

**T.C.  
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELERİN ÖZ ŞEFKAT DÜZEYLERİ İLE SPİRİTÜEL  
BAKIM ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAKAN TURAN**

**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. MÜRŞİDE ZENGİN**

**ADİYAMAN, 2025**

## ÖZET

### HEMŞİRELERİN ÖZ ŞEFKAT DÜZEYLERİ İLE SPIRİTÜEL BAKIM ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Hakan TURAN**

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı**

**Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Şubat/2025, Sayfa:52**

**Danışman: Doç. Dr. Mürşide ZENGİN**

Bu araştırma hemşirelerin öz şefkat düzeyleri ile spiritüel bakım algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma Şubat 2024 ile Haziran 2024 tarihleri arasında Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 283 hemşire ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu (ÖŞÖ-KF) ve Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistiksel analizler, t testi, tek yönlü ANOVA ve Pearson korelasyon katsayısı bakılarak değerlendirilmiştir. Katılımcı hemşirelerin yaş ortalaması  $33.6 \pm 7.5$ , %75.6'sı kadın, %84.8'i lisans mezunu ve %46.6'sı gündüz ve gece karma shift şeklinde çalışmaktadır. Hemşirelerin ÖŞÖ-KF puan ortalamaları  $36.1 \pm 6.2$  ve MMBDÖ puan ortalamaları  $2.4 \pm 0.5$  olarak bulunmuştur. Çalışma memnuniyeti yüksek olan ve spiritüel bakım bilgisine sahip olan hemşirelerin öz şefkat düzeyi daha yüksek olarak belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Spiritüel bakım konusunda kendisini yeterli bulan hemşirelerin öz şefkat düzeyi en yüksek, yeterli bulmayanların öz şefkat düzeyi ise en düşük bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Erkek hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyinin kadın hemşirelerden yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). ÖŞÖ-KF ile MMBDÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r: -0.071$ ;  $p: 0.236$ ). Araştırma bulguları, hemşirelerin öz şefkat seviyelerinin orta düzeyde, maneviyat ve manevi bakım algılarının ise orta düzeyin altında olduğunu ve bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Bu sonuçlar, hemşirelerin öz şefkat düzeylerinin artırılması ve manevi bakım algılarının güçlendirilmesine yönelik eğitim ve müdahalelerle desteklenmesinin gerekliliğini ve önemini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik; Manevi bakım; Öz şefkat; Spiritüel bakım; Şefkat

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSES' LEVELS OF SELF-COMPASSION AND THEIR PERCEPTIONS OF SPIRITUAL CARE

**Hakan TURAN**

**Department of Nursing Fundamentals**

**Adıyaman University, Graduate Education Institute, February/2025, Page:52**

**Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Mürşide ZENGİN**

This study was conducted to determine the relationship between nurses' levels of self-compassion and their perceptions of spiritual care. The study was conducted among 283 nurses working at Adıyaman Training and Research Hospital between february 2024 and June 2024. The Descriptive Information Form, Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF) and The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) were used to collect data. Data were analysed using descriptive statistical analysis, t-test, one-way ANOVA and Pearson correlation coefficient. The mean age of the participating nurses was  $33.6 \pm 7.5$  years, 75.6% were female, 84.8% were bachelor graduates, and 46.6% worked in mixed day and night shifts. The mean scores of the nurses on the SCS-SF and SSCRS were  $36.1 \pm 6.2$  and  $2.4 \pm 0.5$ , respectively. The self-compassion level of nurses with high job satisfaction and spiritual care knowledge was found to be higher ( $p < 0.05$ ). The level of self-compassion was found to be highest in nurses who felt sufficient in spiritual care, whereas the level of self-compassion was found to be lowest in those who felt insufficient ( $p < 0.05$ ). The level of spirituality and spiritual care perception of male nurses was higher than that of female nurses ( $p < 0.05$ ). There was no statistically significant correlation between the SCS-SF and the SSCRS ( $r: -0.071$ ;  $p: 0.236$ ). The results of the study show that nurses' self-compassion levels are at an intermediate level, their perceptions of spirituality and spiritual care are below the intermediate level, and there is no significant relationship between these two variables. These findings highlight the need and importance of supporting nurses with training and interventions to increase their levels of self-compassion and their perceptions of spiritual care.

**Keywords:** Compassion; Nursing; Self compassion; Spiritual care; Spiritual well-being care

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimde beni destekleyen, bilgi ve deneyimleriyle gelişimime katkı sağlayan ve eğitim sürecinin her aşamasında beni yönlendiren değerli danışmanım **Doç. Dr. Mürşide ZENGİN'e**; Çalışmamıza katılım sağlayan değerli **Hemşire meslektaşlarıma**; ayrıca yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleyen **Aileme** teşekkür ederim.

**Hakan TURAN**



## **ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ**

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Hakan TURAN

## İÇİNDEKİLER

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| BAŞLIK SAYFASI.....                                                     | i   |
| JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI .....                                             | ii  |
| ÖZET .....                                                              | iii |
| ABSTRACT .....                                                          | iv  |
| TEŞEKKÜR.....                                                           | v   |
| ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ .....                       | vi  |
| İÇİNDEKİLER.....                                                        | vii |
| ŞEKİLLER DİZİNİ.....                                                    | ix  |
| TABLolar DİZİNİ.....                                                    | x   |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....                                     | xi  |
| 1. GİRİŞ.....                                                           | 1   |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....                                     | 1   |
| 1.2. Araştırmanın Amacı .....                                           | 2   |
| 1.3. Araştırma Soruları .....                                           | 2   |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                                  | 3   |
| 2.1. Öz Şefkat.....                                                     | 3   |
| 2.1.1. Şefkat kavramı.....                                              | 3   |
| 2.1.2. Öz şefkat kavramı .....                                          | 4   |
| 2.1.2.1. Öz şefkatin önemi ve faydaları.....                            | 5   |
| 2.1.2.2. Öz şefkatin öz acımadan farkı.....                             | 6   |
| 2.1.2.3. Öz şefkatin bileşenleri .....                                  | 7   |
| <i>Self kindness (bireyin kendisine nezaketi, iyi davranması)</i> ..... | 7   |
| <i>Common humanity (ortak insanlık)</i> .....                           | 8   |
| <i>Mindfulness (Farkındalık)</i> .....                                  | 8   |
| 2.2. Spiritüel Bakım .....                                              | 9   |
| 2.2.1. Spirütüalite/ maneviyat kavramı .....                            | 9   |
| 2.2.2. Spiritüalite/maneviyatın önemi.....                              | 10  |
| 2.2.3. Holizm .....                                                     | 11  |
| 2.2.3.1. Holistik (bütüncül) bakım .....                                | 12  |
| 2.2.4. Hemşirelikte spiritüel/manevi bakım .....                        | 12  |
| 2.2.4.1. Spiritüel/ manevi bakım görevlisi .....                        | 14  |
| 2.2.4.2. Spiritüel/manevi bakımda hemşirenin rolü .....                 | 14  |

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.2.4.3. Spiritüel bakım uygulama basamakları .....                                                          | 15 |
| 2.2.4.4. Hemşirelerin spiritüel/manevi bakım vermelerini etkileyen faktörler.....                            | 16 |
| 3. MATERYAL VE METOT .....                                                                                   | 18 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi.....                                                                                  | 18 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....                                                                | 18 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....                                                                   | 18 |
| 3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri.....                                                              | 19 |
| 3.5. Verilerin Toplanması.....                                                                               | 19 |
| 3.5.1. Tanıtıcı bilgi formu .....                                                                            | 19 |
| 3.5.2. Öz-şefkat ölçeği kısa formu (ÖŞÖ-KF) .....                                                            | 20 |
| 3.5.3 Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği.....                                                       | 20 |
| 3.6. Araştırmanın Etik Yönü .....                                                                            | 21 |
| 3.7. Verilerin Analizi.....                                                                                  | 21 |
| 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....                                                                       | 22 |
| 4. BULGULAR .....                                                                                            | 23 |
| 5. TARTIŞMA .....                                                                                            | 33 |
| 5.1. Hemşirelerin Spiritüel Bakım Algı Düzeylerinin Tartışılması .....                                       | 33 |
| 5.1.1. Spiritüel bakım ile ilgili verilerin tartışılması.....                                                | 33 |
| 5.1.2. Maneviyat ve Manevi Bakım Düzeyi Ölçeğine İlişkin Verilerin Tartışılması .....                        | 35 |
| 5.2. Hemşirelerin Öz Şefkat Düzeyleri ve Öz Şefkatle İlişkili Verilerin Tartışılması.....                    | 40 |
| 5.3. Hemşirelerin Öz Şefkat Düzeyi İle Maneviyat Ve Manevi Bakım Düzeyi Arasında İlişkinin Tartışılması..... | 42 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....                                                                                    | 44 |
| 6.1. Sonuç .....                                                                                             | 44 |
| 6.2. Öneriler .....                                                                                          | 45 |
| KAYNAKÇA.....                                                                                                | 46 |
| EKLER                                                                                                        |    |
| ÖZ GEÇMİŞ                                                                                                    |    |

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1 Holistik Bakımın Bileşenleri..... 12

Şekil 2.2 Karşılanmayan Manevi Bakımın Olası Sonuçları..... 14





## TABLÖLAR DİZİNİ

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 4.1.</b> Katılımcılara ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı.....                                                      | 23 |
| <b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların spiritüel bakıma yönelik bilgi ve uygulamaları.....                                            | 24 |
| <b>Tablo 4.3.</b> MMBDÖ puan ortalamalarının katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması.....               | 25 |
| <b>Tablo 4.4.</b> MMBDÖ puan ortalamalarının katılımcıların diğer bazı özelliklerine göre karşılaştırılması.....                | 26 |
| <b>Tablo 4.5.</b> Katılımcıların MMBDÖ puan ortalamalarının spiritüel bakım özelliklerine göre karşılaştırılması.....           | 27 |
| <b>Tablo 4.6.</b> ÖŞÖ-KF puan ortalamalarının katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması.....              | 28 |
| <b>Tablo 4.7.</b> ÖŞÖ-KF puan ortalamalarının katılımcıların diğer bazı özelliklerine göre karşılaştırılması.....               | 29 |
| <b>Tablo 4.8.</b> Katılımcıların ÖŞÖ-KF puan ortalamalarının spiritüel bakım özelliklerine göre karşılaştırılması.....          | 30 |
| <b>Tablo 4.9.</b> ÖŞÖ-KF ve MMBDÖ puan ortalamalarının katılımcıların yaş, mesleki deneyim ve kurumda deneyim ile ilişkisi..... | 31 |
| <b>Tablo 4.10.</b> Değişkenlere ait ortalama, normal dağılım ve güvenilirlik bulguları .....                                    | 31 |
| <b>Tablo 4.11.</b> ÖŞÖ-KF ölçeği ile MMBDÖ ölçeği ve alt boyutlarına ait korelasyon analizi 32                                  |    |

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

|                             |                                                  |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>SPSS</b>                 | : Statistical Package for Social Sciences        |
| <b>ÖŞÖ-KF</b>               | : Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu                    |
| <b>MMBDÖ</b>                | : Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği    |
| <b>TDK</b>                  | : Türk Dil Kurumu                                |
| <b>Ort</b>                  | : Ortalama                                       |
| <b>ss</b>                   | : Standart Sapma                                 |
| <b><math>\bar{X}</math></b> | : Aritmetik Ortalama                             |
| <b>t</b>                    | : İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi |
| <b>F</b>                    | : Tek Yönlü ANOVA                                |
| <b>KW</b>                   | : Kruskal-Wallis H testi                         |
| <b>n</b>                    | : Sayı                                           |
| <b>r</b>                    | : Pearson Korelasyon Katsayısı                   |

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Öz şefkat, bireylerin başkalarına göstermiş olduğu şefkati istenmeyen bir durumla karşılaşınca kendisine de göstermesidir [1]. Öz şefkatli tutum bireyin karşılaştığı olumsuz durumlar karşısında kişinin kendini acımasızca bir tutum sergilemeyerek, bu durumu hayatın olağan akışı olarak değerlendirmesi ve her insanın başına gelebilecek bir durum olarak kabul etmesidir [2].

Sağlık profesyoneli hemşirelerin hastalara kaliteli bakım verme sorumlulukları bulunmaktadır. Hastalar, hemşirelerinin kendilerine karşı şefkatli olmalarını beklemekte ve şefkatle bakım alan hastaların daha memnun olduğu çalışmalarla desteklenmektedir. Hemşirelerin öz şefkatli olmadan hastalara karşı şefkatli bakım sunması mümkün değildir [3]. Bu nedenle hemşirelerin öz şefkat düzeylerinin belirlenmesi kaliteli bir hemşirelik bakımı sunulması açısından önemli bir yere sahiptir.

Spiritüallite; bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkisini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır. Aynı zamanda yaşamın amacını kabul etme çabası olarak tanımlanmıştır. Spiritüel bakım kavramı bireyin fiziksel ve ruhsal sorunlarla başa çıkmasında inançların bireysel öğrenme ve kendini gerçekleştirme yaklaşımlarıyla birlikte tedavi sürecine dahil edilmesidir [4].

Flornce Nightingale “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” diyerek spiritüel/manevi bakımın önemini vurgulamıştır [5]. Spiritüel bakım alan hastaların tedavi sürecine yansıyan olumlu yansımaları çalışmalarla desteklenmektedir [6]. Bu nedenle hemşirelerin spiritüel/manevi bakım algı düzeylerini belirlenmesi, hemşirelik bakımının kalitesini geliştirmek ve iyileştirmek için önem arz etmektedir.

Sağlık profesyoneli hemşirelerin kendilerine göstermiş oldukları şefkat ile hastalara sağlayacakları spiritüel/manevi bakım algı düzeyleri arasında ilişki bulunması muhtemeldir. Literatüre bakıldığında hemşirelerin öz şefkat düzeyleri ile spiritüel bakım algıları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmayla hemşirelerin öz şefkat düzeyleri ve spiritüel bakım algı düzeylerinin belirlenmesi ve

aralarındaki ilişkinin açıklanması ile hemşirelik literatürüne katkı sağlanması amaçlanmıştır.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma; hemşirelerin öz şefkat düzeyleri ile spiritüel bakım algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

### **1.3. Araştırma Soruları**

Araştırma soruları aşağıda sıralanmıştır:

1. Hemşirelerin öz şefkat düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin öz şefkat düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Hemşirelerin spiritüel bakım algı düzeyleri nedir?
4. Hemşirelerin spiritüel bakım algı düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
5. Hemşirelerin öz şefkat düzeyleri ile spiritüel bakım algıları arasında ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Öz Şefkat

#### 2.1.1. Şefkat kavramı

Şefkat Latince kökenli “compassion” kelimesinin karşılığı olarak Türkçe’ye çevrilmiştir [3]. Com (birlikte) ve Pati (acı çekmek) sözcüklerinin birleşmesi sonucu oluşmuştur [7]. TDK’ya göre şefkat kavramı “sevecenlik” olarak tanımlanmış, sevecenlik ise “acıyarak ve koruyarak sevmek” şeklinde açıklanmıştır [8]. Şefkat ingilizce’de “compassion” ile ifade edilmiş ve bu kavramın sözlük anlamı, acı çeken birine karşı gösterilen güçlü sempati ve yardım etme isteği şeklinde tanımlanmıştır [9, 11].

Şefkat; insanların yanlış ve hatalı davranışlarını ya da başarısızlıkları karşısında hatalarını kınamak, eleştirmek ve ayıplamak yerine, onların bu davranışlarının, tüm insanların başına gelebilecek ortak deneyimin bir parçası olarak görerek anlayışlı bir tutum sergilenmesidir [12]. Bu doğrultuda, şefkatli bir yaklaşım; insanların kusursuz olamayacağı ve hata yapma ihtimallerinin göz önünde bulundurulmasını, insanlara karşı sabırlı, hoşgörülü ve anlayışlı olmayı [3], empati göstererek hassasiyetle yaklaşmayı ve bireylerin yaşadıkları acıların herkesin başına gelebilecek bir yaşam deneyimi olduğunun farkında olabilmeyi gerektirmektedir [7]. Şefkat duygusu sayesinde insanlar, zor zamanlarında bir arada olarak birbirlerine destek sağlamaktadırlar [13].

