

2.1. Spiritüälite Tanımları	6
2.2. Spiritüälite ve Din Arasındaki Bazı Farklılıklar	7
2.3. Din ve Spiritüälitenin Fiziksel Sağlık Üzerine Olumlu Etkileri	10
2.4. ASSET Modeli	22
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	36
4.2. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	38
4.3. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Görüşlerine Göre Dağılımı	39
4.4. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre Konuya İlişkin Alınan Eğitimin Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Belirleme ve Karşılamadaki Etkisine İlişkin Görüşlerin Karşılaştırılması	40
4.5. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre Hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasının Bakım Kalitesine Etkisi Hakkındaki Görüşlerin Karşılaştırılması	42
4.6. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre Görüşlerinin Hemşirenin Kendi Spiritüälitesinin Hastanın Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Belirleme ve Karşılamadaki Etkisine İlişkin Görüşlerin Karşılaştırılması	44
4.7. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Özelliklerinin ve Görüşlerinin Bakımda Spiritüel Bakımın Önem Derecesi Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
4.8. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Özelliklerinin ve Görüşlerine Göre Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Karşılama Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
4.9. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeği (MMBÖ) ve Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları	48

4.10. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
4.11. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Özelliklerine ve Görüşlerine Göre MMBÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
4.12. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı	51
4.13. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Özelliklerine ve Görüşlerine Göre Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı	52
4.14. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım İle İlgili Özellikleri, Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyi ve MMBÖ Puan Ortalaması Arasındaki İlişki	54
4.15. Hemşirelerin Minnesota İş Doyum Ölçeği Puan Ortalamaları	56
4.16. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Görüşlerinin Bakım Kalitesinin İş Doyumunu Etkileme Durumuna İlişkin Görüşlerin Karşılaştırılması	56
4.17. Hemşirelerin MMBÖ ve Minnesota İş Doyumu Ölçeği Puan Ortalaması ve Hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Karşılama Düzeyi Ortalamasının Bakım Kalitesinin İş Doyumunu Etkileme Durumuna İlişkin Görüşlerin Karşılaştırılması	57
4.18. Hemşirelerin Bazı Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Görüşlerinin Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Karşılamanın Hemşirelerin İş Doyumunu Etkileme Durumuna İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması	58
4.19. Hemşirelerin MMBÖ ve Minnesota İş Doyumu Ölçeği Puan Ortalaması ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Karşılama Düzeyi Ortalaması İle Hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Karşılamanın Hemşirelerin İş Doyumunu Etkileme Durumuna İlişkin Görüşlerin Karşılaştırılması	59
4.20. Spiritüel Bakım ve İş Doyumu İle İlgili Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki	60

ŞEKİLLER

Şekil

2.1. Spiritüalitenin kavramsal bir modeli

9



SİMGELER VE KISALTMALAR

TDK	Türk Dil Kurumu
ASSET	Actioning Spirituality and Spiritual care in Education Training Maneviyat ve Manevi Bakım Eğitiminde Eyleme Geçme Modeli
MMBÖ	Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeği
ICN	Uluslararası Hemşireler Birliği
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association Hemşirelik tanıları sınıflandırması



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları olan bir varlıktır. Her insan içinde yetiştiği ve yaşadığı kültürel yapı, dil ve iletişim tarzı, gelenekleri, sağlık inanç ve uygulamaları, dini inanç ve uygulamaları gibi birçok alanı kapsayan özelliklere sahiptir (1). Bundan dolayı günümüzde bütün bilim dalları insana hizmet verirken holistik yaklaşımı savunmaktadırlar (2). Holistik yaklaşım insanı spiritüel boyutunda yer aldığı bir bütün olarak ele almaktır. Virginia Henderson'a göre hemşireliğin amacı, psikolojik, fizyolojik, sosyolojik, spiritüel ve entellektüel alanlardan oluşan bireyin temel gereksinimlerinin karşılanması ile bireyi bağımsız hale getirmektir. Maslow'un insan gereksinimlerini tanımladığı hiyerarşisinde spiritüel değerler üst basamaklarda yer almaktadır (3).

Spiritüallite sözlük anlamında “manevi-ruhani değerlere bağlılık” olarak tanımlanan, anlaşılması zor, soyut bir kavramdır (1). Spiritüallite, kişinin özü, yaşam ilkesi, tanrı ya da evren ile arada gizemli bir bağlantının olduğu, hayata anlam ve amaç katan bir güçtür (4). Spiritüallite, bireyin kendisiyle ve diğer insanlarla olan ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını kavrama ve kabul etme çabası olup (5), ne olduğumuzdan çok ne yaptığımızla ilgili bir kavramdır (6). Bu bağlamda spiritüallite kişinin öncelikle kendi içine doğru yaptığı bir yolculuk ve bu yolculuktan çıkardığı anlam ile yaşamına yön verme çabasıdır. Bireyler yaşamları süreci boyunca pek çok zorlukla karşı karşıya kalmaktadırlar. Zorlu yaşam deneyimlerinde bireyler, dünyaya ve geleceğe ilişkin yeni anlamlar geliştirerek başa çıkabilirler. Bu zorlu dönemde, bireyler karmaşa yaşarlar ve hayatın anlamını yeniden sorgularlar. Bu sorgulamada kişisel deneyimler, ahlaki ve kültürel değerler ve inançlar etkilidir. Bu değer ve inançları oluşturan öğelerden biri de spiritüel boyuttur (7). Spiritüel boyut, özellikle bireyin emosyonel stres, fiziksel hastalık ve ölüm gibi değer ve inançlarının tehdit edildiği, yaşam ve sonsuzluk hakkında cevap bulmaya çalıştığı, yaşamın anlamını, umut ve güç kaynaklarını bulmada yetersiz kaldığı zor zamanlarda öne plana çıkmaktadır (8, 9). Böylece insanın spiritüel boyutu, bireyin sağlık ya da hastalık ile ilgili deneyimlerinin yaşama aktarımını sağlamaktadır (5).

Holistik bakım felsefesinin temel unsuru olarak görülen bakımın spiritüel boyutunun, sağlıkla ilişkili tutum ve davranışlar üzerinde güçlü ve doğrudan bir etkisi vardır (2). Narayanasamy ve Owens (10) çalışmalarında, spiritüel bakım girişimlerinin doğrudan ya da dolaylı olarak distressi azaltarak hastalık ve acı çekme ile baş edebilmek için emosyonel güç kazandırdığını ileri sürmüşlerdir (10).

Hasta bireyler yaşam, hastalık, ölüm gibi kavramların anlamını bulabilmek için spiritüel yönlerinin desteklenmesinde bir danışmana ihtiyaç duyabilmektedirler. Bu danışman hekim, hemşire, psikolog, din adamı ya da bir arkadaş olabilir. Önemli olan hastanın bu spiritüel gereksinimini karşılayacak ve spiritüel yönden destek olacak kişinin, bu konuda bilgili ve donanımlı olmasıdır. Yapılan çalışmalarda hastaların, bu tür bir bakımı ise özellikle hemşirelerden bekledikleri belirlenmiştir (11). Oysaki, hastanın spiritüel gereksinimlerinin belirlenmesinin ne kadar önemli olduğu konusunda hemşirelerin farkındalıklarının çok az olduğu ve bu konuda yeterli donanıma sahip olmadıkları vurgulanmaktadır (3, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17). Hemşirelerin spiritüel bakımı istenilen düzeyde yapmamalarının ve ihmal etmelerinin nedenleri konusunda yapılan çalışmalarda, spiritüel bakımın öneminin farkında olunmaması, hemşirelerin bu bakımı sunma becerilerinin eksikliği, din ile spiritüalitenin karıştırılması ve bu konunun bilim dışı bir konu olarak görülmesi gibi nedenlerin olduğu bulunmuştur (18). Hemşirelerin spiritüel bakım vermeleri konusunda hemşirelik yönetiminin, rehberlik ve desteğinin olmaması da bir neden olarak belirtilmiştir (19).

Spiritüel bakım vermeyi etkileyen birçok faktör olduğu bilinmektedir. Hemşirelerin yaptıkları işten aldıkları doyum spiritüel bakım vermeyi etkileyen önemli bir faktördür (20). İş doyumunu ile verilen hizmetin kalitesi ve etkililiği arasında pozitif bir ilişki vardır (21). Sağlık hizmetlerinde etkin bir rolü olan hemşirelerin görevini başarılı bir şekilde sürdürmesinde ve kaliteli bir bakım vermesinde iş doyumunu etkileyici bir faktördür (20). Bu nedenle hemşirelerin iş doyumunun belirlenmesinin yanı sıra etkisinin olabileceği hemşirelik aktivitelerinde belirlenmesi gereklidir.

İş doyumunu çalışanların fiziksel, ruhsal, spiritüel ve sosyal gereksinimlerinin, beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeyini ifade etmektedir (22). Kendi spiritüel

gereksinimlerinin farkında olan ve karşılayan hemşireler, hastaların da spiritüel gereksinimlerini dikkate alacaktır. Hastanın bütüncül ele alınması hastaya verilen hizmetin kalitesini arttıracaktır. Yürümezoğlu'nun (23) belirttiğine göre, Blegen çalışmasında, bakım kalitesinin yüksek olduğu çalışma ortamlarında hemşirelerin iş doyumunun da daha yüksek olduğunu saptamıştır (23). Yüksek iş doyumunu, bir hemşirenin mesleğinin ve işin gerekliliklerini en iyi şekilde yerine getirebilmesinde destekleyici bir faktör olacaktır. Hemşirenin hastanın spiritüel gereksinimleri dahil tüm gereksinimlerini karşılama konusunda mesleki sorumluluğu vardır. Spiritüallite ile hemşirelerin iş doyumları arasındaki ilişkinin açıklanmasında Holland, spiritüallitenin önemli olduğu bir işte çalışan bir kişinin spiritüel eğilimleri göstermesi ile işinden alacağı memnuniyetin artacağı varsayımını öne sürmektedir (20). Goddard (24) hemşirelik mesleğini, doğası gereği özünde spiritüel bir uğraş olduğunu belirtmiştir (24). Craigie ve Hobbs (25), sağlık bakımı ile ilgilenen hemşirelerin yaptıkları işin spiritüel değerinin yüksek olmasına bağlı olarak hemşirelik mesleğini memnun edici bulacaklarını ifade etmişlerdir (25). Fillion ve ark. (26) palyatif bakım veren hemşireler ile yaptıkları çalışmada, kişi odaklı kültürün ve spiritüallitenin, iş doyumuna ilişkin iyi bir göstergesi olduğunu bulmuşlardır (26). Kinjerski ve Skrypnek (27)'in doktor ve hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında, spiritüallite puanı ile iş doyumları arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu bulunmuştur (27). Bakım evinde çalışan disiplinlerarası bir ekip ile yapılan başka bir çalışmada da ekip üyelerinin spiritüalliteleri ve iş doyumları arasında olumlu bir ilişki olduğu saptanmıştır (28).

Çalışma koşullarının zor olduğu bilinen sağlık çalışanlarının ve özellikle hemşirelerin iş doyumuna ilişkin birçok çalışma bulunmaktadır (21, 22, 29, 30, 31, 32, 33). İş doyumunu üzerinde etkisi olduğu bilinen bir çok faktör bu çalışmalarda (21, 22, 29, 30, 31, 32, 33) ele alınmış olup son yıllarda spiritüallitenin de hemşirelerin iş doyumunu açısından önemli bir etmen olabileceğini hatta olumlu katkı sağlayan bir öğe olduğu tanımlanmıştır (20). Spiritüallite ve iş doyumları ile ilgili yapılan çalışmalar, hemşirelerin hastaya yönelik spiritüel bakım farkındalığından daha çok hemşirelerin kendi spiritüalliteleri ve iş doyumları arasındaki ilişkiyi incelemiştir (28).

İnsan gereksinimleri arasında günümüzde önemi giderek artan spiritüel gereksinimlerin, insana doğrudan hizmet sunan bir meslek olan hemşirelik için önemi yadsınamaz. Bilindiği gibi sağlık ekibi içerisinde hastalarla en fazla zaman geçiren hemşirelerdir. Bu nedenle hemşireler, her hastanın hayata ve kendi hastalıklarına karşı algılarının, değer ve inançlarının yani spiritüel gereksinimlerinin farkında olması beklenen kişilerdir. Hemşirelerin, hastaların spiritüel boyutunu da göz önüne alarak yaptığı değerlendirmeleri ve bakımı planlamaları bireyin sağlığını bütüncül olarak geliştirecektir (34) ve böyle bir bakım, hastaların içinde bulunduğu durumla baş etmesine ve iyileşme sürecine yardım edecek hem de hasta memnuniyetini arttırarak hemşirelerin iş doyumunu olumlu yönde etkileyecektir. Dolayısıyla hemşirelerin spiritüel ve spiritüel bakım algılarının, farkındalıklarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi gereklidir. Ayrıca hemşirelerin spiritüel bakım vermelerini etkileyebileceği düşünülen iş doyumunu ile spiritüelite arasındaki ilişkinin incelenmesi de önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerin spiritüel ve spiritüel bakım algılarının, spiritüel bakım farkındalıklarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve spiritüelite ile iş doyumunu arasındaki ilişkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel olarak planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Spiritüalite (Maneviyat) ve İlgili Kavramlar

Spiritüalite, Latince “spiritus”tan gelmekte, “nefes almak, canlı olmak” anlamlarını taşımaktadır (35). Batı dillerinde ruhçuluk anlamı taşıyan sözcük, Türk Dil Kurumu sözlüğünde “maddi olmayan, duyularla sezilebilen, soyut, tinsel” olarak açıklanmıştır (36). Spiritüalite, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını arama ve kabul etme çabası olup, aynı zamanda bireyin yaşam boyu kazandığı bilgilerinin de bir sonucudur (6).

İnanç

İnanç, kelime anlamıyla bir dine inanma, inanılan şey ya da görüş anlamına gelir. İnançlar; bireylerin yaşam biçimini etkileyerek, davranışlarına yön verir (3).

Din

Din, inanç sisteminde kutsal olan değerlere ya da tanrı fikrine yer veren, inananlara bir yaşam biçimi sunan sistem olarak tanımlanır. Dinin spiritüaliteden farkı, dinsel ve törensel bir öğreti olmasıdır (3).

Spiritüalite, günümüze kadar birçok farklı anlamda kullanılmıştır. İnsan yaşamının psikolojik yönünü adlandırmak için 12. yy spiritüalite kelimesi kullanılırken, 15. ve 16. yüzyıllarda din anlamı ön plana çıkmış ve dine yakın insanları tanımlamada kullanılmıştır. İlk kez modern anlamda 17. yy da Fransa’da kullanılmış ve 20. yy da birçok dilde dini ve dini olmayan anlamlarda yaygın bir şekilde kullanılmıştır (37). Günümüzde ise spiritüalite birçok insan için geleneksel dine bağlılıktan çok daha geniş bir kavram olarak kabul görmektedir (38).

Literatürde spiritüalite ya da spiritüel yaşam ile ilgili birçok tanım vardır. Narayanasamy (39) ‘in belirttiğine göre spiritüalite “gizli bir yolculuk, yaşama verilen anlam ve amaç, koşulsuz sevgi ile bağlanma” gibi anlamlar taşımaktadır (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Spiritüalite Tanımları (39)

Bireyin yaşam prensibi
Yaşama verilen anlam / amaç
Radikal doğruların ve en son değerlerin açıklanması
Gizli yolculuk
Koşulsuz sevgi ile bağlanma
Hem kendini hem de diğerleri içinde bağlılık
Tanrı ya da evren ile bağlantı hissi, büyük güç,
Bireyin dünyevi inançları

Literatür, spiritüalite kavramının ilk zamanlarda din ile bağdaştırıldığını ancak zamanla daha geniş bir perspektif kazandığını belirtmektedir (40). Bunlar; kutsal ve dinsel arayış, ilahi ya da daha üst güç, yaşantı için bir gereksinim; sonu olan varoluştan geçerek evreni anlama isteği olarak açıklanmıştır (8). Din, spiritüalitenin bir boyutu olarak tanımlanmakla birlikte; spiritüalite, dini inanç ve uygulamalarla sınırlandırılmayacak kadar geniş bir kavramdır. Spiritüel inanç ve değerler, bir din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Ayrıca spiritüalite sadece din ve tanrıya inanç olarak tanımlanırsa, herhangi bir dine mensup olmayan ya da tanrı ve dini inançları olmayan kişilerin spiritüel boyutları göz ardı edilmiş olur. Oysa, tüm insanlar, dinsel uygulamaları yerine getirsinler ya da getirmesinler spiritüel bir boyuta sahiptirler (6). Spiritüel değerler ve inançlar bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir kavramdır ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularında ki inançları içermekte; (6) ayrıca kaygı duyma, güven, doğruluk, sevgi, umut, hayatın anlamı ve amacı, ilişkiler, bağışlayıcılık, yaratıcılık, ait olma olarak da tanımlanmaktadır (35, 39, 41). Bu bağlamda spiritüalite ve din zaman zaman birbirlerinin yerlerine kullanılıyor olsa da gerçekte farklı iki kavramdır (3). İlk olarak dini liderler tarafından konuşulan bir kavram olması sebebiyle geçmişte spiritüalite, din ile karıştırılan bir kavram olmuştur. Tüm insanları dini varlıklar olarak değerlendiremezken tüm insanları spiritüel varlıklar olarak değerlendirebiliriz. Ayrıca tüm insanlar formal olarak dinsel uygulamaları yerine getirsinler ya da getirmesinler spiritüel bir boyuta sahiptirler (42).

Tablo 2.2. Spiritüalite ve Din Arasındaki Bazı Farklılıklar (43, 44)

Spiritüalite	Din
Metafizik bir görüş	Kutsal ve metafizik değerler
Ruhçuluk tinsellik	İnanç sistemi, ibadet ve uygulamalar
Otoriter değil	Otoriter
İçe dönük uygulamalar	Dışa dönük uygulamalar
Az görülebilir ve ölçülebilir, subjektif	Gözlemlenebilir, ölçülebilir, objektif
Bireysel	Toplumsal

Bash (2004) spiritüaliyeti, tanrıci olmayan yaklaşım, tanrıci yaklaşım ve medya yaklaşımı ile tanımlayabileceğini belirtmektedir (38).

Tanrıci Olmayan Yaklaşım

Spiritüalite “üstünlüğe teslim olma” altında yatan bir kavram olmaktan çok “topluma ait olma”yı dikkate alan bir yaklaşım olmakla birlikte; bu yaklaşımda düşünme yolunun dinsel olamadığı belirtilmiştir. Spiritüalite doğuştan varolan “büyüme” ile ilgili, var olmanın özü olan bir kavramdır. Başkasına yardım edebilmek için içgüdüsel bir farkındalıktır. Bireyin kendi spiritüalitesinin farkında olması iç barışı ve bireysel memnuniyeti artırır. Spiritüalite, bireyin kendi üstünlüğünün farkında olmasını sağlar ancak, başkalarının mutluluğuna öncelik vermeyi amaçlar (38).

Tanrıci Yaklaşım

Bu yaklaşımda, “üstün güç” kavramı yer almaktadır. Spiritüalite, bireyin kendi varlığı dışındaki farklı bir güçtür. Ayrıca spiritüalitenin, bireyin yaşadığı ortam ve şartlarda var olan üstün bir güç/tanrı ile ilişkisi söz konusudur. “Spiritüalite üstün güç/tanrı ile bireysel ilişki sonucunda öğrenme ve değişim sürecidir” (38).

Medya Yoluyla Yaklaşım

Bu yaklaşım, dini inançları güçlü olmayanların konuşma ve düşünce şekillerine yönelik sorulara cevap vermeye çalışmaktadır. Spiritüalizm laik bir terim olarak tanımlanmakta; ancak dil ve düşünce biçimleri üstün güce ulaşmak için kullanılmaktadır. Bu bağlamda bu yaklaşım hem üstün gücü içermek hem de soru ve cevaplara ulaşmak için üstün gücün gerekli olduğunu inkar etmektedir. Bu nedenle karışık bir yaklaşımdır (38). Kavramı açıklayabilmek için literatürde spiritüalizm kavramına yönelik birçok tanım bulunmaktadır. Bu tanımlardan bazıları din, bazıları anlam arama üzerinde durmuştur (44). Literatüre bakıldığında spiritüalizm tanımı genellikle dört ana konu etrafında toplanmıştır. Bunlar;

1. Dini inanç ve değerler sistemi olarak spiritüalizm,
2. Yaşamın anlamını, amacını ve başkaları ile olan ilişkileri kapsayan spiritüalizm,
3. Dini içermeyen, değer ve inançlar sistemi olarak spiritüalizm,
4. Metafiziksel ya da üstünlük olarak kabul edilen spiritüalizm (1, 2, 4, 11).

1990'lı yıllarda ise, tıp ve hemşirelik literatüründe yer alan tanımlar, spiritüalizmin her zaman dinle ilişkili olmayacağını kabul edildiğini göstermektedir (44).

Yılmaz M (45) belirttiğine göre Moberg, spiritüalizmin dikey ve yatay boyutlarını tanımlayan sosyolojik bir model geliştirmiştir. Dikey boyut, kişinin tanrı ile olan ilişkisini, yatay boyut ise bireyin yaşam stili, kendisi, başkaları ve çevresi ile olan ilişkisi olarak gösterilmiştir. Spiritüalizmin yatay ve dikey boyutları, kişinin spiritüalizminin dışı vurulmuş hali olduğu belirtilmektedir (45).

Şekil 2.1. Spiritüalitenin kavramsal bir modeli (41)



2.2. Spiritüel Sağlık Kavramı

Spiritüel sağlık kavramı, 1960’larda holizm kavramı ortaya çıkına kadar net bir şekilde tanımlanamamıştır. İlk olarak Freud formal dinlerin cezalandırıcı olduğunu savunmuş, Jung hariç hiç kimse spiritüalizmi savunmamıştır. Maslow, gereksinimler hiyerarşisinde, spiritüalite ve moral değerlere en üst basamakta yer vermiştir. Virginia Henderson da hemşireliğin temel amacının, bireyin temel gereksinimlerini karşılarken bağımsız hale getirmek olduğunu belirtmiş ve bu temel gereksinimleri, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, spiritüel ve entellektüel alanlar olarak belirtmiştir (3). Hemşire teorisyenlerin, 1960’lı yılların sonlarından itibaren bireyin fiziksel, emosyonel ve psikososyal boyutunun yanı sıra spiritüel boyutuna da büyüyen bir ilgi gösterdikleri görülmektedir (15).

Spiritüel boyut, bireylerin doğduğu an başlayıp, evrensel bir insan olgusu olup, kimliğimizin bir parçasıdır. Ancak her birey için farkındalık derecesi değişmektedir. Spiritüalite çocukluktan başlar ve diğer bireylerle olan ilişkilerinden öğrendikleriyle de değişir. Her bireyin spiritüel bir boyutu vardır ve spiritüel sağlığın algılanması da kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Spiritüel sağlığı olan kişinin değerleri, amaçları, inançları arasında bir denge söz konusur. Spiritüel boyut

emosyonel stres, fiziksel hastalıklar, ölüm, yaşamın anlamı, umut, güç ve bağlantı kaynaklarından etkilenmektedir. Ayrıca spiritüel inanışlar, bireyler hasta olduklarında daha önemli hale gelebilmekte ve spiritüalite sayesinde hastalıklarını kabul etmekte ve gelecek için plan yapabilmektedirler (46).

Spiritüel bakımın bazı hastalıkları önleme, iyileşme hızını artırma, hasta olanları huzura yönlendirme gibi sağlık üzerine birçok olumlu etkisinin olduğu ileri sürülmektedir (39). Din ve spiritüalitenin genellikle her yaş, cinsiyet ve din grubunda hastanın fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (47).

Tablo 2.3. Din ve Spiritüalitenin Fiziksel Sağlık Üzerine Olumlu Etkileri (47)

Sağlık Problemi	Din ve Spiritüalitenin Etkisi
Sistolik kan basıncı	Düşürür
Diastolik kan basıncı	Düşürür
Kolesterol düzeyi	Düşürür
Kalp hastalığı	Azaltır
Ameliyata yönelik stres	Düşer
Kronik ağrı	Oranı düşürür
Siroz	Oranı düşürür
Amfizem	Oranı düşürür
Myokard infarktüsü	Oranı düşürür
Strok/inme	Oranı düşürür
Böbrek yetmezliği	Oranı düşürür
Kanser mortalitesi	Oranı düşürür
Kalp ameliyatı mortalitesi	Oranı düşürür
Toplam mortalite	Oranı düşürür
Pozitif sağlık alışkanlıkları	Artar
Ömür	Artar

İnsanlar stres yaşadıkları durumlar ile başa çıkmak için birçok yöntemin yanı sıra spiritüaliteyi de kullanmaktadırlar. Spiritüalite, insanların korku, anksiyete gibi

sorunlarıyla baş etmesini sağlar. Hiçdurmaz ve Öz (7)'ün makalesinde belirttiğine göre, Frankl'in nazi kamplarında yaşadığı deneyimlerini anlatan “İnsanın Anlam Arayışı” adlı kitabında, kampta yaşadıkları bütün zorluklara, acılara ve ölümlere rağmen yaşamı anlamlı ve amaçlı kılan şeyin ruhsal ve spiritüel kavramlar olduğunu ve bu kavramlara yönelik aktivitelerin büyük bir rahatlama kaynağı sağladığını belirtmiştir (7).

2.3. Spiritüel Bakım ve Hemşirelik

Bireyin doğduğu andan itibaren, tüm boyutlarını koruyabilmesi, ve sürdürebilmesi için ona yardımcı olmak, iyi bir hemşirelik bakımına bağlıdır. Hemşirelik tarihi sürecinde, hemşirelik mesleği için “Hemşirelik yalnızca fiziksel bakım veren bir meslektir” tanımı hiçbir zaman yapılmamıştır. Hemşireliğin meslekleşmesinde büyük rol oynayan Florence Nightingale'nin “Sağlık için manevi gereksinimler, vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir. Bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir” sözleri hemşireliğin meslekleşme sürecinin en başından günümüze kadar bireyi, holistik bir yaklaşımla ele alarak değerlendirdiğini göstermektedir (15). Joyce Travelbee'nin 1971 yılında, “Bir hemşire yalnızca fiziksel ağrıyı azaltmak için veya fiziksel açıdan değil, bireye bütüncül bir bakım verir” sözü bakımın tüm boyutlarının önemine dikkat çekmektedir (3).

Hemşireler her yaştan ve farklı deneyimleri olan bireylerle sürekli etkileşim halindedirler ve bu bireylerin yaşamın anlamını ve değerini sorguladıkları kriz durumları ile karşılaşmaktadırlar. Bu yaşanan kriz durumlarının nasıl algılanacağı, hastanın ve hemşirenin kültürel, spiritüel değer ve inançlarından etkilenmektedir (17). Dolayısıyla bu durumlarda, hemşirelerin spiritüel bakım verebilmeleri için spiritüel bakımın farkındalıklarının olması ve profesyonel düzeyde donanımlı olmaları gerekmektedir.

Spiritüel bakımın hemşirenin sorumlulukları arasında olduğu ve isteğe bağlı “ekstra” bir kavram olmadığı vurgulanmaktadır (9). Son 20 yılda hemşirelik araştırmalarında, hemşirelik bakımının önemli bir boyutu olan spiritüel bakımın

önceliği vurgulanmıştır. Ancak, hemşirelik mesleğinde spiritüel bakımın sınırları ve içeriği hala çok net olarak açıklanmamıştır. Sağlık çalışanlarının özellikle de hemşirelerin çoğu hastaların bu ihtiyacını göz ardı etmektedir. Narayanasamy (39)'nin, yürüttüğü araştırmasında hemşirelerin spiritüel bakımla ilgili bilgi ve becerilerinin sınırlı olduğu ve hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanmadığı belirtilmiştir (39).

Yapılan bir literatür inceleme çalışmasında, kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin %7-89 fiziksel, %1-52 günlük yaşam aktiviteleri, %16-41 psikolojik, %7-44 psikososyal, %34-36 iletişim ve %14-33 spiritüel gereksinimlerinin olduğu bulunmuştur (48).

İleri evre kanser hastalarında spiritüel gereksinimlerinin oranı %72 olarak bulunmuş ancak sağlık hizmetinde spiritüel ihtiyaçların çok az desteklendiği belirtilmiştir. Bu hastaların spiritüel gereksinimleri arasında ise ailesi ile birlikte olmak istedikleri (%80,2), dua etmek istedikleri (%50) olduğu saptanmıştır (49).

Hsiao ve ark.'nın (50) yaptıkları yarı yapılandırılmış görüşmede hastalar özellikle şu 4 gereksinimi belirtmiştir. Bunlar hayatta kalmak için umut etmek ve huzurlu olmak, hayatı anlamlandırabilmek ve onurunu koruyabilmek, insan sevgisini karşılıklı hissetmek ve huzurlu bir ölüm istemektir (50).