Şefkat, kendimiz dışındaki bireylerin acı ve sıkıntılı durumlarına duyarlı bir şekilde yaklaşmayı ve bu durumları fark ederek, kişiyle bağlantıyı kesmeyip teması sürdürmeye yönelik bir tutum olarak tanımlanmıştır. Bu tutumun sonucunda diğer bireylere karşı şefkat duygusu doğal olarak ortaya çıkmaktadır. Öz şefkate ise aynı duygu ve hissiyatlarının, kişinin kendi acısına ve rahatsızlığına yöneltilmesi, kişinin kendi eksiklikleri ve başarısızlıkları karşısında, pozitif ve şefkatli bir tutum sergilemesidir [14]. Neff’in görüşüne göre, bireylerin yalnızca kendileri değil, tüm insanlık, doğuştan gelen bir değer olarak şefkati hak etmektedir. Bu anlayış, insanın hem kendi hataları ve kusurlarıyla hem de başkalarının zaaflarıyla empati kurmasını ve bu durumları kabul ederek şefkatle yaklaşmasını içerir. Bu bağlamda, şefkat sadece bireyler arası ilişkilerde değil, kişinin kendisiyle olan ilişkisinde de merkezi bir rol oynar ve bu tutum, insan olmanın ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilir [15].

### 2.1.2. Öz şefkat kavramı

Öz şefkatin tanımı Budist psikolojisinden gelmekte ve bilimsel literatür içerisinde dinden bağımsız ifadelerle daha anlaşılır bir şekilde tanımlanmaktadır [16]. Budist psikolojisinin önemli yönlerinden biri; düşüncelerin, bireylerin farkındalıkları ve hassasiyetlerinden oluştuğu varsayımdır [14]. Pozitif psikoloji içerisinde yer alan bu kavram, bireylerin başkalarına karşı göstermiş olduğu şefkati olumsuz durumlar karşısında kendisine de aynı tutumla gösterebilme yeteneğidir. Aynı zamanda zor durumlarla başa çıkma sürecinde değerli bir içsel kaynak olarak kabul edilmektedir [1].

Öz şefkat kavramı, şefkatin daha genel tanımıyla ilişkilidir. Öz anlayış ve öz duyarlılık kavramlarıyla da dilimizde kullanılmaktadır [17]. İsminden de anlaşılacağı üzere, kişinin kendisine göstermiş olduğu şefkati ifade etmektedir [18, 19]. Kişinin kendisine olan şefkati, kendi hatalarını ve kusurlarını affetmesini, insanın mükemmel olamayacağının bilincinde olarak bu duruma saygı duymasını içermektedir [20, 21]. Öz şefkat, bireyin zorlu ve başarısızlıklarla dolu dönemlerinde kendisine karşı katı ve acımasız bir tutum göstererek kendini yaşamdan soyutlaması yerine, yaşadığı durumun birçok insanın ortak deneyimi olduğunu anlayarak, bu durumlara anlayış ve saygıyla yaklaşmasını ifade eder. Bu kavram, kişinin rahatsızlık veren hissiyat ve düşüncelere odaklanmak yerine, onlarla akılcı bir tutumla başa çıkma becerisini içerir [12].

Öz şefkatle, bireylere olumlu olumsuz duygu değerlendirmesi yapmadan kişinin kendisine karşı anlayışlı olmasına ve insanın doğasının farkına varılmasına odaklanır [15]. Başarısızlıkların, yetersizliklerin ve acı çekmenin insani bir durum olduğunun farkında olmayı ve tüm insanların şefkat görmeye layık bireyler olduğunu kabul etmeyi içermektedir [20].

Bireylerin kendi hatalarından, başarısızlıklarından veya kişisel yetersizliklerinden kaynaklı acılarında; yaşamın dış koşullarının zorlaştığı zamanlarda veya bireyin kendi hatası olmadan acı çektiği zamanlarda, öz şefkat duygusu ön plana çıkmaktadır [16]. Ancak, birçok insan, başkalarına karşı göstermeyecekleri olumsuz tutumu, kendilerine karşı gösterme eğilimindedir. İnsanlara direk sorulduğu zaman diğer insanlara kendilerinden daha şefkatli olduklarını ifade ettikleri görülmüştür. İnsanlar kendi kontrolü dışında olan trafik kazası geçirmek, işsiz kalmak gibi durumlarda dahi aynı durumda olan diğer insanlara karşı göstereceği şefkati kendilerine karşı göstermemektedirler [19].

Kişinin öz şefkate sahip olması, ben merkezci olması, bencil olması ya da kişinin kendi isteklerinin başkalarının isteklerinden daha önemli olması anlamına gelmemektedir.

Öz şefkatli olmak; ızdırap duymanın, bireysel eksikliklerin ve başarısızlıkların insan olmanın bir gerekliliği olduğunu kabul etmeyi gerektirmektedir [15].

#### **2.1.2.1. Öz şefkatin önemi ve faydaları**

Öz şefkat hayatın getirmiş olduğu acılar, zorlu yaşam koşulları ve başarısızlık gibi olumsuzluklarla baş etme becerisini arttıran önemli bir kavramdır [12]. İnsanlar başkalarına karşı genel olarak sabırlı, merhametli ve şefkatli bir tutum içerisinde olma eğiliminde olsalar da kendilerine karşı daha sert ve duyarsız bir tutum sergileyebilmektedirler. Kişi kendi sınırlarıyla yüzleştğinde, bu durum zaman zaman olumsuz düşüncelere ve aşırı özdeşleşmeye yol açabilir. Bu durum, kişinin bu duygularına fazla odaklanarak etrafındaki diğer eksiklikleri, zorlukları görmesini zorlaştırabilir veya kişinin olası çözüm potansiyellerini fark etmesini engelleyebilir. İnsanlar kusurların ve eksikliklerin ortak insani deneyimlerin bir parçası olduğunu unuttukları zaman kendilerini izole etme eğiliminde olabilirler. Bu durum çekilen acı, ızdırap ve rahatsızlığın artışına neden olabilir [21].

Bireylerin başarısızlıkları ve hatalı davranışları yargılanmadan yaygın insanî hatalar olarak kabul edilmelidir. Bu nedenle öz şefkatle kişinin kendi acısına ve hatasına değinilir, bireyin hatalarından kaçmamasına ve kendisine karşı nezaketle iyileştirme isteği oluşmasına olanak sağlanmaktadır. Böylece bireylerin yetersizlikleri karşısında herhangi bir değerlendirilmeye tutulmadan desteklenmesini gerektirir [20]. Bu sayede negatif duygular pozitif duygulara dönüştürülür, rahatsız edici duygu ve düşünceler önlenir ve kişinin kendi durumunu daha iyi tanımasına katkı sağlanır. Bu durumda kişinin iyilik halini teşvik etmesini ve sürdürmesini sağlayan davranışları ortaya çıkar. Kişinin kendi duygularını tanıma ve yönlendirme becerisi ile ilişkili olarak öz şefkat duygusal zekanın önemli bir yönünü oluşturur [15].

Bazı kişiler çok fazla öz şefkate sahip olmanın kişide hareketsizliğe neden olabileceğini düşünebilir ama bu durum öz şefkat duygusu gerçek olduğu zaman söz konusu değildir. Öz şefkat beklenen başarı ya da standart sağlanamadığında kişinin kendisini katı ve sert bir şekilde eleştirmemesini gerektirir. Bu durum, hataların göz ardı edilmesi ya da düzeltilmemesi anlamına gelmemektedir. Aksine istenen başarının sağlanması için gerekli davranışlar sabırla ve nezaketle teşvik edilmektedir. Bundan dolayı öz şefkatli olmak eylemsizlik ya da pasiflik anlamına gelmemektedir. Tam tersine öz şefkatin eksikliği, kişiyi eylemsizlik ve hareketsizlik durumuna itebilir. Kişinin kendisine

şefkat göstermesi, eleştirilme ve kınanma korkusu olmadan kendi eksikliklerini daha açık bir şekilde görerek düzeltmesine imkan sağlamaktadır. Bunun yanı sıra, bireyin kendisini daha az yargılaması, başkalarını da daha az yargılamasını sağlayarak daha empatik ve anlayışlı bir toplumsal ortamın oluşmasına katkıda bulunur. Bu, kişilerarası ilişkilerde daha sağlıklı ve destekleyici bir dinamik oluşmasına olanak tanır [20].

Öz şefkat, insanın hata yapabileceğini ve kusurlu olabileceğini gerçeğini kabul etmeyi, mükemmellikten uzak olmanın da insani olduğunu ve bireyin hatalarından öğrenerek deneyimlerinden ders alabileceğini hatırlatır [21]. Yüksek öz şefkate sahip bireyler, hata yaptıklarında kendilerine şefkatli, anlayışlı ve hoşgörülü davranırlar; kendilerini daha az eleştirir ve daha az öfkelenirler. Kendine şefkatli davranma, kişinin kendisiyle olumlu, teşvik edici ve affedici bir üslupla konuşmasıyla zihinsel faaliyetlerde kendini gösterebilir [22].

Öz şefkati yüksek bireyler, düşük olan bireylerden daha az anksiyete ve depresyon görülme sıklığına sahiptir. Çünkü yaşamış oldukları olumsuz durumlar ve aşırı özdeşleşmeler karşısında kendilerini daha az yargırlar ve olumsuz durumu sürdürmezler [15].

#### **2.1.2.2. Öz şefkatin öz acımadan farkı**

Öz şefkat kavramı, kendine acımadan farklılık göstermektedir. İnsanlar kendilerine acıdiklarını fark ettiklerinde, bu durum diğer insanlarla ilişkilerinin kopuk bir hal almasına yol açmaktadır. Bireyler, kendi problemleriyle çok fazla meşgul olmakta ve diğer insanların da benzer sıkıntılar içerisinde bulunduklarını unutmaktadırlar [15]. Dünyada acı çeken tek kişinin kendisi olduğunu düşünmektedirler. Kendine acıyan kişi acının boyutunu abartır ve diğer bireylerden ayrı olduğunun vurgusunu yapar [20]. Kendisine ait ızdırapları ve acıları abartma eğilimi gösterirler [15]. Öz acıma hisseden bireyler, kendilerini duygularına çok fazla kaptırabilmektedirler. Bu süreç “over identification” yani aşırı özdeşleşme olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda kişi duygularıyla o kadar meşgul olmaktadır ki alternatif duygusal cevaplar ve yorum yapabilme becerileri aktif hale gelmez. Bireyin farkındalığı, bireysel tepkiler nedeniyle azalmakta, bu da onun durumdan uzaklaşmasına ve nesnel bir bakış açısı geliştirememesine neden olmaktadır [20]. Öz şefkat sürecinde bu durumun aksine kişi kendisiyle ve diğer insanlarla etkileşim içerisinde bulunmaktadır. Bu sayede aşırı özdeşleşim döngüsü kırılmaktadır. Böylece bencillik duygusu azalırken bireyleri birbirine bağlayan duygular artar [15].



Bireyde acıma duygusu hissedildiğinde, acı çeken bireyden kendisini bağımsız hissederek, bu benim sorunum değil düşüncesine sahip olunmaktadır. Şefkat duygusu hissedildiğinde, diğer bireylerle temasta hissedilerek, iyi ki ben değilim düşüncesine sahip olunmakta ve acının tüm insanlığın yaşadığı ortak duygu olduğu bilinmektedir [20].

### **2.1.2.3. Öz şefkatin bileşenleri**

Bireyler, öz şefkati tam olarak yaşamak için farkındalık geliştirmesi ve dikkatli bir bakış açısı benimseme gereklidir. Şefkat duygusunu tecrübe edebilmek için, kişinin acı verici duygulardan kaçınmaması ve bu duyguları bastırmaması gerekmektedir. Zira şefkati yaşayabilmek, ancak bu duyguları bilmek ve hissetmekle mümkündür. Bireyin nezaketini ve insani deneyimlerini genişletmesi için belirli bir zihinsel alanın sürdürülmesi oldukça önemlidir. Bu, kişinin duygularıyla aşırı özdeşleşmemesi durumunda mümkün hale gelir. Bu durumda, öz şefkatin etkili bir şekilde işlev görebilmesi için üç ana bileşene ihtiyaç vardır [15]. Öz şefkatin bu bileşenleri öz şefkatli bir düşünce yapısı oluşturmak için bir araya gelerek etkileşime girerler [19]. Bu bileşenlerin birbiriyle ilişki halinde olarak öz şefkatin zihinsel çerçevesini oluşturduğu kabul edilir [14]. Bileşenler; self kindness (bireyin kendisine nezaketi, iyi davranması), common humanity (ortak insanlık) ve mindfulness (farkındalık) şeklindedir.

#### ***Self kindness (bireyin kendisine nezaketi, iyi davranması)***

Öz şefkatin ilk bileşeni, acı çekildiğinde ya da rahatsız edici duygular ortaya çıktığında, bireyin kendisine karşı anlayışlı davranmasıdır [14]. Bireyin kendisine nezaketi, kendisine karşı acımasız, yargılayan ve eleştiren bir tutum yerine nazik ve anlayışlı olma eğilimidir ve yetersizliklerimiz nedeniyle kendimize karşı katı bir tutum sergilemek yerine kusurlarımızın olacağı gerçeğini kabul etmeyi gerektirir. Öz şefkatli bireyler, istenmeyen bir durumla karşılaştıklarında bu duruma yalnızca katlanmazlar, kendilerine karşı rahatlatan ve sakinleştiren bir tutum sergilerler [16]. Bireyin kendisine iyi davranması, ideallerin altında kalan yaşam koşulları nedeniyle öfkeye başvurmak yerine, sakinleşme yöntemlerini tercih etmesini sağlar. İç konuşmaları sert ve küçümseyici ifadelerden arındırarak, sakinleştirici ve teşvik edici bir üslupla gerçekleştirir. Bireyler problemleri yargılamadan olduğu gibi kabul ederek kendilerine yardımcı olma süreçlerini kolaylaştırırlar [19].

### ***Common humanity (ortak insanlık)***

Öz şefkatin ikinci bileşeni, işler ne kadar olumsuz bir şekilde ilerlerse ilerlesin, ortaya çıkan duygu ve düşüncelerin ortak insani deneyimin bir parçası olduğunu kabul etmeyi içerir [22]. Ortak insanlık, kişinin yaşamış olduğu acıları insan olmanın bir yönü olarak algılaması ve kişinin diğer insanlardan farklı olarak kendi hakkında yorum yapmaması olarak belirtilir [14]. Ortak insanlık, insani koşulların mükemmel olmadığını ve yaşamış olduğumuz acıların yalnızca bizim tarafımızdan yaşanmadığını anlamaya dayanır [19]. Ortak insanlık duygusu, herkesin bir şekilde hata yapabileceği, yanılabilceği ve yetersizlik hissine sahip olabileceğini benimsemeyi içerir [16].