İspanya'da 2016 yılında 150 kişilik Roman azınlık grupları üzerinde yapılan bir çalışmada, spiritüel inanışlar, kültür ve dinin, ölüm korkusu ve sağlık üzerine etkisi incelenmiştir. Grupların dini algıları düşük bulunmuş, spiritüel boyut algıları ise daha yüksek bulunmuştur. Spiritüel inançların, zorlu yaşam koşullarına uyum sağlayabilmek ve hayatı anlamlandırabilmek için destekleyici olduğu ve sağlığı olumlu etkilediği bulunmuştur. Grup içinde yabancılaşma, sosyal yoksunluk gibi stresli durumlarla, spiritüalizme sayesinde başa çıktıkları bulunurken, ölüm korkusunun sağlık üzerinde olumsuz etkisi saptanmıştır (Kendi ölümleri ile ilgili değil, Roman ailelerinin cenaze ritüelleri ile ilgili). Bu sonuçlardan yola çıkarak Roman halkında görülen terkedilmişlik, sosyal yoksunluk, yalnızlık, ölüm kaygısı, umutsuzluk ve benlik algısı eksikliğinin aşılabilmesi için spiritüel bakım planı hazırlanıp uygulanması gerekliliği vurgulanmıştır (51).

İyi bir spiritüel bakım ile iyi bir hemşire arasında çok önemli bir ilişki vardır. İyi bir hemşire olmanın iki önemli kriterinden biri kişisel özellikler ve değerler iken diğeri faktör ise hemşirenin profesyonel özellikleridir. Spiritüel bakımın iyi verilebilmesi de önemli kişisel özellikleri (güler yüzlü olma, empati, zaman ayırma, ilgili olma, umut verme, kibar olma, hastayı tanıma ve hastaya bir birey gibi davranma, dürüst olma gibi) ve bunun yanında profesyonel bilgi ve yeteneği (bütüncül değerlere ilişkin beceri, iyi iletişim, gelişmiş hasta-hemşire ilişkisi, bilgi verme, aile ile işbirliği gibi) içermektedir. Hemşirenin sahip olduğu özellikler ile hastaya verdiği spiritüel bakımın ilişkili olduğu hiç bir zaman unutulmamalıdır (52).

Hemşirenin spiritüel bakım verebilmesi için spiritüalizmi anlaması ve bazı özelliklere sahip olması gerektiği belirtilmektedir. Bu özellikler; iletişim, güven ve umut vermedir. İletişim becerilerinde, spiritüel bakım için önyargısız aktif dinleme temel uygulamadır. Hastalar spiritüalizme yönelik duygularını basitçe ifade etmek isteyebilirler. Hemşire ise hastanın duygu ve düşüncelerini açıklaması için uygun ortam sağlar ve onu dinler. Hemşirenin iletişim becerilerinin yanında güven oluşturmak için kabul edilen stratejileri de uygulaması gerekir. Güven oluşturmak, gerçek ilgi ve dikkat göstermeyi gerektirir. Bu stratejiler hastanın güvenini ve güvende olma duygusunu artırır. Umut, spiritüalizmin önemli bir parçasıdır ancak, başkalarına verilmesi oldukça zor olan bir kavramdır. Bununla birlikte hastanın her çabası desteklenip, umut etmeye teşvik edilebilir. Bunun için hemşire sağlık çalışanları arasında oldukça ideal bir pozisyonadadır. Spiritüel bakım şunları içermektedir:

- Aktif dinleme ve suçluluk duygusunu azaltma
- Aktivite terapisi ve umut verme
- Hayvansal yardımcı terapi, mizah düşünmeyi kolaylaştırma
- İleriye dönük rehber, ruh durumunu yönetme
- Anksiyeteyi azaltma, müzik terapisi
- Aromaterapi
- Sanat, beceri terapisi
- Uğraşı terapisi
- Sakinleştirme tekniği

- Bakım verici destek, dini ritüeli artırma
- Baş etmeyi geliştirme hatırlama, anı terapisi
- Danışmalık
- Karar verme güvenliği artırma
- Dikkatini başka yöne çekme
- Yaşam sonu bakım
- Öz saygıyı geliştirme
- Emosyonel destek, basit hayal kurma
- Egzersizi artırma, temel gevşeme terapisi
- Aile bütünlüğünü artırma
- Aileyi harekete geçirerek destek sistemini arttırma
- Terapötik dokunma
- Gerçeği söyleme
- Bağışlamayı kolaylaştırma
- Kederi azaltma
- Hasta ziyaretini kolaylaştırma (45).

Ülkemizde, Kılıç (53)'ın cerrahi hastaları üzerinde yaptığı araştırmasında, hastaların preoperatif dönemlerde, endişelerinin giderilmesi için hemşirelerden yardım istedikleri saptanmıştır (53). Kostak'ın (3) makalesinde belirttiğine göre, yapılan bir çalışmada, kalp cerrahisi geçiren yaşlı erkek hastalar ile yapılan başka bir çalışmada da, dinsel ritüellerini düzenli yerine getirenlerde, postoperatif dönemde hastanede kalma süresinin %20 oranında daha az olduğu (3); başka bir çalışmada ise, kalça kırığı operasyonu sonrası, kiliseye düzenli giden kadınların daha kısa sürede mobilize oldukları ve daha az depresyon yaşadıkları saptanmıştır (54).

Terminal dönemde 162 kanser ve AIDS hastası ile yapılan bir çalışmada da, dinsel uygulamalarını düzenli yerine getiren ve spiritüel gereksinimlerini ifade edebilen hastalarda, daha az depresyon görüldüğü bulunmuştur (55). Khorshid ve Arslan (56) makalesinde belirttiğine göre Öz, Avrupa'da ve ABD'de "Hospis" olarak adlandırılan bakım evlerinin, terminal dönem hasta ve yakınlarının özel gereksinimlerini karşıladıklarını belirtmiştir (56). Ülkemizde de bunun gibi

Çalışmaların yürütülmesi ve spiritüel gereksinimlerin ön planda olduğu bu tür bakım kurumların oluşturulmasıyla hastaların ve hasta yakınlarının bu alanda yaşadığı sorunların azalacağı düşünülmektedir.

Hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasına ilişkin olarak Türkiye de bazı çalışmalar başlatılmıştır. Türkiye'de bu hizmetin 2012'de gündeme gelmesinin ardından Bakanlık düzeyinde çalışmalara başlanmış ve 10 kişi Avrupa ve Amerika'da bu hizmetin nasıl verildiğine ilişkin doktora ve master yapmaya gönderilmiştir, Ankara İlahiyat Fakültesinde de çalışma yapılmış, YK'e de özellikle ilahiyat fakültelerinin müfredatına hastalara spiritüel destek, dini danışmanlık ve rehberlik hizmetinin bir ders olarak verilmesi yönünde teklifte bulunulmuştur. 1.Ulusal Din Psikolojisi ve Manevi Bakım alıştayını 24.05.2012 tarihinde yapılmıştır. alıştay, Sağlık Bakanlığı, Palyatif Bakım Derneği, Toplum Ruh Sağlığı ve Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı, Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği tarafından düzenlenmiş ve çalıştaya yurt içi ve yurt dışından 100'e yakın spiritüel bakım, din psikolojisi ve sağlık alanından ilgili uzmanlar katılmıştır. Belirlenen 20 din görevlisi 5 haftalık eğitime tabi tutulmuştur. Din görevlilerine, din psikolojisi, dini ve spiritüel bakım, hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim gibi pek çok konuda eğitimler verilmiştir. Daha sonraki süreçlerde çalışmalar devam etmiş ve Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında 7 Ocak 2015 tarihinde imzalanan protokolle kapsamında Türkiye genelinde pilot olarak seçilen 6 ildeki (Ankara, İstanbul, Kayseri, Erzurum, Samsun, Ordu) 13 hastanede spiritüel destek birimleri hizmete başlamıştır (57).

2.3.1. Spiritüel Bakımda Hemşirelik Süreci

Okyay (58)'ın makalesinde belirttiğine göre, NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları sınıflandırması içinde, “Manevi sıkıntı (Spiritual Distres)” tanısını ele alarak; spiritüel sıkıntıyı “Yaşama anlam veren, mit ve g sağlayan inanç ve değerler sisteminde bir rahatsızlık yaşayan bireylerdeki durum” olarak açıklamıştır (58). Sağlık Bakım Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (The International Counsel of Nursing) spiritüel bakımı, kaliteli bakımın bir parçası olarak değerlendirmiştir (9, 12).

Hemşirelik süreci, spiritüel bakımı tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere dört bölümde ele almaktadır.

Tanılama

Hastaların spiritüel gereksinimlerinin belirlenip, uygun bakımın verilmesi, hemşirelik sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Spiritüel gereksinimlerin belirlenmesi, fiziksel gereksinimlere göre daha zordur. Çünkü spiritüel gereksinimler soyut ve karmaşıktır (3).

Spiritüel gereksinimlerin tanımlarken bireye sorular açık uçlu sorulmalıdır. Bireyin davranışları, hareketleri, sözlü ifadeleri, kişisel ilişkileri ve çevresi, spiritüel gereksinimlerine yönelik ipuçları verir. Hemşire, hastayı aktif dinleyerek hastanın spiritüel gereksinimlerini ifade eden ipuçlarını kavrayabilir. Hastalar, “Neden bu bana oluyor?”, “Tanrı neden bana bu hastalığı verdi?” gibi soruları sık sorarlar. Bu sorular, spiritüel sıkıntıyı ifade eder. Hastanın davranışları ile inançları arasında tezatlık varsa ve hasta bunu doğruluyorsa, “spiritüel sıkıntı/distres” tanısı konulur (15, 46).

Spiritüel Distres: NANDA, spiritüel tanıları, spiritel distres sınıflandırması adı altında ele almıştır. Tanılamada kullanılan bir metod vardır. Bu metod “the B-E-L-İ-E-F”dir.

B: Belief system (inanç sistemi),

E: Ethics or values (etik ya da değerler),

L: Lifestyle (yaşam tarzı),

İ: Involvement in a spiritual community (Spiritüel bir topluma katılma),

E: Education (eğitim),

F: Future Events (gelecekteki olaylar).

Spiritüel sıkıntı yaşayan hastalara yaklaşımdaki amaç, inanç ve değerlerle sağlık bakımı arasındaki tezatlığı azaltmaktır (15).

Tanımlama sorularına bakıldığında;

Bireyin değer ve inançları: Yaşamın sizin için anlamı nedir?, Yaşamınızda sizin için önemli olan şeyler nelerdir?, Hastalığınıza yönelik ne hissediyorsunuz?, Hastalığınız yaşama bağlanmanıza engel oluyor mu?

İlahi güç / inanç/ iletişim: Büyük bir gücün varlığına inanıyor musunuz?, Belli bir din ve inanç topluluğu ile ilgileniyor musunuz?, Ne durumda dua edersiniz?, Yardım gerektiğinde kimden istersiniz?

Umut / Umutsuzluk: Kendinizi iyimser mi, kötümser mi görürsünüz?, Yaşlandığınız zaman hayatınızın daha iyi mi yoksa daha kötü mü olacağına inanıyorsunuz?, Sizin için umudun anlamı nedir?, Yaşam ve ölüm hakkında ne düşünüyorsunuz?

Yaşam ve sorumluluklar: Hastalığınız yaşamınızı nasıl etkiledi?, Sorumluluklarınızı yerine getirebiliyor musunuz?

Yaşam Memnuniyeti: Yaşamınızda size ne mutlu eder?

Bağlanmışlık: Dua ettiğiniz zaman nasıl hissedersiniz?

Potansiyel Hemşirelik Tanıları: Anksiyete, Korku, Etkisiz başetme, Umutsuzluk, Güçsüzlük, Spiritüel Sıkıntı (46).

Spiritüel Sıkıntının yedi belirtisi; ağrı, anksiyete, suç, spiritüel öfke, kayıp, ümitsizlik, yabancılaşma (15).

Spiritüel distresin azaltılmasında ise kullanılan dört dil: beden dili, sounda (ses) dil, eylem dili ve dokunma dilidir (15).

Spiritüel distreste tanımlayıcı özellikler ise major ve minör olarak ayrılır.

Majör belirti:

- İnanç sistemine yönelik rahatsızlık duyması,

Minör belirtiler ise;

- Yaşamın ve ölümün anlamını sorgulaması,
- İnanç sistemini sorgulaması,
- Cesaretsizlik ve ümitsizlik belirtisi göstermesi,
- Dinsel rutinlerini uygulamaması,
- Yaşamak için bir nedeninin olmadığını ifade etmesi,
- Spiritüel bir boşluk duygusunun olduğunu ifade etmesi,
- Hem kendisinden hem de çevresindeki insanlardan uzaklaşması,
- Yaşama, ölüme ve acı çekmeye yönelik endişe ve korkularını dile getirmesi,
- İnanç sistemindeki oluşan rahatsızlıktan dolayı spiritüel yardım istemesi (15).

Planlama

Bireyin spiritüel sıkıntılarına yönelik yapılacak planlamada dikkate alınması gereken bazı gereksinimler vardır.

- Birey dini ritüellerini yerine getirirken yardımcı olunmalıdır.
- Bireyin şimdiki durumuna yönelik, içsel kaynaklarını etkin biçimde kullanabilmesinde yardım edilmelidir.
- Bireyin stresli durumlarla baş edebilmesi ve hastalığa uyum sağlayabilmesi gibi sonuçlar uzun vadeli amaç olmalı, dini uygulamalara katılımı ise kısa vadeli amaç olmalıdır.
- Bireye, yaşamın ve varolmanın anlamını bulması için yardım edilmelidir (46).

Uygulama

Okyay (58)'ın makalesinde belirttiğine göre Carpenito, hemşirelik girişimlerini aşağıdaki gibi özetlemiştir:

- Farklı inanç ve uygulamaları kabul ettiğinizi açıklayınız.
- Önyargısız bir tutum içinde olunuz.
- Spiritüel gereksinimlerin öneminin farkında olunuz.
- Spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için istekliliğinizi gösteriniz.

- Bireyin günlük dua etmesini ve mahremiyetini sağlayınız.
- Dinsel ritüelleri yerine getirebilmek için din görevlileriyle işbirliği içinde olunuz.
- Bireyin sağlık durumu olumsuz etkilenmiyorsa, spiritüel ritüellerini yerine getirmesi için cesaretlendiriniz.
- Bireyin başkaları ile birlikte dua etmesini sağlayınız.
- Hastalığını daha geniş bir çerçevede görebilmesi için, geçmişteki inançları ve spiritüel deneyimlerine yönelik sorular sorunuz.
- Bu konuda kendinizi iyi ve rahat hissediyorsanız, kendiniz ya da ekipten başka bir arkadaşınız ile birlikte dua ediniz.
- Birey şüphelerini, suçluluk duygularını ya da diğer duygularını ifade ettiğinde dinlemek için istekli olduğunuzu gösteriniz (58).

Değerlendirme

Değerlendirme bölümünde, yapılan girişimlerin sonucunda istenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığına bakılır. Değerlendirme net bir şekilde ifade edilmeli ve hedefe ulaşılamamışsa yeni girişimler planlanmalıdır. Ayrıca hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının içinde bulundukları spiritüel sürecin farkındalığını gösterir, bu süreci değerlendirmeye ve artırmaya yardımcı olur. Üç boyutu ile ele alınabilir;

- Anlam ve Amaç,
- İçsel Güçler (kendini tanıma),
- Benlik saygısı (46).

Okyay (58)'ın makalesinde belirttiğine göre Carpenito, hasta spiritüel olarak rahatlamış ise;

- Sağlığını bozmayan spiritüel uygulamalarına (meditasyon, dua etme vb.) devam ederler.
- Suçluluk ve anksiyete duygularında azalma olduğunu ifade ederler.
- Spiritüeldurumuna yönelik doyum ifade edip; yaşama dair umudunu ifade ederler.

- Spiritüel olarak inanmış olduğu din görevlileri ile görüşmeye devam ederler (58).

2.4. Hemşirelik Eğitiminde Spiritüel Bakım

İnsanlar fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel yönleriyle bir bütündür ve tüm bu boyutlar birbiriyle ilişkilidir. Konunun önemine karşın sağlık ekiplerinin çoğu bireyin spiritüel yönünü göz ardı etmekte ya da spiritüel bakım verme konusunda rahatsızlık duyma eğilimleri göstermektedirler. Hemşirelerin spiritüel bakım vermelerine yönelik yapılan araştırmalarda, bu bakımın istenilen düzeyde verilememesinin bir çok nedeni olduğu saptanmıştır. Bu nedenler arasında spiritüel bakımın öneminin farkında olunmaması, bu bakımın sunulmasında hemşirelerin becerilerinin eksik olması, din ile spiritüalitenin karıştırılması, bu konunun bilimin içinde yer alan bir yaklaşım olarak görülmemesi saptanmıştır (3, 11, 15).

Hemşirelik literatürü bütüncül bakım çerçevesinde spiritüel bakımın önemini vurgulamakla birlikte; hemşirelikle ilgili uluslararası kodlar ve standartlar holistik bakım verme çerçevesi içinde bakımın spiritüel yönüne dikkat çekmektedir. Ancak teorik olarak spiritüalite ve spiritüel bakımın önemi vurgulansa da spiritüel bakımın hemşirelik eğitime ve uygulama alanına dahil edilmesinde bazı engeller bulunmaktadır ve iki temel engelden bahsedilmektedir. Birincisi, kurumsal ortamdaki politik, ekonomik ve yönetsel faktörler olarak ele alınan içsel faktörler; ikincisi ise bireysel ve toplumsal normlar, inançlar, ve değerler olarak ele alınan dışsal faktörlerdir. Bu iki engel spiritüalitenin hemşirelik eğitime entegrasyonuna ve spiritüel bakıma gereken önemin verilmesine engel olmaktadır (59).

Türkiye’de Ergül ve Bayık (15)’in hemşire öğretim üyeleri ile yapmış oldukları çalışmalarında, çalışmaya katılan öğretim elemanlarının %80,0’ nin spiritüel bakımı duyduğu, %61,3 ü hemşirelik eğitiminin öğrenciye spiritüel bakım sağlaması için bilgi ve beceri kazandırmada yetersiz olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (15). Amerika’da yapılan bir çalışmada ise, 250 hemşirelik lisans programından seçilen 132 hemşirelik programı içeriğinde, spiritüalite ve spiritüel bakım kavramlarına yer verme durumu değerlendirildiğinde, programların çoğunda bu kavramlara yer verilmesine rağmen, bu kavramın tanımlanmasında ve

uygulamaya dönük eğitimde bazı eksiklikler olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu programların %95 oranında sınıf içi aktiviteleri içerdiği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin eğitim sürecinde hastaların spiritüel bakım gereksinimlerine yönelik yeterince bilgilendirilmedikleri ve hemşirelik bakım planı oluşturulurken spiritüel bakıma yönelik yeterli donanıma sahip olmadıkları saptanmıştır (13).

Hemşirelik alanındaki kuramcılar, spiritüalizite ve spiritüel bakımın öğretimi konusunda çeşitli görüşler ileri sürmüşlerdir. Ross (60), hemşirelik sürecini kullanarak spiritüel bakımın öğretilmesi modelini önerirken, spiritüel bakımın öğretililebilirliğini de tartışmakta ve eğitimde kişinin bu konuyla ilgili farkındalığının artırılması gerektiğini savunmaktadır (60). Narayanasamy (4) ise ASSET (Actioning Spirituality and Spirtual care in Education Training), spiritüalizite ve spiritüel bakım eğitiminde eyleme geçme modelini geliştirerek, hemşirelik eğitiminde spiritüel bakım eğitim modelini ortaya koymuştur (4).

Tablo 2.4. ASSET Modeli (4)

Yapısal içerik	Süreç	Çıktı
Kişisel farkındalık	Aşağıdaki konularla ilişkili deneyerek öğrenme, Değerleri açıklama, Holizm	Değerleri ortaya çıkarma; Duyarlılık ve tolerans
Spiritüallite	Spiritüallite kavramının farklı perspektiflerden tanımlanması, Spiritüalliteyi geniş boyutlu değerlendirme	Hemşireliğin spiritüel boyutlarına ilişkin uygulamaları öğrenebilme
Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu	Tanılama	Bireyin spiritüel gereksinimlerini tanılama yeteneği
	Planlama	Bu gereksinimlere yönelik girişimler planlama
	Uygulama	Yeterli danışmanlık verme Olumlu hasta hemşire ilişkisi Hemşireliğin spiritüel boyutlarının bakımda etkin bir şekilde kullanılmasında adaletli olma
	Değerlendirme	Kaliteli bakım verme: spiritüel bütünlük, spiritüel sıkıntıdan kurtarma, rahatlama

Bu modelin eğitim içeriğinde, kavram olarak spiritüallitenin anlaşılması, konuya yönelik farkındalığın artması, hemşirelik bakımında spiritüel boyutun da tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarıyla ele alınarak incelenmesi yer almaktadır.

Farklı görüşte olan hemşire akademisyenlerin fikir birliği yaşadıkları ortak nokta ise hemşirelik öğrencilerinin spiritüel bakım verebilmesi için, spiritüalitenin boyutlarına ilişkin bilgi sahibi olmaları gerektiği ve kendi spiritüalitesinin, değerlerinin, inançlarının farkında olmaları gerektiğidir (61).

2.5. Spiritüel Bakımı Etkileyen Faktörler

Literatürde spiritüalitenin genellikle yorum üzerine temellenmiş olması ve bireylerin spiritüel bakım gereksinimlerinin daha soyut ve fark edilmesinin zor olması nedeniyle anlaşılması zor karışık bir kavram olduğu belirtilmektedir (17). Bu kavramsal karışıklığın ise spiritüalite kavramının araştırılması ve uygulamaya konulmasındaki engellerden biri olduğu düşünülmektedir (62). Holistik bakımın temel boyutlarından olan spiritüalite insanın fiziksel, duygusal ve sosyal yönü kadar önemli olmasına karşın, bir çok hemşire hastaların spiritüel gereksinimlerini belirlemek ya da hastalarla spiritüel sorunları konuşmak için kendini yeterli hissetmediklerini belirtmektedirler (14). Yapılan çalışmalara göre bu durumun nedeni ise, hemşirelerin spiritüel bakım verebilmek için eğitimleri sırasında yeterli bilgi almamış olmalarından dolayı bilgi eksikliği, iş yükü ve kaynak eksikliğinin olmasıdır (2, 12, 14). Başka bir çalışmada ise, hemşirelikte spiritüel bakımın yetersizliği ile ilişkili üç ana nedenin; rol belirsizliği, iletişim eksikliği ve çevresel faktörler olduğu ileri sürülmüştür (10). Ayrıca zaman ve personel yetersizliği nedeniyle fiziksel bakıma öncelik verilmesi, sürekli nöbet tutma, diğer ekip üyeleri ile olumsuz iletişim, gürültü ve huzursuz iş ortamı da spiritüel bakım vermeyi olumsuz etkileyen önemli etmenlerdendir (63).

Spiritüel hemşirelik bakımını verme ile ilişkili engeller bireysel, bilgi ve çevresel engeller olarak belirtilmiştir (12).

Bireysel engeller

- Hemşirelerin hastaların spiritüel gereksinimlerini kişisel ya da bir aile sorunu ya da din adamlarının işi olarak görmesi ve bir hemşirelik sorumluluğu olarak görmemesi
- Hemşirelerin spiritüaliteye yönelik kişisel deneyimlerinin eksikliği

- Hemşirelerin spiritüel sıkıntı veren durumlarla (ölüm, acı çekme, keder) baş etme yetersizliği (12).

Bilgi engelleri

- Hemşirelerin başkalarının inanç ve değerleri hakkındaki bilgi eksikliği
- Hemşirelerin hastaların spiritüel gereksinimlerini, psikolojik gereksinimler olarak görmeleri
- Hemşirelerin spiritüel ve spiritüel bakıma ilişkin hiç eğitim almaması ya da aldığı eğitimin yetersiz olması
- Spiritüel ile ilgili hemşirelik girişimlerinin sınırlı olması (12).

Çevresel/Kurumsal/Durumsal engeller

- Hemşirelerin hastaların diğer gereksinimlerine bakım vermeleri nedeniyle spiritüel gereksinimlere özgü bakım vermek için yetersiz zaman
- Kurum çalışanlarından, hemşirelerin spiritüel bakım vermesi yönünde sınırlı beklenti olması
- Çalışma ortamının spiritüel bakım vermek için uygun olmaması (ileri teknoloji, gürültü, mahremiyet eksikliği) (12).

Spiritüel bakımı etkileyen faktörlerin arasında yer alan bir diğer kavram ise iş doyumudur. İş doyumunun spiritüel bakımı etkilediğine ilişkin yurtdışında yapılan çalışmalar vardır (20). Lazar (20)'ın 120 Yahudi hemşire ile yapmış olduğu çalışmasında, spiritüel ile hemşirelerin iş doyumunu arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu belirtmiş ve spiritüelitenin farklı boyutlarının hemşirelerin iş doyumunu ile farklı korelasyon gösterdiğini ancak, spiritüelitenin hastanede çalışan hemşirelerin iş doyumuna önemli katkılar sağladığını ortaya koymuştur. Spiritüelitenin başkalarını düşünme ve toplumsal spiritüel uyum sağlama boyutlarının, hemşirelerin iş doyumuna güçlü katkılarının olduğu bulunmuştur. Spiritüel bakımın soyut, üstsel uyumu sağlama boyutu ise hemşirelerin iş doyumunu olumsuz etkilediği bulunmuştur. Ayrıca çalışmada, hastane yöneticilerinin hemşirelerin spiritüel gereksinimlerini belirlemeleri bu gereksinimleri karşılama durumunda hemşirelerin iş doyumlarının artacağı ve işlerinde yüksek performans göstereceği ve hastanenin ekonomik olarak kazanç sağlayacağı da saptanmıştır (20). Ravari ve ark.'nın (64)

İran’da 25 hemşire ile yapmış olduğu nitel çalışmasında, hemşirelerin hastalarına şefkatli ve empati ile yaklaşarak bakım verdiklerinde işlerinde tükenmişlik yaşamadıklarını ve spiritüel bakımı ibadet etmek için bir fırsat olarak gördüklerini ortaya koymuştur (64).

2.6. İş Doyumu

İş doyumunun tanımı ilk olarak 1911 yılında Taylor ve Gilbert tarafından “en az stres ve yorgunluk yaratacak metotla fabrikada çalışmak” şeklinde ifade edilmiştir. İş doyumunun kuramsal temelleri, 1959 yılında Herzberg’in “Çift Faktör Kuramı” ve 1954 yılında Maslow’un geliştirdiği “İnsan Gereksinimleri Hiyerarşisi Kuramı” ile atılmış; iş doyumunu konusunda yapılan bilimsel çalışmaların temelleri ise, 1920’de Elton Mayo ve arkadaşlarının Hawthorne elektrik şirketinde yaptığı çalışmalar ile atılmıştır (65). 1969’da Locke iş doyumunu, kişinin işle ilgili değerlerini, deneyimlerini gerçekleştirmesi ve bunun sonucunda ortaya çıkan haz doyumunu olarak belirtirken, Herzberg ise, başarı, tanınma ve bunun gibi gereksinimlerin karşılanması ile ilgili güdüleyici etken olarak tanımlamıştır (66).

Smith, iş doyumunu “Bireysel gereksinimler ve deneyimlerin iş ortamı ile etkileşime girerek oluşturmuş olduğu duygusal tepkidir” diyerek ifade etmiştir. Porter, Lawlell ve Hackman, iş doyumunu, çalışanın işine karşı oluşturmuş olduğu tepkidir şeklinde ifade etmiş ve çalışan kişinin kurumuna karşı hedefi, inancı ve kuruma bağlılığı karşısında elde ettikleri ile elde etmeyi düşündüklerinin sonucunda aldığı doyum ya da doyumsuzluktur ifadesini kullanmıştır (67).

Tüm bu tanımlardan yola çıkarak, çalışan bireyin gereksinimleri ve sahip olduğu değer yargıları, yapmış olduğu işi ile uyumlu olduğunda iş doyumunu sağlanmaktadır. İşle ilgili tutumlar konusunda yapılan çalışmalarda beş iş boyutunun iş doyumuna etkisi olduğu ileri sürülmüştür. Bu boyutlar; ücret, işin kendisi, gözetim, çalışma grubu, çalışma koşulları ve genel yönetim biçimi olarak adlandırılmıştır (68). Luthans, iş doyum ve doyumsuzluğunu açıklamaya yönelik üç önemli boyut ortaya koymuştur (69). Bunlar;

- İş doyumunu, işe yönelik duygusal bir yanıttır.

- İş doyumu, çalışanların beklentilerinin ya da kazançlarının ne ölçüde karşılandığı ile ilgili bir kavramdır.
- İş doyumu, birbiriyle ilişkili olan farklı tutumları temsil eder (69).

2.6.1. İş Doyumu İle İlgili Kuramlar

İş doyumunu açıklayan kuramların içeriği ile spiritüel ve spiritüel bakım arasında bir ilişki olduğu söylenebilir. Spiritüelitenin tanımları arasında yer alan “var olma, aidiyetlik, umut etme, hayatın anlamı, amaç, kendisi ve diğer insanlarla olan ilişkileri” gibi birçok kavramla iş doyumu kuramlarının tanımları benzerlik göstermektedir. Maslow’un gereksinimler hiyerarşisi kuramında bireyin temel ihtiyaçlarından (yeme, içme) karmaşık ihtiyaçlarına (benlik, başarı) kadar tüm ihtiyaçlarının sırayla giderilmesi gerektiği söylenmektedir. Spiritüel bakımın içinde de spiritüel gereksinimler yer almakta ve bu gereksinimlerin belirlenip giderilmesi hemşirelik bakımının tamamlayıcı ögesi olarak kabul edilmektedir. Herzberg’in çift faktör kuramında yer alan güdüleyici faktörler (başarı, ilerleme ve işin kendisi) ve koruyucu faktörler (kişiler arası ilişkiler, statü) yine spiritüel gereksinimler ve bu gereksinimlerin giderilmesiyle ulaşılan sonuçlar ile ilişkilendirilebilir. Clayton Alderfer’in ERG kuramında yer alan “varolma ve aidiyetlik” spiritüelitenin tanımları ile örtüşmektedir. McClelland’ın başarı güdüsü kuramında yer alan mesleğinde en iyi olma, iç motivasyon terimleriyle; hemşirelerin spiritüel bakımı hemşirelik bakım sürecine entegre etmesiyle iç motivasyonlarını artırması dolayısıyla işinden doyum alması ile ilişkilendirebiliriz. Vroom’un ümit (bekleyiş) kuramında yer alan her bireyin farklı amaç, arzu, ihtiyaçlarının ve kişisel özelliklerinin olduğu düşüncesiyle, hemşirelerin spiritüel bakım verirken her bireyi ayrı ele alması gerektiği, değer ve inançları bireye göre değerlendirdiği ve her hemşirenin spiritüel bakım algısının da farklı olduğu ifadeleriyle bağdaştırabiliriz.