Öz şefkat; hataları ve eksiklikleri, genel insani koşulların bir parçası olarak görür ve kapsamlı bir perspektiften inceler [16]. Bireyler her zaman arzuladıkları sonuçları elde edemeyebilir veya istedikleri kişi olamayabilirler. Bu dünyada herkes tarafından yaşanan hayat insani deneyimin bir parçasıdır. Bireyler, kusurları ve eksiklikleri açısından yalnız değildir; bu tür özellikler, insan deneyiminin evrensel bir parçası olarak kabul edilir [19]. Benzer bir şekilde zorlu yaşam koşulları ortak insani deneyimler olarak değerlendirilir ve acı çeken kişi diğerlerinden kopmadan onlarla bağlantıda hisseder. Ancak bireyler genellikle başarısızlık ve hataları karşısında insanlardan izole hissederek bu yaşananların normal olmadığını düşünebilirler. Bu yaklaşım, gerçekçi bir düşünme tarzını yansıtmaz ve genellikle, insanlar arasındaki bağların kopmasına yol açan mantıksız bir "ben" odaklılığı içerir [16]. Çoğu zaman, bireyler başarısızlıklar ve eksiklikler karşısında kendilerini yalnız hisseder ve mantıksız bir biçimde yalnızca kendilerinin zor zamanlar geçirdiğini düşünürler. Bu bakış açısı, bireyleri yalnız ve izole hissetmelerine yol açar ve acılarını artırır. Başarısızlıkların ve yetersizliklerin aslında normale ait olduğunu unuturlar. Acı verici ve zorlayıcı dönemlerde, bu durumun ortak bir insan deneyimi olduğunu hatırlamak, bireylerin kendilerini daha az izole hissetmelerine olanak tanır. [19]. Yaşanan bu durumun yalnızca kendi başına gelmediğini, herkesin başına geldiğini bilmek, izolasyon duygusunu azaltarak baş etme davranışlarını destekler [22].

### ***Mindfulness (Farkındalık)***

Öz şefkatin üçüncü bileşeni, mindfulness yani farkındalıktır [16]. Neff farkındalığı öz şefkatin temel bileşenlerinden biri olarak tanımlayarak kişinin duygularının farkında olmasının öz şefkat göstermek için temel olduğunu ileri sürmüştür [22]. Farkındalık, bireylerin duygu ve düşüncelerini yargılayıcı olmayan, yeni fikirlere açık bir zihin

tutumuyla, değiştirmeye ve uzaklaştırmaya çalışmadan ortaya çıkarmaktır [15]. Dengeli bir bakış açısıyla duygularda srklenmemeyi içerir. Ancak z şefkati düşük bireyler zor zamanlarda yaşanan durumun olumsuzluğuna takılarak duygularıyla uğraşırlar [22].

Farkındalık kişinin bulunduğu anlık yaşam tecrübesinin net ve dengeli bir tutumla farkında olmasını içerir. Böylece kişi, kendisinde beğenmediği yönler ve yaşamdaki olumsuzluklar hakkında ne aşırı düşünür ne de onları görmezden gelir. Öncelikle, bireyin kendisine şefkatli davranması için sıkıntılarla mücadele ettiğini farketmesi gereklidir. Sıkıntıların açıkça görüldüğü durumlarda bile, birçok birey kendi yargılarını oluşturmak veya mevcut problemlere çözüm aramak gibi süreçlerle derinlemesine meşgul olur. Bu yoğun odaklanma, kendi yaşadıkları acıları ve sıkıntıları fark etmeleri için gereken duraksamayı sıklıkla engeller. Farkındalık, bireyin yaşadıklarını daha geniş bir perspektiften ve nesnel bir bakış açısıyla değerlendirerek, onları daha ayrıntılı bir şekilde incelemesine olanak tanır. Ayrıca aşırı özdeşleşme olarak adlandırılan kişinin kendi acısına takılıp kalarak onun etkisinden ıkamamasının önüne geçer [16].

Kişinin kendine karşı şefkatli tutum geliştirebilmesi, farkındalık (“mindfulness”) ile duygusal ve zihinsel dengenin korunmasını gerektirir [20]. Farkındalık, negatif düşüncelerle aşırı özdeşleşmek yerine süreci ve yaşananları dengeli bir şekilde fark ederek süreci ve yaşananları kabul etmektir [14].

Mindfulness, aşırı zdeşleşmeden kaçınmayı, duygulardan tamamen kopmamayı, zihinsel ve duygusal olayların olduğu gibi kabul edilmesini gerektiren dengeli bir farkındalık durumudur. Bu durumun yoğun yaşanması da bireyleri olumsuz etkilemektedir. Aşırı zdeşleşme, yani 'over identification', bireylerde ayrılık ve yalnızlık duygularını artırır. Bu süreçte benlik duygusunun aşırı beslenmesi, insanların kendi acıları ve hayal kırıklıklarıyla ilgili farkındalıklarının glgelenmesine neden olur [20].

## **2.2. Spiritüel Bakım**

### **2.2.1. Spirtalite/ maneviyat kavramı**

Türk Dil Kurumu'na göre spiritüel kelimesi “ruhsal” anlamına gelmektedir [23]. Spiritaliteye ait birçok tanım bulunmakla birlikte, Türkçe karşılığı olmayan bu kavram, Arapça bir sözcük olan maneviyatın tanımıyla uyum içerisindedir [24]. Spiritüalite ve maneviyat kavramları anlamca örtüşmekte ve aynı anlamda kullanılabilmektedir [24, 25]. TDK'ya göre maneviyatın “maddi olmayan, manevi şeyler”, “inanç, ahlak, erdem gibi

değerler bütünü”, “karşılaşılan zorluklar karşısında inanç ve ahlaki değerlerden doğan dayanma gücü” ve “moral” anlamları bulunmaktadır [26].

Geçmişten bugüne bir çok farklı kavramla alakalı olarak farklı şekillerde tanımlanmıştır [27]. Spiritüallite, bireyin kendisiyle, diğer bireylerle ve dünyayla olan etkileşimini anlamaya, varlığının amacını keşfetmeye ve bu durumu kabul etmeye yönelik bir çaba olup, bireyin yaşam süreci boyunca öğrendiği bilgilerin bir neticesi olarak ortaya çıkmaktadır. Kişinin hayat gayesini oluşturan, kişi için önemli unsurları içinde barındırır [28]. Spiritüallite kavramı dinin ilk bileşeni olarak kabul edilebilir ancak dini inanç ve ritüellerle sınırlı olmayan daha kapsamlı bir kavramdır [25, 29]. Bireyi motive eden güç olarak spiritüallite; dini de içerisine alan, bireyin yaşama sevinci ve hayata tutunması gibi içsel kaynaklarının tümünü içermektedir (3, 6).

Spiritüallite; başka bireylerle, tabiatla, dinle, gelenekler ve örflerle hayatta anlam ve amaç arayışı bulmak, kendinin daha iyi bir versiyonu olmak gibi insani tecrübelerdir [32]. Bireyler, kendi misyonlarına yönelik cevaplarıyla kendi manevi dünyalarını kurmaktadır; bu nedenle birey için önemi olan değerleri manevi dünyalarında barındırırlar [33]. Spiritüallite farklı din, kültür ve inançları kapsadığı gibi dini bir inancıya sahip olmayanları da kapsamaktadır [31].

### 2.2.2. Spiritüallite/maneviyatın önemi

20. yüzyıla dek, dünya genelindeki insan topluluklarında şifa yöntemleri genellikle maddi ve fiziksel çözümler üzerine odaklanmışken, eş zamanlı olarak ruhsal veya maddeden bağımsız arayışlar da süregelen bir varlık göstermiştir. Bu durum, insanlık tarihinde somut tedavi yöntemlerinin yanı sıra manevi ve metafiziksel yaklaşımlara olan sürekli ilgiyi yansıtarak kültürel ve tıbbi pratiklerin çok boyutlu doğasını ortaya koymuştur. 20. yüzyıldan sonra rasyonel tedavi yaklaşımıyla manevi tedavi arayışı ayrılarak yalnızca maddi ve fizik tedavi yöntemleri uygulanmıştır. Fakat bireylerin hasta oldukları zaman, spiritüel bakım arayışı içerisine girmeleri, bu konuda talep göstermeleri ve maneviyatın bireylerin tedavilerindeki destekleyici etkilerinin fark edilmesiyle birlikte manevi bakım tedavi yaklaşımlarında tekrardan önemli bir hale gelmeye başlamıştır [33].

İnsanların fiziksel gereksinimleriyle psikososyal gereksinimleri arasında ilişki vardır. Bireyde ortaya çıkan psikolojik ya da sosyal bir problem patolojik değişimlere neden olarak, fiziksel bir problemin ortaya çıkmasına yada olan problemin ilerlemesine neden olabilmekte veya bunun tam tersi de gerçekleşebilmektedir [33]. İnsanın psikolojik

boyutunu ele alan spiritüalite kavramı, geçmişte daha çok dinle sınırlı olarak kullanıldığı için manevi başa çıkma yöntemleri de yalnızca dinle sınırlı olarak gelişmiştir [27].

Sağlık hizmetleri sunumunda spiritüel bakım hasta bakımının önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Erikson ve arkadaşları tarafından geriatri alanında yapılan bir araştırmada, ilerleyen yaşlarda, maneviyatın sağlığı ve iyi olma halini desteklediği bulunmuştur [34]. Maneviyat, bireyin yaşamını tehdit edici bir unsur oluştuğunda baş etme stratejileri geliştirmesi ve bireyi rahatlatması açısından da önemli bir faktördür [35]. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini artırdığı için spiritüel bakımın tedaviye dahil edilmesinin önemini vurgulamaktadır [34].

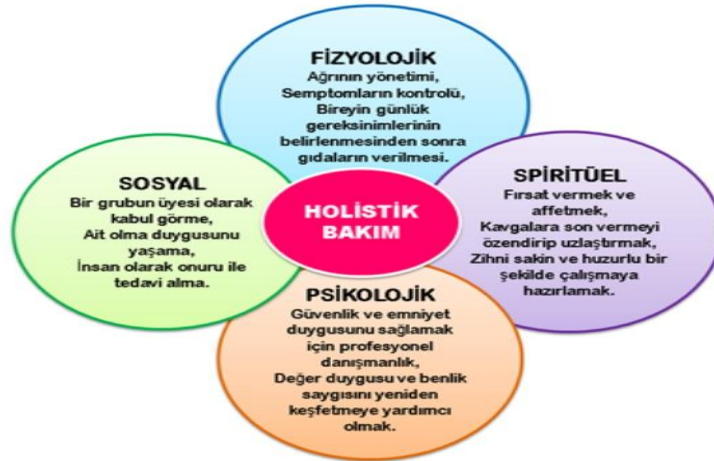
Spiritüel bakımın önemi çeşitli kuramcılar tarafından da vurgulanmıştır. Modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Florance Nightingale, “Sağlık için manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir” diyerek insanın spiritüel yönünün önemi vurgulanmıştır [36]. Joyce Travelbee ise, “Bir hemşire, fiziksel rahatsızlıkları hafifletmekle sınırlı kalmayıp, bireye holistik bir bakış açısıyla bütünsel bir bakım sağlar” diyerek bakımın tüm boyutlarının önemini belirtmiştir [5]. Bireyin manevi boyutunu görmemek, insan yaşamının bütünlüğünü reddetmek anlamına gelir [35]. Yapılan araştırmalar manevi faaliyetlerin hastalıkların tedavi edilmesinde, ağrı, stres ve depresyon düzeyinin azaltılmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında ve problemlerle başa çıkılmasında faydalı olduğunu ortaya koymuştur [37, 38]. Hemşirelik bakımının daha çok ruhsal boyutuyla alakalı olan spiritüel bakım kavramı, hemşirenin din ve vicdanıyla ilişkili olduğundan göreceli bir kavramdır ve bu nedenle hemşirelik bakımında net bir yaklaşım oluşturulamamıştır [27].

### **2.2.3. Holizm**

Holizm, bütünün kendisini oluşturan unsurların toplamından daha fazla öneme sahip olduğunu savunan bir felsefe görüşüdür. Holizm’e göre insan bir bütündür ve ona ait parçaların birbirinden bağımsız ve ayrı değerlendirilmesi doğru sonuçlar vermez [5]. İnsan yaratılışı gereği fiziksel, sosyal ve manevi ihtiyaçları bulunan bir canlıdır [39]. Holizm perspektifine göre, bütünün içerisinde fizyolojik, psikolojik, manevi, sosyal ve kültürel unsurlar bir arada devamlı bir etkileşim halindedir. İnsanı tanıyabilmek için bileşenleriyle beraber bütünsel bir yaklaşımla ele almak gerekir [40].

### 2.2.3.1. Holistik (bütüncül) bakım

Sağlık gereksinimlerinin giderilmesinde kabul gören en geniş yaklaşım holistik (bütüncül) bakım yaklaşımıdır. Amerikan Holistik Hemşireler Birliği holistik hemşireliği “bireyin, bütünüyle iyileşmesini sağlayan tüm hemşirelik uygulamaları” şeklinde tanımlamıştır [40]. Hemşirelik literatüründe spiritüel bakım kavramı holistik hemşirelik bakımının temel ögesi, yapıtaşdır [41]. Holistik yaklaşıma göre insan; fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutları içeren bir bütündür. Bu boyutların hepsi birbiriyle ilişkili ve etkileşim içerisindedir [42]. Bireyde, giderilmeyen spiritüel ihtiyaçlar fiziksel ve ruhsal problemlere yol açabilmektedir [30]. Bu nedenle bireye bakım verilirken holistik bir yaklaşım benimsenerek, psikolojik, sosyolojik ve spiritüel ihtiyaçları doğrultusunda bakım verilmesi giderek daha önemli bir hale gelmektedir [33]. Sağlıkla ilgili araştırmalar, politikalar ve rehberler, spiritüel bakımın da bütüncül bakımın önemli bir parçası olduğu ve yaşam kalitesi açısından büyük bir öneme sahip olduğu konusunda ortak bir görüşe sahiptir.[35].



Şekil 2.1. Holistik Bakımın Bileşenleri [5]

### 2.2.4. Hemşirelikte spiritüel/manevi bakım

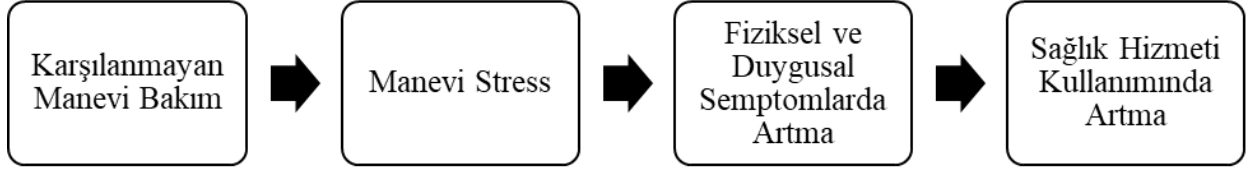
Hemşirenin spiritüel yönü, hastaların stresli olduğu, ölüm korkusu hissettiği, hayatın anlamını sorguladığı ve umutlarının bittiği kriz dönemlerinde ön planda olmaktadır. Özellikle ciddi sağlık problemleri, bireylerin spiritüel ihtiyaçlarının belirgin olmasına yol açmaktadır. Spiritüel ihtiyaçların giderilmesi, bireyin hastalığını kabullenmesine yardımcı olur ve iyileşme süreci üzerinde olumlu etki göstererek yaşama sevincini artırır. Kişiye yaşama sevinci veren değerlerle alakalı bozukluklar spiritüel

distrese neden olmaktadır. Spiritüel distres, bireyin çevresinde varoluşsal sıkıntı çektiği durumlarda ortaya çıkmakta ve manevi boşluk hissiyatına sebep olmaktadır. Bireyin doğasını anlama ve ruhsal sıkıntılarına çözüm bulma arayışı, inançlarına yönelik bir tehlike algıladıklarında meydana gelen spiritüel sıkıntı, spiritüel bakım ihtiyacını ortaya çıkarmıştır [43].

Spiritüel bakım; manevi gereksinimleri olan hastaların tedavilerine müdahale etmemek kaydıyla, isteyen hastaları manevi olarak desteklemek, moral vermek, imkanlar çerçevesinde ibadetlerini yapmasına olanak sağlamak ve yaşama umudunu arttırmak için sunulan hizmetler olarak tanımlanmaktadır [43]. Spiritüel bakım, bireylerin manevi ihtiyaçlarının belirlenip hemşirelik bakımına dahil edilerek bakım kalitesinin yükseltilmesini amaçlar [32]. Hemşirelikte spiritüel bakım uygulamaları ile bireylerin hayatları boyunca karşılaşacakları sorunlarla daha kolay başa çıkabilmelerini destekler ve olayları kabul etme sürecini kolaylaştırır [44].

Spiritüel bakım yalnızca din görevlisini çağırmak anlamına gelmemekte, varoluşun anlam ve amacını algılamayı sağlayan duyguları da içermektedir [42]. Bireylerin bakıma ihtiyaç duyduğu sıkıntılı dönemlerinde onların yanında olmak, sorularına cevap sağlamak ve ibadet gereksinimlerini yerine getirmelerine yardımcı olmak, onların yaşamı yeniden anlamlandırmalarına yardımcı olacaktır [45]. Spiritüel bakım vermek yalnızca hemşirenin değil, tüm sağlık profesyonellerinin görevleri arasındadır [44].

Bireyin spiritüel ihtiyaçlarını belirlemek, fiziksel ihtiyaçlara kıyasla kavramın soyutluğu ve karışık yapısından dolayı daha zordur. Fiziksel ihtiyaçların belirlenmesi, ölçüm kolaylığı gibi nedenlerden dolayı daha kolaydır; ancak spiritüel ihtiyaçlar çoğu zaman fark edilmeyebilir [46]. Bireylerin spiritüel ihtiyaçlarının tespit edilerek bakım verilmesi, bireyin sağlığı için büyük önem taşımaktadır [47]. Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin çoğunlukla hastaların ağrısını azaltmaya yönelik girişimlerde bulunduğu, daha düşük oranda manevi bakım sağladıkları saptanmıştır [46]. Ancak bu konudaki ortak fikir, karşılanmayan manevi bakım gereksinimlerinin hem hasta çıktıları üzerinde hem sağlık hizmetlerinde olumsuz etkisi olduğudur [35]. Bu ilişki Şekil 2.2’de görülmektedir.



**Şekil 2.2.** *Karşılanmayan Manevi Bakımın Olası Sonuçları* [48]

#### **2.2.4.1. Spiritüel/ manevi bakım görevlisi**

Yurtdışında hastalara manevi destek papaz, rahip gibi din görevlileri tarafından sağlanmaktadır [45]. Ayrıca yurtdışında hastalara manevi bakım vermek üzere oluşturulmuş inanç topluluğu hemşireleri de bulunmaktadır [49]. Ülkemizde ise Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokolle, manevi bakım uzmanları eğitilerek sınırlı sayıda ilde spiritüel/manevi destek sağlamaktadır [45].

#### **2.2.4.2. Spiritüel/manevi bakımda hemşirenin rolü**

Hemşireler, hastaları bütüncül olarak değerlendirebilmeli, onların manevi gereksinimlerini anlayabilmeli ve bu gereksinimleri giderebilmek için doğru hemşirelik girişimlerinde bulunmalıdır [32]. Her bireyin kendine özgü manevi gereksinimleri bulunmaktadır. Hemşire, bireyler arasındaki farklılıkların bilincinde olmalı ve bu doğrultuda hemşirelik bakımını planlamalıdır. Hastalara manevi bakım verilebilmesi için hasta ve hemşirenin karşılıklı olarak iletişim içerisinde olması gereklidir [35].

Hemşireler, hasta bakım süreçlerinde yalnızca biyopsikososyal gereksinimleri değil, aynı zamanda bireylerin manevi ve spiritüel ihtiyaçlarını da kapsamlı bir şekilde değerlendirmelidir. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği (North America Nursing Diagnosis Association - NANDA) tarafından tanımlanan “spiritüel distres” (manevi sıkıntı), bireyin yaşamın anlamı, amacı ve inanç sistemleriyle ilgili belirsizlik, çatışma veya eksiklik hissi yaşaması durumunu ifade etmektedir. Hemşirelik pratiğinde, spiritüel distresin erken dönemde tanınması, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması, hastaların psikososyal uyumlarını destekleyerek tedavi süreçlerine olumlu



katkılar sağlayabilir. Bu doğrultuda, hemşirelerin hasta merkezli, bütüncül bir bakım anlayışıyla hareket etmeleri, bireylerin manevi gereksinimlerini dikkate almaları ve gerekli durumlarda multidisipliner ekiplerle iş birliği içinde çalışmaları önemlidir [26].

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin manevi bakım sağlama ve manevi bakım uzmanlarıyla irtibata geçme olasılığının hekimlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda hemşire, hasta ile manevi bakım sunacak uzman arasında işbirliğini sağlamalıdır [50]. Kavak ve arkadaşları tarafından 150 hemşire ile yürütülen bir çalışmada, katılımcıların çoğu manevi bakım kavramını duyduklarını ifade etmişler fakat çalıştıkları birimlerde manevi bakım uygulamasının düşük bir oranda olduğu sonucuna ulaşmışlardır [51]. Eğlence ve Şimşek tarafından yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin, hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılama amacıyla konuşma, dinleme, psikolojik destek ve rahat ortam sağlama gibi uygulamalarda bulundukları tespit edilmiştir [52]. Yılmaz ve Okyay'ın 333 hemşire ile yürütmüş olduğu çalışmada, hemşirelerin hastayı dinleme, akrabalarıyla görüşmesini sağlama bakım verirken güler yüzle ve ilgiyle davranma, ibadet etmesi için hastaya uygun ortam hazırlama gibi manevi bakım girişimlerinde bulundukları belirlenmiştir [53].

#### **2.2.4.3. Spiritüel bakım uygulama basamakları**

Hemşireler bakım verdikleri hastalarda spiritüel bakım sunarken aşağıda sıralanan uygulama basamakları doğrultusunda hareket etmelidir.

- Hemşirelik sürecinde anamnez alınırken hastanın maneviyatına yönelik açık uçlu sorular sorulmalı, hastanın kendisini rahat ifade etmesi sağlanmalı ve hasta gözlemlenerek maneviyatına yönelik bilgi sahibi olunmaya çalışılmalıdır.
- Kriz halinde yaşanan inkar, acının nedenini sorgulama, stres, öfke, utanç, yalnızlık gibi tepkilerin normal bir durum olduğu ifade edilmeli, önyargısız ve empatik bir tutum gösterilmelidir.
- Bireyin durumuyla ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi teşvik edilmeli ve terapötik iletişim yöntemleri kullanılmalıdır.
- Hastanın geçmişteki manevi başa çıkma deneyimlerini açıklaması sağlanmalıdır.
- Bireyi rahatlatmasını sağlayacak, manevi ihtiyaçlarını giderebileceği ortam hazırlanmalı ve manevi ihtiyaçların karşılanmasında bireye yardım edilmelidir (elini tutarak, dokunarak, onu dinleyerek, sessiz bir ortam sağlayarak, dini

inançlarını yerine getirebileceği bir ortam oluşturarak, istediğinde din görevlisi çağırmasına olanak tanıyarak, müzik dinleterek vb).

- Manevi ihtiyaçlar karşılanırken diğer disiplinlerle iletişim halinde olunarak işbirlikçi bir tutum sergilenmelidir [46].

Hemşireler bu basamakları uygularken aşağıda verilenlere dikkat etmelidir.

- Hastanın dini uygulamalarını yaşamasına yardım etmek.
- Hastaya uygulanacak girişimlere yönelik karar verme aşamasında manevi değerlerini göz önünde bulundurmasını sağlayarak destek olmak ve aktif katılımını sağlamak.
- Hastanın sağlığıyla ilgili olumlu şeylerin farkında olmasını sağlamak.
- Umut ve barış aşılama.
- İsterse manevi kaynaklar sağlamak [46].
- Hasta manevi danışman istediği durumda ilgili profesyonelle iletişimi sağlamak [27].

#### **2.2.4.4. Hemşirelerin spiritüel/manevi bakım vermelerini etkileyen faktörler**

Yapılan bir araştırmada, hastaların büyük çoğunluğunun manevi bakım gereksinimine sahip olduğu ancak çok kısıtlı bir kısmının manevi bakım alabildiği tespit edilmiştir [45]. Diğer bir araştırmada ise hemşireler hastaların büyük çoğunluğunun manevi bakım gereksinimlerinin karşılanamadığını ifade etmişlerdir [54].

Her ne kadar spiritüel bakımın hasta açısından yararları açıkça vurgulansa da bu bakımın hemşire bakımına entegre edilmesinin önünde pek çok engel bulunmaktadır. Bu engeller hemşireye, hastaya ya da kuruma bağlı engellerdir. Bildirilen engeller arasında;

- Hemşirenin kendi düşünce yapısı
- Kendi yaşamıyla ilgili olumlu beklentisi
- Konunun hassasiyeti
- Manevi bakım algı düzeyi [47]
- Hemşirenin çalışma ortamı
- Hastanın iletişime kapalı olması [38]
- Hemşirelerin maneviyat ve din ayrımını yapamamaları [35]
- Yetersiz personel sayısı [55]
- Hemşirelerin konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları [35]

- Hasta yoğunluğu
- İş yükü
- Kısıtlı zaman gibi faktörlerden dolayı hastaların çoğunlukla fiziksel gereksinimlerine yönelik bakım verilmesi [5]
- Spiritüel bakım girişimlerine yönelik hastanın tepki vermesinden korkulması
- Spiritüel bakımın net bir tanımının olmaması nedeniyle oluşan karışıklık
- Transkültürel hemşirelik yönünden bakıldığında ülkelere göre spiritüel bakım kavramı göreceli olduğundan verilen eğitim ve bilginin farklılığı
- Din ve kültür farklılığı [50]
- Etik sınırları ihlal etme endişesi [56]
- Birçok hemşirenin spiritüel bakımın kendi görevi olup olmadığı konusunda kesin bilgi sahibi olmaması
- Hemşirelerin din görevlisi, manevi bakım uzmanı, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi mesleklerin daha iyi spiritüel bakım vereceklerini düşünmeleri [32].

Yapılan araştırmalarda hemşirelerin spiritüel bakımı önemsedikleri fakat spiritüel bakıma yönelik bilgilerinde eksiklik olduğu belirlenmiştir [46, 52,54]. Bütüncül bakımın bir parçası olarak spiritüel bakım konusunda hemşirelerin yeteri kadar bilgi sahibi olmaları büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle hemşirelik eğitiminde spiritüel bakım konusundaki eksiklikler tespit edilmeli, müfredat güncellenerek gerekli düzenlemeler yapılmalı ve spiritüel bakım konusunda farkındalık oluşturulması adına hemşireler hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir [46].

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hemşirelerin öz şefkat düzeyleri ile spiritüel bakım algı düzeylerini ve bu iki kavram arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desende gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Şubat 2024 ile Haziran 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma, Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı hizmet vermekte olan Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütüldü. İlgili hastanede verilerin toplandığı dönemde 23 servis, 7 yoğun bakım ünitesi, ameliyathane ve acil servis bulunmaktadır. Hastanede toplam yatak sayısı 423 olup, 759 hemşire görev yapmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı çalışan 759 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme; evreni bilinen örnekleme hesaplama yöntemiyle hesaplanmıştır.

Evreni bilinen örneklem hesaplama formülü;

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{(d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q)}$$

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer.

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma olarak simgelenmiştir.

t: 1.96 dır. (0.05 de  $\infty$  serbestlik derecesindeki t değeridir.)

Sayısı belli olan evrenden hareketle araştırmada örneklem sayısı;

N= 759; p= 0.50; q= 0.50; t= 1.96; d=0.05; n= 256 olarak belirlenmiştir.

Gelişigüzel örnekleme yöntemiyle ulaşılan, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 283 hemşire araştırmancının örneklemini oluşturmuştur.

### **3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri**

#### **Dahil Edilme Kriterleri**

- İlgili hastanede altı aydan uzun süredir hemşire olarak çalışan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

#### **Dışlanma Kriterleri**

- Tanılanmış psikiyatrik bir hastalığı bulunan,
- Verilerin toplandığı tarihlerde doğum izni, rapor ve kurum dışı görevlendirilen,
- Veri toplama formlarının eksik ya da yanlış dolduran hemşireler araştırmadan dışlanmıştır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmancının verileri Şubat 2024 ile Haziran 2024 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemin seçilme nedeni yazında kabul görmüşlüğü ve araştırma katılımcılarının fazla vaktini almadan öz şefkat ve manevi bakım algısı düzeylerini ölçme imkanı sağlamasıdır.

Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Tanıtıcı bilgi formu**

Form, araştırmacılar tarafından mevcut literatür taranarak oluşturulmuş olup, hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerini, spiritüel bakım konusundaki bilgi ve deneyimlerini değerlendirmeye yönelik 16 sorudan oluşmaktadır [51–54, 57]. Form kapsamında, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, mesleki deneyim süresi, mevcut kurumda çalışma süresi, görev yaptığı birim ve çalışma düzeni gibi sosyo-demografik verileri sorgulanmaktadır.

Formda, hemşirelerin mesleki doyum düzeyleri ile spiritüel bakım kavramına ilişkin bilgi sahibi olup olmadıkları, bu alanda herhangi bir eēitim alıp almadıkları ve aldılarsa eēitimi nereden/kimden aldıkları deēerlendirilmiřtir. Bunun yanı sıra, hemşirelerin klinik ortamda hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşıladıklarına dair öz deēerlendirmeleri, eēer bu gereksinimleri karşılamadıklarını düşünüyorlarsa nedenleri, spiritüel bakım saēlama konusundaki yeterlilik algıları ve hastaların iyileşme sürecinde spiritüel bakımın etkisine yönelik inançları da araştırılmıştır.

### **3.5.2.  z-şefkat  l eēi kısa formu (   -KF)**

Neff [15] tarafından geliştirilen öz-şefkat  l eēi, Raes, Pommier, Neff ve Van Gucht [58] tarafından kısa form haline getirilmiştir.  l eēin Türk kültürüne uyarlanması ise Yıldırım ve Sarı [7] tarafından yapılmıştır.    -KF, tek boyuttan oluşmaktadır ve toplam varyansın %44,87'sini açıklamaktadır. Ölçek 11 maddeden oluşmaktadır ve 5'li likert tipi puanlamalıdır. Ölçekteki ifadelerin puanlaması "Hiçbir zaman (1)" ile "Daima (5)" arasında deēiřmektedir. Ölçekten alınabilecek en az puan 11, en yüksek puan ise 55'tir. Ölçekten alınan puanın artması bireylerin sahip oldukları öz-şefkat düzeylerinin de arttıēına işaret etmektedir.  l eēin 1., 4., 8., 9., 10. ve 11. maddeleri tersten puanlanmaktadır.    -KF'nin, Cronbach alpha katsayısı 0.75 olarak hesaplanmıştır [7].    -KF'nin bu çalışma kapsamında kullanılabilmesi için öncelikle geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.  l eēin yapı ge erliēine kanıt saēlamak amacıyla DFA yapılmış ve  l eēin model-veri uyumunun kabul edilebilir düzeyde saēlandığı görülmüştür. Ölçekten elde edilen puanların g venirliēini belirlemek için ise Cronbach alpha katsayısı hesaplanmıştır.  l eēin Cronbach alpha katsayısı 0.73 olarak bulunmuştur. Bu deēerler göz önüne alındığında  l eēin araştırmada kullanılabilir düzeyde geçerli [59] ve güvenilir [60] olduēu söylenbilir. Bu araştırmada  l ek Cronbach alpha katsayısı 0.75 olarak hesaplanmıştır.