Maslow'un Gereksinimler Hiyerarşisi Kuramı

Maslow'un çalışması üç temel varsayıma dayanır:

1. Kişinin sahip olduğu belirli ihtiyaçları gidermeye yöneliktir. Sadece giderilmeyen ihtiyaçlar davranışı etkileyebilir, giderilen ihtiyaçların motivatör olarak roller yoktur.
2. Kişinin ihtiyaçları, önem sırasına göre bir hiyerarşi içindedir. Temel ihtiyaçlardan (yemek yeme, barınma gibi) karmaşık (benlik, başarıma gibi) olanlarına doğru sıralanır.
3. Kişi en alt düzeydeki ihtiyacı giderilince, bir sonraki ihtiyaç basamağına (temelden karmaşık olana) doğru ilerler (70).

Herzberg'in Çift Faktör Kuramı

Çetinkanat'ın belirttiğine göre Herzberg, Maslow'un kuramını geliştirmiş ve bu kuramı araştırmalarla desteklemiştir. Herzberg araştırmalarında, bireylerin işyerlerinde güdülenmelerini etkileyen ve işten memnuniyetsizlik yaratan değişkenlerin iki ayrı grupta toplandığını bulmuş ve iki faktör olarak nitelendirmiştir. Birinci grup faktörler güdüleyiciler (motivasyon faktörleri), ikinci grup faktörler ise hijyen (koruyucu) faktörlerdir (71).

Hijyen (Koruyucu) Faktörler:

- Denetim
- Şirket politikaları
- Kişiler arası ilişkiler
- Yönetmelik uygulamalar
- Fiziksel çalışma koşulları
- Maaş
- Statü
- İş güvenliği

Motivasyon (Güdüleyiciler) Faktörleri:

- Başarı
- Tanınma
- İlerleme
- Sorumluluk
- İşin kendisi

Motive edici faktörlerin karşılanması iş doyumuna katkıda bulunurken, hijyen faktörlerinin karşılaması ise iş doyumsuzluğuna neden olmaktadır. Hijyen faktörlerinin varlığının iş doyumuna etkisi yokken, yokluğu doyumsuzluğa neden olmaktadır. Güdüleyici faktörlerin yokluğu iş doyumsuzluğuna neden olmazken, varlığı iş doyumunu arttırmaktadır (71).

Clayton Alderfer'in ERG kuramı

Alderfer, gereksinimleri üç temel gruba ayırmıştır:

1. Varolma
2. Gelişme
3. Aidiyet

Varolma, Maslow'un fizyolojik ve güvenlik gereksinimleri olarak nitelendirdiği temel gereksinimleri kapsamaktadır. Aidiyet, bireylerin başkaları ile bir arada olma ve sosyal ilişkiler kurma gereksinimidir. Gelişme ise, bireylerin kişisel olarak kendilerini geliştirmesidir (72).

McClelland'ın başarıma güdüsü kuramı

McClelland insan gereksinimlerini başarı, bağlılık ve güçlülük olmak üzere üç gruba ayırmıştır. McClelland'a göre, insanların kendi mesleklerinde en iyi olma ya da mükemmeli yakalama duygularının başarı ihtiyacından doğduğu ileri sürülmektedir. Güçlü başarı motivasyonu olanlar, başarı motivasyonu daha düşük olanlardan, kendilerini iyileştirmek için daha fazla çaba harcamaktadırlar. Bağlılık gereksiniminde ise, insanın toplumsal bir varlık olması baz alınarak, başkalarıyla etkileşim içinde olma ihtiyacına dikkat çekmektedir. Güçlü olma ihtiyacı, insanın

çevresine hakim olma isteğinden ileri gelmektedir. McClelland, bu üç gereksinim içinde en çok başarı gereksiniminin baskın olduğunu ifade etmiştir. Motivasyonda dışsal faktörleri önemsemeyerek, içsel motivatörlere yönelmiş bir kavramdır. Bu kavrama göre, çalışanların işinden memnun olmasını sağlayan en önemli unsur bireyin iç motivasyonudur (23).

Vroom'un ümit (bekleyiş) kuramı

Vroom bu teoriyle örgütsel davranışların nedenlerine yönelik bazı teoriler geliştirmiştir. Bunlar:

- Davranışın ortaya çıkmasını sağlayan etmenler, bireyin kişisel özellikleri ve çevresel koşulların etkisiyle belirlenir.
- Her birey farklı amaç, arzu ve ihtiyaçlara sahiptir.
- Bireyler arzuladıkları ödüllere ulaşmak için farklı davranış biçimleri arasından algıları ile seçim yaparlar.

Bu teori daha çok bireyselliğe dayalıdır. Grup ya da toplumdan çok bireysel motivasyon üzerinde durmuştur. Çünkü her bireyin gereksinimleri, kişisel özellikleri farklıdır. Ödül ve cezalar bireyler için farklı anlam taşımaktadır (23).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma hemşirelerin spiritüallite ve spiritüel bakım algisinin belirlenmesi ve iş doyumunu ile arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Alt Proplemleri

1. Hemşirelerin spiritüallite ve spiritüel bakım algı düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyleri nedir?
3. Hemşirelerin spiritüallite ve spiritüel bakım algılarını ve farkındalıklarını etkileyen faktörler nelerdir?
4. Hemşirelerde spiritüallite algısı ile iş doyumunu arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Bolu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde ve Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'nde uygulanmıştır. İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, çalışmanın uygulamasının yapıldığı dönemde Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim Araştırma Hastanesi olarak hizmet vermekteyken daha sonra afilasyon süreciyle Bolu Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlanmış ve halen İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi olarak hizmet vermektedir. Hastanelerde toplamda 11 yoğun bakım ünitesi, 10 cerrahi bilimler ve 9 dahili bilimler servisi bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Evreni Bolu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'nde klinikte çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmanın planlandığı dönemde çalışmanın evrenini oluşturan hastanelerde toplamda 374 hemşire çalışmakta olup araştırmanın evreni 374 hemşireden oluşmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş olup araştırmanın yapıldığı tarihlerde klinikte bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşireler araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örnekleme alınacak hemşire sayısının belirlenmesi konusunda güç (power) analizinden yararlanılmıştır. Güç analizine göre örnekleme 0.90 güçle ve 0.05 tip I hata ile 263 olup çalışma 275 hemşire ile tamamlanmıştır (73).

Çalışma grubu seçim kriterleri;

Dahil edilme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etme
- Bir klinikte çalışıyor olma

Dahil edilmeme kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme
- Poliklinik ve ayaktan tedavi ünitesinde çalışıyor olma

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeği (MMBÖ) puan ortalaması ve spiritüel bakım farkındalık düzeyleri

Bağımsız değişkenler; Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı hastane ve klinik, çalışma yılı, spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumu, spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alma durumu, hemşirelik bakımında spiritüel bakım önem derecesi ortalaması, spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemedeki zorlanma düzeyi ortalaması, spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması, konuya ilişkin alınan eğitimin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumu, hemşirenin kendi spiritüelitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumu, spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamamanın bakım kalitesini etkileme durumu, hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu etkileme durumu, spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamamanın hemşirelerin iş doyumunu etkileme durumu ve Minneseto iş doyum ölçeği puan ortalaması.

3.7. Tanımlar

Spiritüalte (Maneviyat): Bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını arama ve kabul etme çabasıdır.

İş doyum: Çalışanın işine karşı göstermiş olduğu genel tutumdur.

Spiritüel distres: Bireyin yaşama anlam veren, çevre, Tanrı, kendisi ve diğer insanlarla olan değer verdiği ilişkilerinde ve inançlarında bozulma.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeği(MMBÖ)”, “Spiritüel Bakım Farkındalıklarına İlişkin Form” ve “Minnesota İş Doyum Ölçeği” ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-I)

Araştırmacılar tarafından geliştirilen form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalıştığı hastane ve klinik, çalışma yılı, ilişkin sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde, hemşirelerin spiritüel bakım kavramını daha önceden duyma durumu, kavrama ilişkin bilgi alma durumu ve bilgi kaynakları, hemşirelik bakımında hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamanın önem derecesi, zorlanma düzeyleri, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyleri, hastanın spiritüel gereksinimlerini belirleme ve karşılamasında spiritüel bakım konusunda alınan eğitimin önemi, hemşirenin kendi spiritüalitesinin etkisi, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanmasının bakım kalitesine ve etkisi iş doyumuna etkisi ve hemşirelik bakımının iş doyumuna etkisine ilişkin sorular yer almaktadır. Tanıtıcı bilgi formu toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önemi, spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemede zorlanma ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyine ilişkin hemşirelerin görüşlerinin belirlenmesinde 10’luk bir cetvel kullanılmıştır. Hemşirelerin, hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önemi hakkındaki görüşleri 0 (hiç önemli değil) ile 10 (çok önemli) arasında değerlendirilmiştir. Hemşirelerin, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemedeki zorlanma düzeyleri 0 (hiç zorlanmıyorum) ile 10 (çok zorlanıyorum)

arasında değerlendirilmiştir. Aynı şekilde hemşirelerin hastalarının spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi de 0 (hiç karşılamıyorum) ile 10 (çok iyi düzeyde karşılıyorum) arasında değerlendirilmiştir.

Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeği (MMBÖ) (EK-II)

Ölçek, McSherry, Draper ve Kendric tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik testleri Ergül ve Temel (15) tarafından yapılmıştır. Ölçek, maneviyat ve manevi bakım (madde 6,7,8,9,11,12,14), dinsel (madde 4,5,13,16) ve bireysel bakım (madde 1,2,10) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek, 5'li likert tipte olup 17 maddeden oluşmuştur. Ölçekteki maddelerin puanlaması, “kesinlikle katılmıyorum” (1)’den “kesinlikle katılıyorum” (5)’e doğru yapılmaktadır. İlk on üç madde düz, son dört madde ters şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 85’tir. Toplam puanın yüksek olması spiritüel ve spiritüel bakım kavramlarının algılanma düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir. McSherry, Draper ve Kendric’in çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.64 tür. Ergül ve Temel (15)’in çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.76 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.50 olarak bulunmuştur.

Spiritüel Bakım Farkındalıklarına İlişkin Form (EK-III)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form örnek vaka çalışmasından oluşmuştur. Örnek vaka ile hemşirelerin, hastanın spiritüel bakım gereksinimlerine ilişkin farkındalık düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır. Örnek vaka hastanın tıbbi durumunu, fiziksel ve spiritüel bakım gereksinimlerini içermektedir. Hemşirelerden örnek vakada yer alan hastanın bakım gereksinimlerinin neler olduğunu değerlendirmeleri istenmiş ve belirledikleri bakım gereksinimlerine yönelik hemşirelik girişimlerini yazmaları istenmiştir. Her bir hemşirelik girişimine bir puan verilmiştir. Hazırlanan örnek vakada araştırmacılar tarafından belirlenen spiritüel bakım gereksinimine yönelik toplam 12 hemşirelik girişimi olup hemşireler vaka çalışmasından hemşireler 0-12 arasında puan almışlardır. Puan arttıkça hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi artmakta, puan azaldıkça spiritüel bakım farkındalık düzeyi azalmaktadır.

Minnesota İş Doyum Ölçeği (EK-IV)

Weiss ve arkadaşları tarafından 1967 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ise 1985 yılında Baycan tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,77'dir. Minnesota İş Doyum Ölçeği, 20 farklı iş boyutuna bağlı olarak bireysel iş doyumunu ya da doyumsuzluğunu ölçmeye çalışmaktadır. Ölçeğin iç ve dışsal doyum olmak üzere iki alt boyutu vardır. İçsel doyum, başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, iş sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin öğeleri içeren 12 maddeden oluşmaktadır (madde 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20). Ölçeğin ve alt boyutlarının toplam puanı maddelere verilen puanların toplanarak madde sayısına bölünerek hesaplanır. Dışsal doyum, kurum politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma arkadaşları ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ilişkin öğeleri içeren 8 maddeden oluşmaktadır (madde 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19). Minnesota İş Doyum Ölçeği 1-5 arasında puanlanan beşli likert tiptedir. Ölçek puanlamasında, "Hiç memnun değilim"; 1 puan, "Memnun değilim"; 2 puan, "Kararsızım"; 3 puan, "Memnunum"; 4 puan, "Çok memnunum"; 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek sonucunda, bir toplam puan elde edilmektedir. Toplam puan maddelerden alınan puanların madde sayısına bölünmesi ile elde edilmekte olup toplam puanın yüksek olması iş doyumunun da yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin içsel alt boyutunun maddelerinden elde edilen puanlarının 12'ye bölünmesi ile içsel doyum puanı ve dışsal alt boyutunun maddelerinden elde edilen puanlarının 8'e bölünmesi ile dışsal doyum puanı elde edilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,77'dir. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında istatistiksel paket veri programında değerlendirilmiştir. Anlamlılık seviyesi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Verilerin normal dağılım özelliği gösterip göstermediği analitik yöntem (Kolmogorov-Smirnov) kullanılarak test edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi sonucuna göre önemlilik düzeyi 0.05'den büyük ($p > 0.05$) olması ile veriler normal dağılım özelliği göstermiş olup parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin

değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi Chi-Square (X^2 testi), sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında iki grup ortalamalarının karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (student's t-testi), ikiden fazla grup ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve sürekli değişkenler arasındaki ilişki ise Pearson's korelasyon testi ile incelenmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Bolu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerdeki kliniklerde çalışan hemşirelerle sınırlıdır. Bu nedenle sonuçlar genellenemez. Hemşirelerin vardiyaları çalışmalarından dolayı tüm hemşirelere ulaşılamamıştır ve bu durum çalışmanın sınırlılıkları içinde yer almaktadır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma, Helsinki Deklerasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın etik onayı Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik kurulundan 20.06.2014 tarihli, 2014/63 sayılı karar ile alınmıştır (Ek-V) . Araştırmanın uygulanabilmesi için kurumlardan yazılı izinler alınmıştır (Ek VI, Ek-VII). Araştırmaya katılan hemşirelerden sözel onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bulguları hemşirelerin tanıtıcı ve spirüel bakım ilgili özellikleri ve etkileyen faktörler, spirütüalite ve spirütüel bakım kavramlarını algılama ve spirütüel bakım farkındalık düzeyleri ve etkileyen faktörler ve spirütüel bakım ile iş doyumunu arasındaki ilişkiye yönelik olmak üzere üç başlık altında incelenmiştir.

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Spirütüel Bakım Özellikleri ve Etkileyen Faktörler

Bu başlık altında hemşirelerin tanıtıcı ve spirütüel bakım ile özellikleri, görüşleri ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgular incelenmiştir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	236	85,8
Erkek	39	14,2
Yaş		
18-24	87	31,6
25-30	100	36,4
31-35	46	16,7
36-40	23	8,4
41 ve üzeri	19	6,9
Yaş ortalaması	28,59±6,85 (min. 18- max. 55)	
Medeni durum		
Evli	125	45,5
Bekâr	150	54,5
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	74	26,9
Önlisans	30	10,9
Lisans	152	55,3
Lisansüstü	19	6,9

Tablo 4.1. (Devamı) Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalıştığı hastane		
Üniversite hastanesi	182	66,2
Devlet hastanesi	93	33,8
Çalıştığı klinik		
Yoğun bakımlar	102	37,1
Dâhili bilimler	124	45,1
Cerrahi bilimler	49	17,8
Çalışma yılı		
0-5 yıl	159	57,8
6-10 yıl	58	21,1
11-15 yıl	22	8,0
16-20 yıl	15	5,5
21 ve üzeri	21	7,6
Çalışma yılı ortalaması	6,97±6,82 (min. 1 - max. 36)	
TOPLAM	275	100,0

Tablo 4.1’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %85,8’i kadın iken %14,2’si erkektir. Hemşirelerin yaşları incelendiğinde 18-24 (%31,6) ve 25-30 (%36,4) yaş grubu aralığında yoğunlaştığı ve yaş ortalamasının 28,59±6,85 olduğu görülmüştür. Hemşirelerin eğitim durumlarına bakıldığında yarıdan fazlasının (%55,3) lisans %26,9’unun sağlık meslek lisesi ve %6,9’unun lisanüstü mezunu olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan hemşirelerin %66,2’si üniversite hastanesinde %33,8’sinin devlet hastanesinde çalıştıkları ve dahili bilimler (%45,1) ve yoğun bakımlarda (%37,1) çalışan hemşirelerin daha fazla olduğu görülmüştür. Hemşirelerin yarıdan fazlasının (%57,8) 0-5 yıl aralığında çalıştığı ve çalışma yılı ortalamasının ise 6,97±6,82’i olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	N	%
Spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumu		
Önceden duyan	212	77,1
Önceden duymayan	63	22,9
Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alma durumu		
Bilgi alan	167	60,7
Bilgi almayan	108	39,3
TOPLAM	275	100
Spiritüel bakım hakkında bilgi alanların bilgi kaynağı		
Mesleki (hemşirelik) eğitim	137	46,9
Okuduğu makaleler	55	18,8
Kongre ve sempozyumlar	43	14,8
Hizmet içi eğitim programları	38	13,0
Kitle iletişim ve basın yayın organları	19	6,5
TOPLAM	292*	100

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hemşirelerin spiritüel bakım kavramını önceden duyma, bilgi alma durumları ve spiritüel bakım hakkındaki bilgi kaynaklarının dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Hemşirelerin %77,1’i spiritüel bakım kavramını daha önceden duyduklarını ve %60,7’si spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan hemşirelerin bilgi kaynakları incelendiğinde birden fazla kaynaktan bilgi aldıkları, bilgi kaynağının en fazla %46,9 ile mesleki (hemşirelik) eğitimler, %18,8 ile okudukları makaleler, %14,8 ile kongre ve sempozyumlar, %13,0 ile hizmet içi eğitim programları ve %6,5 ile kitle iletişim ve basın yayın organları olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Görüşlerine Göre Dağılımı

Spiritüel Bakım İle İlgili Görüşler	$\bar{X}$	Ss
Hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması	7,60	2,23
Spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemedeki zorlanma düzeyi ortalaması	4,66	2,04
Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması	5,79	1,97
Konuya ilişkin alınan eğitimin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumu	Sayı	%
Eğitim etkili	254	92,4
Eğitim etkili değil	21	7,6
Hemşirenin kendi spiritüelitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumu	Sayı	%
Hemşirenin spiritüelitesi etkili	205	74,5
Hemşirenin spiritüelitesi etkili değil	70	25,5
TOPLAM	275	100,0

Hemşirelerin, hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önemi, spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemede zorlanma ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyine göre dağılımları Tablo 4.3’ de yer almaktadır. Hemşirelerden, hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önemi hakkındaki görüşlerini 0 (hiç önemli değil) ile 10 (çok önemli) arasında değerlendirmeleri ve görüşlerini 10’luk bir cetvel üzerinde işaretlemeleri istenmiş olup bakımda spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması $7,60 \pm 2,23$ olarak bulunmuştur. Hemşirelerin, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemedeki zorlanma düzeyleri 0 (hiç zorlanmıyorum) ile 10 (çok zorlanıyorum) arasında 10’luk bir cetvel ile değerlendirilmiştir. Aynı şekilde hemşirelerin hastalarının spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi de 0 (hiç karşılamıyorum) ile 10 (çok iyi düzeyde karşılıyorum) arasında 10’luk bir cetvel ile değerlendirilmiştir. Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde hemşirelerin zorlanma düzeyi ortalamasının $4,66 \pm 2,04$ ve spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamasının $5,79 \pm 1,97$ olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3’de konuya ilişkin alınan eğitimin ve hemşirelerin kendi spiritüelitesinin spiritüel bakım gereksinimleri belirleme ve karşılamadaki etkisine

ilişkin bulgular incelendiğinde ise, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirelerin büyük çoğunluğu konuya ilişkin alınan eğitimin etkili olduğunu (%92,4) ve %74,5'i hemşirenin kendi spiritüelitesinin de etkili olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre Konuya İlişkin Alınan Eğitimin Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Belirleme ve Karşılamadaki Etkisine İlişkin Görüşlerin Karşılaştırılması

Hemşirelerin Özellikleri	Konuya ilişkin alınan eğitimin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etkisine ilişkin görüşler				
	Eğitim etkili		Eğitim etkili değil		İstatistiksel analiz
Eğitim Durumu	Sayı	%	Sayı	%	X^2 : 6,022 p: 0,111
Sağlık meslek lisesi	67	90,5	7	9,5	
Önlisans	25	83,3	5	16,7	
Lisans	143	94,1	9	5,9	
Lisansüstü	19	100,0	0	0,0	
Çalıştığı Hastane					
Üniversite hastanesi	172	94,5	10	5,5	X^2 : 3,500 p: 0,090
Devlet hastanesi	82	88,2	11	11,8	
Çalıştığı Klinik					
Yoğun bakımlar	98	96,1	4	3,9	X^2 : 3,739 p: 0,154
Dâhili bilimler	113	91,1	11	8,9	
Cerrahi bilimler	43	87,8	6	12,2	
Çalışma Yılı					
0-5 yıl	149	93,7	10	6,3	X^2 : 14,275 p: 0,006
6-10 yıl	55	94,8	3	5,2	
11-15 yıl	21	95,5	1	4,5	
16-20 yıl	14	93,3	1	6,7	
21yıl ve üzeri	15	71,4	6	28,6	
Spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumu					
Önceden duyan	203	95,8	9	4,2	X^2 : 15,087 P<0,001
Önceden duymayan	51	81,0	12	19,0	
Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alma durumu					
Bilgi alan	159	95,2	8	4,8	X^2 : 4,883 p: 0,036
Bilgi almayan	95	88,0	13	12,0	

Satır yüzdesi alınmıştır.

Hemşirelerin tanıtıcı ve spiritüel bakım ile ilgili özelliklerinin konuya ilişkin alınan eğitimin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etkisine ilişkin görüşlerin karşılaştırılması Tablo 4.4'de verilmiştir. Lisansüstü mezunu olan

hemşirelerin tamamı (%100), lisans mezunu olanların %94,0'ü, önlisans mezunu olanların %83,3'ü ve sağlık meslek lisesi mezunu olanların %90,5'i konuya ilişkin eğitimin, hastanın spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasında etkili olduğunu ifade etmişlerdir ancak gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (X^2 : 6,022 $p>0.05$).

Konuya ilişkin alınan eğitimin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemede etkili olduğunu düşünen hemşirelerin %94,5'i üniversite hastanesinde, %88,2'si devlet hastanesinde ve %96,1'i yoğun bakımda, %91,1'i dahili bilimler ve %87,8'i cerrahi bilimler kliniklerinde çalışmakta olup gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (sırasıyla X^2 : 3,500 $p>0.05$ ve X^2 : 3,739 $p>0.05$).

Hemşirelerin çalışma yılı ile konuya ilişkin alınan eğitimin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılama üzerine etkisine ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında 21 yıl ve üstü çalışma deneyimi olan hemşirelerin %71,4'ü eğitimin etkili olduğunu düşünürken 0-5 yıl (%93,7), 6-10 yıl (%94,8), 11-15 yıl (%95,5) ve 16-20 yıl (%93,3) arasında çalışma deneyimi olan hemşirelerin benzer oranlarda olduğu görülmüş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (X^2 : 14,275 $p<0.05$).

Spiritüel bakım kavramını önceden duyan hemşirelerin %95,8'inin ve duymayanların %81,0'inin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada eğitimin etkili olduğunu düşündükleri ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (X^2 : 15,087 $p<0.05$). Hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada eğitimin etkili olduğunu düşünen hemşirelerin %95,2'sinin spiritüel bakım hakkında bilgi alan ve %88,0'inin bilgi almayan hemşireler olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (X^2 : 4,883 $p<0.05$).

Tablo 4.5. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre Hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasının Bakım Kalitesine Etkisi Hakkındaki Görüşlerin Karşılaştırılması

Hemşirelerin Özellikleri	Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılayanın bakım kalitesine etki durumu				
	Artırır		Etkilemez		İstatistiksel analiz
Eğitim Durumu	Sayı	%	Sayı	%	$X^2 : 4,957$ p: 0,175
Sağlık meslek lisesi	63	85,1	11	14,9	
Önlisans	27	90,0	3	10,0	
Lisans	140	92,1	12	7,9	
Lisansüstü	19	100,0	0	0,0	
Çalıştığı Hastane					
Üniversite hastanesi	168	92,3	14	7,7	$X^2 : 1,952$
Devlet hastanesi	81	87,1	12	12,9	p: 0,162
Çalıştığı Klinik					
Yoğun bakımlar	94	92,4	8	7,8	$X^2 : 3,292$
Dâhili bilimler	114	91,9	10	8,1	p: 0,193
Cerrahi bilimler	41	83,7	8	16,3	
Çalışma Yılı					
0-5 yıl	144	90,6	15	9,4	$X^2 : 2,840$ p: 0,585
6-10 yıl	54	93,1	4	6,9	
11-15 yıl	20	90,9	2	9,1	
16-20 yıl	14	93,3	1	6,7	
21 ve üzeri	17	81,0	4	19,0	
Spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumu					
Önceden duyan	200	94,3	12	5,7	$X^2 : 15,562$
Önceden duymayan	49	77,8	14	22,2	p<0,001
Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alma durumu					
Bilgi alan	157	94,0	10	6,0	$X^2 : 5,969$
Bilgi almayan	92	85,2	16	14,8	p: 0,015

Satır yüzdesi alınmıştır.

Hemşirelerin tanıtıcı ve spiritüel bakım ile ilgili özelliklerinin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılayanın bakım kalitesine etki durumu ile ilgili karşılaştırma Tablo 4.5’de verilmiştir. Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılayanın bakım kalitesini artırdığını ifade eden hemşirelerin %85,1’i sağlık

meslek lisesi, %90,0'nı önlisans ve %92,1'i lisans mezunu olmakla birlikte lisansüstü mezunu hemşirelerin tamamı hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesine etkisini artırdığını düşündükleri saptanmıştır. Ancak istatistiksel olarak gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (X^2 : 4,957 $p>0.05$). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin %92,3'ü ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin %87,1'i hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini artırdığını ifade etmişler ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (X^2 : 1,952 $p>0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini artırdığını ifade eden hemşirelerin oranlarının (yoğun bakım %92,4, dahili bilimler %91,9 ve cerrahi bilimler %83,7) birbirine yakın olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (X^2 : 3,292 $p>0.05$). Çalışma yılı 0 ila 20 yıl arasında değişen hemşirelerin (0-5 yıl %90,6, 6-10 yıl %93,1, 11-15 yıl %90,9 ve 16-20 yıl %93,3) yakın oranlarda ve 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin %81,0'i hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini artırdığını ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (X^2 : 2,840 $p>0.05$).

Spiritüel bakım kavramını önceden duyan hemşirelerin %94,3'ünün, duymayanların %77,8'inin ve spiritüel bakım hakkında bilgi alan hemşirelerin %94,0'ünün, bilgi almayanların %85,2'sinin, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini artırdığını düşünmüş oldukları ve gruplar arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla X^2 : 15,562 $p<0.05$ ve X^2 : 5,969 $p<0.05$).