### **3.5.3 Maneviyat ve manevi bakım dereceleme  l eēi**

Ölçek, Leeuwen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [61]. Türkiye'de  l eēin Türkçe formunun geçerlik ve g venirliēini ise Daēhan ve arkadaşları gerçekleştirmişlerdir. Bu  l ek toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, beşli likert tipi bir ölçek olarak deēerlendirilmektedir. Ölçekteki ifadeler "Kesinlikle katılıyorum (5)" ile "Kesinlikle katılmıyorum (1)" arasında deēiřmektedir.  l eēin 3, 4, 13 ve 16'ıncı maddeleri tersten

puanlanmaktadır. Bu ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 17, en yüksek puan ise 85'tir. Ölçek madde puanı, toplam puanın 17 soru sayısına bölünerek hesaplanmakta ve en düşük 1 ve en yüksek 5 puandır. Ölçekten alınan madde puanının yüksek olması manevi bakıma yönelik hemşirelik yeterliliğinin olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur [62]. Ölçek Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin 1, 2, 7, 8, 11 ve 14'üncü maddeleri Manevi Bakım alt boyutuna ve 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 13, 15, 16 ve 17'inci maddeleri Maneviyat alt boyutuna aittir [63]. Bu araştırmada ölçek Cronbach alpha katsayısı 0.76 olarak hesaplanmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için Adıyaman Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Karar No:461; Tarih: 01/11/23) alınmıştır (EK 2). Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni (EK 1) alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış, hemşirelerin bilgilendirilmiş onamları alınarak çalışmaya dâhil edilmiştir. Veri toplama formunda araştırmaya katılımın gönüllük esasına dayandığı, cevapların gizli tutulacağı konusunda bilgiler yer almaktadır.

### **3.7. Verilerin Analizi**

Araştırmaya ait veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 26 paket programında analiz edilmiştir. Değişkenlere ait tanımlayıcı özellikler için sayı, ortalama ve yüzdelik dilimler kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılımı için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler için parametrik testler tercih edilmiştir. İki kategorili değişkenlerin karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test), ikiden fazla kategorisi olan değişkenlerin karşılaştırılmasında ise tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır.

ANOVA analizinin sonucuna göre kategoriler arasında anlamlı bir fark tespit edilmesi halinde, farkın hangi kategoriden kaynaklandığını belirlemek amacıyla post hoc Tukey testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda, Kruskal-Wallis H testi kullanılarak kategoriler arasındaki farklar incelenmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler için Pearson korelasyon katsayısı tercih edilmiştir.

Ölçüm araçlarının normal dağılımını değerlendirmek için basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. ÖŞÖ-KF'nin basıklık değeri 0.810 ve çarpıklık değeri -0.051,

MMBDÖ'nün basıklık değeri 0.479 ve çarpıklık değeri 0.500 olarak bulunmuştur. Normal dağılım koşulu için pratik kural olarak, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin  $\pm 1.0$  veya  $\pm 1.5$  aralığında olması önerildiğinden [64] ilgili değerler incelendiğinde değişkenlere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal veya normale yakın dağılım sergilediği görülmüştür.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın yalnızca Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle yapılması, elde edilen verilerin tüm hemşirelere genellenmesini engellemektedir.





#### 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan kadın katılımcıların oranı %75.3, erkek katılımcıların oranı ise %24.7'dir. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, %67.5'inin evli, %32.5'inin ise bekar olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi açısından, katılımcıların %15.2'si lise veya ön lisans, %84.8'i ise lisans mezunudur.

Çalışma birimleri incelendiğinde, katılımcıların %57.2'sinin yataklı serviste, %19.1'inin yoğun bakım ünitesinde, %19.1'inin acil serviste ve %4.6'sının poliklinikte çalıştığı belirlenmiştir. Çalışma şekline göre dağılımda, %21.9'u sadece gündüz düzeninde, %31.4'ü sadece gece şeklinde, %46.6'sı ise karma (gündüz ve gece) şeklinde görev yapmaktadır. Çalışma durumuna yönelik memnuniyet düzeylerinde ise katılımcıların %21.2'sinin memnun olmadığı, %44.9'unun biraz memnun olduğu, %33.9'unun ise memnun olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1'de sunulmaktadır.

**Tablo 4.1.** Katılımcılara ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı

| Değişken                  | Kategori             | n    | %    |
|---------------------------|----------------------|------|------|
| Cinsiyet                  | Kadın                | 213  | 75.3 |
|                           | Erkek                | 70   | 24.7 |
| Medeni durum              | Evli                 | 191  | 67.5 |
|                           | Bekar                | 92   | 32.5 |
| Eğitim durumu             | Lise-Ön lisans       | 43   | 15.2 |
|                           | Lisans               | 240  | 84.8 |
| Çalışılan birim           | Servis               | 162  | 57.2 |
|                           | Yoğun Bakım          | 54   | 19.1 |
|                           | Acil                 | 54   | 19.1 |
|                           | Poliklinik           | 13   | 4.6  |
| Çalışma durumu            | Sadece gündüz        | 62   | 21.9 |
|                           | Sadece gece          | 89   | 31.4 |
|                           | Gündüz ve gece karma | 132  | 46.6 |
|                           | Memnun değil         | 60   | 21.2 |
| Çalışma memnuniyet durumu | Biraz memnun         | 127  | 44.9 |
|                           | Memnun               | 96   | 33.9 |
|                           | Min.- Max.           | Ort  | ss   |
| Yaş                       | 23-59                | 33.6 | 7.5  |
| Mesleki deneyim           | 1-40                 | 10.7 | 8.4  |
| Kurumdaki deneyim         | 1-35                 | 5.9  | 6.2  |

n: Sayı; Ort: Ortalama; ss: Standart Sapma

Katılımcıların yaşları 23 ile 59 arasında değişmekte olup, ortalama yaş  $33.6 \pm 7.5$  olarak saptanmıştır. Mesleki deneyim süreleri 1 ile 40 yıl arasında değişkenlik gösterirken, ortalama mesleki deneyim süresi  $10.7 \pm 8.4$  yıl olarak belirlenmiştir. Katılımcıların aynı kurumda çalıştıkları süre ise 1 ile 35 yıl arasında değişmekte olup, ortalama  $5.9 \pm 6.2$  yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Katılımcıların spiritüel bakıma yönelik bilgi ve uygulamaları

| Değişken                                                                   | Kategori                      | n          | %          |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|------------|
| Spiritüel bakım bilgisi                                                    | Evet                          | 169        | 59.7       |
|                                                                            | Hayır                         | 114        | 40.3       |
| Spiritüel bakım konusunda eğitim alma durumu                               | Evet                          | 55         | 19.4       |
|                                                                            | Hayır                         | 228        | 80.6       |
| Eğitimi nereden/kimden aldığı*                                             | Hemşirelik eğitimi sürecinde  | 43         | 15.2       |
|                                                                            | Hizmet içi eğitim sırasında   | 23         | 8.1        |
|                                                                            | Diğer klinisyen hemşirelerden | 14         | 4.9        |
|                                                                            | Araştırma, makale, yayın      | 24         | 8.5        |
|                                                                            | Kitle iletişim araçları       | 23         | 8.1        |
|                                                                            | Evet                          | 56         | 19.8       |
| Kendini spiritüel bakım konusunda yeterli bulma durumu                     | Kısmen                        | 144        | 50.9       |
|                                                                            | Hayır                         | 83         | 29.3       |
| Bakım verilen hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılama durumu | Evet                          | 66         | 23.3       |
|                                                                            | Kısmen                        | 159        | 56.2       |
|                                                                            | Hayır                         | 58         | 20.5       |
|                                                                            | Zaman yetersizliği            | 94         | 33.2       |
| Hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamama nedeni*            | Bilgi yetersizliği            | 92         | 32.5       |
|                                                                            | Personel yetersizliği         | 68         | 24         |
|                                                                            | İş merkezli çalışma           | 43         | 15.2       |
|                                                                            | Evet                          | 171        | 60.4       |
| Hastaların iyileşme sürecine spiritüel bakımın etkisi olduğunu düşünme     | Kısmen                        | 85         | 30.1       |
|                                                                            | Hayır                         | 27         | 9.5        |
| <b>Toplam</b>                                                              |                               | <b>283</b> | <b>100</b> |

\* Çoklu cevap verilen maddeler; n: Sayı

Katılımcıların spiritüel bakım konusunda bilgi ve uygulamaları Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Katılımcılar arasında spiritüel bakım bilgisine sahip olduğunu belirtenlerin oranı %59.7, sahip olmayanların oranı %40.3’tür. Ayrıca, katılımcıların %19.4’ü spiritüel eğitim aldığını ifade ederken, %80.6’sı bu tür bir eğitim almadığını belirtmiştir. Spiritüel bakım konusunda eğitim aldığını belirten katılımcıların %15.2’si bu eğitimi hemşirelik eğitimi sırasında aldıklarını ifade etmiştir. Hizmet içi eğitim yoluyla bu konuda bilgi

edinmiş olanların oranı ise %8.1 olarak belirlenmiştir. Diğer klinisyen hemşirelerden eğitim aldığını belirtenlerin oranı %4.9, araştırma, makale ve yayımlardan faydalandığını belirtenlerin oranı %8.5, kitle iletişim araçlarından eğitim aldığını belirtenlerin oranı ise %8.1 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %19.8'i spiritüel bakım konusunda kendilerini yeterli bulduklarını ifade ederken, %50.9'u bu konuda kısmen yeterli olduklarını belirtmiştir. Spiritüel bakım konusunda kendilerini yeterli hissetmeyenlerin oranı ise %29.3 olarak tespit edilmiştir.

Tabloda görüldüğü gibi hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamama nedeni olarak bilgi yetersizliği olduğunu belirtenlerin oranı %32.5, zaman yetersizliği belirtenlerin oranı %33.2, personel yetersizliği belirtenlerin oranı %24, iş merkezli çalışma nedeniyle olduğunu belirtenlerin oranı ise %15.2'dir.

Hastaların iyileşme sürecine spiritüel bakımın etkisi olduğunu düşünenlerin oranı %60.4, kısmen olduğunu düşünenlerin oranı %30, olmadığını düşünenlerin oranı ise %9.5'tir (Tablo 4.2)

**Tablo 4.3.** *MMBDÖ puan ortalamalarının katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması*

| Değişken                   | Kategori                    | n   | $\bar{X}$ | ss  | Anlamlılık      |
|----------------------------|-----------------------------|-----|-----------|-----|-----------------|
| <b>Cinsiyet</b>            | Kadın                       | 213 | 2.4       | 0.5 | <b>t: 2.308</b> |
|                            | Erkek                       | 70  | 2.5       | 0.5 | <b>p: 0.022</b> |
| <b>Medeni durum</b>        | Evli                        | 191 | 2.4       | 0.5 | t: 0.679        |
|                            | Bekar                       | 92  | 2.4       | 0.5 | p: 0.498        |
| <b>Eğitim durumu</b>       | Lise-Ön lisans              | 43  | 2.5       | 0.6 | t: 0.818        |
|                            | Lisans                      | 240 | 2.4       | 0.5 | p: 0.414        |
| <b>Çalışma durumu</b>      | Sadece gündüz               | 62  | 2.4       | 0.5 | F: 1.208        |
|                            | Sadece gece                 | 89  | 2.5       | 0.5 | p: 0.300        |
|                            | Gündüz ve gece karma        | 132 | 2.4       | 0.5 |                 |
| <b>Çalışma memnuniyeti</b> | <sup>a</sup> Memnun değilim | 60  | 2.6       | 0.6 | <b>F: 3.414</b> |
|                            | <sup>b</sup> Biraz memnunum | 127 | 2.4       | 0.5 | <b>p: 0.034</b> |
|                            | <sup>b</sup> Memnunum       | 96  | 2.4       | 0.4 |                 |

a>b; MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği;  $\bar{X}$ : Aritmetik ortalama; SS: Standart sapma; t: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; F: Tek Yönlü ANOVA

MMBDÖ puan ortalamalarının katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.3'te yer almıştır. Kadın katılımcıların MMBDÖ puan ortalaması  $2.4 \pm 0.5$ , erkeklerin puan ortalaması  $2.5 \pm 0.5$  olup, yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir

farklılık olduğu bulunmuştur (t: 2.308;  $p<0.05$ ). Bu bulguya göre erkek hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi kadın hemşirelerden yüksektir. Evli katılımcıların MMBDÖ puan ortalaması  $2.4\pm0.5$ , bekarların puan ortalaması  $2.4\pm0.5$  olup, yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur (t: 0.679;  $p>0.05$ ). Bu bulguya göre hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi medeni duruma göre farklılık göstermemektedir. Lise-ön lisans mezunu katılımcıların MMBDÖ puan ortalaması  $2.5\pm0.6$ , lisans mezunlarının puan ortalaması  $2.4\pm0.5$ 'tir. Yapılan bağımsız örneklem t testi analizinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (t: 0.818;  $p>0.05$ ). Bu bulguya göre hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi eğitim duruma göre farklılık göstermemektedir.

Sadece gündüz şeklinde çalışan katılımcıların MMBDÖ puan ortalaması  $2.4\pm0.5$ , sadece gece çalışanların puan ortalaması  $2.5\pm0.5$ , gündüz ve gece karma çalışanların puan ortalaması  $2.4\pm0.5$ 'tir. ANOVA testi analizinde gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F: 1.208;  $p>0.05$ ). Bu bulguya göre hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi çalışma şekline göre farklılık göstermemektedir. Çalışma memnuniyet düzeyine göre memnun olanların MMBDÖ puan ortalaması  $2.6\pm0.6$ , biraz memnun olanların puan ortalaması  $2.4\pm0.5$ , memnun olanların puan ortalaması  $2.4\pm0.4$ 'tür. Gerçekleştirilen ANOVA testi analizinde üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (F: 3.414;  $p<0.05$ ). Farklılığa hangi grupların neden olduğunu belirlemek için uygulanan post hoc Tukey testi analizinde; memnun olmayanların maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi, biraz memnun olduğunu belirtenler ve memnun olduğunu belirtenlerden yüksektir.

**Tablo 4.4.** MMBDÖ puan ortalamalarının katılımcıların diğer bazı özelliklerine göre karşılaştırılması

| Değişken                                                       | Kategori    | n   | $\bar{X}$ | ss  | Anlamlılık            |
|----------------------------------------------------------------|-------------|-----|-----------|-----|-----------------------|
| Çalışılan birim                                                | Servis      | 162 | 2.5       | 0.5 | KW: 5.525<br>p: 0.137 |
|                                                                | Yoğun Bakım | 54  | 2.3       | 0.4 |                       |
|                                                                | Acil        | 54  | 2.4       | 0.5 |                       |
|                                                                | Poliklinik  | 13  | 2.6       | 0.5 |                       |
| Hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşıladığını düşünme | Evet        | 66  | 2.3       | 0.5 | F: 2.211<br>p: 0.112  |
|                                                                | Kısmen      | 159 | 2.4       | 0.5 |                       |
|                                                                | Hayır       | 58  | 2.5       | 0.5 |                       |

$\bar{X}$ : Aritmetik ortalama; ss: Standart sapma; MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği

Yataklı servislerde çalışanların MMBDÖ puan ortalaması  $2.5 \pm 0.5$ , yoğun bakım servisinde çalışanların puan ortalaması  $2.3 \pm 0.4$ , acil serviste çalışanların puan ortalaması  $2.4 \pm 0.5$ , polikliniklerde çalışanların puan ortalaması  $2.6 \pm 0.5$ 'tir. Uygulanan Kruskal Wallis H testi değerlendirilmesinde gruplar arasında istatistiksel olarak bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (KW: 5.525;  $p > 0.05$ ). Bu sonuca göre hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi çalışılan birime göre farklılık göstermemektedir. Yine hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşıladığını düşünenlerin MMBDÖ puan ortalaması  $2.3 \pm 0.5$ , kısmen karşıladığını düşünenlerin puan ortalaması  $2.4 \pm 0.5$ , karşılamadığını düşünenlerin puan ortalaması  $2.5 \pm 0.5$ 'tir. Uygulanan ANOVA testine göre üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F: 2.211;  $p > 0.05$ ). Bu sonuç doğrultusunda hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılama durumuna göre farklılık göstermemektedir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Katılımcıların MMBDÖ puan ortalamalarının spiritüel bakım özelliklerine göre karşılaştırılması

| Değişken                                               | Kategori | n   | $\bar{X}$ | ss  | Anlamlılık |
|--------------------------------------------------------|----------|-----|-----------|-----|------------|
| Spiritüel bakım bilgisi                                | Evet     | 169 | 2.3       | 0.5 | t: -3.897  |
|                                                        | Hayır    | 114 | 2.6       | 0.5 | p: 0.000   |
| Spiritüel eğitim alma durumu                           | Evet     | 55  | 2.4       | 0.6 | t: -0.181  |
|                                                        | Hayır    | 228 | 2.4       | 0.5 | p: 0.857   |
| Kendini spiritüel bakım konusunda yeterli bulma durumu | Evet     | 56  | 2.3       | 0.5 | F: 0.823   |
|                                                        | Kısmen   | 144 | 2.4       | 0.5 | p: 0.440   |
|                                                        | Hayır    | 83  | 2.4       | 0.5 |            |

MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği;  $\bar{X}$ : Aritmetik ortalama; ss: Standart sapma; t: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; F: Tek Yönlü ANOVA

Katılımcıların MMBDÖ puan ortalamalarının spiritüel bakım özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin değerler Tablo 4.5'te verilmiştir. Spiritüel bakım bilgisine sahip olan katılımcıların MMBDÖ puan ortalaması  $2.3 \pm 0.5$ , sahip olmayan katılımcıların puan ortalaması  $2.6 \pm 0.5$  bulunup, uygulanan bağımsız örneklem t testi analizine göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (t: -3.897;  $p < 0.05$ ). Bu bulgu doğrultusunda spiritüel bakım bilgisine sahip olmayan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi, sahip olanlardan yüksektir.