Tablo 4.6. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım İle İlgili Özelliklerine Göre Görüşlerinin Hemşirenin Kendi Spiritüelitesinin Hastanın Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Belirleme ve Karşılamadaki Etkisine İlişkin Görüşlerin Karşılaştırılması

Hemşirelerin Özellikleri	Hemşirenin kendi spiritüalitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumu				
	Hemşirenin spiritüalitesi etkili		Hemşirenin spiritüalitesi etkili değil		İstatistiksel analiz
Cinsiyet	Sayı	%	Sayı	%	$X^2 : 0,135$ p: 0,844
Kadın	175	74	61	26	
Erkek	30	77	9	23	
Eğitim Durumu					
Sağlık meslek lisesi	56	75,7	18	24,3	$X^2 : 1,970$ p: 0,579
Önlisans	20	66,7	10	33,3	
Lisans	113	74,3	39	25,7	
Lisansüstü	16	84,2	3	15,8	
Çalıştığı Hastane					
Üniversite hastanesi	139	76,4	43	23,6	$X^2 : 0,948$ p: 0,330
Devlet hastanesi	66	71,0	27	29,0	
Çalıştığı Klinik					
Yoğun bakımlar	73	71,6	29	28,4	$X^2 : 2,479$ p: 0,290
Dâhili bilimler	98	79,0	26	21,0	
Cerrahi bilimler	34	69,4	15	30,6	
Çalışma Yılı					
0-5 yıl	127	79,0	32	20,1	$X^2 : 10,743$ p: 0,030
6-10 yıl	42	72,4	16	27,6	
11-15 yıl	12	54,5	10	45,5	
16-20 yıl	8	53,3	7	46,7	
21 ve üzeri	11	52,4	10	47,6	
Spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumu					
Önceden duyan	166	78,3	46	21,7	$X^2 : 6,882$ p: 0,013
Önceden duymayan	39	61,9	24	38,1	
Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alma durumu					
Bilgi alan	128	76,6	39	23,4	$X^2 : 0,989$ p: 0,320
Bilgi almayan	77	71,3	31	28,7	
Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamamanın bakım kalitesini etkileme durumu					
Bakım kalitesini artırır	195	78,3	54	21,7	$X^2 : 19,704$ P< 0,001
Bakım kalitesini etkilemez	10	38,5	16	61,5	

Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4.6’da hemşirelerin tanıtıcı ve spiritüel bakım ile ilgili özelliklerinin hemşirenin kendi spiritüalitesinin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etkisine ilişkin görüşlerin karşılaştırılması incelenmiştir. Hemşirenin kendi spiritüalitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada cinsiyetin etkili olmadığı saptanmıştır (X^2 : 0,135 $p>0,05$). Tüm eğitim düzeyindeki hemşirelerin yarıdan fazlası, hemşirenin kendi spiritüalitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünmekle birlikte lisanüstü eğitim düzeyindeki hemşirelerin %84,2’si, lisans eğitim düzeyindeki hemşirelerin %74,3’ü, benzer oranda sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin %75,7’si ve en düşük oranda %66,7’si hemşirelerin kendi spiritüalitesinin etkili olduğunu ifade ettikleri bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (X^2 : 1,970 $p>0,05$). Hemşirelerin çalıştıkları hastane ve kliniklere göre hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirelerin spiritüalitelerinin etkili olduğunu düşünen hemşirelerin oranlarının birbirine yakın oranlarda (çalıştığı hastane üniversite %76,4, devlet hastanesi %71,0 ve çalıştığı klinikler dâhili bilimler %79,0, yoğun bakım %71,6 ve cerrahi bilimler %69,4) olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptanmıştır (sırasıyla X^2 : 0,948 $p>0,05$ ve X^2 : 2,479 $p>0,05$).

Hemşirelerin çalışma yılı arttıkça hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirenin kendi spiritüalitesinin etkili olduğunu düşünenlerin oranı (0-5 yıl %79,0 6-10 yıl %72,5 11-15 yıl %54,5 16-20 yıl %53,3 ve 20 yıl ve üstü %52,4) azalmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (X^2 : 10,743 $p<0,05$).

Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirenin kendi spiritüalitesinin etkili olduğunu düşünen hemşirelerin %78,3’ü spiritüel bakım kavramını önceden duymuş iken %61,9’u önceden duymamış oldukları ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (X^2 : 6,882 $p<0,05$). Spiritüel bakım kavramını hakkında bilgi alan hemşirelerin %76,6’sı, bilgi almayan hemşirelerin ise %71,3’ü hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirenin kendi spiritüalitesinin etkili olduğunu düşünmekte olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (X^2 : 0,989 $p>0,05$).

Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini arttırdığını düşünen hemşirelerin %78,3'ü ve bakım kalitesini etkilemediğini düşünen hemşirelerin %38,5'i hemşirelerin kendi spiritüel bakımlarının da hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılama da etkili olduğunu ifade etmişlerdir. İki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (X^2 : 19,704 $p<0,05$).

Tablo 4.7. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Özelliklerinin ve Görüşlerinin Bakımda Spiritüel Bakımın Önem Derecesi Ortalamalarının Karşılaştırılması

Spiritüel bakım ile ilgili bazı özellikler	Bakımda spiritüel bakımın önem derecesi		
	$\bar{X}$	Ss	İstatistiksel analiz
Spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumu			
Önceden duyan	7,92	2,10	t: 4,549
Önceden duymayan	6,51	2,35	p<0,001
Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alma durumu			
Bilgi alan	7,81	2,00	t: 2,019
Bilgi almayan	7,26	2,53	p: 0,045
Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini etkileme durumu			
Bakım kalitesini artırır	7,85	2,06	t: 6,235
Bakım kalitesini etkilemez	5,15	2,39	p<0,001

Hemşirelerin spiritüel bakım ile ilgili bazı özelliklerinin ve görüşlerinin, hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7'de verilmiştir. Spiritüel bakımı önceden duyanların (7,92±2,10) duymayanlara (6,51±2,35) göre ve spiritüel bakım kavramı hakkında daha önceden bilgi alanların (7,81±2,00) almayanlara (7,26±2,53) göre bakımda spiritüel bakımın önem derecesi ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla t: 4,549 $p<0,05$, t: 2,019 $p<0,05$).

Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini arttırdığını düşünen hemşirelerin bakımda spiritüel bakımın önem derecesi

ortalamaları $7,85 \pm 2,06$ iken bakım kalitesini etkilemediğini düşünenlerin ortalamaları ise $5,15 \pm 2,39$ 'dur. Ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t: 6,235 p<0,05).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Özelliklerinin ve Görüşlerine Göre Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Karşılama Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Spiritüel bakım ile ilgili bazı özellikler	Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi		
	$\bar{X}$	Ss	İstatistiksel analiz
Spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumu			
Duyan	5,91	1,87	t: 1,751
Duymayan	5,41	2,24	p: 0,081
Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alma durumu			
Alan	5,96	1,91	t: 1,737
Almayan	5,54	2,03	p: 0,083
Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamamanın bakım kalitesini etkileme durumu			
Bakım kalitesini artırır	5,93	1,85	t: 2,796
Bakım kalitesini etkilemez	4,50	2,53	p: 0,009

Tablo 4.8’de hemşirelerin spiritüel bakım ile ilgili bazı özelliklerinin ve görüşlerinin, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamalarına ilişkin karşılaştırılma sonuçları yer almıştır. Spiritüel bakım kavramını önceden duyanlarla ($5,91 \pm 1,87$) duymayan ($5,41 \pm 2,24$) hemşirelerin ve spiritüel bakım hakkında bilgi alanlarla ($5,96 \pm 1,91$) almayan ($5,54 \pm 2,03$) hemşirelerin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (sırasıyla t: 1,751 p>0,05, t: 1,737 p>0,05).

Spiritüel bakım gereksinimleri karşılama düzeyi ortalamasının spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamamanın bakım kalitesini arttırdığını düşünenlerde $5,93 \pm 1,85$ iken bakım kalitesini etkilemediğini düşünenlerde $4,50 \pm 2,53$ 'dür. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (t: 2,796 p<0,05).

4.2. Spiritüalite ve Spiritüel Bakım Kavramlarını Algılama, Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Bu başlık altında hemşirelerin spiritüel bakım gereksinimlerine ilişkin farkındalık düzeyleri, spiritüalite ve spiritüel bakım kavramlarını algılama düzeyi ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgular incelenmiştir.

Tablo 4.9. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeği (MMBÖ) ve Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamaları

Ölçek, alt ölçekler ve farkındalık düzeyi	$\bar{X}$ (Min-Max)	Ss
MMBÖ toplam puan	53,76 (41-68)	4,58
Maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği	24,61 (16-33)	2,84
Dinsel alt ölçeği	11,24 (4-16)	2,12
Bireysel bakım alt ölçeği	10,89 (5-15)	1,86
Spiritüel bakım farkındalık düzeyi	2,36 (0-12)	1,47

Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım derecelendirme ölçeği (MMBÖ) ve spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamaları Tablo 4.9’de yer almıştır. MMBÖ’nin puan ortalaması $53,76 \pm 4,58$ iken; MMBÖ’nin alt ölçeklerinden maneviyat ve manevi bakım alt ölçeğinin puan ortalaması $24,61 \pm 2,84$, dinsel alt ölçeği puan ortalaması $11,24 \pm 2,12$, bireysel bakım alt ölçeği $10,89 \pm 1,86$ ve spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalaması $2,36 \pm 1,47$ olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı tanıtıcı özellikler	MMBÖ		
	$\bar{X}$	Ss	İstatistiksel analiz
Cinsiyet			
Kadın	53,84	4,56	t: 0,694
Erkek	53,28	4,69	p: 0,491
Eğitim Durumu			
Sağlık meslek lisesi	53,78	4,97	F: 1,772 p: 0,153
Önlisans	53,50	4,58	
Lisans	53,51	4,47	
Lisansüstü	56,05	3,35	
Çalıştığı Hastane			
Üniversite hastanesi	53,87	4,74	t: 0,584
Devlet hastanesi	53,53	4,26	p: 0,560
Çalıştığı Klinik			
Yoğun bakımlar	53,34	4,25	F: 0,843
Dâhili bilimler	53,88	4,82	p: 0,432
Cerrahi bilimler	54,32	4,61	

Hemşirelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre MMBÖ'nin puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.10'de verilmiştir. Hemşirelerin MMBÖ'nin puan ortalamalarının cinsiyete göre (kadın 53,84±4,56 ve erkek 53,28±4,69) değişmediği, eğitim durumuna göre lisansüstü mezunu olanların (56,05±3,35) MMBÖ puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine (lisans 53,51±4,47, ön lisans 53,50±4,58 ve sağlık meslek lisesi 53,78±4,97) göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (sırasıyla t: 0,694 p>0,05, F: 1,772 p>0,05).

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin (53,87±4,74) MMBÖ puan ortalamaları ile devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin (53,53±4,26) puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu ve aynı şekilde hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre MMBÖ puan ortalamalarının (yoğun bakımlar 53,34±4,25, dahili bilimler 53,88±4,82 ve cerrahi bilimler 54,32±4,61) farklılaşmadığı ve bu farklarında

istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (sırasıyla t: 0,584 p>0,05, F: 0,843 p>0,05).

Tablo 4.11. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Özelliklerine ve Görüşlerine Göre MMBÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Spiritüel bakım ile ilgili bazı özellikler	MMBÖ		
	$\bar{X}$	Ss	İstatistiksel analiz
Spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumu			
Önceden duyan	54,06	4,29	t: 2,018
Önceden duymayan	52,74	5,36	p: 0,045
Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alma durumu			
Bilgi alan	54,07	4,24	t: 1,416
Bilgi almayan	53,27	5,04	p: 0,158
Konuya ilişkin alınan eğitimin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumu			
Eğitim etkili	54,07	4,39	t: 4,077
Eğitim etkili değil	49,95	5,18	p<0,001
Hemşirenin kendi spiritüelitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumu			
Hemşirenin kendi spiritüelitesi etkili	54,17	4,57	t: 2,577
Hemşirenin kendi spiritüelitesi etkili değil	52,55	4,41	p: 0,010
Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın bakım kalitesini etkileme durumu			
Bakım kalitesini artırır	53,99	4,48	t: 2,583
Bakım kalitesini etkilemez	51,57	4,98	p: 0,010

Tablo 4.11’de hemşirelerin spiritüel bakım ile ilgili özelliklerine ve görüşlerine göre MMBÖ’nin puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Spiritüel bakım kavramını önceden duyan hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması 54,06±4,29 iken önceden duymayan hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması 52,74±5,36’dır ve iki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t: 2,018 p<0,05) Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan (54,07±4,24) ve almayan (53,27±5,04) hemşirelerin MMBÖ puan ortalamalarının benzer olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t: 1,416 p>0,05).

Konuya ilişkin alınan eğitimin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünen hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması (54,07±4,39), etkili olmadığını düşünen hemşirelerin puan ortalamasından (49,95±5,18) daha yüksektir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (t: 4,077 p<0,05). Hemşirenin kendi spiritüelitesinin, hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünen (54,17±4,57) ve düşünmeyen (52,55±4,41) hemşirelerin MMBÖ puan ortalamalarının farklılık gösterdiği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t: 2,577 p<0,05). Hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini arttırdığını düşünen hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması 53,99±4,48 iken bakım kalitesini etkilemediğini düşünen hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması 51,57±4,98'dir ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (t: 2,583 p<0,05).

Tablo 4.12. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bazı tanımcı özellikler	Spiritüel bakım farkındalık düzeyi		
	$\overline{X}$	Ss	İstatistiksel analiz
Cinsiyet			
Kadın	2,34	1,47	t: 0,346
Erkek	2,43	1,48	p: 0,730
Eğitim Durumu			
Sağlık meslek lisesi	1,97	1,41	F: 2,495 p: 0,060
Önlisans	2,36	1,77	
Lisans	2,53	1,46	
Lisansüstü	2,42	1,01	
Çalıştığı Hastane			
Üniversite hastanesi	2,43	1,56	t: 1,251
Devlet hastanesi	2,20	1,29	p: 0,212
Çalıştığı Klinik			
Yoğun bakımlar	2,18	1,39	F: 1,832
Dâhili bilimler	2,37	1,48	p: 0,162
Cerrahi bilimler	2,67	1,58	

Hemşirelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.12’de yer almaktadır. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamalarının (kadın $2,34 \pm 1,47$ ve erkek $2,43 \pm 1,48$) birbirlerine çok yakın olduğu ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (t: 0,346 $p > 0,05$). Spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamalarında en düşük puan ortalamasının sağlık meslek lisesi ($1,97 \pm 1,41$) olduğu diğer eğitim düzeyindeki (önlisans $2,36 \pm 1,77$, lisans $2,53 \pm 1,46$ ve lisansüstü $2,42 \pm 1,01$) hemşirelerin puan ortalamalarının yakın olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (F: 2,495 $p > 0,05$). Hemşirelerin çalıştığı hastaneye (üniversite $2,43 \pm 1,56$ ve devlet $2,20 \pm 1,29$) ve birime göre (yoğun bakım $2,18 \pm 1,39$; dahili bilimler $2,37 \pm 1,48$ ve cerrahi bilimler $2,67 \pm 1,58$) spiritüel bakım farkındalık düzeyi ortalamalarının değişmediği ve farkında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (sırasıyla, t: 1,251 $p > 0,05$, F: 1,832 $p > 0,05$).

Tablo 4.13. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Özelliklerine ve Görüşlerine Göre Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Spiritüel bakım ile ilgili bazı özellikler	Spiritüel bakım farkındalık düzeyi		
	$\bar{X}$	Ss	İstatistiksel analiz
Spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumu			
Önceden duyan	2,49	1,49	t: 2,721
Önceden duymayan	1,92	1,32	p: 0,007
Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alma durumu			
Bilgi alan	2,43	1,36	t: 1,077
Bilgi almayan	2,24	1,63	p: 0,282
Konuya ilişkin alınan eğitimin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumu			
Eğitim etkili	2,37	1,51	t: 0,911
Eğitim etkili değil	2,19	0,81	p: 0,369
Hemşirenin kendi spiritüelitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumu			
Hemşirenin kendi spiritüelitesi etkili	2,43	1,51	t: 1,522
Hemşirenin kendi spiritüelitesi etkili değil	2,12	1,35	p: 0,129
Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamamanın bakım kalitesini etkileme durumu			
Bakım kalitesini artırır	2,40	1,50	t: 2,156
Bakım kalitesini etkilemez	1,88	1,14	p: 0,038

Hemşirelerin spiritüel bakım ile ilgili özelliklerine ve görüşlerine göre spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamaları Tablo 4.13’de incelenmiştir. Hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalaması spiritüel bakım kavramını önceden duyanlarda $2,49 \pm 1,49$, duymayanlarda $1,92 \pm 1,32$ olarak bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t: 2,721 $p < 0.05$). Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan ($2,43 \pm 1,36$) ve almayan ($2,24 \pm 1,63$) hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi ortalamasının değişmediği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t: 1,077 $p > 0.05$). Konuya ilişkin alınan eğitimin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünen ($2,37 \pm 1,51$) ve düşünmeyen ($2,19 \pm 0,81$) hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalaması ile hemşirenin kendi spiritüelitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünen ($2,43 \pm 1,51$) ve düşünmeyen ($2,12 \pm 1,35$) hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamalarının benzer olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (sırasıyla t: 0,911 $p > 0.05$ ve t: 1,522 $p > 0.05$).

Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın bakım kalitesini artırdığını düşünen hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi ortalaması $2,40 \pm 1,50$ ve düşünmeyen hemşirelerin ise $1,88 \pm 1,14$ olduğu ve farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t: 2,156 $p < 0.05$).

Tablo 4.14. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım İle İlgili Özellikleri, Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyi ve MMBÖ Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-Yaş ortalaması	1									
2-Çalışma yılı ortalaması	0,809**	1								
3-Hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması	-0,058	0,006	1							
4-Spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemedeki zorlanma düzeyi ortalaması	-0,027	-0,071	-0,040	1						
5-Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması	-0,012	0,052	0,174**	-0,140*	1					
6-Spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalaması	0,101	0,106	0,071	-0,022	0,057	1				
7-MMBÖ toplam puan	-0,041	-0,044	0,243**	-0,060	0,258**	0,014	1			
8-Maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği	-0,073	-0,115	0,219**	0,026	0,284**	-0,012	0,714**	1		
9-Dinsel alt ölçeği	0,000	0,034	0,067	-0,047	0,044	0,038	0,524**	0,035	1	
10-Bireysel bakım alt ölçeği	0,057	0,119*	0,314**	-0,045	0,229**	0,002	0,606**	0,367**	0,060	1

*p<0.05 **p<0.01

Tablo 4.14’de Hemşirelerin bazı tanıtıcı ve spiritüel bakım ile ilgili özellikleri, spiritüel bakım farkındalık düzeyi ve MMBÖ puan ortalaması arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre hemşirelerin, hastaların m spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamasının hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması ile pozitif yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki (r: 0.174) ve spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemedeki zorlanma düzeyi ortalaması ile negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r: -0.140) olduğu ve değişkenler arasındaki bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0.01$ ve $p<0.05$).

Hemşirelerin MMBÖ puan ortalamasının hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması ile pozitif yönlü zayıf düzeyde (r: 0.243) ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması ile pozitif yönlü zayıf düzeyde (r: 0.258) bir ilişki olduğu ve değişkenler arasındaki bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0.01$ ve $p<0.01$).

MMBÖ’nin maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği puan ortalamasının hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması ve hemşirelerin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması ile pozitif yönlü zayıf düzeyde (sırasıyla r: 0.219 ve r: 0.284) bir ilişki olduğu ve bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0.01$ ve $p<0.01$).

MMBÖ’nin dinsel alt ölçeği puan ortalamasının spiritüel bakım ile ilgili özellikler arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır.

MMBÖ’nin bireysel bakım alt ölçeği puan ortalamasının hemşirelerin çalışma yılı ortalaması ile pozitif yönlü zayıf düzeyde (r: 0.119) bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Aynı zamanda bireysel bakım alt ölçeği puan ortalamasının hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması (r: 0.314) ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması (r: 0.229) ile pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkilerin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<0.01$ ve $p<0.01$).

4.3. Spiritüel Bakım ve İş Doyumu Arasındaki İlişki

Bu başlık altında hemşirelerin spiritüel bakıma yönelik düşünceleri ve iş doyumu ile ilişkisini etkileyen faktörler incelenmiştir.

Tablo 4.15. Hemşirelerin Minnesota İş Doyum Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçek ve alt ölçekler	Ortalama ve Standart Sapma	
	$\bar{X}$ (Min-Max)	Ss
İş doyumu ölçeği toplam puan	2,95 (1,15- 4,45)	0,60
İçsel doyum alt ölçeği	2,59 (1,00- 4,50)	0,71
Dışsal doyum alt ölçeği	3,20 (1,08- 4,67)	0,63

Hemşirelerin Minnesota iş doyum ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.15’de verilmiştir. İş doyum ölçeğinin puan ortalaması $2,95 \pm 0,60$ iken, iş doyum ölçeğinin içsel doyum alt ölçeğinin puan ortalaması $2,59 \pm 0,71$ ve dışsal doyum alt ölçeğinin puan ortalaması $3,20 \pm 0,63$ olarak saptanmıştır.

Tablo 4.16. Hemşirelerin Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Görüşlerinin Bakım Kalitesinin İş Doyumunu Etkileme Durumuna İlişkin Görüşlerin Karşılaştırılması

Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Görüşler	Hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu etkileme durumu				İstatistiksel analiz
	Artırır Sayı	%	Etkilemez Sayı	%	
Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamamanın bakım kalitesine etkisi					$X^2: 45,785$ p<0,001
Bakım kalitesini artırır	218	96,0	31	64,6	
Bakım kalitesini etkilemez	9	4,0	17	35,4	
Hemşirenin kendi spiritüel kalitesinin spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamadaki etkisi					$X^2: 3,041$ p: 0,081
Hemşirenin spiritüel kalitesi etkili	174	76,7	31	64,6	
Hemşirenin spiritüel kalitesi etkili değil	53	23,3	17	35,4	

Satır yüzdesi alınmıştır.

Hemşirelerin spiritüel bakım ile ilgili bazı görüşlerinin, bakım kalitesinin iş doyumunu etkileme durumuna ilişkin görüşleri arasındaki ilişki Tablo 4.16’de

verilmiştir. Hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu artırdığını düşünen hemşirelerin %96,0'sının hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamada bakım kalitesini arttırdığını düşündüğü ve bakım kalitesini arttırdığını düşünen hemşirelerin %64,6'sının ise hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu etkilemediğini düşündükleri bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (X^2 : 45,785 $p<0,05$). Hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu arttırdığını düşünen hemşirelerin %76,7'si hemşirenin kendi spiritüel kalitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamada etkili olduğunu düşünürken hemşirelerin yarıdan fazlası (%64,6) hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu etkilemediğini ancak hemşirenin kendi spiritüel kalitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamada etkili olduğunu düşünmüşlerdir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (X^2 : 3,041 $p>0,05$).

Tablo 4.17. Hemşirelerin MMBÖ ve Minnesota İş Doyumu Ölçeği Puan Ortalaması ve Hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Karşılama Düzeyi Ortalamasının Bakım Kalitesinin İş Doyumunu Etkileme Durumuna İlişkin Görüşlerin Karşılaştırılması

Düzy ve Puan Ortalamaları	Hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu etkileme durumu				İstatistiksel analiz
	Arttırır $\bar{X}$	Ss	Etkilemez $\bar{X}$	Ss	
Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması	6,05	1,76	4,58	2,41	t: 3,987 p< 0,001
MMBÖ puan ortalaması	54,07	4,25	52,27	5,72	t: 2,072 p: 0,043
Minnesota İş Doyumu ölçeği puan ortalaması	2,99	0,59	2,76	0,63	t: 2,378 p: 0,018

Hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu etkileme durumuna ilişkin görüşler ile hastaların spiritüelitesi bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması, MMBÖ ve Minnesota iş doyumunu ölçeği puan ortalamasına ilişkin karşılaştırma Tablo 4.17'de verilmiştir. Hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu arttırdığını düşünen hemşirelerin

iş doyumunu etkilemediğini düşünen hemşirelere göre hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması (6,05±1,76), MMBÖ puan ortalaması (54,07±4,25) ve Minnesota iş doyum ölçeği puan ortalamasının (2,99±0,59) daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla t: 3,987 p<0,05, t: 2,072 p<0,05 ve t: 2,378 p<0,05).

Tablo 4.18. Hemşirelerin Bazı Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Görüşlerinin Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Karşılamanın Hemşirelerin İş Doyumunu Etkileme Durumuna İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması

Spiritüel Bakım İle İlgili Bazı Görüşler	Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın hemşirelerin iş doyumunu etkileme durumu				
	Arttırır		Etkilemez		İstatistiksel analiz
	Sayı	%	Sayı	%	
Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın bakım kalitesine etkisi					X ² : 55,725 p<0,001
Bakım kalitesini arttırır	224	96,1	25	59,5	
Bakım kalitesini etkilemez	9	3,9	17	40,5	
Hemşirenin kendi spiritüalitesinin spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamadaki etkisi					
Hemşirenin spiritüalitesi etkili	182	78,1	23	54,8	X ² : 10,225 p: 0,002
Hemşirenin spiritüalitesi etkili değil	51	21,9	19	45,2	

Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4.18’de hemşirelerin spiritüel bakım ile ilgili bazı görüşlerinin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın, hemşirelerin iş doyumunu etkileme durumuna ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın hemşirelerin iş doyumunu arttırdığını düşünen büyük çoğunluğunun (%96,1) bakım kalitesini de arttırdığını ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın hemşirelerin iş doyumunu etkilemediğini düşünenlerin %40,5’i bakım kalitesini de etkilenmediğini düşünmektedir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2: 55,725$ p<0.05). Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın hemşirelerin iş doyumunu arttırdığını düşünen hemşirelerin %78,1’i hemşirelerin kendi spiritüelitesinin de hastanın spiritüel bakım

gereksinimlerini karşılamada etkili olduğunu düşünürken; %21,9'unun ise etkili olmadığını düşündüğü saptanmıştır. Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini etkilemediğini düşünen hemşirelerin, kendi spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamalarında etkili olduğunu (%54,8) ve etkili olmadığını (%45,2) düşünenlerin oranları birbirlerine yakın bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (X^2 : 10,225 $p<0.05$).

Tablo 4.19. Hemşirelerin MMBÖ ve Minnesota İş Doyumu Ölçeği Puan Ortalaması ve Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Karşılama Düzeyi Ortalaması İle Hastaların Spiritüel Bakım Gereksinimlerini Karşılamının Hemşirelerin İş Doyumunu Etkileme Durumuna İlişkin Görüşlerin Karşılaştırılması

Spiritüel Bakım Özellikleri	Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının hemşirelerin iş doyumunu etkileme durumu		
	Arttırır $\bar{X}$ Ss	Etkilemez $\bar{X}$ Ss	İstatistiksel analiz
Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması	5,96 ± 1,82	4,88± 2,45	t: 2,712 p<0.05
MMBÖ puan ortalaması	54,00 ± 4,35	52,42± 5,57	t: 2,063 p: 0,040
Minnesota İş Doyumu Ölçeği puan ortalaması	2,99 ± 0,60	2,74± 0,60	t: 2,458 p: 0,015

Hemşirelerin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının hemşirelerin iş doyumunu etkileme durumuna göre MMBÖ, Minnesota İş Doyumu Ölçeği ve spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.19'de verilmiştir. Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının hemşirelerin iş doyumunu artırdığını düşünen hemşirelerin (5,96±1,82) spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamasının iş doyumunu etkilemediğini düşünenlere (4,88±2,45) göre yüksek olduğu ve farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t: 2,712 $p<0.05$). Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının hemşirelerin iş doyumunu artırdığını düşünen

hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması 54,00±4,35 ve iş doyumunu etkilemediğini düşünenlerin ise MMBÖ puan ortalaması 52,42±5,57 olduğu istatistiksel olarak farkında anlamlı olduğu saptanmıştır (t: 2,063 p<0.05). Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılayanın hemşirelerin iş doyumunu etkilemediğini düşünen hemşirelerin (2,74±0,60) Minnesota İş Doyum Ölçeği puan ortalaması, iş doyumunu arttırdığını düşünen hemşirelere (2,99±0,60) göre daha düşük olduğu ve farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t: 2,458 p<0.05).

Tablo 4.20. Spiritüel Bakım ve İş Doyumu İle İlgili Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7
1-Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması	1						
2-MMBÖ toplam puan	0,258**	1					
3-Maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği	0,284**	0,714**	1				
4-Dinsel alt ölçeği	0,044	0,524**	0,035	1			
5-Bireysel bakım alt ölçeği	0,229**	0,606**	0,367*	0,060	1		
6-Minnesota İş Doyumu Ölçeği puan ortalaması	0,209**	0,142*	0,189*	-0,003	0,147*	1	
7-İşsel doyum alt ölçeği	0,196**	0,114	0,113	-0,009	0,122*	0,884**	1
8-Dışsal doyum alt ölçeği	0,187**	0,142*	0,218*	0,011	0,143*	0,935**	0,662**

*p<0.05 **p<0.01

Tablo 4.20’da spiritüel bakım ve iş doyumunu ile ilgili bazı değişkenler arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre Minnesota İş

Doyum Ölçeği puan ortalaması ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması arasında ($r: 0,209$) pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Minnesota İş Doyum Ölçeği puan ortalaması ile MMBÖ toplam puan ortalaması ($r: 0,142$) ve maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği ($r: 0,147$), bireysel bakım alt ölçeği ($r: 0,189$) puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.01$ ve $p<0.05$).

Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin içsel doyum alt ölçeği puan ortalaması ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması ($r: 0,196$) ve MMBÖ'nin bireysel bakım alt ölçeği puan ortalaması ($r: 0,122$) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<0,01$ ve $p<0.05$).

Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin dışsal doyum alt ölçeği puan ortalaması ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması arasında ($r: 0,187$) pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$). Aynı zamanda Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin dışsal doyum alt ölçeği puan ortalaması ile MMBÖ toplam puan ortalaması ($r: 0,142$), maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği ($r: 0,218$) ve bireysel bakım alt ölçeği puan ortalaması ($r: 0,143$) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<0.05$, $p<0.01$ ve $p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmanın bulguları, üç başlık altında tartışılmıştır.

- Hemşirelerin tanıtıcı ve spiritüel bakım ilgili özellikleri ve etkileyen faktörler.
- Spiritüelite ve spiritüel bakım kavramlarını algılama ve spiritüel bakım farkındalık düzeyleri ve etkileyen faktörler.
- Spiritüel bakım ile iş doyumu arasındaki ilişki.