Spiritüel eğitim alan katılımcıların MMBDÖ puan ortalaması  $2.4 \pm 0.6$ , almayan katılımcıların puan ortalaması  $2.4 \pm 0.5$  olup, yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur

(t: -0.181; p>0.05). Bu bulguya göre hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi, spiritüel bakım eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermemektedir

Kendini spiritüel bakım konusunda yeterli bulan hemşirelerin MMBDÖ puan ortalaması 2.3±0.5, kısmen yeterli bulanların puan ortalaması 2.4±0.5, yeterli bulmayanların puan ortalaması 2.4±0.5'tir. Yapılan ANOVA testi analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (F: 0.823; p>0.05). Buna göre hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi, kendini spiritüel bakım konusunda yeterli bulma/bulmama durumuna göre farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4.6.** ÖŞÖ-KF puan ortalamalarının katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması

| Değişken            | Kategori                   | n   | $\bar{X}$ | ss  | Anlamlılık      |
|---------------------|----------------------------|-----|-----------|-----|-----------------|
| Cinsiyet            | Kadın                      | 213 | 36.2      | 6.2 | t: -0.363       |
|                     | Erkek                      | 70  | 35.9      | 6.4 | p: 0.717        |
| Medeni durum        | Evli                       | 191 | 35.9      | 6.4 | t: -0.743       |
|                     | Bekar                      | 92  | 36.5      | 5.8 | p: 0.458        |
| Eğitim durumu       | Lise-Ön lisans             | 43  | 36.1      | 6.2 | t: 0.001        |
|                     | Lisans                     | 240 | 36.1      | 6.3 | p: 0.999        |
| Çalışma durumu      | Sadece gündüz              | 62  | 35.9      | 6.8 | F: 0.027        |
|                     | Sadece gece                | 89  | 36.1      | 6.3 | p: 0.973        |
|                     | Gündüz ve gece karma       | 132 | 36.2      | 6   |                 |
|                     | <sup>ab</sup> Memnun değil | 60  | 35.9      | 6.5 | <b>F: 9.004</b> |
| Çalışma memnuniyeti | <sup>b</sup> Biraz memnun  | 127 | 34.7      | 5.8 | <b>p: 0.000</b> |
|                     | <sup>a</sup> Memnun        | 96  | 38.1      | 6.1 |                 |

a>b; ÖŞÖ-KF: Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu;  $\bar{X}$ : Aritmetik ortalama; ss: Standart sapma; t: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; F: Tek Yönlü ANOVA

ÖŞÖ-KF puan ortalamalarının katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.6'da verilmiştir. Tabloya göre; kadın katılımcıların ÖŞÖ-KF puan ortalaması 36.2±6.2, erkeklerin puan ortalaması 35.9±6.42'dir. Yapılan bağımsız örneklem t testi analizi sonucunda bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (t: -0.363; p>0.05). Bu sonuca göre hemşirelerin öz şefkat düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Evli katılımcıların ÖŞÖ-KF puan ortalaması 35.9±6.4, bekarların puan ortalaması 36.5±5.8'dir. Uygulanan bağımsız örneklem t testi analizi sonucunda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (t: -0.743; p>0.05). Bu bulguya göre

hemşirelerin öz şefkat düzeyi medeni duruma göre farklılık göstermemektedir. Lise-ön lisans mezunu katılımcıların ÖŞÖ-KF puan ortalaması  $36.1 \pm 6.2$ , lisans mezunlarının puan ortalaması  $36.1 \pm 6.3$ 'tür. Uygulanan bağımsız örneklem t testi analizi sonucunda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (t: 0.001;  $p > 0.05$ ). Bu doğrultuda hemşirelerin öz şefkat düzeyi eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

Sadece gündüz şeklinde çalışan katılımcıların ÖŞÖ-KF puan ortalaması  $35.9 \pm 6.8$ , sadece gece çalışanların puan ortalaması  $36.1 \pm 6.3$ , gündüz ve gece karma çalışanların puan ortalaması  $36.2 \pm 6$ 'dır. Uygulanan ANOVA testi analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (F: 0.027;  $p > 0.05$ ). Buna göre hemşirelerin öz şefkat düzeyi çalışma şekline göre farklılık göstermemektedir. Çalışma memnuniyet düzeyine göre memnun olanların ÖŞÖ-KF puan ortalaması  $35.9 \pm 6.5$ , biraz memnun olanların puan ortalaması  $34.7 \pm 5.8$ , memnun olanların puan ortalaması  $38.1 \pm 6.1$ 'dir. Yapılan ANOVA analizi doğrultusunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (F: 9.004;  $p < 0.05$ ). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla uygulanan post hoc Tukey testi analizi sonucunda; memnun olanların öz şefkat düzeyinin en yüksek, biraz memnun olduğunu belirtenlerin ise en düşük olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.7.** ÖŞÖ-KF puan ortalamalarının katılımcıların diğer bazı özelliklerine göre karşılaştırılması

| Değişken                                                       | Kategori    | n   | $\bar{X}$ | SS  | Anlamlılık            |
|----------------------------------------------------------------|-------------|-----|-----------|-----|-----------------------|
| Çalışılan birim                                                | Servis      | 162 | 35.8      | 6.3 | KW: 3.341<br>p: 0.342 |
|                                                                | Yoğun Bakım | 54  | 35.1      | 5.8 |                       |
|                                                                | Acil        | 54  | 37.5      | 6.6 |                       |
|                                                                | Poliklinik  | 13  | 38.1      | 5   |                       |
| Hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşıladığını düşünme | Evet        | 66  | 36.9      | 5.7 | F: 0.851<br>p: 0.428  |
|                                                                | Kısmen      | 159 | 36        | 6.3 |                       |
|                                                                | Hayır       | 58  | 35.5      | 6.6 |                       |

$\bar{X}$ : Aritmetik Ortalama; SS: Standart sapma; ÖŞÖ-KF: Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu; KW: Kruskal Wallis H Testi; F: Tek Yönlü ANOVA

Tablo 4.7'de ÖŞÖ-KF puan ortalamalarının katılımcıların diğer bazı özelliklerine göre karşılaştırılmasına yönelik bilgiler verilmiştir. Yataklı servislerde çalışanların ÖŞÖ-KF puan ortalaması  $35.8 \pm 6.3$ , yoğun bakım servisinde çalışanların puan ortalaması  $35.1 \pm 5.8$ , acil serviste çalışanların puan ortalaması  $37.5 \pm 6.6$ , polikliniklerde çalışanların

puan ortalaması 38.1±5'tir. Uygulanan Kruskal Wallis H analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (KW: 3.341; p>0.05). Bu sonuca göre hemşirelerin öz şefkat düzeyi çalışılan birime göre farklılık göstermemektedir.

Hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşıladığını düşünenlerin ÖŞÖ-KF puan ortalaması 36.9±5.7, kısmen karşıladığını düşünenlerin puan ortalaması 36±6.3, karşılamadığını düşünenlerin puan ortalaması 35.5±6.6'dır. Uygulanan ANOVA testi analiz sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (F: 0.851; p>0.05). Bu sonuca göre hemşirelerin öz şefkat düzeyi hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılama durumuna göre farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4.8.** Katılımcıların ÖŞÖ-KF puan ortalamalarının spiritüel bakım özelliklerine göre karşılaştırılması

| Değişken                                               | Kategori            | n   | $\bar{X}$ | ss  | Anlamlılık |
|--------------------------------------------------------|---------------------|-----|-----------|-----|------------|
| Spiritüel bakım bilgisi                                | Evet                | 169 | 36.8      | 6.2 | t: 2.222   |
|                                                        | Hayır               | 114 | 35.1      | 6.2 | p: 0.027   |
| Spiritüel eğitim alma durumu                           | Evet                | 55  | 36.8      | 6   | t: 0.987   |
|                                                        | Hayır               | 228 | 35.9      | 6.3 | p: 0.325   |
| Kendini spiritüel bakım konusunda yeterli bulma durumu | <sup>a</sup> Evet   | 56  | 37.5      | 5.8 | F: 5.209   |
|                                                        | <sup>b</sup> Kısmen | 144 | 36.6      | 6.2 | p: .006    |
|                                                        | <sup>c</sup> Hayır  | 83  | 34.4      | 6.3 |            |

a>b>c; ÖŞÖ-KF: Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu;  $\bar{X}$ : Aritmetik ortalama; ss: Standart sapma; t: İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; F: Tek Yönlü ANOVA

Tablo 4.8'de katılımcıların ÖŞÖ-KF puan ortalamalarının spiritüel bakım özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin veriler yer almaktadır. Spiritüel bakım bilgisine sahip olan katılımcıların ÖŞÖ-KF puan ortalaması 36.8±6.2, sahip olmayan katılımcıların puan ortalaması 35.1±6.2'dir. Uygulanan bağımsız örneklem t testi analiz sonucunda bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (t: 2.222; p<0.05). Bu bulguya göre spiritüel bakım bilgisine sahip olan hemşirelerin öz şefkat düzeyi, sahip olmayanlardan yüksektir.

Spiritüel eğitim alan katılımcıların ÖŞÖ-KF puan ortalaması 36.8±6, almayan katılımcıların puan ortalaması 35.9±6.3'tür. Gerçekleştirilen bağımsız örneklem t testi analizine göre her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (t: .987; p>0.05). Bu sonuca göre hemşirelerin öz şefkat düzeyi spiritüel bakım eğitimi alma durumuna göre farklılık göstermemektedir.



Kendini spiritüel bakım konusunda yeterli bulan hemşirelerin ÖŞÖ-KF puan ortalaması  $37.5 \pm 5.8$ , kısmen yeterli bulanların puan ortalaması  $36.6 \pm 6.2$ , yeterli bulmayanların puan ortalaması  $34.4 \pm 6.3$ 'tür. Uygulanan ANOVA testi analizine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (F: 5.209;  $p < 0.05$ ). Bu farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla uygulanan post hoc Tukey testi sonucunda; kendisini spiritüel bakım konusunda yeterli bulan hemşirelerin öz şefkat düzeyi en yüksek, yeterli bulmayanların öz şefkat düzeyi ise en düşük bulunmuştur.

**Tablo 4.9.** ÖŞÖ-KF ve MMBDÖ puan ortalamalarının katılımcıların yaş, mesleki deneyim ve kurumda deneyim ile ilişkisi

| Değişken          | ÖŞÖ-KF |       | MMBDÖ |       |
|-------------------|--------|-------|-------|-------|
|                   | r      | p     | r     | p     |
| Yaş               | 0.004  | 0.949 | 0.117 | 0.050 |
| Mesleki deneyim   | 0.018  | 0.765 | 0.115 | 0.053 |
| Kurumdaki deneyim | -0.006 | 0.918 | 0.094 | 0.116 |

ÖŞÖ-KF: Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu; MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği; r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 4.9'da görüldüğü üzere katılımcıların yaş, mesleki deneyim ve kurumdaki deneyim süresi ile, ÖŞÖ-KF ve MMBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Bu bulguya göre hemşirelerin öz şefkat düzeyi ve maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyinin yaş, mesleki deneyim ve kurumdaki deneyim süresi ile ilişkisi yoktur.

**Tablo 4.10.** Değişkenlere ait ortalama, normal dağılım ve güvenirlik bulguları

| Değişken                | Ort  | ss  | Min-Max | Çarpıklık | Basıklık | Cronbach's $\alpha$ |
|-------------------------|------|-----|---------|-----------|----------|---------------------|
| 1. ÖŞÖ-KF               | 36.1 | 6.2 | 12-54   | -0.051    | 0.810    | 0.75                |
| 2. MMBDÖ                | 2.4  | 0.5 | 1.4-4.3 | 0.500     | 0.479    | 0.76                |
| Manevi Bakım alt boyutu | 2.3  | 0.7 | 1-5     | 0.654     | 0.654    |                     |
| Maneviyat alt boyutu    | 2.5  | 0.5 | 1.2-4.0 | 0.105     | -0.005   |                     |

ÖŞÖ-KF: Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu; MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği; Ort: Ortalama; ss: Standart Sapma; Cronbach's  $\alpha$ : Cronbach alpha katsayısı;  $p > 0.05$

Araştırmada kullanılan ÖŞÖ-KF ölçeğinin puan ortalaması  $36.1 \pm 6.2$ , MMBDÖ ölçeğinin puan ortalaması  $2.4 \pm 0.5$ , MMBDÖ ölçeğinin manevi bakım alt boyutunun

ortalaması  $2.3 \pm 0.7$ , MMBDÖ ölçeğinin maneviyat alt boyutunun ortalaması  $2.5 \pm 0.5$  olarak hesaplanmıştır.

Ölçüm araçlarının normal dağılımını değerlendirmek için basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir. Normal dağılım koşulu için pratik kural olarak, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin  $\pm 1.0$  veya  $\pm 1.5$  aralığında olması önerildiğinden [64] ilgili değerler incelendiğinde değişkenlere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal veya normale yakın dağılım sergilediği görülmüştür.

Ölçüm araçlarına ait güvenirlik düzeyleri için Cronbach  $\alpha$  güvenirlik katsayıları incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre Cronbach  $\alpha$  güvenirlik katsayıları ÖŞÖ-KF için 0.75, MMBDÖ için 0.76 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu güvenirlik katsayıları her iki ölçeğinde yeterli düzeyde güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.11.** ÖŞÖ-KF ölçeği ile MMBDÖ ölçeği ve alt boyutlarına ait korelasyon analizi

|                         | ÖŞÖ-KF | MMBDÖ                 | Manevi Bakım alt boyutu | Maneviyat alt boyutu |
|-------------------------|--------|-----------------------|-------------------------|----------------------|
| ÖŞÖ-KF                  | 1      | r: -0.071<br>p: 0.236 | r: 0.021<br>p: 0.724    | r: 0.122<br>p: 0.040 |
| MMBDÖ                   |        | 1                     | r: 0.844<br>p: 0.000    | r: 0.821<br>p: 0.000 |
| Manevi Bakım alt boyutu |        |                       | 1                       | r: 0.454<br>p: 0.000 |
| Maneviyat alt boyutu    |        |                       |                         | 1                    |

r: pearson korelasyon katsayısı

Katılımcıların ÖŞÖ-KF ile MMBDÖ arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır (r: -0.071;  $p > 0.05$ ). Katılımcıların ÖŞÖ-KF ile manevi bakım alt boyutu arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır (r: 0.021;  $p > 0.05$ ). Katılımcıların ÖŞÖ-KF ile maneviyat alt boyut düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (r: 0.122;  $p < 0.05$ ). Bu bulguya göre öz şefkat düzeyi arttıkça maneviyat alt boyut düzeyi de artış göstermektedir.

MMBDÖ toplam puanı ile manevi bakım alt boyutu (r: 0.844;  $p < 0.05$ ) ve maneviyat alt boyutu (r: 0.821;  $p < 0.05$ ) arasında pozitif yönde güçlü ilişki bulunmuştur. MMBDÖ ölçeğinin manevi bakım alt boyutu ile maneviyat alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (r: 0.454;  $p < 0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Hemşirelerin öz şefkat düzeyleri ile spiritüel bakım algıları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu çalışmadan elde edilen veriler üç bölümde incelenmiştir.

Bunlar;

### 5.1. Hemşirelerin Spiritüel Bakım Algı Düzeylerinin Tartışılması

#### 5.1.1. Spiritüel Bakımla İlgili Verilerin Tartışılması

#### 5.1.2. Maneviyat ve Manevi Bakım Düzeyi Ölçeğine İlişkin Verilerin Tartışılması

### 5.2. Hemşirelerin Öz Şefkat Düzeylerine İlişkin Verilerin Tartışılması

### 5.3. Hemşirelerin Öz Şefkat Düzeyi ile Maneviyat ve Manevi Bakım Düzeyi Arasında İlişkinin Tartışılması

### 5.1. Hemşirelerin Spiritüel Bakım Algı Düzeylerinin Tartışılması

#### 5.1.1. Spiritüel bakımla ilgili verilerin tartışılması

Araştırmamıza katılım sağlayan hemşirelerin %59.7'si spiritüel bakım bilgisine sahip olduğunu belirtmiş, % 19.4'ü spiritüel bakım konusunda eğitim aldığını ifade etmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda araştırma bulgularımıza benzer şekilde hemşirelerin spiritüel bakım konusunda bilgi sahibi olma oranlarının %34.8 ile %68.9 arasında değişkenlik gösterdiği belirlenmiştir [37, 54, 65, 66]. Akgün Kostak ve arkadaşlarının hemşire ve ebeler ile yaptıkları araştırmasında manevi bakım kavramını duyanların oranı %62.7, manevi bakım konusunda bilgiye sahip olma oranı ise %15.5 olarak bulunmuştur [37]. Özveren ve arkadaşları hemşirelik öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım algıları ile etik duyarlılıklarını ele aldıkları çalışmada, spiritüel bakım bilgisi alanların oranını %51.1 olarak bulmuşlardır [66]. Araştırmamızda katılımcılar çeşitli kaynaklar aracılığıyla eğitim aldığını ifade etmiştir. Katılımcıların spiritüel bakım konusunda en sık hemşirelik eğitimi sürecinde eğitim aldıkları belirlenmiştir. Bilgi edinilen diğer yerler sırasıyla; hizmet içi eğitim, araştırma, makale, yayınlar ve diğer klinisyen hemşireler şeklindedir. Eğlence ve Şimşek'in hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada, spiritüel bakım hakkında bilgisi olanların oranı %59.4 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hemşirelerin %48.7'si okulda, %20.5'i basın-yayınla, %17.9'u arkadaşları aracılığıyla, %12.9'u hizmet içi eğitimle bilgi edinmiştir [52]. Gönenç ve arkadaşlarının hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşlerini ele aldıkları çalışmada ise katılımcıların %51.3'ü daha önce maneviyat kavramını duyduklarını ifade etmişlerdir. Bilgi edinme yollarına bakıldığında %29.3'ü eğitim sürecinde konuya ilişkin eğitim aldığını, %19.2'si nereden öğrendiğini

hatırlayamadıklarını, %10.5'i ise kurs ya da seminerler ile bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir [65]. Yılmaz ve Okyay'ın çalışmasında, maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgi alanların oranı %34.8'dir. Bilgi edinme yerlerine bakıldığında ise %85.3'ü mesleki eğitim sürecinde maneviyat hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir [53]. Ercan ve arkadaşlarının araştırmasında, manevi bakım hakkında bilgi alanların oranını %68.9 olarak bulmuşlar ve manevi bakım bilgisi edindikleri yerler arasında; okul, yazılı sözlü basın, hizmet içi eğitim ve bilimsel yollar yer almıştır [54]. Literatürdeki araştırmalar ve bizim araştırmamız doğrultusunda, hemşirelerin yarısından fazlasının spiritüel/manevi bakım kavramı hakkında bilgi sahibi olduğu, ancak sınırlı bir kesimin konuyla ilgili eğitim aldığı görülmektedir.

Araştırmamızda kendilerini spiritüel bakım konusunda kısmen yeterli bulanların oranı %50.9 ve yeterli bulanların oranı ise %19.8 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Benzer şekilde Ercan ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesinin yataklı servislerinde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılarını inceledikleri çalışmalarında, manevi bakım bilgisini yeterli bulanların oranını %51.6 olarak bulmuştur [54]. Kutlu'nun çalışmasında ise hemşirelerin %60'ının spiritüel bakım sağlamada yetersiz olduğu tespit edilmiştir [57]. Kavak ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların %54.7'si manevi bakımı duyduklarını, ancak çalıştıkları birimlerde %41.3 oranında manevi bakıma yönelik uygulama olduğunu ifade etmiştir [51]. Literatürdeki veriler ve bu araştırmamızdaki veriler doğrultusunda hemşirelerin çalıştıkları birimler, hastaların manevi bakım ihtiyaçları ve sağlık sistemi içindeki manevi bakımın önemi hemşirelerin spiritüel bakım algılarını etkileyebilir. Bu bağlamda, hemşirelerin spiritüel bakım konusunda kendilerini yeterli bulma oranlarının farklılık göstermesi, kişisel, toplumsal ve profesyonel faktörlerin etkileşiminin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamıza katılım sağlayan hemşirelerin %20.5'inin hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamadığı ve %56.2'sinin de manevi bakım gereksinimlerini kısmen karşıladığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Yapılan araştırmalarda hemşirelerin bakım verdiği hastanın manevi bakım gereksinimlerini karşılama düzeylerine yönelik farklı oranlar bildirilmiştir [37, 52, 54]. Eğlence ve Şimşek'in çalışmasında, hemşirelerin %59.4'ü hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamadıklarını belirtmiştir [52]. 110 ebe ve hemşirenin katılımıyla yürütülen bir çalışmada, hastalarına manevi bakım vermeyenlerin oranını %71.9 olarak bulunmuştur [37]. Araştırmamızda hemşirelerin hastanın manevi bakım gereksinimlerini karşılayamama nedenleri; %32.5'i bilgi yetersizliği, %33.2'si

zaman yetersizliği, %24'ü personel yetersizliği ve %15.2'si iş merkezli çalışma olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bir devlet hastanesinde 103 hemşireyle yapılan çalışmada, hastaların manevi bakım gereksinimlerinin karşılanmama nedenleri sırasıyla; %44.8 zaman yetersizliği, %31.6 personel yetersizliği, %18.1 imkan yetersizliği olarak ifade edilmiştir [52]. Ercan ve arkadaşları hastaların manevi bakım gereksinimlerinin %74.2 oranında karşılanamadığı sonucuna ulaşmışlardır. Karşılanmama nedenlerini %30.8 zaman yetersizliği, %24.2 personel yetersizliği, %23.2 imkan yetersizliği, %20.8'i bilgi yetersizliği, %0.5 genel durum bozukluğu ve %0.5 iş merkezli çalışma olarak bildirmişlerdir [54]. Literatür ve bizim araştırmamız doğrultusunda hemşirelerin hastaların manevi gereksinimlerini karşılama konusunda eksiklikleri bulunduğu ve manevi gereksinimlerin karşılanamamasının en önemli nedeninin zaman yetersizliği olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda katılımcıların %60.4'ü hastaların iyileşme sürecine spiritüel/manevi bakımın etkisi olduğunu, %30'u kısmen etkisi olduğunu, %9.5'i ise etkisi olmadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Kutlu'nun çalışmasında, katılımcıların %55.5'i hastaların spiritüel ihtiyaçlarını karşılamamanın çok önemli olduğunu ve %81.5'i hastalarına spiritüel bakım vermek istediklerini belirtmişlerdir [57]. Kavak ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların %92'si manevi bakımın gerekliliğine inandıklarını belirtmişlerdir [51]. Literatürdeki araştırmalar ve bizim araştırmamız doğrultusunda hemşirelerin çoğunun manevi bakımın öneminin farkında oldukları ifade edilebilir.

### **5.1.2. Maneviyat ve Manevi Bakım Düzeyi Ölçeğine İlişkin Verilerin Tartışılması**

Araştırmamızda MMBDÖ puan ortalaması  $2.4 \pm 0.5$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.10). Ölçek puanlamasına göre ortalama 5'e yaklaştıkça bireylerin maneviyat ve manevi bakım kavramına ilişkin algısının arttığı ifade edilmektedir. Araştırmamıza katılım sağlayan hemşirelerin MMBDÖ genel puan ortalaması ve ölçek puan ortalaması doğrultusunda hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algı düzeylerinin orta düzeyin altında olduğu söylenebilir. Yapılan farklı araştırmalarda hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algı düzeylerinin orta seviyede olduğu bildirilmiştir [52, 65, 67]. Külçüömeroğlu'nun araştırmasında da hemşirelerin MMBDÖ'den aldıkları puan  $3.4 \pm 0.5$  yani orta düzeyde bulunmuştur [68]. Öte yandan, Lovanio ve Wallace Kazer'in hemşirelik öğrencileriyle gerçekleştirdiği araştırmada, eğitim sonrası yapılan son test sonuçlarında öğrencilerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılarının anlamlı düzeyde yüksek

olduğu belirlenmiştir [69]. Çelik ve arkadaşlarının araştırmasında da benzer şekilde hemşirelerin manevi bakım algı düzeyi toplam puan ortalaması yüksek olarak bulunmuştur [38]. Bizim araştırmamızın benzer araştırmalardan düşük çıkmasının farklı nedenleri olabilir. Araştırmamıza katılan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algı düzeylerinin orta düzeyin altında olmasının, bu alandaki eğitim ve farkındalık çalışmalarının yetersizliği ile ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca katılımcıların konuya yönelik bireysel özellikleri ve kültürel faktörler bu farklılığın nedenleri arasında sayılabilir. Literatürde hemşirelik öğrencilerinin manevi bakım algılarının daha yüksek bulunması, eğitim süreçlerinde bu konuya daha fazla vurgu yapılması ve öğrencilerin henüz mesleki yüklerle karşılaşmamış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu durum, meslekteki hemşirelerin manevi bakım algılarını geliştirmek için sürekli mesleki gelişim programlarına ve eğitimlere olan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Araştırmamıza katılım sağlayan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algı düzeyi çalışılan birime ve çalışma şekline göre farklılık göstermemektedir. Çelik ve arkadaşlarının araştırmasında hemşirelerin MMBDÖ düzeyi ile çalıştıkları birim ve çalışma şekli arasında bir ilişki bulunmamıştır [38]. Bu bulgu farklı çalışma sonuçlarıyla da desteklenmiştir [36, 37, 53]. Gönenç ve arkadaşlarının araştırmasında MMBDÖ ile çalışma birimi ve en uzun süre çalışmış oldukları alan arasında ilişki belirlenmemiştir [65]. Literatürdeki bazı araştırmalar ve bizim araştırmamıza göre çalışılan birimin MMBDÖ puanı üzerinde etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kavak ve arkadaşlarının araştırmasında ise hemşirelerin çalıştıkları birimle MMBDÖ ölçeği puanı arasında ilişki bulunmuştur. Bu farklılığın, Kavak ve arkadaşlarının araştırmasında özel ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin sayısının daha fazla olmasından kaynaklanabileceği öne sürülebilir [51]. Özellikle özel ve cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin daha yoğun bir hastalık yükü ve farklı hasta bakım ihtiyaçlarıyla karşılaşmaları, manevi bakım uygulamaları üzerinde farklı etkiler yaratabilir. Bu durum, ilgili birimlerin hemşirelerin manevi bakım algısı ve uygulamaları üzerinde etkili olabileceğini düşündürülebilir. Hemşirelerin çalışma şeklinin ve çalıştığı birimin MMBDÖ düzeyini etkilemediği, literatürdeki araştırmalar ve bizim araştırma verilerimizle desteklenmektedir.

Araştırmamızda katılımcı hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılama durumuna göre farklılık göstermemektedir. Ancak, Kavak ve arkadaşlarının araştırmasında manevi bakım veren hemşirelerin MMBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur

[51]. Farklı bir çalışmada hastalarına manevi bakım veren katılımcıların MMBDÖ puan ortalaması vermeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur [37]. Literatürdeki bazı araştırmalar, manevi bakım sağlayan katılımcıların MMBDÖ düzeylerini etkilediği gösterirken, bizim yapmış olduğumuz araştırmamızda böyle bir farklılığa ulaşılmamıştır. Bu araştırmamızda katılımcı hemşirelerin manevi bakım algısı ile hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılama durumu arasında anlamlı bir fark bulunmaması, örneklemin özelliklerine, katılımcıların bireysel farklılıklarına ya da manevi bakımın uygulanış biçimindeki çeşitliliğe işaret edebilir. Bununla birlikte, manevi bakımın her hemşire için farklı şekillerde algılanabilmesi, ölçümde karşılaşılan zorluklar ve hemşirelerin manevi bakım sunma konusunda karşılaştıkları sınırlamalar da bu sonucun açıklayıcı etmenleri arasında yer alabilir.

Araştırmamızda erkek hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyinin kadın hemşirelerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yılmaz ve Okay'ın araştırmasında cinsiyetle MMBDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve farkın erkek ve kadın katılımcıların oranındaki önemli farklılıkla ilişkili olabileceği ifade edilmiştir [53]. Bunun aksine bazı araştırmalarda cinsiyetle MMBDÖ puanı arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı belirtilmiştir [37, 51]. Literatürle kıyaslandığında cinsiyetin MMBDÖ düzeyini etkilemediği araştırmalar bulunduğu gibi bizim araştırmamızda olduğu gibi cinsiyetin MMBDÖ düzeyini etkilediğini belirleyen araştırmalar da bulunmaktadır. Araştırmamızda erkek hemşirelerin MMBDÖ puan ortalaması kadın hemşirelerden yüksek olsa da, bu oransal farklılık, erkek ve kadın hemşirelerin toplumsal cinsiyetle ilgili algı ve değerlerinin birbirinden farklı olmasından kaynaklanabilir. Örneğin, kadın hemşirelerin çoğunlukta olduğu bir örnekleme, manevi bakımın daha fazla empatik ve duygusal bir boyutta algılanması beklenebilirken, erkek hemşirelerin oranının daha düşük olması, erkeklerin görüşlerinin ve deneyimlerinin daha fazla ön plana çıkmasına yol açabilir. Sonuç olarak, cinsiyetin MMBDÖ düzeyine etkisinin, örneklem grubundaki cinsiyet oranları ve bu oranların oluşturduğu dinamiklerle de ilişkilendirilebileceği düşünülebilir.

Araştırmamıza katılım sağlayan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algı düzeyinin medeni duruma göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu bulgu literatürdeki birçok araştırmayla uyum içerisindedir [37, 51, 53]. Ancak, farklı bir araştırmada bekar olan hemşirelerin MMBDÖ puanı evli olanlardan daha yüksek bulunmuştur [38]. Bu farklılığın, bekar ve evli hemşirelerin yaşam deneyimlerinin ve

kişisel sorumluluklarının farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Bekar hemşirelerin, manevi bakım konusunda daha fazla bireysel özgürlük ve esneklik yaşaması, manevi ve duygusal ihtiyaçlara daha fazla odaklanmalarına yol açabilirken, evli hemşirelerin ailevi sorumlulukları ve iş-yaşam dengesindeki zorluklar, manevi bakım algılarını etkileyebilir.