5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Spiritüel Bakım Özellikleri ve Etkileyen Faktörler

Bu bölümde hemşirelerin tanıtıcı ve spiritüel bakım özelliklerine yönelik bulgular tartışılmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %85,8'i kadın iken %14,2'si erkektir (Tablo 4.1). Türkiye'de ilk olarak 1996 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na 4 erkek öğrenci alınmış, ancak Türkiye'de hemşirelik eğitimi veren tüm okullara erkek öğrencilerin yasal olarak alınmaya başlanması ve hemşire ünvanının verilmesi 25/04/2007 tarihi itibari ile yeniden düzenlenerek kabul edilen 5634 sayılı "Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"da yapılan değişiklikle sağlanmıştır (74). Çalışmanın örnekleminin ağırlıklı kadınlar olmasını, bu kanunun yeni çıkmış olması ve ülkemizde her geçen yıl erkeklerin hemşirelik mesleğini tercih etme oranının artmasına rağmen kadınların hemşirelik mesleğini daha çok tercih etmeleri (75) açıklayabilir. Hemşirelerin eğitim durumlarına bakıldığında yarıdan fazlası (%55,3) lisans, %26,9'u sağlık meslek lisesi ve %6,9'u lisanüstü mezundur (Tablo 4.1). Hemşirelik mesleği eğitiminin lisansa temellendirilmesi için sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümlerine öğrenci alımı 2005 yılında durdurulmuştu ancak 2007 yılında beş yıl süre ile yeniden sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümlerine öğrenci alımı başlatılmış olup hemşirelik bölümüne 2014 yılından itibaren öğrenci alınmaması (Özkan 2015) çalışmamızdaki hemşirelerin yarıdan fazlasının lisans mezunu olmasını açıklamaktadır (76). Çalışmaya katılan hemşirelerin %66,2'si üniversite hastanesinde %33,8'si devlet hastanesinde çalışmakta olup; dahili bilimler (%45,1) ve yoğun bakımlarda (%37,1) çalışan hemşirelerin daha

fazla olduğu görülmüştür. Hemşirelerin yarıdan fazlasının (%57,8) 0-5 yıl aralığında çalıştığı ve çalışma yılı ortalamasının ise $6,97 \pm 6,82$ 'i olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1) Örneklemin çoğunluğunu üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin oluşturmasının nedenini, üniversite hastanesinde sirkülasyonun çok fazla olması (evlenme ve eş durumu tayini, başka bir ile atanma, doğum gibi), yeni kliniklerin açılması ve hemşire ihtiyacının artmasıyla sürekli hemşire alımların olmasına bağlayabiliriz.

Çalışmamızda, hemşirelerin %77,1'i spiritüel bakım kavramını daha önceden duyduklarını ve %60,7'si spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan hemşirelerin bilgi kaynakları incelendiğinde ise en fazla bilgi kaynağının %46,9 ile mesleki (hemşirelik) eğitimleri, %18,8 ile okudukları makaleler, %14,8 ile kongre ve sempozyumlar, %13,0 ile hizmet içi eğitim programları ve %6,5 ile kitle iletişim ve basın yayın organları olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Benzer bir çalışmada ise, hemşirelerin %34,8'nin spiritüalite ve spiritüel bakımla ilgili daha önce bilgi aldığı, bilgi almış olanların %85,3 ünün bu bilgiyi (hemşirelik) eğitimi sırasında, %16,4'ü hizmet içi eğitimlerde, %11,2'si kongre, sempozyum gibi bilimsel toplantılarda, %8,6'sı bilimsel makale ve yayınlardan ve %25,9'unun da radio, televizyon, gazete gibi yazılı sözlü basından aldığı saptanmıştır (17). Spiritüalite ve spiritüel bakım ile ilgili daha önceden bilgi alan hemşirelerin sayısının az olması, literatürde yer alan spiritüel bakım kavramına ilişkin yeterli kaynağın olmaması ve uygulamaların net olarak açıklanmamış olması bilgisi (41) ile örtüşmektedir. Çalışmanın çoğunluğunu lisans mezunu hemşirelerin oluşturması dikkate alındığında ve spiritüalite ile ilgili en fazla bilgi alınan kaynağın mesleki (hemşirelik) eğitimleri sırasında alındığının görülmesi, son yıllarda spiritüalite ve spiritüel bakıma yönelik ilginin artması ve yine literatürde yer alan, hemşirelerin eğitim düzeylerinin spiritüaliteyi algılamalarını etkilediği, eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerin spiritüalite ve spiritüel bakımı algılarının değiştiği (62) düşüncesini desteklemektedir. Hemşirelerin spiritüel bakım kavramı hakkındaki bilgi kaynaklarından okudukları makaleler (%18,8) ve kongre-sempozyumlar (%14,8) ile ilgili bilgi kaynaklarının oranının az olması hemşirelerin makale okuma, kongre ve sempozyumlara katılma konusundaki

eksikliklerini göstermesi açısından da önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Diğer bir yandan hemşirelerle yapılan iki çalışmada da, hemşirelerin spiritüel kavramla ilişkili bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (3, 17).

Hemşirelerin, bakımda spiritüel bakımın önem derecesine ilişkin düşüncelerinin ortalaması $7,60 \pm 2,23$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3). Bu sonuç ile hemşirelerin spiritüel bakımı hemşirelik bakımının bir parçası olarak algıladıkları düşünülebilir. Benzer bir çalışmada, hemşirelerin %95'inin spiritüel gereksinimlere dikkat edilmesi gerektiğini düşündüğünü, %70'nin ise çalıştığı klinikte spiritüel gereksinimlere dikkat ettiğini ve hemşirelerin %78,7'sinin spiritüeliteye yönelik uygulama yaptıklarını ifade ettikleri bulunmuştur (17). İsveç'te yapılan başka bir çalışmada ise, hemşirelerin %98'nin spiritüel bakımı gerekli gördüğü ve %48'nin spiritüel bakım verdikleri bulunmuştur (35).

Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde hemşirelerin zorlanma düzeyi ortalamasının $4,66 \pm 2,04$ ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamasının $5,79 \pm 1,97$ olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Narayanasamy ve Owens (10)'de yaptığı çalışmasında, hemşirelerin hastaların spiritüel gereksinimlerinin yeterince farkında olmadığını belirlerken, hemşirelik bakım planını oluşturmada spiritüel bakıma ilişkin bilgi birikimlerinin eksik olduğunu saptamıştır (10). Başka bir çalışmada, hemşirelerin, hastalarının spiritüel gereksinimlerine ilişkin farkındalıklarının çok sınırlı olduğunu, spiritüel bakımı tanımlamada zorlandıklarını ve spiritüel bakım vermek için eğitimlerinin yetersiz olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (77). Her iki çalışma sonucunun bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde hemşirelerin ve gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalmalarının yüksek olmaması ile örtüşmektedir. Aynı zamanda Strang, Strang ve Ternestedt (35)'nin çalışmasında da hemşirelerin %48'nin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşıladıkları bulunmuştur (35). Çalışmamızda spiritüel bakım gereksinimlerini zorlanma nedenlerini araştırılmamıştır, ancak hemşirelerin bu konuda yeterli bilgilerinin olmadığı sonucu bulunduğu için konuya ilişkin bilgi eksiklikleri nedeniyle zorlandıkları düşünülebilir. Ayrıca literatürde hemşirelerin spiritüeliteye ilişkin hem bilgi hem de kaynak eksikliğinin olduğu (3, 17,

41) ve spiritüel bakım vermeye yönelik birçok engelin olduğu (12) yer almaktadır. Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde, hemşirelerin zorlanma düzeyi ortalaması ile bu gereksinimleri karşılama düzeyi ortalaması birbirine yakın bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda spiritüel boyutun sağlık, iyilik ve yaşam kalitesi üzerine açık etksi olduğu ortaya konulmuştur (78, 79,). Bu konuda önemli bir faktör de bireyin spiritüel bakımını sağlayan hemşirenin fonksiyonudur. Literatürde, hemşirelerin başkalarının spiritüel gereksinimlerinin farkında olması için öncelikle kendi spiritüalitesini keşfetmesi gerektiği vurgulanmaktadır (13, 80). Hemşirenin kendi spiritüel algılarının farkındalığı, varlık ötesi bir güce olan inancı, yaşamın anlamına ilişkin değerleri ve yaşamdaki umudu hastaların spiritüel gereksinimlerine daha duyarlı olmasında, bu gereksinimleri karşılamak için planlamasında ve uygulanmasında etkili olmaktadır (80, 81). Bizim çalışmamızda hemşirelerin %74,5'i hemşirenin kendi spiritüalitesinin, hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşündükleri bulunmuştur (Tablo 4.3). Çalışma sonucumuz ile literatür bilgisi örtüşmektedir.

Spiritüalitenin subjektif bir kavram olması ve bu nedenle gereksinimlerin kişilere göre farklılık göstermesi kavramın anlaşılmasını ve gereksinimlerin belirlenmesini güçleştirmektedir. Dolayısıyla araştırmacılar, spiritüalite kavramının anlaşılması, spiritüel boyutların belirlenebilmesi için eğitimin önemli ve gerekli olduğunu savunmuşlardır. (78, 82, 83). Çalışmamızda, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirelerin %92,4'ü konuya ilişkin alınan eğitimin etkili olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.3). Benzer bir çalışmada ise, hemşirelerin %83,2'sinin spiritüel boyutları fark edebilmeleri için eğitimin etkili olduğunu düşündükleri bulunurken (17), bir diğer çalışmada hemşirelerin %59'nun eğitimin spiritüel boyutlarda etkili olduğunu düşündükleri bulunmuştur (35).

Spiritüel bakıma ilişkin eğitimin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu, lisansüstü mezunu hemşirelerin tamamı

(%100), lisans mezunu hemşirelerin %94,'ü, önlisans mezunu hemşirelerin %83,3'ü ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin %90,5'i düşünmektedirler, ancak gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (X^2 : 6,022 $p>0.05$) (Tablo 4.4). Türkiye'de ve Çin'de hemşirelerle yapılan iki çalışmada ise, hemşirelerin eğitim düzeylerinin spiritüaliteyi algılamalarını etkilediği, eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerin spiritüalite ve spiritüel bakım algılarının olumlu yönde değiştiği bulunmuştur (17, 84). Bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyi ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerine yönelik farkındalığın sayısal olarak değiştiği ancak bu değişimin büyük oranlarda olmadığı için sonuç anlamlı çıkmamıştır. Ancak farkındalığın artmasıyla birlikte hemşirelerin spiritüel bakım verme konusunda kendilerini eksik gördüklerini gösteren (16; 17) ve bu eksiklikleri gidermek için eğitimin önemli olduğunu belirttikleri çalışmalar mevcuttur (35, 85).

Spiritüel bakıma ilişkin alınan eğitimin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemede etkili olduğunu düşünen hemşirelerin %94,5'i üniversite hastanesinde, %88,2'sinin devlet hastanesinde ve %96,1'i yoğun bakımda, %91,1 dahili bilimler ve %87,8'si cerrahi bilimler kliniklerinde çalışmakta olup gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (sırasıyla X^2 : 3,500 $p>0.05$ ve X^2 : 3,739 $p>0.05$) (Tablo 4.1). Çalışmamızın örnekleminin çoğunluğunu çalışma yılı ortalaması daha az olan ve üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin oluşturduğunu dikkate aldığımızda, literatürde de söz edildiği gibi spiritüel bakımın hemşirelik literatürüne giren yeni bir kavram olduğu (3, 16) ve yeni mezun hemşirelerin spiritüel kavram hakkında bilgi sahibi olmaları ve farkındalıklarının da daha fazla olabileceği düşünülebilir. Ayrıca üniversite hastanelerinde akademik çalışmaların sürdürölmesi, burada çalışan hemşirelerin ve tüm sağlık ekibinin yeni mezun ve daha fazla hasta odaklı çalıştığı, hastanın bütüncöl bir yaklaşımla değerlendirildiği düşünülmektedir.

Kronik hastalıklar, ölüm korkusu, çaresizlik gibi spiritüalitenin ön planda olduğu yoğun bakım ünitelerinde spiritüel gereksinimler daha fazla ortaya çıkabilmekte olduğu için yoğun bakım hemşirelerinin genellikle spiritüel bakım verme konusunda daha bilgili ve duyarlı olması beklenmektedir. Spiritüel bakıma yönelik eğitimin yetersiz olması ve

bakıma yönelik yeterli donanımın olmaması (13) bu gereksinimlerin karşılanmasını olumsuz etkileyebilmektedir. Çalışmamızda da, spiritüel bakıma ilişkin alınan eğitimin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemede etkili olduğunu düşünen hemşirelerin büyük çoğunluğu (%96,1) yoğun bakımda çalışmaktadır. Yoğun bakım hemşireleriyle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin spiritüaliteyi ve spiritüel farklılıkları deneyimleri ile tanımlıyabildikleri ve hergün hemşirelik uygulamalarında spiritüel bakıma yakın davranışlar sergiledikleri bulunmuştur. Ayrıca yoğun bakım hemşirelerinin yaşamı tehdit eden hastalıklarla mücadele eden hasta ve hasta yakınlarının spiritüel gereksinimlerinin olduğuna dair oldukça yüksek farkındalığa sahip oldukları ve yoğun bakımlarda spiritüel bakım veren hemşirelerin bu durumdan oldukça memnun oldukları saptanmıştır (86). Spiritüel bakıma yönelik eğitim programlarının artırılmasıyla yoğun bakım hemşirelerinin daha kaliteli spiritüel bakım vereceği ve çalışırken yüksek performans göstereceği ileri sürülebilir.

Hemşirelerin çalışma yılı ile konuya ilişkin alınan eğitimin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılama üzerine etkisine ilişkin görüşleri karşılaştırıldığında 21 yıl ve üstü çalışma deneyimi olan hemşirelerin %71,4'ü eğitimin etkili olduğunu düşünürken 0-5 yıl (%93,7), 6-10 yıl (%94,8), 11-15 yıl (%95,5) ve 16-20 yıl (%93,3) arasında çalışma deneyimi olan hemşirelerin benzer oranlarda olduğu görülmüş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (X^2 : 14,275 $p < 0.05$) (Tablo 4.4). Çalışma yılı 20 yıl ve altında olan hemşirelerin konuya ilişkin alınan eğitimin etkili olduğunu yaklaşık oranlarda düşündükleri ancak 21 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan hemşirelerin oranının daha düşük olması son yıllarda hem hemşirelik eğitiminde hem de konuya olan ilginin artmış olmasının etkilediği düşünülmektedir. spiritüalite ve spiritüel bakıma ilişkin çalışmaların son yıllarda artmış olması ve araştırma sonuçlarında spiritüel bakımın hemşirelik bakımında yer alması gerektiği (40, 45, 87) vurgulanmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakım Kuruluşları Akreditasyonu Ortak komisyonu ve Uluslararası Hemşirelik Konseyi artık spiritüel bakımın yer aldığı hemşirelik bakımının yüksek kaliteli bir bakım olarak kabul etmektedir (12).

Spiritüel bakım kavramını önceden duyan (%95,8) ve bilgi alan (%95,2) hemşirelerin önceden duymayanlara (%81,0) ve bilgi almayanlara (%88,0) göre daha fazla oranlarda hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada eğitimin etkili olduğunu düşündükleri ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla X^2 : 15,087 $p<0.05$ ve X^2 : 4,883 $p<0.05$) (Tablo 4.4). Spiritüel bakım konusunda önceden eğitim alma ve bilgi alma spiritüel bakımın ne olduğu ve nasıl verileceği konusunda temel bir bilgisi olan hemşirelerin bu konuya ilişkin eksikliklerin giderilmesinde eğitimin etkili olacağını düşünmeleri olası bir sonuçtur. Bilindiği gibi spiritüel bakım gereksinimlerin daha soyut ve fark edilmesinin zor olması nedeniyle konuya ilişkin alınan temel eğitim yeterli olmayabilir. Literatürde hemşirelerin eğitim uygulamaları sırasında spiritüalite kavramının tartışılmasının eksik kaldığı, spiritüel gereksinimlerin soyut ve fark edilmesinin zor olması nedeniyle hastaların spiritüel gereksinimlerini belirlemek ve bu gereksinimlere yönelik uygulama yapmak için eğitimin önemli olduğu vurgulanmaktadır (10, 14, 17 82, 83). Türkiye’de Ergül ve Bayık (15)’ın hemşire öğretim üyeleri ile yapmış oldukları çalışmalarında, çalışmaya katılan öğretim elemanlarının %80,0’ nin spiritüel bakımı duyduğu, %61,3 ü hemşirelik eğitiminin öğrenciye spiritüel bakım sağlamak üzere bilgi ve beceri kazandırmada yetersiz olduğunu ifade ettikleri bulunmuştur (15). Baldacchino (14)’nın Malta’da spiritüel bakımla ilgili hemşirelik sorumluluklarını belirlemek amacıyla yaptığı araştırmasında ise hemşirelerin kendilerini, eğitimleri sırasında yeterli bilgi almadıkları için, spiritüel bakım vermede yetersiz gördükleri saptanmıştır (14).

Yaşamın anlamı, amacı sevgi, ait olma ve umut gibi hastaların spiritüel gereksinimlerine, hemşirenin kaygıları dinleyerek, empati yaparak yanıt vermesi tedavi edici uygulamalar arasında yer almaktadır (10). Ross’un aktardığına göre (60), Renetzky; “anlam, amaç, güç ve spiritüel iyilik” arasında bir ilişki olduğunu ileri sürmüş, bu üç kavramın dinin etkisiyle arttığı ve sonuçta kişinin özsaygısında artış olduğu, boşluk ve işe yaramazlık gibi duygularda azalma olduğunu ifade etmiştir (60). Batı Dünyasında yapılan bilimsel çalışmalar, spiritüalitenin ve dindarlığın sağlık, hastalığı yenebilme, hayat kalitesi ve hastalıklarla yaşayabilme kabiliyeti üzerindeki

pozitif etkilerini desteklemiş ve madde bağımlılığının önlenmesi ve bırakılmasında, kalp hastalıklarının ve yüksek tansiyonunun önlenmesinde, ağrıların giderilmesinde, engelleri düzeltmede ve mortalitede %25 oranında azalma olduğunu ispatlamıştır (88). Sülü Uğurlu (89)'nun makalesinde belirttiğine göre Moadel ve ark. 248 kanserli hasta ile yaptıkları çalışmalarında, hastaların %40'ının spiritüel gereksinimlerinin karşılanması ile korkularının azaldığı, umutlarının arttığını ve rahatlık hissettiklerini ifade etmişlerdir (89). Çalışmamızda hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin %85,1'i önlisans mezunu hemşirelerin %90,0'I, lisans mezunu hemşirelerin %92,1'i ve lisansüstü mezunu hemşirelerin tamamı artacağı yönünde düşüncelerini ifade etmişlerdir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2 : 4,957 $p>0.05$,) (Tablo 4.5). Bütüncül bakım çerçevesinde hastanın tüm gereksinimlerinin karşılanması konusunda, hemşirelerin çoğunun aynı fikirde olması da sevindirici bir sonuçtur. Benzer bir çalışmada, hemşirelerin %95,5'nin bütüncül bakımın önemli olduğunu düşündükleri (17), başka bir çalışmada ise hemşirelerin %98'nin hemşirelikte holistik bakımın önemli olduğunu düşündükleri bulunmuştur (35).

Üniversite hastanesinde (%92,3) ve devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin (%87,1) büyük çoğunluğunun yanı sıra; yoğun bakımda çalışan hemşirelerin %92,4'nün, dahili bilimlerde çalışan hemşirelerin %91,9'nun ve cerrahi bilimlerde çalışan hemşirelerin %83,7'sinin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini artırdığı yönünde düşündükleri saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla X^2 : 1,952 $p>0.05$, X^2 : 3,292 $p>0.05$) (Tablo 4.5). Sağlık Bakım Kuruluşları Akreditasyonu Ortak komisyonu ve Uluslararası Hemşirelik Konseyi artık spiritüel bakımın yer aldığı hemşirelik bakımının yüksek kaliteli bir bakım olarak kabul etmektedir (12). Uğurlu ve Başbakal'ın Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinde annelerle yapmış oldukları çalışmalarında, annelerin spiritüel ihtiyaçlarının giderilmesiyle olumlu düşüncelerinin arttığını, güç bulduklarını ve sabırlı hissettiklerini ifade ettiklerini belirtmişlerdir (1). Yapılan başka bir çalışma da, yoğun bakım hemşirelerinin sağlık durumu kritik olan ve terminal dönem hastalara bakım

vermeleri, hasta yakınlarıyla etkileşim içinde olmalarından dolayı spiritüel bakımı daha fazla deneyimledikleri ve farkındalıklarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (86). Bizim çalışmamızda da yoğun bakım hemşirelerinin %92,4'nün hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın bakım kalitesini artırdığı yönünde düşündükleri bulunmuştur. Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinde, spiritüel bakımın farkındalık düzeyinin fazla olması ile çalışma sonucumuzda büyük oranda spiritüel bakımın verilmesinin bakım kalitesini artırır cevabı, özellikle yoğun bakım hemşirelerinde spiritüel bakımın hemşirelik bakım kalitesi üzerine olumlu etkisinin olduğu düşüncesini destekleyebilir. Yine üniversite hastanesinin spiritüel bakım verilmesinin bakım kalitesini artırır düşüncesini, hasta odaklı çalışmalarına bağlayabiliriz. Aynı zamanda 16-20 yıl arasında çalışan hemşirelerin, büyük oranla (%93,3) hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın bakım kalitesini artırdığını düşünürken; bu oran 21 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerde daha düşük (%81,0) olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (X^2 : 2,840 $p>0.05$) (Tablo 4.5). Spiritüel bakımın bakım kalitesi üzerine etkisinin çalışma deneyimine bağlı olmadığını söyleyebiliriz.

Hemşireler spiriüel bakım verirken, hastalarının spiriüel gereksinimlerini doğru saptayabilmesi ve uygun girişimleri planlayabilmesi için spiriüalite konusunda bilgi, beceri sahibi olmalı ve bu alandaki uygulamalar hakkında donanımlı olmalıdır (8). Öyle ki bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada spiriüalitenin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir (10). Eales, Lowe ve Wellman (90)'ın belirttiğine göre, Fehring ve ark. spiriüel yönü güçlü olan yaşlı bireylerin pozitif ruh hallerinin ve umut düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir (90). Dolayısıyla spiriüel gereksinimleri karşılamanın ve bu konu da hemşirelerin bilgi sahibi olması hastaların tüm gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayarak bakım kalitesini yükseltecektir. Bu çalışma da spiriüel bakım kavramını önceden duyan hemşirelerin %94,3'ünün, duymayanların ise %77,8'inin; spiriüel bakım hakkında bilgi alan hemşirelerin %94,0'ünün, bilgi almayanların ise %85,2'sinin, hastaların spiriüel

bakım gereksinimlerini karşılayanın bakım kalitesini artırdığını düşündükleri görülmüş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla X^2 : 15,562 $p<0.05$ ve X^2 : 5,969 $p<0.05$) (Tablo 4.5). Konu hakkında bilgi sahibi olan ve önemini bilen hemşirelerin bakım kalitesinde hastaların tüm gereksinimlerinin karşılanması ile bakım kalitesinin yükseltilebileceği düşüncesinde oldukları söylenebilir.

Tüm eğitim düzeyindeki hemşirelerin yarısından fazlası hemşirenin kendi spiritüalitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünmekle birlikte, lisanüstü eğitim düzeyindeki hemşirelerin %84,2'si, lisans eğitim düzeyindeki hemşirelerin %74,3'ü, benzer oranda sağlık meslek lisesi mezunu olan hemşirelerin %75,7'si ve en düşük oranda önlisans eğitim düzeyindeki hemşirelerin %66,7'si kendi spiritüalitesinin etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (X^2 : 1,970 $p>0,05$) (Tablo 4.6). Aynı zamanda spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan hemşirelerin %76,6'sı, bilgi almayan hemşirelerin ise %71,3'ü hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirenin kendi spiritüalitesinin etkili olduğunu düşünmekte oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olmadığı bulunmuştur (X^2 : 0,989 $p>0,05$) (Tablo 4.6). Çalışmamızda, hemşirelerin eğitim düzeylerine ve bilgi alma durumlarına göre hemşirelerin, kendi spiritüalitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etkisine ilişkin düşüncelerinde farklılıkların olmaması, ülkemizdeki hemşirelerin spiritüel kavrama ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu ya da bildiklerini düşündükleri, spiritüel bakımın hemşirelik alanında yeni bir bilgi olduğunu ve konuya ilişkin farkındalıklarının yüksek olmadığı (3, 15, 16, 17) bilgisini desteklediği söylenebilir. Hemşirelerin çalıştıkları hastane ve kliniklere göre hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada, hemşirelerin spiritüalitesinin etkili olduğunu düşünen hemşirelerin oranlarının birbirine yakın (çalıştığı hastane üniversite %76,4, devlet hastanesi %71,0 ve çalıştığı klinikler dâhili bilimler %79,0, yoğun bakım %71,6 ve cerrahi bilimler %69,4) olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (sırasıyla X^2 : 0,948 $p>0,05$ ve X^2 : 2,479 $p>0,05$) (Tablo 4.6). Hemşirelik bakımında spiritüel

bakıma çok fazla yer verilmemesi nedeniyle (62) spiritüel bakım vermeyi etkileyen faktörler açısından, çalışılan hastanenin ve kliniğin etkili olmadığı sonucunun çok şaşırtıcı bir sonuç olmadığı söylenebilir.

Hemşirelerin çalışma yılı arttıkça hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirenin kendi spiritüelitesinin etkili olduğunu düşünenlerin oranı (0-5 yıl %79,0, 6-10 yıl %72,5 11-15 yıl %54,5 16-20 yıl %53,3 ve 20 yıl ve üstü %52,4) azalmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (X^2 : 10,743 $p<0,05$) (Tablo 4.6) Spiritüel ve spiritüel bakımın hemşirelik alanında henüz yeni kavramlar (3, 16) olmasına rağmen; literatürde son yıllarda spiritüeliteye ve spiritüel bakıma olan ilginin arttığı söylenmektedir (40, 45 87). Dolayısıyla çalışma yılı az olan hemşirelerin spiritüeliteye karşı ilgisinin olduğu, spiritüel ile ilgili eğitimi sırasında bilgi aldığı düşünüldüğünde spiritüel bakım vermeyi etkileyen faktörlerden biri olan hemşirenin kendi spiritüelitesi olduğunu bilme konusunun hemşirelerin eğitim düzeyine göre değişebileceği düşünülmüştür.

Hemşirenin spiritüel bakım vermesini etkileyen bir çok faktör olduğu literatürde vurgulanmış olup (10, 12, 60) en önemli faktörlerden birinin hemşirenin düşünce sistemi, spiritüel kavrama ilişkin algıları, spiritüel gereksinimleri, kendi yaşam umudu ve konuya olan duyarlılığı gibi hemşirenin kendi spiritüelitesi ile ilgili durumlarıdır (15, 91). Çalışmamızda, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirenin kendi spiritüelitesinin etkili olduğunu düşünen hemşirelerin, %78,3'ü spiritüel bakım kavramını önceden duymuş iken %61,9'u önceden duymamış oldukları ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (X^2 : 6,882 $p<0,05$) (Tablo 4.6). Ayrıca hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamamanın bakım kalitesini arttırdığını düşünen hemşirelerin %78,3'ü ve bakım kalitesini etkilemediğini düşünen hemşirelerin %38,5'i, hemşirelerin kendi spiritüelitesinin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılama da etkili olduğunu ifade etmişlerdir. İki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (X^2 : 19,704 $p<0,05$) (Tablo 4.6). Spiritüel yönü konusunda kendini anlamış ve tamamlamış bir hemşire spiritüel bakım verirken kendi spiritüelitesini güçlendirecek

iletişim becerilerine, güven oluşturma ve umut verme gibi bazı özelliklere sahip olması gerekir (4). Kendini tanıyan hemşire bakım verdiği hastayı btncl olarak değerlendirebilmesi ve spiritüel gereksinimleri doğru saptayıp uygun girişimleri planlaması için spiritüalite konusunda bilgi, beceri, uygulama, kendi değer ve inançlarının ve yaşam felsefesinin farkında olan hemşiredir (8). Yukarıda bahsedilen tüm bu özelliklere sahip bir hemşire vermiş olduğu bakımın kalitesini arttırmaya yönelik olarak hastanın tüm gereksinimlerini karşılayan ve mesleğinde başarılı olmak isteyen bir hemşire olacağı düşünülürse çalışma sonucumuzun bu anlamda yüz güldürücü olduğu söylenebilir.

Spiritüalite ve spitel bakım gereksinimleri belirlemek ve karşılamak günümüzde giderek önem kazanan bir kavramdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonlarına Yönelik Birleşik Kurulu'nun (Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations) acil önerilerinde, spiritüel değerlendirmenin tamamlanmış olması ve spiritüel desteğin tüm bireylere kolaylıkla sağlanabilir olması gerektiği belirtilmiştir. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) hemşirelik kodları içinde spiritüaliteyi de ele almıştır (41). Aynı zamanda hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması konusunda ülkemizde de bazı çalışmalar başlatılmıştır. Türkiye'de bu hizmetin 2012'de gündeme gelmesinin ardından Başkanlık düzeyinde çalışmalara başlanmış ve YK'e de özellikle ilahiyat fakültelerinin müfredatına hastalara spiritüel destek, dini danışmanlık ve rehberlik hizmetinin bir ders olarak verilmesi yönünde teklifte bulunulmuştur. 1.Ulusal Din Psikolojisi ve Manevi Bakım alıştayını 24.05.2012 tarihinde yapılmış ve çalıştaya spiritüel bakım, din psikolojisi ve sağlık alanından ilgili uzmanlar katılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında 7 Ocak 2015 tarihinde imzalanan protokolle kapsamında Türkiye genelinde pilot olarak seçilen 6 ildeki (Ankara, İstanbul, Kayseri, Erzurum, Samsun, Ordu) 13 hastanede spiritüel destek birimleri hizmete başlamıştır (57). Bizim alışmamızda, spiritüel bakımı önceden duyanların ($7,92\pm2,10$) duymayanlara ($6,51\pm2,35$) göre ve spiritüel bakım kavramını hakkında daha önceden bilgi alanların ($7,81\pm2,00$) almayanlara ($7,26\pm2,53$) göre, bakımda spiritüel bakımın önem derecesi

ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $t: 4,549$ $p<0,05$, $t: 2,019$ $p<0,05$) (Tablo 4.7) Benzer bir çalışmada, %34,8 oranında spiritüel bakımla ilgili bilgi alan hemşirelerin %95,5' inin spiritüel gereksinimlere dikkat edilmesi gerektiğini düşündükleri bulunmuştur (17). Başka bir çalışmada ise, hemşirelerin %87'sinin spiritüel gereksinimlere dikkat edilmesi gerektiğini düşündükleri saptanmıştır (35). Dolayısıyla spiritüel bakımı duyan ve konu ile ilgili bilgi alan hemşirelerin spiritüel bakımın öneminin farkında olduğu savunulabilir.

Literatürde, insanın değerlendirilmesinde biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutlarının birlikte ele alındığı holistik yaklaşım önem kazanmıştır (1). Bundan dolayı günümüzde bütün bilim dalları insana kaliteli hizmet verebilmek için holistik yaklaşımı savunmaktadırlar (2). Dolayısıyla holistik bakım vermenin hemşirelik bakım kalitesini artırdığını söyleyebiliriz. Bizim çalışmamızda hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanmasının bakım kalitesini artırdığını düşünen hemşireler, spiritüel bakımında önemli ($7,85\pm2,06$) olduğunu düşünmektedir. Spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamamanın bakım kalitesinin değiştirmeyeceğini düşünen hemşireler ise spiritüel bakımında daha az önemli ($5,15\pm2,39$) olduğu düşüncesinde oldukları ve gruplar arasındaki bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t: 6,235$ $p<0,05$) (Tablo 4.7). Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %76'sının holistik bakımın spiritüaliteyi içerdiğini, %98'nin hemşirelikte holistik bakımın önemli olduğunu ve %87'sinin spiritüel gereksinimlere dikkat edilmesi gerektiğini düşündükleri bulunmuştur (35). Başka bir çalışmada, hemşirelerin %87,4'nün bütüncül bakımın spiritüaliteyi içerdiğini ve %95,5'nin spiritüel gereksinimlere dikkat edilmesi gerektiği düşündükleri saptanmıştır (17). Spiritüel bakımın öneminin farkında olan hemşirelerin, hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasıyla bakım, kalitesinin de artacağını farkında oldukları savunulabilir.

Çalışmaya katılan hemşireler bakımda spiritüel bakımın önemli olduğunu düşünmekte ancak spiritüel bakım verme konusunda ise kendilerini çok da yeterli (spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması $7,60\pm2,23$; spiritüel bakım gereksinimleri

belirlemede zorlanma düzeyi ortalaması $4,66 \pm 2,04$; spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamasının $5,79 \pm 1,97$) olarak görmedikleri söylenebilir. Hemşirelerin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyinin spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumuna (duyanlar $5,91 \pm 1,87$ ve duymayan $5,41 \pm 2,24$) ve bilgi alma durumuna (bilgi alanlar $5,96 \pm 1,91$ ve almayanlar $5,54 \pm 2,03$) göre değişmediği ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (sırasıyla $t: 1,751$ $p > 0,05$ ve $t: 1,737$ $p > 0,05$) (Tablo 4.8). Her ne kadar ICN’de spiritüel hemşirelik bakımının önemi belirtilmiş olsa da uygulamaların tam olarak açıklanmadığı literatürde vurgulanmaktadır (41). Bu uygulamaların net olarak açıklanmamış olması (41) ve bazı çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin spiritüel ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması, spiritüel bakımın nasıl verileceği konusunda yeterli bilgi ve uygulamanın olmaması, iş yükünün fazla olması ve yetersiz kaynak olması gibi birçok olumsuz faktörden dolayı hemşirelerin spiritüel gereksinimleri karşılama eksik oldukları saptanmıştır (2, 12, 14).

Çağdaş hemşirelik literatüründe son 10 yılda akıl, vücut, spiritüel ve spiritüel bakıma olan ilginin arttığını (40, 45, 56, 87) ve günümüzde birçok hemşirelik uygulamasında bireylere belli derecede spiritüel destek (bireyin kaygılarının dinlenmesi, empati yapılması gibi) sağlandığı yer almaktadır (10). Öz (8)’ün çalışmasında, çok az ziyaretçisi olan, korku ve anksiyete yaşayan, hastalıklarına sosyal anlam yükleyen ve hastalığını duygusal nedenlere bağlayan, ameliyat olacak ya da terminal dönem hastaların spiritüel desteğe ihtiyacı olduğu belirtilmiştir (8) ve çalışmalar spiritüel ihtiyaçları karşılanan hastaların içinde bulundukları stresli durumu, ağrıyı ve anksiyeteyi azaltarak fizyolojik ve psikolojik rahatlığı ve iletişimi arttırdığı için olumlu etkilerine ilişkin sonuçlar bulunmuştur (2, 47, 78). Spiritüel bakım gereksinimleri karşılanan her bireyde olumlu bir sonucun görüldüğü çalışmalarla ortaya konulmuştur. Spiritüel bakım ile hastaların çok önemli gereksinimlerini giderildiği için verilen bakım kalitesinin de artması kaçınılmaz olacaktır. Verdiği hemşirelik bakımının kalitesini arttırmayı amaçlayan bir hemşire, hastasını her yönüyle değerlendirecek spiritüel bakım gereksinimleri dahil tüm bakım gereksinimlerini karşılamaya yönelik olarak hemşirelik girişimlerini planlayacaktır. Çalışmamızda ise, spiritüel bakım gereksinimlerini

karşılamanın bakım kalitesini arttırdığını düşünen hemşirelerin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ($5,93 \pm 1,85$) ortalamasının bakım kalitesini etkilemediğini düşünlere göre ($4,50 \pm 2,53$) daha yüksek olduğu ve farkında istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur ($t: 2,796$ $p < 0,05$) (Tablo 4.8).

5.2. Spiritüallite ve Spiritüel Bakım Kavramlarını Algılama ve Spiritüel Bakım Farkındalık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Bu başlık altında hemşirelerin spiritüel bakım gereksinimlerine ilişkin farkındalık düzeyleri, spiritüallite ve spiritüel bakım kavramlarını algılama düzeyi ve etkileyen faktörlere ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızda MMBÖ'nin puan ortalaması $53,76 \pm 4,58$ iken; MMBÖ'nin alt ölçeklerinden maneviyat ve manevi bakım alt ölçeğinin puan ortalaması $24,61 \pm 2,84$, dinsel alt ölçeği puan ortalaması $11,24 \pm 2,12$ ve bireysel bakım alt ölçeği $10,89 \pm 1,86$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.9). Örneklemine 92 hemşire ve 18 ebenin oluşturduğu başka bir çalışmada, MMBÖ'nin puan ortalaması $60,97 \pm 7,92$ bulunurken maneviyat ve manevi bakım alt ölçeğinin puan ortalaması $25,88 \pm 4,35$, dinsel alt ölçeği puan ortalaması $13,94 \pm 2,61$, bireysel bakım alt ölçeği $13,66 \pm 2,45$ olarak bulunmuştur (87). Yılmaz ve Okyay (2009)'ın çalışmasında ise MMBÖ'nin puan ortalaması ($54,57 \pm 5,09$), bizim çalışma sonucumuzla benzerlik göstermekte olup alt ölçeklerin puan ortamları da (maneviyat ve manevi bakım $25,10 \pm 3,44$, dinsel $11,24 \pm 2,16$ bireysel bakım $11,13 \pm 2,02$) çalışmamızdaki alt ölçek puan ortalamaları sonuçlarını destekler niteliktedir (17). Çalışmamızın bulguları bu konuda yapılan diğer çalışma bulguları ile paraleldir.

Hemşirelerin spiritüel bakım farkındalıklarının değerlendirilmesi araştırmacılar tarafından hazırlanan vaka çalışması ile yapılmış olup vakaya yönelik hemşireler tarafından belirlenen her spiritüel bakım puanlandırılmıştır. Hemşirlerin spiritüel bakım farkındalıkları düzeyi 0-12 puan arasında değişmekte olup puan ortalaması $2,36 \pm 1,47$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.9). Hemşirelerin spiritüel bakım farkındalıkları düzeyleri düşüktür. Ancak çalışmamızın bakımda spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması $7,60 \pm 2,23$ ve spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması $5,79 \pm 1,97$ olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Bu bulgular doğrultusunda hemşireler, bakımda

spiritüel bakımın yer alması gerektiğini düşünmekte ve hemşirelerin yarısı da bu spiritüel bakımı yaptıklarını düşünmekte olduğu ancak spiritüel bakımı verdiklerini düşünmelerine karşın spiritüel bakım gereksinimleri fark etme ve bu gereksinimleri hangi hemşirelik aktiviteleri ile karşılayabileceği konusunda yetersiz oldukları söylenebilir. Aynı zamanda çalışmamızın bu sonucu Narayanasamy ve Owens (10) ve Ross (77)'nin yaptığı çalışmalarındaki, hemşirelerin hastaların spiritüel gereksinimlerinin ilişkin farkındalıklarının çok sınırlı olduğu, yeterince farkında olmadıkları ve spiritüel bakımı tanımlamada zorlandıkları sonucu ile örtüşmektedir (10, 77).

Çalışmamızda hemşirelerin MMBÖ'nin puan ortalamalarının cinsiyete göre (kadın $53,84 \pm 4,56$ ve erkek $53,28 \pm 4,69$) değişmediği ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($t:0,694$ $p>0,05$) (Tablo 4.10). Başka bir çalışmada ise hemşirelerin cinsiyetlerine göre spiritüel puan ortalamalarının kadın $3,22 \pm 0,30$ ve erkek $3,02 \pm 0,27$ olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur (17).

Hemşirelerin MMBÖ'nin puan ortalamalarının eğitim durumuna göre karşılaştırılmasında lisanüstü mezunu olanların ($56,05 \pm 3,35$) MMBÖ puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerine (lisans $53,51 \pm 4,47$, ön lisans $53,50 \pm 4,58$ ve sağlık meslek lisesi $53,78 \pm 4,97$) göre daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (sırasıyla $F: 1.772$ $p>0,05$) (Tablo 4.10). Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada MMBÖ puan ortalaması ile hemşirelerin eğitim düzeyi (yüksek lisans $57,00 \pm 5,29$, lisans $63,75 \pm 7,06$, önlisans $61,40 \pm 8,23$ ve sağlık meslek lisesi $58,40 \pm 7,46$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir olmadığı bulunmuş olup (87) bizim çalışma sonucumuzu destekler niteliktedir. Bunun yanında Özbaşaran ve ark.'nın (92) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin spiritüel ve spiritüel bakım algısı puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (92). Aynı şekilde Okyay (17)'in çalışmasında da hemşirelerin spiritüel puan ortalamasının (yüksek lisans $3,33 \pm 0,28$, lisans $3,23 \pm 0,28$, önlisans $3,22 \pm 0,32$ ve sağlık meslek lisesi $3,08 \pm 0,28$) eğitim düzeyine göre değiştiği en

yüksek lisansüstü eğitim düzeyinde olduğu ve farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (17).

Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin ($53,87 \pm 4,74$) MMBÖ puan ortalamaları ile devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin ($53,53 \pm 4,26$) puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu ve aynı şekilde hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre MMBÖ puan ortalamalarının (yoğun bakımlar $53,34 \pm 4,25$, dahili bilimler $53,88 \pm 4,82$ ve cerrahi bilimler $54,32 \pm 4,61$) farklılaşmadığı ve sonucunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (sırasıyla t: 0,584 $p > 0,05$, F: 0,843 $p > 0,05$) (Tablo 4.10). Konuya ilişkin yapılan başka bir çalışma sonucu da bizim çalışma sonucumza paralellik göstermekte olup hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre spiritüelite puan ortalamasının (yoğun bakımlar $3,17 \pm 0,29$, çocuk kliniği $3,33 \pm 0,38$, dahili bilimler $3,23 \pm 0,28$ ve cerrahi bilimler $3,20 \pm 0,28$; diğer $3,21 \pm 0,24$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (17). Özbaşaran ve ark.'nın (92) yaptıkları çalışmalarında ise hemşirelerin spiritüel bakım algısı toplam puan ortalaması ile hemşirelerin çalıştıkları klinikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (92).

Spiritüel bakım kavramına olan ilgi son yıllarda oldukça artmış olup eğitim müfredatlarında, kongrelerde, konferanslarda ve medyada yer verilmektedir. Çalışmamızda spiritüel bakım kavramını önceden duyan hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması $54,06 \pm 4,29$ iken önceden duymayan hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması $52,74 \pm 5,36$ 'dır ve iki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t: 2,018 $p < 0,05$) (Tablo 4.11). Benzer bir çalışma sonucunda (spiritüel bakım kavramını duyan hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması $63,50 \pm 7,04$, duymayan hemşirelerin $56,70 \pm 7,54$) çalışmamızı desteklemektedir (87). Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan ($54,07 \pm 4,24$) ve almayan ($53,27 \pm 5,04$) hemşirelerin MMBÖ puan ortalamalarının benzer olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (t: 1,416 $p > 0,05$) (Tablo 4.11). Kostak, Çelikkalp ve Demir (87)'in çalışmasında ise spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alma durumunun MMBÖ puan ortalamasını etkilediği (bilgi alan $64,58 \pm 7,40$ ve bilgi almayan $60,31 \pm 7,87$) ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (87). Ancak Okyay (17)'in çalışmasında

ise spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan hemşirelerin spiritüel bakım kavramı algılama puan ortalaması $3,27 \pm 0,25$, bilgi almayanların $3,18 \pm 0,32$ olduğu bilgi alma durumunun spiritüel bakım kavramı algılama puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur (17). Literatürde de hemşirelerin eğitim sürecinde hastaların spiritüel gereksinimlerini ilişkin yeterli bilgi alamadıkları ve konuya ilişkin donanımlı olmadıkları yer almaktadır (3, 14, 15, 17).

Konuya ilişkin alınan eğitimin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünen hemşirelerin, MMBÖ puan ortalaması ($54,07 \pm 4,39$), etkili olmadığını düşünen hemşirelerin puan ortalamasından ($49,95 \pm 5,18$) daha yüksektir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (t: 4,077 p<0,05) (Tablo 4.11). Çalışmamızda spiritüel bakım hakkında bilgi alma durumunun hemşirelerin MMBÖ puan ortalamasının değişmemesine karşın konuya ilişkin alınan eğitimin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünmektedirler. Hemşirelerin yeterli düzeye gelebilmede eğitimin etkili olacağını düşündükleri görülmekle beraber benzer bir çalışmada da hemşirelerin %83,2'si spiritüel boyutları fark edebilmek için eğitimin önemli olduğunu düşündükleri saptanmıştır (17). Çalışmamızın başka bir bulgusunda da eğitim düzeyi arttıkça MMBÖ puan ortalamasının arttığı (Tablo 4.10) görülmüş olup eğitimin spiritüel gereksinimlerin saptanabilmesi ve giderilebilmesinde etkili olabileceği düşünülebilir.

Goddard (24) hemşirelik mesleğini, doğası gereği özünde spiritüel bir uğraş olarak belirtmiştir (24). Graber ve Johnson (93) hemşirelik gibi tıbbi meslekler ile spiritüalite arasında bir ilişki olduğunu savunmuştur (93). Kendi spiritüalitesinin ve gereksinimlerinin farkında olan bir hemşire hastalarının da spiritüel gereksinimlerinin olduğunu kabul edecek ve verdiği bakımda hastanın bu gereksinimlerine daha duyarlı olmasını sağlayacaktır. Bu durumda, hemşirenin spiritüel bakım vermesini etkileyen en önemli faktörlerden birisinin hemşirenin kendi spiritüalitei olduğu söylenebilir. Çalışmamızda da hemşirenin kendi spiritüalitesinin, hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünen ($54,17 \pm 4,57$) ve düşünmeyen ($52,55 \pm 4,41$) hemşirelerin MMBÖ puan ortalamalarının farklılık gösterdiği

ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t: 2,577 p<0,05) (Tablo 4.11). Spiritüel yönünü tamamlamış bir hemşireden spiritüel bakım verirken kendi spiritüelitesini güçlendirecek iletişim becerilerine (güven oluşturma, umut verme gibi) sahip olması beklenir (4).

Hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın bakım kalitesini arttırdığını düşünen hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması $53,99 \pm 4,48$ iken bakım kalitesini etkilemediğini düşünen hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması $51,57 \pm 4,98$ 'dir ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (t: 2,583 p<0,05) (Tablo 4.11). Hastanın bütüncül ele alınması hastaya verilen hizmetin kalitesini artıracaktır. Literatürde spiritüel bakımın kaygıyı, korkuyu, anksiyeteyi ve stresi azalttığı, fizyolojik ve psikolojik rahatlığı artırdığına yönelik birçok bilgi ve çalışma bulunmaktadır. (2, 8, 47, 78). Hastalarda spiritüel gereksinimlerin giderilmesiyle ortaya çıkan bu tablo hemşirelik bakım kalitesinin artmasını da kaçınılmaz kılacaktır. Bizim çalışmamızda yer alan hemşireler de literatür bilgilerine paralel düşünmektedirler.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamalarının (kadın $2,34 \pm 1,47$ ve erkek $2,43 \pm 1,48$) birbirlerine çok yakın olduğu ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (t: 0,346 p>0,05) (Tablo 4.12). Ersoy (94)'un makelesinde belirttiğine göre, Beutel and Marini, kibarlık, acıma, sorumluluk ve adanmak gibi duyguların erkeklere göre kadınlarda daha çok geliştiğini; yine Allport ve Vernon'un yaptıkları araştırmalarında ise estetik, dini ve sosyal değerlere daha fazla önem verdiklerini saptamışlardır (94). Kadın cinsiyetinin bu özelliklere sahip olmasına karşın kadın cinsiyetindeki hemşirelerin spiritüel bakımın planlamasında ve farkındalığında erkek cinsiyetine göre bir farklılık olmadığı görülmüştür. Çalışmaya katılan erkek cinsiyetindeki hemşire sayısının az olması, çalışma sonucunu etkileyebileceğini düşündürülebilir.

Literatürde ülkemizdeki spiritüel bakımın hemşirelik alanında yeni bir bilgi olduğu, hemşirelerin spiritüel bakım kavramına ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu, ve konuya ilişkin farkındalık düzeylerinin az olduğu ileri sürülmektedir (3, 15, 16, 17). Ayrıca Özbaşaran ve ark.'nın (92) belirttiğine göre McSherry, spiritüelitenin hemşireler tarafından çok az anlaşılıp tanımlandığını ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun spiritüel

bakım vermenin kendi işlerinin olduğunun farkında olmadığını belirtmiştir ve yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin eğitim düzeylerinin artmasıyla birlikte spiritüalite ve spiritüel bakım algılarında önemli düzeyde artış gösterdiğini saptamıştır (92). Çalışmamızda da spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamalarında, en düşük puan ortalamasının sağlık meslek lisesi ($1,97 \pm 1,41$) olduğu diğer eğitim düzeyindeki (önlisans $2,36 \pm 1,77$, lisans $2,53 \pm 1,46$ ve lisansüstü $2,42 \pm 1,01$) hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($F: 2,495$ $p > 0,05$) (Tablo 4.12).

Hemşirelerin çalıştığı hastaneye (üniversite $2,43 \pm 1,56$ ve devlet $2,20 \pm 1,29$) ve birime göre (yoğun bakım $2,18 \pm 1,39$; dahili bilimler $2,37 \pm 1,48$ ve cerrahi bilimler $2,67 \pm 1,58$) spiritüel bakım farkındalık düzeyi ortalamalarının değişmediği ve gruplar arasındaki farkında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (sırasıyla $t: 1,251$ $p > 0,05$ ve $F: 1,832$ $p > 0,05$) (Tablo 4.12). Hemşirelerin çalıştığı birimde spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalaması en yüksek cerrahi bilimlerdeyken en düşük ortalama ise yoğun bakım ünitelerindedir. Oysaki yaşamın tehdit edildiği ve terminal dönemin yaşandığı yoğun bakım ünitelerindeki hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin arttığı literatürde vurgulanmaktadır (86). Spiritüel boyut, özellikle bireyin emosyonel stres, fiziksel hastalık ve ölüm gibi değer ve inançlarının tehdit edildiği, yaşam ve sonsuzluk hakkında cevap bulmaya çalıştığı, yaşamın anlamını, umut ve güç kaynaklarını bulmada yetersiz kaldığı zor zamanlarda öne plana çıkmaktadır (8, 12). Konu ile ilgilenen araştırmacılar spiritüalite ve spiritüel bakıma ilişkin hemşirelerin farkındalık düzeylerinin az olduğunu vurgulamakla birlikte (3, 15, 16, 17), özellikle yoğun bakım, dahili ve cerrahi kliniklerde daha çok kronik hastalığa sahip hastaların olduğu klinikler olması nedeniyle aktif dinleme, empati kurma, destek sağlama, konuşmak için daha fazla zaman harcama gibi spiritüel bakımı içeren hemşirelik aktivitelerinin daha fazla olduğu da vurgulanmaktadır (86). Çalışmamızın sonucuna göre hemşirelerin bu kliniklerde yatan hastaların spiritüel bakım gereksinimlerine ilişkin farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir.

Hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalaması spiritüel bakım kavramını önceden duyanlarda $2,49 \pm 1,49$, duymayanlarda $1,92 \pm 1,32$ olarak bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t: 2,721 $p < 0.05$) (Tablo 4.13). Bu sonuç ile çalışmamızın bir başka sonucu olan spiritüel bakım kavramını önceden duyan ve duymayan hemşirelerin MMBÖ puan ortalamasının değiştiği (Tablo 4.11) sonucunu destekler niteliktedir. Aynı şekilde spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan ($2,43 \pm 1,36$) ve almayan ($2,24 \pm 1,63$) hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi ortalamasının değişmediği (t: 1,077 $p > 0.05$) (Tablo 4.13) sonucunun spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan ve almayan hemşirelerin MMBÖ puan ortalamalarının değişmediği (Tablo 4.11) sonucunu ile örtüşmektedir. Spiritüel bakım kavramını hiç duymamış olmak hemşirelerin spiritüel bakım farkındalığını etkilemekle birlikte kavramı duymanın ötesinde kavrama ilişkin alınan bilginin etkili olmamasının alınan bilginin yeterli olmadığı düşüncesini akla getirebilmektedir. Literatürde de hemşirelerin eğitimleri sürecinde spiritüel bakıma yönelik yeterli bilgi almadıkları vurgulanmaktadır (3, 14, 15, 17).

Konuya ilişkin alınan eğitimin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünen ($2,37 \pm 1,51$) ve düşünmeyen ($2,19 \pm 0,81$) hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamalarının değişmediği (t: 0,911 $p > 0.05$) (Tablo 4.13) bulunmuştur. Literatürde, konuya ilişkin alınan eğitimin hemşirelerin spiritüel boyutları fark edilebilmelerinde eğitimin etkili olduğunu savunmasına (17, 35) karşın çalışmamızda hemşirelerin spiritüel bakım farkındalıklarının eğitimin etkili olacağını düşünme ile değişmediği söylenebilir. Konuya ilişkin alınan eğitimin etkili olup olmayacağı ancak eğitim verildikten sonra etkisinin incelenmesine yönelik yapılacak çalışmalar ile saptanabilir. Hemşirenin kendi spiritüelitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkili olduğunu düşünen ($2,43 \pm 1,51$) ve düşünmeyen ($2,12 \pm 1,35$) hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalamalarının benzer olduğu (t: 1,522 $p > 0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.13) Hemşirelerin hastaların spiritüel gereksinimlerini belirleyebilmesi için kendi spiritüelitesinin farkında olması gerektiğini ileri sürmektedir (13, 80). Spiritüel gereksinimlerinin farkında olan bir hemşire hastalarının da spiritüel gereksinimlerinin

olduğunu kabul edeceği ve verdiği bakımda hastanın bu gereksinimlerine karşı daha duyarlı olacağı düşünölmekle beraber çalışmamızda hemşirenin kendi spiritüalitesi ile hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamının bağlantılı olmadığı söylenebilir.

Günümüzde bütün bilim dalları insana hizmet verirken holistik yaklaşımı savunmaktadırlar (2). Holistik yaklaşım ise spiritüel gereksinimlerin karşılanmasını da gerektirir (56, 83). Narayanasamy ve Owens (10) çalışmalarında, spiritüel bakım gereksinimlerinin giderilmesine yönelik yapılan girişimlerinin doğrudan ya da dolaylı olarak distressi azaltarak hastalık ve acı çekme ile baş edebilmek için emosyonel güç kazandırdığını ileri sürmüşlerdir (10). Hastanın bütöncöl olarak ele alınması hastaya verilen hizmetin kalitesini arttıracaktır. Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamının bakım kalitesini arttırdığını düşönen hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi ortalaması $2,40 \pm 1,50$ ve düşönmeyen hemşirelerin ise $1,88 \pm 1,14$ olduğu ve farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t: 2,156 $p < 0.05$) (Tablo 4.13). Sağlık Bakım Kuruluşları Akreditasyonu Ortak komisyonu ve Uluslararası Hemşirelik Konseyi de spiritüel bakımın yer aldığı hemşirelik bakımını, yüksek kaliteli bir bakım olarak kabul etmektedir (12).

Hemşirelerin, hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r: 0.174 $p < 0.05$) (Tablo 4.14) olduğu saptanmıştır. Hemşireler spiritüel bakımın önemli olduğunu ve hastaların bakım gereksinimlerini karşıladıklarını düşönmekte olup hemşirelik bakımında spiritüel bakımın gerekli olduğunu düşönen (35, 95) hemşirelerin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini daha fazla karşıladığı söylenebilir. Yapılan bir çalışmada bütöncöl bakımın spiritüaliteyi içerdğini düşönen hemşireler %87,4 iken bu oranla paralel olarak hemşirelerin çalıştıkları klinikte spiritüel bakım verme oranı da %78,7'dir (17).

Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemedeki zorlanma düzeyi ortalaması ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r: -0.140 $p < 0.05$) (Tablo 4.14) olduğu

bulunmuştur. Araştırmalarda, hemşirelerin, hastalarının spiritüel gereksinimlerine ilişkin farkındalıklarının çok sınırlı olduğunu, spiritüel bakımı tanımlarken zorlandıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (10, 77). Dolayısıyla çalışmamızın sonucuna göre hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemede zorlanan hemşirelerin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini daha az karşıladıkları söylenebilir.

Hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması ile hemşirelerin MMBÖ puan ortalamasının pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki ($r: 0.243$ $p<0.05$) ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması ile hemşirelerin MMBÖ puan ortalamasının pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r: 0.258$ $p<0.05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). Yılmaz ve Okyay (17)'in çalışmasında hemşirelerin MMBÖ'nin puan ortalaması $54,57\pm5,09$ iken, ölçeğin alt boyutlarından olan spiritüalite ve spiritüel bakım alt ölçeği toplam puanı $25,10\pm3,44$ olarak belirlenmiştir (17). Bu sonuç hemşirelerin spiritüalite ve spiritüel bakım konusuna önem verdiklerini gösterebilir. Ayrıca çalışmadaki hemşirelerin %95,5'nin holistik bakımın önemli olduğunu düşündüğü ve %64'nün çalıştığı klinikte holistik bakım sağladığı saptanmıştır (17). Bu bağlamda hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önemli olduğunu düşünen ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılayan hemşirelerin spiritüalite ve spiritüel bakım algılarının da daha yüksek olduğu söylenebilir. Spiritüalite ve spiritüel bakım algısı yüksek olan bir hemşire bakımında holistik yaklaşımı da benimseyecektir.

MMBÖ'nin maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği puan ortalamasının hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması ($r: 0.219$ $p<0.05$) ve hemşirelerin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması ($r: 0.284$ $p<0.05$) ile pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). MMBÖ'nin maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği puan ortalamasının spiritüel bakımın önemi ve hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması ile doğru orantılı olarak değiştiği görülmektedir. Yani hemşirelerin spiritüalite ve spiritüel bakıma ilişkin algıları arttıkça spiritüel bakımı daha önemli gördüğü ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini daha fazla karşıladığı

savunulabilir. MMBÖ'nin dinsel alt ölçeği puan ortalamasının spiritüel bakım ile ilgili özellikleri arasında ise herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.14). Hemşirelerin spiritüel bakımı spiritüel bakımın dini boyutu ile ilişkilendirmediğini (2, 17, 18) savunabiliriz.

MMBÖ'nin bireysel bakım alt ölçeği puan ortalamasının hemşirelerin çalışma yılı ortalaması ile pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r: 0.119$ $p<0.05$) bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.14). Hemşirelerin iletişim becerileri, hasta ve ailesiyle olan iletişimi kolaylaştırır, bakım verdikleri hastaların gereksinimlerini daha iyi anlayabilmelerini sağlar dolayısıyla hasta bakım kalitesini de olumlu yönde etkiler. Yapılan bir çalışmada da çalışma yıllı daha fazla olan hemşirelerin çalışma yılı az olanlara göre iletişim becerilerinin çok daha iyi olduğu bulunmuştur (96). Çalışma yılının artması ile hemşirelerin hastaların bakım gereksinimlerini daha kolay belirleyeceği düşünülebilir. Aynı zamanda bireysel bakım alt ölçeği puan ortalamasının hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması ($r: 0.314$ $p<0.05$) ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması ($r: 0.229$ $p<0.05$) ile pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.14). MMBÖ'nin bireysel bakım alt boyutunda, hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güleryüzlü davranarak spiritüel bakım sağlayabilecekleri ve spiritüalitenin, kişinin yaşamını, şimdi ve burada yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğu yönünde ifadeler yer almaktadır. Bazı çalışma sonuçlarında da spiritüel bakımın önemli ve gerekli olduğunu düşünen hemşirelerin (35, 95) büyük çoğunluğunun (%78) hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini de karşıladıkları saptanmış ve hastalara verdikleri bakımlar arasında (dinleme, hastanın akrabaları ile iletişim kurmasını sağlama, bakım verirken güleryüzlü ve ilgili davranma ve ibadet etmek istediğinde hastaya ortam hazırlama) (17) MMBÖ'nin bireysel bakım alt boyutunu kapsadığı görülmektedir. Yukarıda ifade edilen spiritüel bakımları hemşireler rutin aktivitelerinde yerine getirmekte olduğu düşünüldüğünde spiritüel bakımın önem derecesi ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması ile MMBÖ'nin bireysel bakım alt boyutunun pozitif ilişkide olması sonucunu açıklayabilir.

5.3. Spiritüalite ve iş doyumu arasındaki ilişki

Bu başlık altında spiritüel bakım ve iş doyumu arasındaki ilişki tartışılmıştır. Çalışmamızda iş doyumu ölçeğinin puan ortalaması $2,95 \pm 0,60$ iken iş doyumu ölçeğinin içsel doyumu alt ölçeğinin puan ortalaması $2,59 \pm 0,71$ ve dışsal doyumu alt ölçeğinin puan ortalaması $3,20 \pm 0,63$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.15). Büyükbayram (30)'ın hemşirelerle yaptığı çalışmasında genel iş doyumu ortalamasının $3,21 \pm 0,65$, içsel doyumu ortalamasının $3,49 \pm 0,66$ ve dışsal doyumu ortalamasının $2,79 \pm 0,76$ olduğu belirlenmiştir (30). Aydın ve Kutlu (29)'nun çalışmasında da hemşirelerin iş doyumu puan ortalamalarının $3,74 \pm 0,60$, iş doyumu puan ortalaması $4,53 \pm 0,63$ ve dışsal doyumu ortalaması $2,55 \pm 0,72$ olarak saptanmıştır (29). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, hemşirelerin iş doyumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (31, 97). Çalışmamızda bu sonuçlara paralellik göstermektedir. Çalışma sonucuna göre dışsal doyumu genel iş doyumundan ve içsel doyumdan daha yüksek olması işletme politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait özelliklerden memnun oldukları söylenebilir.

Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanması ile bakım kalitesinin arttığını düşünen hemşirelerin %96,0'sı bakım kalitesinin iş doyumunu arttırdığını düşünürken %64,6'sının ise etkilemediğini düşündükleri bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (X^2 : 45,785 $p < 0,05$) (Tablo 4.16). Hastanın spiritüel boyutunda ele alınarak verilen hemşirelik bakımı, bakım kalitesini yükseltecek (14) ve hasta memnuniyetini de arttıracaktır. Yaptığı işten doyumu alan bir hemşire işini de, bakım kalitesini de yükseltecektir. Hemşirelerin iş doyumunu, hemşireler tarafından verilen bakım kalitesinin ve işlerindeki performanslarının önemli göstergelerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelerin iş doyumlarının yüksek olması, performansa, kurumsal ve mesleki bağlılığa, bakım kalitesine, ve hemşirelik mesleğine devam etme kararına olumlu etkisi olduğu vurgulanmaktadır (98).

Hemşirelik doğası gereği özünde spiritüel bir uğraş olan meslek olarak belirtilmiştir (24). Graber ve Johnson (93), hemşirelik gibi tıbbi meslekler ile spiritüalite

arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir (93). Dolayısıyla spiritüalliteye daha meyilli hemşirelerin hemşirelik mesleğini kendi ihtiyaçlarıyla daha tutarlı bulacağı ve dolayısıyla işlerinden memnun olacağı beklenebilir. Hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu arttırdığını düşünen hemşirelerin %76,7'si hemşirenin kendi spiritüallitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamada etkili olduğunu düşünürken, hemşirelerin yarıdan fazlası (%64,6), hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu etkilemediğini ancak hemşirenin kendi spiritüallitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamada etkili olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (X^2 : 3,041 $p>0.05$) (Tablo 4.16). Clark ve ark.'nın (28) belirttiğine göre Whaley ve ark. ve Presholdt ve ark. terminal dönem hastalara bakım sağlarken, tüm hastanelerin üstlendiği en önemli işlevlerden biri de yüksek kalite palyatif bakım sağlayarak, hastaların yaşamının son dönemlerinde yaşam kalitesini artırmaktır. Yüksek kalitede bakım verebilmek ise hastanelerde çalışan özveri sahibi profesyonel ekiplerce sürekli ve kesintisiz bakım sağlanması koşuluna bağlıdır. Çoğu sağlık kurumlarında yüksek kalite bakım verebilmenin, yeterli personelin olması ile birlikte çalışanların iş doyumunu ile yakından ilişkili olduğu genel bir kanıdır. Yaptıkları çalışmalarında ise hastanelerde çalışan ekibin %98'den fazlasının spiritüalliteye sahip olduğu bulunmuş ve çalışanların genel olarak işlerinden memnun olduğu saptanmıştır (28). Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu arttırdığını ve hemşirenin kendi spiritüallitesinin de hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamada etkili olduğunu düşünmeleri literatür bilgisi ile örtüşmektedir.

Hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu etkilediğini düşünen hemşirelerin iş doyumunu etkilemediğini düşünen hemşirelere göre hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması ($6,05 \pm 1,76$) daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t : 3,987 $p<0,05$) (Tablo 4.17). Çalışma sonucumuzu destekler nitelikte olan Clark ve ark.'nın (28) yapmış oldukları bir çalışmada geliştirdikleri modele göre, hastanelerde çalışan ekip üyelerinin iş doyumunun yalnızca spiritüallite hissine sahip olmakla gerçekleşmediği,

spiritüalliteyi çalıştıkları ortamlarda uygulamalarına entegre etmeleri ile gerçekleştiğini varsaymışlardır (28). Hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasıyla bakım kalitesinin artması hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyerek hemşirelerin iş doyumunun da etkileneceği düşünülebilir.

Hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu etkilediğini düşünen hemşirelerin iş doyumunu etkilemediğini düşünen hemşirelere göre MMBÖ puan ortalaması ($54,07 \pm 4,25$) daha yüksek olduğu bulunmuş ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t: 2,072$ $p < 0,05$) (Tablo 4.17). Yapılan bir çalışmada hastanelerde çalışan ekip üyelerinden güçlü spiritüalliteye sahip ve spiritüel farkındalığı olanların diğerlerine göre daha yüksek iş doyumuna sahip olduğu ileri sürülmüştür (28). Spiritüel bakımın farkında olan hemşireler spiritüel bakımın, bakım kalitesini de artıracaklarını bilirler. Kaliteli bakım veren hemşirenin ise iş doyumunun yüksek olacağı beklenen bir sonuçtur. Ayrıca hemşirelik bakım kalitesi, hastanın bütüncül değerlendirilip, hastaya üst düzey bakım vererek tüm gereksinimlerine cevap verecek şekilde bakım planını oluşturup, bu gereksinimlerin karşılanmasıyla gerçekleşebilir. Bu şekilde planlanan ve uygulanan bakım planının, hemşirenin yaptığı işten haz almasını sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmamızda da hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu etkilediğini düşünen hemşirelerin iş doyumunu etkilemediğini düşünen hemşirelere göre Minnesota İş Doyumu ölçeği puan ortalamasının ($2,99 \pm 0,59$) daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t: 2,378$ $p < 0,05$) (Tablo 4.17).

Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın, hemşirelerin büyük çoğunluğu (%96,1) hem iş doyumunu hem de bakım kalitesini arttırdığını düşünürken %40,5'i ne iş doyumunu ne de bakım kalitesini etkilemediği düşüncesinde oldukları bulunmuştur. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2: 55,725$ $p < 0,05$) (Tablo 4.18). Spiritüel bakım kavramının, hemşirelik bakımına entegre edilmesi ile (40, 45, 87) hem bakımın kalitesinin hem de iş doyumunun olumlu yönde etkileneceği söylenebilir. Hemşirelik teorisyeneleri spiritüel boyutu bütüncül, kaliteli hemşirelik bakımının önemli, ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirmektedirler (9).

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin %95,5'nin bütüncül bakımı önemli gördüğü %64'nün çalıştıkları klinikte bütüncül bakım verdikleri ve %78,8'nin çalıştıkları klinikte spiritüalliteye yönelik uygulama yaptıkları belirlenmiştir (17). Dolayısıyla bütüncül bakımın önemini bilen ve buna yönelik bakım veren hemşireler, hastaların spiritüel bakıma yönelik gereksinimlerinin karşılanmasıyla verdikleri bakım kalitesinin artacağını da düşündükleri savunulabilir. Clark ve ark. (28) ise hemşirelerin spiritüel bakımı işleriyle bütünleştirilmesi sonucu iş doyumlarının artacağını ileri sürmüştür (28).

Çalışmamızda da hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılayanın iş doyumunu arttırdığını düşünen hemşirelerin %78,1'i kendi spiritüallitesinin de etkili olduğunu düşünürken, iş doyumunu etkilemediğini düşünen hemşirelerin %54,8'i kendi spiritüallitesinin etkili olduğunu düşünmekte oldukları saptanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (X^2 : 10,225 $p<0.05$) (Tablo 4.18). Hemşirelerin, kendi spiritüallitesinin spiritüel bakımın verilmesinde etkili olacağı ve verilen spiritüel bakımında iş doyumunu arttıracacağı yönde düşündükleri söylenebilir. İş doyumunu çalışanların fiziksel, ruhsal, spiritüel ve sosyal gereksinimlerinin, beklentileri doğrultusunda karşılanma düzeyini ifade etmektedir (22). Komala ve Ganesh (99), bireyin kendi spiritüallitesi ve spiritüel değerlerinin, kişinin işiyle ilgili olaylara verdiği tepkileri etkileyeceğini ileri sürmüşlerdir (99). Kendi spiritüel gereksinimlerinin farkında olan ve karşılayan hemşireler, hastaların da spiritüel gereksinimlerini dikkate alacaktır. Spiritüallite ile hemşirelerin iş doyumunu arasındaki ilişkinin açıklanmasında spiritüallitenin önemli olduğu bir işte çalışan bir kişinin spiritüel eğilimler göstermesi ile işinden alacağı memnuniyetin artacağı varsayımını öne sürmektedir (20).

Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılayanın hemşirelerin iş doyumunu arttırdığını düşünen hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamasının ($5,96\pm1,82$), iş doyumunu etkilemediğini düşünenlere ($4,88\pm2,45$) göre yüksek ve bu farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.19) (t : 2,712 $p<0.05$). İranda da hemşirelerle yapılan bir çalışmada spiritüallite sahibi hemşirelerin, hastalarına hemşirelik bakımı sağlamaları ve hastalarının spiritüel gereksinimlerini karşılamaya çalışmalarının hemşirelere iyi düzeyde iş memnuniyeti

sağladığı ileri sürülmüştür. Çalışmaya katılan hemşireler, düşük maaş ve yetersiz finansal desteğe rağmen hastaları mutlu ettikleri ve onların sağlığını geliştirebildikleri durumlarda işlerinden memnun olduklarını ifade etmişlerdir (64).

Bazı araştırmacılar, spiritüalliteyi hemşirelerin iş doyumu bakımından önemli olabilecek bir etmen olarak tanımlamışlardır (99). Ravari (64)'nin çalışmasında hemşirelerin çok uzun saatler çalışmalarına, kendi ailelerinden iş hayatından dolayı zaman zaman uzaklaşmalarına rağmen işlerinden memnun olduklarını söyledikleri belirlenmiş. Çünkü hemşireler meslekleri sayesinde çaresiz olan çocuk ya da yetişkin her bireye yardım edebildiklerini, hastaların kimsenin anlayamadığı gereksinimlerini görüp giderebildiklerini ve bunların sonucunda hasta ailelerinin nasıl mutlu olduğunu görebildiklerini, tüm bunları bu meslekte yapabildikleri için mutlu olduklarını dolayısıyla işlerinden de memnun olduklarını belirtmişlerdir (64). Literatüre göre spiritüallite ve spiritüel bakımın farkında olan ve bu bakım gereksinimlerini giden hemşirelerin iş doyumlarının yüksek olacağı düşünülmektedir. Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılayanın, hemşirelerin iş doyumunu arttırdığını düşünen hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması ($54,00 \pm 4,35$) ve iş doyumunu etkilemediğini düşünenlere ($52,42 \pm 5,57$) göre yüksek ve farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t: 2,063$ $p < 0.05$) (Tablo 4.19). Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılayanın iş doyumunu etkilediğini düşünen hemşirelerin Minnesota İş Doyum Ölçeği puan ortalaması ($2,99 \pm 0,60$) da iş doyumunu etkilemediğini düşünenlere ($2,74 \pm 0,60$) göre yüksek ve farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t: 2,458$ $p < 0.05$) (Tablo 4.19). Çalışmamızın sonucu literatürü destekler niteliktedir.

Spiritüallite ve iş doyumu gibi işle ilgili değişkenler arasındaki ilişki kısıtlı sayıda ampirik çalışmaya konu olmuştur (100). Millman ve ark. (101) ile Garcia-Zamor (102) spiritüallitenin belirli boyutlarının, anlam kazandırma ve amaç hissi gibi yaşam ahengi ile ilişkili boyutların, iş doyumu ve ait olma gibi işle ilişkili boyutlarla pozitif ilişki içinde olduğunu belirlemişlerdir (101, 102). Öte yandan, diğer araştırmacılar spiritüallite ile iş doyumu arasında istatistiksel açıdan önemli korelasyonlar bulmayı başaramamıştır (20). Kinjerski ve Skrypnik (27)'in doktor ve hemşirelerle yaptıkları çalışmalarında

spiritüalite puanı ile iş doyumu arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon olduğu bulunmuştur (27). Bakım evinde çalışan disiplinlerarası bir ekip ile yapılan başka bir çalışmada da ekip üyelerinin spiritüalite ve iş doyumu arasında olumlu bir ilişki olduğu saptanmıştır (28). Çalışmamızda Minnesota İş Doyum Ölçeği puan ortalaması ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ($r: 0,209$ $p<0,05$) bulunmuştur (Tablo 4.20). Hastaların spiritüel bakım gereksinimleri karşılama düzeyi arttıkça iş doyumu da artmaktadır. Yine aynı şekilde Minnesota İş Doyum Ölçeği puan ortalaması ile MMBÖ toplam puan ortalaması ($r: 0,142$ $p<0,05$) ve maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği ($r: 0,147$ $p<0,05$), bireysel bakım alt ölçeği ($r: 0,189$ $p<0,05$) puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.20). Çalışmamızın sonucu iş doyumu ve spiritüalite arasında ilişki olduğunu ortaya koyan diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin içsel doyum alt ölçeği puan ortalaması ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması ($r: 0,196$ $p<0,05$) ve MMBÖ'nin bireysel bakım alt ölçeği puan ortalaması ($r: 0,122$ $p<0,05$) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.20). İçsel doyum başarı, tanınma veya takdir edilme, işin kendisi, işin sorumluluğu, yükselme ve terfiye bağlı görev değişikliği gibi işin içsel niteliğine ilişkin tatminkârlıkla ilgili öğelerden oluşmaktadır (97). İçsel doyumun bu öğeleriyle, MMBÖ'nin bireysel bakım alt boyutunda hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güleryüzlü davranarak spiritüel bakım sağlamaları ve spiritüalitenin, kişinin yaşamını, şimdi ve burada yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması (15) olduğu yönündeki ifadeler yer almaktadır. Hemşirelerin, hastalarının yaşamını, şimdi ve burada yaklaşımıyla yönlendirerek, şefkatli, ilgili ve güleryüzlü bir yaklaşımla verdikleri bakımla mesleki sorumluluklarını ve işlerinin gerekliliklerini yerine getirmekte ve sonuçta içsel bir başarı hissi yaşamalarının iş doyumu üzerinde pozitif etki yaratacağı savunulabilir.

Minnesota İş Doyum Ölçeği'nin dışsal doyum alt ölçeği puan ortalaması ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması arasında ($r: 0,187$ $p<0.05$) pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.20). Aynı zamanda dışsal doyum alt ölçeği puan ortalaması ile MMBÖ toplam puan ortalaması ($r: 0,142$ $p<0.05$), maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği ($r: 0,218$ $p<0.05$) ve bireysel bakım alt ölçeği puan ortalaması ($r: 0,143$ $p<0.05$) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.20). Dışsal doyum işletme politikası ve yönetimi, denetim şekli, yönetici, çalışma ve astlarla ilişkiler, çalışma koşulları, ücret gibi işin çevresine ait öğelerden oluşmaktadır (97). Dışsal doyumla ilişkili, hemşirelerin iş doyumunu etkileyen birçok faktör vardır. Saygılı (103)'nin sağlık çalışanlarıyla yapmış olduğu çalışmada, sağlık çalışanlarının çalışma ortamında algıladıkları yönetim desteği, meslektaş desteği, birim desteği, çalışma ortamı, iş yükü algıları ile iş doyum düzeyleri arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptamıştır (103). Ayrıca Aydın ve Kutlu (29)'nun hemşirelerle, Saygılı (103)'nin sağlık çalışanlarıyla yapmış oldukları çalışmalarında maaş düzeyinin iş doyumunu önemli derecede etkilediği bulunmuştur (29, 103). Tüm bu çalışmalara ek olarak, Ravari ve ark. (64), hemşirelerin, düşük maaşla çalışmalarına rağmen hastaları mutlu ettikleri ve onların sağlığını geliştirebildikleri durumlarda işlerinden memnun olduklarını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmada, hemşireler çaresiz olan hastalara yardım edebildikleri, hastaların kimsenin anlayamadığı gereksinimlerini görüp giderebildiklerini ve bunların sonucunda hasta ailelerinin nasıl mutlu olduğunu görebildiklerini dolayısıyla da işlerinden de memnun olduklarını belirtmişlerdir (64). Hemşirelerin iş doyumlarının, dışsal doyumun çalışma koşulları, ücret, yönetim desteği gibi faktörleriyle potitif yönde ilişki içinde olmasına rağmen (29, 103); çalışma sonucunda da belirtildiği gibi spiritüel bakımın farkında olan ve hastaların spiritüel gereksinimleri gideren hemşirelerin düşük ücretle çalışmalarına rağmen işlerinden memnun oldukları (64) görülmektedir.

Hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada ise spiritüel üç boyutta ele alınarak iş doyumunu ilişkisine bakılmıştır. Bu boyutlardan, hayırseverlik ve idealizm boyutu,

“kişinin kendini başkalarına feda etmesi” anlamındadır. Bu boyutun spiritüallite ile güçlü korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca hiyerarşik regresyona dahil edilen idealizmin, iş doyumu üzerine daha güçlü bir katkı sağlamıştır (20). Bu boyutlar dahilinde nitelenen bir hemşirenin, hastalara bakım sağlayan hemşirelik mesleğinden memnun olması beklenir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemşirelerin spiritüel ve spiritüel bakım kavramlarını algılama düzeylerinin spiritüel bakım gereksinimleri konusundaki farkındalıklarının, iş doyumlarının belirlenmesi ve spiritüel bakım algılarını ve farkındalıklarını etkileyen faktörlerin ve spiritüel ile iş doyumları arasındaki ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Çalışmaya katılan hemşirelerin %85,8'i kadın, yaş ortalaması $28,59 \pm 6,85$, %55,3'ü lisans mezunu, ve çalışma yılı ortalamaları $6,97 \pm 6,82$ 'dir. Hemşirelerin yarıdan fazlası (%66,2) üniversite hastanesinde ve %45,1'i dahili bilimlerde çalışmaktadır. Hemşirelerin %77,1'nin spiritüel bakım kavramını daha önceden duydukları ve %60,7'sinin spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi aldıkları saptanmış ve spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan hemşirelerin birden fazla kaynaktan bilgi aldıkları, en fazla bilgi alınan kaynağın ise %46,9 ile mesleki (hemşirelik) eğitimlerden alınan bilgi olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması $7,60 \pm 2,23$, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde hemşirelerin zorlanma düzeyi ortalamasının $4,66 \pm 2,04$ ve spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamasının $5,79 \pm 1,97$ olduğu bulunmuştur.
- Konuya ilişkin alınan eğitimin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etkisine ilişkin hemşirelerin görüşlerinin çalışma yılına, spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumuna ve bilme alma durumuna göre değiştiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla X^2 : 14,275 $p < 0.05$, X^2 : 15,087 $p < 0.05$ ve X^2 : 4,883 $p < 0.05$).
- Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamada bakım kalitesine etkisi hakkında hemşirelerin görüşlerin spiritüel bakım kavramını önceden duyma ve bilgi alma durumuna göre değiştiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel

olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla X^2 : 15,562 $p<0.05$ ve X^2 : 5,969 $p<0.05$).

- Hemşirenin kendi spiritüalitesinin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etkisine ilişkin hemşirelerin görüşlerinin çalışma yılına, spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumuna ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın bakım kalitesini etkileme durumu göre değıştiği ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla X^2 :10,743 $p<0,05$, X^2 : 6,882 $p<0,05$ ve X^2 : 19,704 $p<0,05$).
- MMBÖ'nin puan ortalaması 53,76±4,58 iken; MMBÖ'nin alt ölçeklerinden spiritüalite ve spiritüel bakım alt ölçeğinin puan ortalaması 24,61±2,84; dinsel alt ölçeği puan ortalaması 11,24±2,12; bireysel bakım alt ölçeği 10,89±1,86 ve spiritüel bakım farkındalık düzeyi puan ortalaması 2,36±1,47 olarak belirlenmiştir.
- Hemşirelerin MMBÖ puan ortalmalarının spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumuna, konuya ilişkin alınan eğitimin spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumuna, hemşirenin kendi spiritüalitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamadaki etki durumuna ve spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın bakım kalitesini etkileme durumuna ilişkin hemşirelerin görüşlerine göre değıştiği ve gruplar arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla t: 2,018 $p<0,05$ t: 4,077 $p<0,05$, t: 2,577 $p<0,05$ ve t: 2,583 $p<0.05$).
- Hemşirelerin spiritüel bakım farkındalık düzeyi ortalamalarının spiritüel bakım kavramını önceden duyma durumu ve hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın bakım kalitesini etkileme durumuna ilişkin görüşlerden etkilendiği saptanmıştır (sırasıyla t: 2,721 $p<0,05$ ve t: 2,156 $p<0,05$).
- Hemşirelerin MMBÖ puan ortalamasının, hemşirelik bakımında spiritüel bakımın önem derecesi ortalaması (r: 0.243), hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması (r: 0.258), pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0,01$ ve $p<0,01$).

- Hemşirelik bakım kalitesinin iş doyumunu arttırdığını düşünen hemşirelerin, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamasının, MMBÖ puan ortalamasının ve Minnesota iş doyum ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla t: 3,987 p<0,05, t: 2,072 p<0,05 ve 2,378 p<0,05).
- Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın hemşirelerin iş doyumuna etkisi hakkında hemşirelerin görüşlerinin hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın bakım kalitesini etkileme durumu hakkındaki ve hemşirenin kendi spiritüelitesinin hastanın spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamadaki etkisine ilişkin görüşlerine göre farklılaştığı (X^2 : 55,725 p<0,05; X^2 : 10,225 p<0,05) bulunmuştur.
- Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamanın hemşirelerin iş doyumunu arttırdığını düşünen hemşirelerin, hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalamasının, MMBÖ puan ortalamasının ve Minnesota iş doyum ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla t: 2,712 p<0,05; t:2,063 p<0,05 ve t:2,458 p<0,05).
- Minnesota İş Doyum Ölçeği puan ortalaması ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama düzeyi ortalaması (r: 0,209), MMBÖ toplam puan ortalaması (r: 0,142), maneviyat ve manevi bakım alt ölçeği (r: 0,147) ve bireysel bakım alt ölçeği (r: 0,189) puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla p<0,01, p<0,05, p<0,01 ve p<0,05).
- bakım alt ölçeği puan ortalaması (r: 0,143) arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur (sırasıyla p<0,01, p<0,05, p<0,01 ve p<0,05).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelik eğitimi müfredat programlarında spiritüel bakıma ilişkin konulara daha fazla zaman ayrılması,
- Hizmet içi eğitimlerde spiritüel bakım ilişkin eğitimlerin yapılması,
- Klinikte çalışan hemşireler için kursların ve seminerlerin düzenlenmesi,
- Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini nasıl karşılanabileceği konusunda vaka çalışması modeli ile hemşirelere eğitimlerin yapılması,
- Her klinikte hemşirelerin grup tartışmaları ile hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin tartışılması,
- Spiritüel bakım protokollerinin oluşturulması,
- Spiritüel bakımın, hasta üzerindeki olumlu etkilerini gösteren çalışma sonuçlarına ilişkin hemşirelerin farkındalıklarının artırılması,
- Hemşirelerin spiritüel kavramı konusunda kendilerini tanımaları ve gereksinimlerini gidermeleri için eğitim ve ortamların düzenlenmesi,
- Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirlemede, hemşirelerin zorlanma nedenlerine yönelik araştırmaların yapılması,
- Hemşirelerin iş doyumlarını yükseltilmesine yönelik uygulamaların yapılması,
- Klinikte spiritüel bakım vermenin hemşire ve hasta açısından olumlu yönlerini ortaya koyacak araştırmaların planlanması,
- Konuya ilişkin çalışmaların daha büyük gruplarla ve farklı değişkenlerle ilişkilerini ortaya koyacak araştırmaların planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Sülü E.** Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri, Yüksek Lisans Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **2006**; 202s.
2. **Wong KF, Yau SY.** Nurses' Experiences In Spirituality and Spiritual Care In Hong Kong. *Applied Nursing Research*, **2009**; 23 (4): 242-244.
3. **Akgün Kostak M.** Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2007**; 6: 105-115.
4. **Narayanasamy A.** Learning Spiritual Dimensions Of Care From A Historical Perspective. *Nurse Education Today*, **1999**; 19: 386-395.
5. **Carron R, Cumbie SA.** Development Of A Conceptual Nursing Model For The Implementation Of Spiritual Care In Adult Primary Healthcare Settings By Nurse Practitioners. *AANP*, **2011**; 23: 552-560.
6. **Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A.** Spiritual bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **2007**; 8(1): 47-50.
7. **Hiçdurmaz D, Öz F.** Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spiritüel. *Anadolu Hemş.ve Sağlık Bil.Derg*, **2013**; 16(1): 50-56.
8. **Öz F.** İnsan, Spiritüel Gereksinimler ve Hemşirelik. *MN-Klinik Bilimler ve Doktor*, **2004**; 10: 266-273.
9. **McEwan W.** Spirituality in Nursing What Are the Issues? *Ortopaedic Nursing*, **2004**; 23(5): 321-325.
10. **Narayanasamy A, Owens J.** A Critical Incident Study Of Nurses' responses To The Spiritual Needs Of Their. *JAN*, **2001**; 33: 446-455.
11. **Ergül Ş.** Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat Ve Manevi Bakım Kavramları Nerede? Ne Zaman? Nasıl? *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2010**; 26(1): 65.
12. **McEwen M.** Spiritual nursing care. *Holist Nurs Pract*, **2005**; 19(41):161 -168.
13. **Oldnall A.** A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. *JAN*, **1996**; 23:138-144.
14. **Baldacchino D.** Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs*, **2006**; 15:885-896.
15. **Ergül Ş, Bayık A.** Hemşirelik ve manevi bakım. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**; 8(1): 37 45.
16. **Ergül Ş, Bayık A.** Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2007**; 23(1): 75-87.
17. **Yılmaz M, Okyay N.** Hemşirelerin maneviyyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *HEMAR-G*, **2009**; 11(3):41-52.

18. **McSherry W, Watson R.** Spiritualityin Nursing Care: Evidence Of A Gap Between Theory and Practise. *JAN*, **2002**; 11: 843-844.
19. **McSherry W, Jamieson S.** An Online Survey Of Nurses’ Perceptions Of Spirituality and Spiritual Care. *JAN*, **2011**; 20: 1757–1767.
20. **Lazar A.** Spirituality And Job Satisfaction Among Female Jewish Israeli Hospital Nurses. *JAN*, **2009**; 334-344.
21. **Kurt DS.** Klinik sorumlu hemşirelerinin liderlik davranışlarının hemşirelerin iş doyumuna üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2009**: 101s.
22. **Çam O, Akgün E, Gümüş BA, Bilge A, Keskin ÜG.** Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2005**; 6: 213-220.
23. **Yürümezoğlu AH.** Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin iş doyumları ve hastaların hemşirelik hizmetinden memnuniyeti, Yüksek Lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **2007**: 75s.
24. **Goddard NC.** A response to Dawson’s critical analysis of ‘spirituality as “integrative energy”’. *JAN*, **2000**; 31: 968–979.
25. **Craigie FC, Hobbs RF.** Spiritual Perspectives and Practices Of Family Physicians With An Expressed Interest İn Spirituality. *Family Medicine*, **1999**; 31: 578–585.
26. **Fillion L, Tremblay I, Truchon M, Cote’ D, Struthers CW, Dupuis R.** Job Satisfaction And Emotional Distress Among Nurses Providing Palliative Care: Empirical Evidence For An Integrative Occupational Stress-Model. *International Journal of Stress Management*, **2007**; 14: 1–25.
27. **Kinjerski VM, Skrypnik BJ.** Defining Spirit At Work: Finding Common Ground. *Journal Of Organizational Change Management*, **2004**; 17: 26–42.
28. **Clark L, Leedy S, McDonald L, Muller B, Lamb C, Mendez T Kim S, Schonwetter.** Spirituality and Job Satisfaction Among Hospice Interdisciplinary Team Members. *Journal Of Palliative Medicine*, **2007**; 10: 1321–1328.
29. **Aydın R, Kutlu Y.** Hemşirelerde İş Doyumu ve Kişilerarası Çatışma Eğilimi İle İlgili Değişkenler ve İş Doyumunun Çatışma Eğilimi İle Olan İlişisini Belirleme. *CÜ. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **2001**; 5(2): 37-45.
30. **Büyükbayram A.** Hemşirelerin iş doyumunda duygusal zekanın rolü, Yüksek Lisans Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **2009**: 145s.
31. **Kahraman G, Engin E, Dülgerler Ş, Öztürk E.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler. *DEUHYO ED*, **2011**; 4(1):12-18.
32. **Çetinkaya Ulusoy E, Ecevit Alpar Ş.** Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması ve İş Doyumu ile İlişkisi. *F.N. Hem. Derg*, **2013**; 21(3): 154-163.

33. **Wilkins K, Shields M.** Employer-provided support services and job dissatisfaction in Canadian registered nurses. *Nursing Research*, **2009**; 58(4): 255-263.
34. **Salladay SA, Shelly J.** Spirituality in nursing theory and practice for christian bioethics. *Christian Bioethics*, **1997**; 3(1): 20-38.
35. **Strang S, Strang P, Ternestedt M.** Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *J Clin Nurs*, **2002**; 11: 48-57.
36. Türk Dil Kurumu, **2006**. <http://www.tdk.gov.tr> (14.10.2015).
37. **Cook C.C.H.** Addiction and spirituality. *Addiction*, **2004**; 99(5): 539-551.
38. **Bash A.** Spirituality: the emperor's new clothes? *J Clin Nurs*, **2004**; 13(1): 11-16.
39. **Narayanasamy A.** A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their. *JAN*, **2001**; 33 (4): 446-455.
40. **Tanyi R.A.** Towards Clarfication Of The Meaning Of Spirituality. *JAN*, **2002**; 39: 500-509.
41. **Ormsby A, Harrington A.** The spiritual dimensions of care in military nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, **2003**; 9(5):321-327.
42. **Como J.M.** Spiritual practice: a literatüre review related to spiritual health and health outcomes. *Holist Nurs Pract*, **2007**; 21(5): 224-236.
43. **Salladay SA., McDonnell, MM.** Spiritual Care, Ethical Choices, and Patient Advocacy. *Nursing Clinics of North America*, **1989**; 24(2): 543-549.
44. **Carroll B.A.** Phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality*, **2001**; 6(1): 81-98.
45. **Yılmaz M.** Holistik bakımın bir boyutu: Spiritüallite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemş.ve Sağlık Bil.Derg*, **2011**;14(2): 61-70.
46. **Küçük L.** Bakımda spiritüel yaklaşım. Atabek Aştı T, Karadağ A. Hemşirelik Esasları. 1. baskı, İstanbul: *Akademi yayıncılık*, **2014**: 1136-1145.
47. **Seybold KS, Hill P.C.** The role of religion and spirituality in mental and physical health. *American Psychological Society*, **2001**; 10(1): 21-24.
48. **Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, et al.** What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*, **2009**; 17:1117-28.
49. **Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M.** İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2013**; 4(3):153-158.
50. **Hsiao S.M, Gau M.L, Ingleton C, Ryan T, Shih F.** An exploration of spritual needis of Taiwanese patients with advanced cancer during the therapeutic processes. *J Clin Nurs*, **2010**; 20: 950-959.

51. **Restrepo-Madero E, Trianes-Torres M.V, Muñoz-García A, Alarcón R .** "Cultural and Religious/Spiritual Beliefs and the Impact on Health that Fear to Death has on Gender and Age, Among a Romani Minority Group from Southern Spain." *Journal of Immigrant and Minority Health*, **2016**;1-6.
52. **Biro A. L.** Creating conditions for good nursing by attending to the spiritual. *Journal of Nursing Management*, **2012**; 20: 1002-1011.
53. **Kılıç S.** Cerrahi Hastasının Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentileri, *Hemşirelik Bülteni*, **1993**; 7 (30): 111-122.
54. **Baker D.C.** Studies of Inner Life: The Impact of Spirituality on Quality of Life. *Quality of Life Research*, **2003**; 12(1): 51-57.
55. **Nelson J.C, Rosenfeld B, Breitbart W, Galletta, M.** Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill. *Psychosomatics*, **2002**; 43(3); 213-220.
56. **Khorshid L, Gürol Arslan G.** Hemşirelik ve spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2006**; 22 (1): 233-243.
57. <http://saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-39351/hastanelerde-manevi-destek-sunmaya-yonelik-isbirligi-pr-.html> (13.05.2016).
58. **Okuyay Y.** Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi, *T.C C.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Programı*, Sivas, **2008**: 58s.
59. **Mcsherry W, Draper P, Kendrick D.** The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care, *International Journal of Nursing Studies*, **2002**; 39:723-734.
60. **Ross L.A.** Spiritual aspects of nursing, *JAN*, **1994** 19:439 447.
61. **Callister L.C, Matsumura G, Bond E, Mangum, S.** Threading Spirituality Throughout Nursing Education, *Holist Nurs Pract*, **2004**; 18(3): 160-165.
62. **Chung L.Y.F, Wong F.K.Y, Chan M.F.** Relationship of nurses'spirituality to their understanding and practice of spiritual care *JAN*, **2007**; 58:158–170.
63. **Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M.** Spirituality and spiritual caring nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environment. *J Clin Nurs*, **2012**; 21: 2126-2135.
64. **Ravari A, Vanaki Z, Houmann H, Kazemnejad.** Spiritual Job Satisfaction İn An Iranian Nursing Context. *Nursing Ethics*, **2009**; 16(1): 19-30.
65. **Sönmezer MG, Eryaman MY.** Kamu ve Özel Eğitim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin İş Tatmin Düzeylerinin Karşılaştırılması, Eğitimde Kuram ve Uygulama. *JTPE*, **2008**; 4(2): 189-212.
66. **Cengiz S.** Hemşirelerde empatik eğilim ve iş doyumunu ilişkisi, Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2008**:88s.

67. **Gök Ş.** Bir devlet hastanesinde çalışan personelin kalite çalışmaları öncesi ve sonrası memnuniyet durumu, *İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, **2006**: 68s.
68. **Yüksel İ.** Hemşirelerin İş Doyum Düzeyini Ayırt Edici İş Doyum Ögelerinin Diskriminant Analiziyle Belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Kocaeli, **2002**.
69. **Güner AR.** Sağlık hizmetlerinde örgütsel bağlılık, işe bağlılık ve iş tatmini arasındaki ilişkilerin modellenmesi, *Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Antalya, **2007**: 138s.
70. **Derin N.** Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Eskişehir, **2007**: 197s.
71. **Çetinkanat A.** İş Doyumu ve Tükenmişlik, *EJER*, **2002**. 9: 186- 193.
72. **Cambaz S.** Manisa kent merkezinde çalışan ebelerin iş doyum ve hizmete yansımaları, *Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Manisa, **2005**: 108s.
73. **Machin D, Campbell M, Fayers P, Pinol A.** Sample Size Tables for Clinical Studies. 2nd Edition. *Blackwell Science*, **1997**.
74. **Ünsal A, Akalın I, Yılmaz V.** Farklı Meslek Çalışanlarının Erkek Hemşirelere İlişkin Görüşleri. *Uluslararası İnsan Bilim Dergisi*, **2010**;7(1):420-31.
75. **Meadus RJ, Twomey JC.** Men in Nursing: Making The Right Choice. *Can Nurse*, **2007**;103(2):13-6.
76. **Özkan Ö.** Hemşire Yardımcılığı Uygulaması Tekrar Başladı, *Halkı Sağlığı*. **2015**. <http://www.halkinsagligi.org/hemsire-yardimciligi-uygulamasi-tekrar-basladi-ozlem-ozkan/> (17.05.2016).
77. **Ross L.** Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs*, **2006**; 15: 852-862.
78. **Baldacchino D, Draper P.** Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature, *JAN*, **2001**; 34(6): 833-841.
79. **Ross LA.** The spiritual dimension; it's importance to patient's health, wellbeing and quality of life and it's implication for nursing practise, *International Journal of Nursing Studies*, **1995**; 32(5): 457-468.
80. **Harrington A.** What is spiritual care in nursing? *Australian Nursing Journal*, **1995**; 2(10): 15.
81. **Wu LF, Lin LY.** Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *JNR*, **2011**; 19: 250-256.
82. **Govier I.** Spiritual care in nursing: a systematic approach, *Nursing Standard*, **2000**; 14(17): 32-36.

83. **Pesut B, Sawatzky R.** To describe or prescribe: assumptions underlying a prescriptive nursing process approach to spiritual care. *Nursing Inquiry*, **2005**; 13: 127-134.
84. **Mok E, Wong F, Wong D.** The Meaning Of Spirituality and Spiritual Care Among The Hong Kong Chinese Terminally Ill. *JAN*, **2009**; 10: 360-370.
85. **Lundmark M.** Attitudes to spiritual care among nursing staff in a swedish oncology clinic. *J Clin Nurs*, **2006**; 15: 863-874.
86. **Kociszewski C.** Spiritual care: A phenomenologic study of critical care nurses, *Heart Lung*, **2004**; 33: 401-411.
87. **Kostak M, Çelikkalp U, Demir M.** The Opinions of Nurses and Midwives About Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Maltepe University School of Nursing*, **2010**; (Symposium Special Issue): 218- 225.
88. **Başbakkal Z.** Spiritüalite ve Hemşirelik, 3. *Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, İzmir, **2005**: 07-10.
89. **Sülü Uğurlu E.** Hemşirelikte Manevi Bakımın Uygulanması, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi **2014**; 5(3): 187-191.
90. **Eales J, Lowe T, Wellman N.** Spirituality or Psychosis? An Exploration of the Criteria That Nurses Use to Evaluate Spiritual-Type Experiences Reported By Patients, *International Journal of Nursing Studies*, **2003**; 40:197-206.
91. **Dastan N, Buzlu S.** The Effects Of Spirituality In Breast Cancer Patients And Spiritual Care. *Journal of Maltepe University School of Nursing*, **2010**; 3(1):73- 78.
92. **Özbaşaran F, Ergül Ş, Bayık Temel A, Gürol Aslan G, Çoban A.** Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*, **2011**; 20:3102-3110.
93. **Graber DR, Johnson J.** Spirituality and health care organizations. *Journal of Health Care Management*, **2001**; 46: 39-50.
94. **Ersoy E.** Cinsiyet Kültürü İçerisinde Kadın Ve Erkek Kimliği (Malatya Örneği). *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Fırat University Journal of Social Science*, **2009**; 19(2): 209-230.
95. **Kavak F, Mankan T, Polat H, Çıtlık Sarıtaş S, Sarıtaş S.** Hemşirelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2014**; 3(1): 21-24.
96. **Kumcağız H, Yılmaz M, Balcı Çelik S, Aydın Avcı İ.** Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal*, **2011**; 38 (1): 49-56.
97. **İntepeler Ş.S, Güneş N, Bengü N, Yılmazmış F.** Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Kurumsal Bağlılıklarındaki Değişim. *DEUHYO ED*, **2014**;7(1), 2-6.
98. **Ma C.C, Samuels M.E, Alexander J.W.** Factors that influence nurses' job satisfaction. *JONA*, **2003**; 3(5): 293-299.

99. **Komala K, Ganesh L.S.** Individual spirituality at work and its relationship with job satisfaction and burnout: an exploratory study among healthcare professionals. *The Business Review*, **2007**; 7: 124–129.
100. **Duffy R.D.** Spirituality, religion, and career development: current status. *The Career Development Quarterly*, **2006**; 55, 52–63.
101. **Millman J, Czaplewski A.J, Ferguson J.** Workplace spirituality and employee work attitudes: an exploratory empirical assessment. *Journal of Organizational Change Management*, **2003**;16, 426–447.
102. **Garcia-Zamor J.C.** Workplace spirituality and organizational performance. *Public Administration Review*, **2003**; 63, 355–363.
103. **Saygılı M.** Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişki algıları ile iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, **2008**: 161s.

8. EKLER

EK-I

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaş...

2. Cinsiyet

() Kadın

() Erkek

3. Medeni durum

() Evli

() Bekar

() Boşanmış

4. Eğitim durumu

() Sağlık Meslek Lisesi

() Önlisans

() Lisans

() Lisansüstü

5. Hangi hastanede çalışıyorsunuz?.....

6. Hangi klinikte çalışıyorsunuz;.....

7. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz;

8. Manevi bakım kavramını daha önce duydunuz mu?

() Evet

() Hayır

9. Daha önce maneviyat (spiritüalite) ve manevi bakım ile ilgili herhangi bir yerden bilgi aldınız mı? Birden fazla madde işaretleyebilirsiniz.

() Hayır almadım

() Hemşirelik eğitimim sırasında bilgi aldım

() Hizmet içi eğitim programlarından bilgi aldım

() Kongre ve sempozyum vb. toplantılardan bilgi aldım

() Okuduğum araştırma ve makale vb. yayınlardan bilgi aldım

() Kitle iletişim ve basın yayın (televizyon, radyo, internet, gazete vb) organlarından bilgi aldım.

10. Hemşirelik bakımında hastanın manevi bakım gereksinimlerin belirlenmesi ve karşılanmasının size göre önem derecesini aşağıdaki 10'luk cetvel üzerinde işaretler misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Çok
Önemli değil										Önemli

11. Hastalarınız manevi bakım gereksinimlerini belirlemede ne düzeyde zorlandığınızı aşağıdaki 10'luk cetvel üzerinde işaretler misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Çok
Zorlanmıyorum										Zorlanıyorum

12. Hastalarınızın manevi bakım gereksinimlerini ne düzeyde karşıladığınızı düşünüyorsunuz, aşağıdaki 10'luk cetvel üzerinde işaretler misiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Çok iyi düzeyde
Karşılamıyorum										Karşılıyorum

13. Manevi bakım konusunda eğitim almanın manevi (spiritüel) bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada etkisi var mıdır?

() Etkisi vardır () Etkisi yoktur

14. Sizce bakım veren hemşirenin kendi maneviyatı hastanın manevi bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve karşılanmasında etkili midir?

() Evet etkilidir () Hayır etkili değildir

15. Hemşirelik bakımında hastaların manevi bakım gereksinimlerinin karşılanması bakım kalitesini nasıl etkiler?

- () Bakımın kalitesini etkilemez.
- () Bakım kalitesini azaltır.
- () Bakım kalitesini artırır.

16. Hemşirelik bakım kalitesi hemşirelerin iş doyumunu nasıl etkiler?

- () İş doyumunu etkilemez.
- () İş doyumunu azaltır.
- () İş doyumunu artırır.

17. Hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayan hemşirelerin iş doyumuna size göre nasıldır?

- () İş doyumuna ile bir ilişkisi yoktur.
- () İş doyumuna düşüktür.
- () İş doyumuna yüksektir.

EK-II

MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIMI ALGILAMA ÖLÇEĞİ

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

EK-III

SPIRİTÜALİTE BAKIM FARKINDALIKLARINA İLİŞKİN FORM VAKA ÖRNEĞİ

Vakanın İncelenmesine Yönelik Talimat;

Aşağıda bir vaka örneği yer almaktadır. Sizden vakayı hemşirelik bakımı açısından değerlendirmeniz istenmektedir. Hasta ve ailesine yönelik hemşirelik bakımını planlarken hastayı ve ailesini bütüncül (fizyolojik, psikolojik, sosyal, manevi ve kültürel) olarak ele alınız. Planlamış olduğunuz bakımları vakanın sonundaki boş alana lütfen maddeler halinde yazınız. Örneğin; “- hastanın beslenmesini değerlendirmek için elektrolit değerlerinin takip edilmesi” gibi. Hemşirelik bakımlarını örnekte verildiği şekli ile maddeler halinde yazınız lütfen. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Lütfen yanıtlarınızı o anki bilgi ve düşüncelerinize göre veriniz.

VAKA

“Hasta 40 yaşında kadındır. Hasta ev arkadaşı tarafından baygın bir halde bulunmuş ve hemen 112’yi aranarak hastaneye getirilmiş. Tüm değerlendirmeler yapıldıktan sonra hastanın yatışı “hipoksikensefalopati” tanısı ile anestezi yoğun bakım ünitesine yapılmış. Bu yoğun bakım ünitesinde 3 ay tedavi ve bakım alan hastanın takibi daha sonra nöroloji yoğun bakım ünitesinde devam etmiş. Hastanın geçmiş sağlık öyküsünde hasta epilepsi tanısına sahiptir.

Nöroloji yoğun bakım ünitesine tedavi ve bakımları yapılan hastanın bilinci açıktır. Ayrıca uzun süreli yatağa bağımlı olan hastanın koksiks bölgesinde 1. derece dekübit var. Hastanın alt ve üst ekstremitelerinde de kısıtlılıklar oluşmaya başlamıştır. Hasta ile iletişim kurulmaya ya da ona dokunulmaya çalışıldığında özellikle dekübit bakımı verilirken hastanın anksiyetesi artmaktadır. Hastanın kişisel bakım gereksinimleri karşılanırken hasta kendini kasmakta, hasta bakıcı ve hemşirelere direnç göstermektedir. Hastanın bakımlarına katılımının olmaması ve direnç göstermesi oral alımını da zorlaştırmakta olup hastanın beslenmesi NG ile yapılmaktadır. Hastanın ailesi hastayı çok konuşkan, müzik dinlemeyi seven biri kişi olarak tanımlamaktadır. Hastanın kendini rahatlatmak için dua ettiğini, yürüyüşler yaptığını, sevdiği insanlarla sohbet ettiği bilgileri hastanın ailesi tarafından verilmiş olup hasta şuan ki durumu ise depresif ve konuşmaya isteksizdir. Hastanın ailesi hasta için başında dua edilirse hastanın kendini iyi hissedeceğini düşünmektedir. Aynı zamanda aile hastanın iyileşmesi için okutulan suyu içirmek istemiştir.

Hasta sağlık ekibine karşı güvensizliğini gösteren davranışlar göstermekte olup bakım gereksinimleri karşılayan hemşirelerin sürekli gözünün içine bakmaktadır. Ziyaretçi saatlerinde çok mutlu görünen hasta ziyaret saatinden sonra ağlamaklı olmaktadır.”

Bu hastanın hemşiresi olarak sizin planlayacağınız bakımları maddeler halinde arka sayfaya kısa ve net ifadeler ile yazınız.

Planlanan Bakımlar

EK-IV

MINNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda işinizden aldığınız doyumunu değerlendirmek amacıyla Minnesota Doyum Ölçeği bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatlice okuyarak işinizin o cümlede belirtilen yönünden ne derece memnun olduğunuzu bir (X) işareti ile belirtiniz. Her cümlede "bu yönden işimden ne derece memnunum" diye cevaplayınız.

Şimdiki İşimden	Hiç memnun değilim	Memnun değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok memnunum
Beni her zaman meşgul etmesi bakımından					
Tek başıma çalışma imkânının olması bakımından					
Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansının olması bakımından					
Toplumda "saygın bir kişi" olma şansını bana vermesi bakımından					
Yöneticimin karar vermedeki yeteneği bakımından					
Yöneticimin ekibindeki kişileri idare etme tarzı bakımından					
Vicdanıma aykırı olmayan şeyleri yapabilme şansının olması bakımından					
Bana sabit bir iş sağlaması bakımından					
Başkaları için bir şeyler yapabilme imkânına sahip olmam açısından					
İş arkadaşlarıma ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından					
Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansının olması bakımından					
İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konulması açısından					
Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından					
İşimde terfi imkânının olması bakımından					
Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından					
İşimi yaparken kendi yeteneklerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından					
Çalışma şartları bakımından					
Çalışma arkadaşlarımdan birbiriyle anlaşması bakımından					
Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem bakımından					
Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi bakımından					

EK-V

ETİK KURUL ONAYI



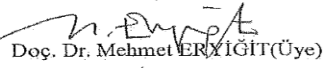
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Dilek UYGUR
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik A. B. D.

Sayın Dilek UYGUR

**“Hemşirelerin Spiritüallite ve Spiritüel Bakım Algısının Belirlenmesi ve Spiritüallite ile İş
Doymu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ”** konulu araştırmanızla ilgili olarak Abant İzzet
Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz
başvuru (Protokol NO. 2014/63) Kurulumuzun 20.06.2014 tarihli ve 2014/63 toplantısında
değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarız.


Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)


Doç. Dr. Mehmet ERZİĞİT (Üye)

Doç. Dr. Mithat DURAK (Üye) izinli


Doç. Dr. Altay EREN (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Dilşad ÇOKNAZ (Üye) izinli Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY (Üye)

Av. Zuhale DEMİRCİ (Üye)



EK-VI

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ ARAŞTIRMA ONAYI



T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 24080540-300-2004
Konu: Tez Çalışması

25.07.2014

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi: 14.07.2014 tarih ve 73351307/300-601 sayılı yazınız.

Bolu Sağlık Yüksekokulunun ilgi yazısı incelenmiş olup, öğrenci Dilek UYGUR'un (21110801) "Hemşirelerin Spiritüel ve Spiritüel Bakım Algısının Belirlenmesi ve Spiritüel ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Yrd. Doç. Dr. Yaşar DAĞISTAN
Başhekim V.

EK: 3 Sayı Yazı

Adres: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü,
İzzet Baysal Kampüsü, 14280 Gököy-BOLU Tel: 0 374 253 46 56 Faks: 0 374 253 46 15

BOLU KAMU HASTANELERİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA ONAYI

(EK-1) BOLU İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Bilek Uygur arasında düzenlenmiştir.Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Bolu Yarı Akut Bakım Birliği - Bolu HastanelerÇalışmanın Adı: Hemodiyaliz, Sprinkler ve Sanitasyon Sistemleri ile ilgili araştırmaBü çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Bilek Uygur

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Bolu İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Kamu Hastaneler Birliği personelinin de yararlanacaksa ayrıca Kamu Hastaneler Birliğinden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Genel Sekreterliğin ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlaması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite ve ya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitaplık halinde Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, Halk Sağlığı Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 11 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.b) Başlangıç 01.09.2014 / Bitiş 01.09.2015

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolden daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olacaktır, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Bolu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Bolu ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve
Cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.
14.03/2014

Bilek Uygur
düyay

OLUR
.../.../2014
Murat ÖZMEN
Genel Sekreter

.../2014
Uğur PAY
İdari Hizmetler Başkanı

EK-VIII

MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM ALGILAMA ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNI

26.05.2016

RE: maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği kullanım izni - dilek uygur

RE: maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği kullanım izni

dilek uygur

03.06.2014 (Sal) 11:48

Kime:safak.daghan@ege.edu.tr <safak.daghan@ege.edu.tr>;

Merhaba Sayın Dağhan,
Teşekkür ediyorum, araştırmam bittikten sonra SPSS te kodlanmış verileri elbette size de gönderirim. İyi çalışmalar...

Date: Tue, 3 Jun 2014 11:06:35 +0300
From: safak.daghan@ege.edu.tr
To: dilek_uygur88@hotmail.com
Subject: Re: maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği kullanım izni

Dilek hanım merhaba,

Ayla hanım ve bana göndermiş olduğunuz mailde Maneviyat ve Manevi bakım ölçeğini kullanmak istediğinizi belirtmişsiniz. Ölçeği sizden önce pek çok araştırmacı araştırmasında kullandı. Size de kullanım iznini memnuniyetle veriyoruz. Diğer araştırmacılardan da istediğimiz gibi, sizden de araştırmanız bittikten sonra SPSS te kodlanmış verileri bize de göndermenizi rica ediyoruz. Ayla hanımla birlikte ileride ölçekle ilgili bir çalışma yapmak istiyoruz, bu verileri göndermeniz konusunda hassasiyetinize güvenerek, çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

Doç.Dr.Şafak Dağhan

Kimden: "dilek uygur" <dilek_uygur88@hotmail.com>
Kime: "safak ergul" <safak.ergul@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 2 Haziran Pazartesi 2014 23:08:34
Konu: maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği kullanım izni

Merhaba Sayın Ergül,
Ben Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Literatür incelememde sizin ve sayın Temel'in geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeğini gördüm. Manevi bakım ve iş doyumu çalışacağım yüksek lisans tez çalışmamda izin verirsiniz bu ölçeği kullanmak istiyorum. Teşekkür ediyorum. İyi çalışmalar.

UYGUR

öğrencisi)

Dilek

(Yükseklisans

<https://outlook.live.com/owa/?viewmodel=ReadMessageItem&ItemID=AQMkADAwATY3ZmYAZS1jMDc2LTA5MmE1MDACLTAwCgBGAAADVkf4ZoeX6...> 1/1

EK-IX

MINNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Eylemler

Asli Baycan Binark (asli@aslibaycan.com)

Kişilere ekle

14:58

Kime: dilek uygur



Ölçeği kullanabilirsiniz..

Selamlar,

Asli BAYCAN

Eylemler

dilek uygur

14:14

Kime: Asli Baycan Binark



Merhaba Sayın Baycan,
Ben Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik
Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Literatür incelememde sizin
geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz Minnesota İş Doyum Ölçeğini gördüm.
Manevi bakım ve iş doyumu çalışacağım yüksek lisans tez çalışmamda izin
verirseniz bu ölçeği kullanmak istiyorum. Etik kuruldan izin alabilmem ve
tezimi yürütebilmem için sizin izninize ihtiyacım var; aksi taktirde tez
çalışmamı yapmam için gerekli izinler verilmeyecek. İlginiz için teşekkür
ediyorum. İyi çalışmalar.

Dilek UYGUR

(Yükseklisans Öğrencisi)

EK-X

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Katılımcı;

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tez konum hemşirelerin spiritüel ve spiritüel bakım algısının belirlenmesi ve spiritüel ile iş doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi'dir. Bu araştırmanın amacı klinikte çalışan hemşirelerin spiritüel ve spiritüel bakım kavramlarını algılama düzeylerinin, spiritüel bakım gereksinimleri konusundaki farkındalıklarının, iş doyumlarının belirlenmesi ve spiritüel bakım algılarını ve farkındalıklarını etkileyen faktörlerin ve spiritüel ile iş doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu araştırma hemşirelik bakımın önemli bir boyutu olan spiritüel bakımın önemini vurgulayarak bakım içinde yer alıp almadığını ve yer almamasının nedenlerini ortaya koyacaktır. Araştırma sonuçları spiritüel bakım ile ilgili hemşirelere yönelik eğitimlerin yapılması ve spiritüel bakımın verilmesini etkileyen etmenlerin en aza indirilmesinde kullanılacaktır.

Bu araştırma Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Bu araştırmaya sizinle birlikte Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı tüm hastanelerin kliniklerinde çalışan hemşireler dâhil edilecektir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup çalışmaya katılıp katılmama konusunda serbestsiniz. Bu çalışmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup anketi doldururken dürüst ve içtenlikle doldurmanız konusunda özenle davranmanızı rica ediyorum. Anketi doldururken kimliğinizi belirtecek ad-soyadınızı yazmanıza gerek yoktur. Ankete vermiş olduğunuz yanıtlar gizli tutulacak olup sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmaya katılımınızın bilimsel bilgiye destek verecek ve araştırmanın başarısı açısından da önemlidir. Zaman ayırdığınız ve araştırmaya katıldığınız için içtenlikle teşekkür ederim.

Dilek UYGUR
AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
Telefon: (0374) 253 46 56 (3095)

Katılımcının İmzası:
Tarih:

9. ÖZGEÇMİŞ

Dilek UYGUR 24.02.1988 tarihinde Şabanözü'nde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Ankara'da tamamladı. Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden 2011'de mezun oldu. 2011 yılında Aytuğ Kolankaya Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaya başladı. 27.06.2012 yılında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji-Beyin Cerrahi yoğun bakım ünitesinde hemşire olarak göreve başladı. O tarihten itibaren aynı görevinde devam etmektedir.