Katılımcıların maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyinin eğitim duruma göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde literatürde yapılan diğer araştırmalarda da hemşirelerin eğitim durumlarıyla MMBDÖ düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir [37, 51, 52, 65]. Çeşitli araştırmalarda ise, eğitim seviyesinin artmasının MMBDÖ puanlarını anlamlı düzeyde artırdığı ve yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin MMBDÖ ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [38, 53, 63]. Eğitim seviyesinin artması, eğitim sürecinde maneviyata yönelik teorik bilgi düzeyinin artmasına yol açarak MMBDÖ puanını arttıracaklarını düşündürse de bizim araştırmamız ve literatürdeki bazı araştırmalar doğrultusunda eğitim düzeyiyle MMBDÖ puanı arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcı hemşirelerin çalışma memnuniyeti olmayanların maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi, biraz memnun olduğunu belirtenler ve memnun olduğunu belirtenlerden yüksektir. Aydın'ın araştırmasında çalışılan birimde mutlu olmalarıyla MMBDÖ puanı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır [70]. Tambağ ve arkadaşları Manevi Destek Algı Ölçeğini kullanarak yapmış oldukları araştırmasında, çalışılan birimden memnuniyet düzeyi ile ölçek puanı arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmamıştır [71]. Araştırmamızda katılımcı hemşirelerin çalışma memnuniyetine sahip olmayanların MMBDÖ puanlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiş, ancak bu bulguyu doğrudan destekleyen literatürde başka bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu durum, çalışma memnuniyetinin olmaması halinde, bireylerde manevi bakım algısını artırabilecek farklı psikososyal mekanizmaları tetiklediği ya da katılımcıların manevi değerlere yöneliminin memnuniyetsizlikle bağlantılı bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkmış olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda, spiritüel bakım bilgisine sahip olmayan hemşirelerin MMBDÖ düzeyi, spiritüel bakım bilgisine sahip olan hemşirelerden daha yüksektir. Gönenç ve ark.'nın çalışmasında MMBDÖ ile maneviyat kavramını daha önce duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır [65]. Spiritüel bakım bilgisine sahip olan hemşirelerin MMBDÖ puanlarının daha yüksek olması beklenirken, çalışmamızda bu



bilgilere sahip olmayan katılımcıların MMBDÖ puanlarının daha yüksek bulunması, bu ilişkinin beklenenden farklı bir şekilde ortaya çıktığını göstermektedir. Bu durum, spiritüel bakım bilgisine sahip olmayan hemşirelerin manevi bakım algılarında farklı bir farkındalık ya da bireysel yönelim geliştirmiş olabileceği ya da bu gruptaki katılımcıların manevi kavramlara daha fazla değer atfetmesiyle ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmamızda, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi, spiritüel bakım eğitimi alma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Akgün Kostak ve arkadaşlarının araştırmalarında maneviyat ve manevi bakım eğitimi alan hemşire ve ebelerin konuyla ilgili eğitim almayanlara göre ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur [37]. Çayır'ın araştırmalarında hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alma durumları ile MMBDÖ puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [72]. Bu bulgular, maneviyat ve manevi bakım algısının eğitimle geliştirilme potansiyeline işaret etmekle birlikte, araştırmamızda elde edilen sonuçlar, bu ilişkinin farklı değişkenlerle de ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Verilen eğitimin kalitesi, katılımcıların konuya yönelik ilgileri ve bireysel özellikleri gibi faktörler bu sonuca neden olmuş olabilir.

Araştırmamızda hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyinin, kendini spiritüel bakım konusunda yeterli bulup bulmama durumundan etkilenmediği belirlenmiştir. Ancak, literatürde manevi bakım bilgisini yeterli bulanların daha yüksek MMBDÖ puanına sahip olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır [54, 72]. Bu bulgu, spiritüel bakım algısının yeterlilik hissinden bağımsız karmaşık dinamiklerle şekillenebileceğini göstermektedir.

Araştırmamıza katılım sağlayan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyinin yaş, mesleki deneyim ve kurumdaki deneyim süresi ile ilişkisi bulunmamaktadır. Benzer şekilde yapılan farklı araştırmamızda MMBDÖ ile yaş ve çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır [37, 38, 52, 53]. Araştırmamızdan elde edilen verilerimiz mevcut literatürle büyük ölçüde uyum içerisindedir. Ancak bunun tersine Kavak ve arkadaşlarının araştırmalarında, MMBDÖ ile çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu farkın katılımcıların daha çok çalışma yılı az olan kişiler olduğundan kaynaklanabileceği ifade edilmiştir. Aynı araştırmada MMBDÖ ile yaş arasında ilişki bulunamamıştır [51]. Kotera ve arkadaşlarının çalışmada da yaş öz şefkat üzerinde etkili bulunmuştur. Daha ileri yaşlardaki hemşirelik öğrencilerinin öz şefkat düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [73]. Araştırmamızın sonuçlarının

büyük ölçüde literatürle uyumlu olması, bu ilişkinin genellikle zayıf veya istatistiksel olarak anlamsız olduğunu düşündürse de, bazı araştırmaların tersine bulgular sunması, konunun daha kapsamlı ve farklı örneklem gruplarıyla araştırılmasının önemini ortaya koymaktadır.

## **5.2. Hemşirelerin Öz Şefkat Düzeyleri ve Öz Şefkatle İlişkili Verilerin Tartışılması**

Araştırmamızda kullanılan ÖŞÖ-KF'den alınabilecek minimum puan 11, maksimumum puan ise 55'tir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, öz şefkat düzeyinin de artacağına işaret eden bir veridir. Araştırmamızın sonucunda, ÖŞÖ-KF puan ortalaması  $36.1 \pm 6.2$  olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, katılım sağlayan hemşirelerin öz şefkat düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Onat'ın çalışmasında hemşirelerin ÖŞÖ-KF puan ortalaması  $37.60 \pm 5.63$  olarak hesaplanmış ve ölçeğin puan ortalamasına göre katılımcıların öz şefkat düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur [74]. Farklı bir araştırmada hemşirelere ÖŞÖ-KF'ye göre ölçeğin puan ortalamasını  $35.36 \pm 6.79$  ile orta düzeyde bulmuştur [75]. Abdollahi, Taheri ve Allen'in araştırmasında da hemşirelerin öz şefkat düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve yüksek öz şefkatin, algılanan stresin iş tükenmişliği üzerindeki olumsuz etkilerini azalttığı tespit edilmiştir [76]. Bu araştırmada, öz şefkatin hemşirelerin iş tükenmişliği riskini azaltmada tamponlayıcı bir rol oynadığı ve stresle başa çıkma becerilerini geliştirdiği belirtilmiştir. Araştırmamızdan elde edilen bulgular, mevcut literatürle tutarlı ve öz şefkat düzeylerinin artırılmasının hemşirelerin mesleki dayanıklılığını ve ruhsal iyilik halini desteklemek açısından önemli olduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza katılım sağlayan hemşirelerin öz şefkat düzeyleri ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Genel olarak, araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar, literatürde yapılan diğer araştırmalarla uyumludur. Yapılan bazı araştırmalarda da cinsiyetin öz şefkat düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır [75, 77]. Kara'nın Öz Anlayış Ölçeği kullanarak yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin öz anlayış puanlarıyla cinsiyetleri arasında bir ilişki bulunmamıştır [78]. Ayrıca, Kotera ve arkadaşlarının (2021) araştırmasında, cinsiyetin öz şefkat üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır [73] ve bu durum, öz şefkatin bireyin içsel süreçleriyle daha fazla ilişkili olduğunu desteklemektedir. Çalışkan ve arkadaşlarının sağlık bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerle yapmış olduğu araştırmada, erkek öğrencilerin öz şefkat düzeylerinin kadın öğrencilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur

[77]. Bu bulgular, öz şefkat düzeyinin cinsiyetten ziyade bireylerin kişisel özellikleri, yaşam deneyimleri ve psikososyal destek mekanizmaları gibi faktörlerden etkilenebileceğini düşündürmektedir. Araştırmamızda ve literatürdeki diğer araştırmaların çoğunda cinsiyetin öz şefkat üzerinde belirgin bir etkisinin bulunmaması, öz şefkatin daha çok bireyin içsel süreçleriyle ilgili bir kavram olduğuna işaret etmektedir. Ancak, bazı araştırmalarda cinsiyet farklılıklarının ortaya çıkması, bu alandaki farkların bağlamsal faktörlere ve araştırma gruplarının demografik özelliklerine bağlı olabileceğini de düşündürmektedir.

Araştırmamızda öz şefkat düzeyinin medeni durum, eğitim durumu ve çalışma şekillerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Memişoğlu'nun hemşire ve ebelerle yapmış olduğu araştırmada, öz şefkat ile medeni durum ve eğitim seviyesi arasında bir ilişki bulunmamıştır [75]. Benzer şekilde, Kara'nın öz anlayış ölçeği kullanarak yapmış olduğu yüksek lisans tezinde de hemşirelerin öz anlayış düzeyi ile medeni durum, mezun olunan okul ve sıklıkla çalışılan vardiya arasında bir ilişki saptanamamıştır [78]. Araştırmamızda, çalışma şekilleri ile öz şefkat düzeyi arasında bir ilişki bulunmamış olsa da, literatürde bu konuda farklı bulgular yer almaktadır. Nöbet ve karma çalışma şeklinin getirdiği düzensiz yaşam biçiminin öz şefkat düzeylerini etkilediği öne sürülmektedir [74]. Franco ve Christie'nin (2021) çalışmasında öz şefkat eğitiminin hemşirelerin stres ve tükenmişlik düzeylerini azalttığı ve mesleki doyumlarını artırdığı belirtilmiştir [79]. Bu bulgular, öz şefkatin yalnızca sosyodemografik faktörlere göre değil, aynı zamanda bireysel farkındalık ve eğitim yoluyla da şekillenebileceğini göstermektedir. Literatür ve araştırmamızın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, öz şefkat düzeyinin medeni durum ve eğitim durumuna göre farklılık göstermediği, ancak çalışma koşulları ve bireysel farkındalık eğitimlerinin öz şefkati artırmada önemli bir rol oynayabileceği söylenebilir.

Araştırmamıza katılım sağlayan hemşirelerin, işinden memnun olanların öz şefkat düzeyi biraz memnun olanlar ve memnun olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunurken öz şefkat düzeyi ile yaş, mesleki deneyim ve kurumdaki deneyim süresi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde, Onat'ın çalışmasında da hemşire olmaktan kısmen memnun olanların öz şefkat düzeyinin diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur [74]. Çalışma memnuniyeti olanların öz şefkat düzeyleri, biraz memnun olanlar ve memnun olmayanlara göre daha yüksek olduğu, bizim araştırmamızdan elde ettiğimiz veriler ve literatürde yapılan araştırmalar kısıtlı olsa benzer sonuçlara ulaşıldığı

gözlemlenmektedir. Araştırma bulgularımıza paralel olarak, yaş, meslekte toplam çalışma süresi ve çalışılan birimdeki deneyim süresi ile öz şefkat düzeyi arasında genellikle anlamlı bir ilişki bulunmadığı farklı çalışmalarda belirtilmiştir [74, 75, 78]. Araştırmamızda, öz şefkat düzeyi ile mesleki deneyim ve kurumdaki deneyim süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulgusunun tersine bir çalışmada meslekte 10 yılın üzerinde deneyime sahip hemşirelerin öz şefkat düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir [74]. Literatürde, katılımcıların mesleki deneyim süresiyle öz şefkat düzeylerini inceleyen sınırlı veri bulunmakla birlikte, öz şefkatin bireysel farkındalık ve destek mekanizmalarıyla daha fazla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Serçe Yüksel ve arkadaşlarının (2022) onkoloji hemşireleriyle gerçekleştirdiği nitel bir araştırmada, hemşirelerin öz şefkatin önemini kavradıkları ancak bunu uygulamada zorlandıkları bulunmuştur. Araştırma, hem kişisel hem de örgütsel düzeyde çeşitli engellerin, özellikle hasta yükü ve görev odaklı çalışma anlayışının, hemşirelerin öz şefkat düzeylerini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır. Bunun yanında, öz şefkati geliştirmek ve şefkatli bakım kapasitelerini artırmak için kurumsal politikaların ve destek programlarının önemine dikkat çekilmiştir [80]. Bu bulgular, öz şefkatin yalnızca mesleki deneyimle değil, çalışma koşulları, örgütsel destek ve bireysel farkındalık gibi faktörlerle şekillendiğini göstermektedir. Araştırmamız ve literatür birlikte değerlendirildiğinde, öz şefkat düzeylerinin artırılmasında bireysel farkındalığı artırıcı eğitim programlarının yanı sıra, hemşirelerin çalışma koşullarını iyileştirecek kurumsal düzenlemelerin de kritik bir öneme sahip olduğu söylenebilir.

### **5.3. Hemşirelerin Öz Şefkat Düzeyi İle Maneviyat Ve Manevi Bakım Düzeyi Arasında İlişkinin Tartışılması**

Araştırmamızda kullandığımız ÖŞÖ-KF ile MMBDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ( $r: -0.071$ ;  $p: 0.236$ ). Bu sonuca göre, hemşirelerin öz şefkat düzeyleri ile spiritüel bakım algıları arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Literatürde hemşirelik öğrencilerinin öz şefkat düzeyleri ile spiritüel bakım algıları arasındaki ilişkisini inceleyen birkaç araştırma olsa da hemşirelerde bu iki değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Mathad ve arkadaşlarının (2017) Hindistan, Karnataka ve Bangalore'daki üç hemşirelik kolejinden 145 hemşirelik lisans öğrencisi ile yaptığı araştırmada, öz şefkatin spiritüel iyilik halinin farklı boyutları üzerinde etkili olduğunu, özellikle kişisel ve toplumsal alanlarda anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymuştur [81]. Benzer şekilde Dincer ve Çiftçi'nin (2024)

araştırmasında, hemşirelik öğrencilerinin şefkat yeterlilikleri ile spiritüellik ve spiritüel bakım algıları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin şefkat yeterliliklerinin yüksek, spiritüel bakım algılarının ise orta düzeyde olduğu bulunmuş ve bu durum, mesleki aidiyet hissi ve eğitimin etkisiyle açıklanmıştır. Araştırma, hemşirelik eğitimi sürecinde spiritüel bakım algılarını ve şefkat yeterliliklerini artırmaya yönelik eğitim programlarının önemini vurgulamıştır [82]. Bu iki araştırmanın bulgularının bizim araştırma bulgularımızdan farklılık göstermesi, araştırma örneklemi arasındaki demografik ve kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Her iki araştırma örneklem grubu hemşirelik öğrencilerini kapsarken, bizim araştırmamızda deneyimli hemşirelerden veri toplanmıştır. Bu durum, mesleki deneyimle birlikte gelişen farklı spiritüel algıların ve öz şefkat yaklaşımlarının etkisini düşündürmektedir. Bu bulgular, araştırmamızın sonuçlarıyla birlikte değerlendirildiğinde, hemşirelerin spiritüel bakım algılarının geliştirilmesinde eğitimin ve bireysel özelliklerin önemli bir rol oynadığı söylenebilir. Özellikle, hemşirelik öğrencilerinin şefkat yeterliliklerini ve spiritüel bakım algılarını artırmak amacıyla eğitim müfredatında bu konulara daha fazla yer verilmesi gerektiği söylenebilir. Klinik uygulamalarda, şefkatli davranışların desteklenmesi ve spiritüel bakım yeterliliklerini artırmaya yönelik yapılandırılmış müdahalelerin geliştirilmesi, hemşirelerin profesyonel bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmada önemli bir rol üstlenebilir. Bu tür eğitim ve müdahaleler, hemşirelerin bireysel farkındalıklarını güçlendirerek, bütüncül bakım anlayışını destekleyebilir ve hasta bakımına olan katkılarını artırabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

- Hemşirelerin öz şefkat düzeyleri  $36.1 \pm 6.2$  ile orta düzeyde bulunmuş, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim ve çalışma şekli gibi değişkenlerle anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışma memnuniyeti bulunan hemşirelerin öz şefkat düzeyinin en yüksek, biraz memnun olduğunu belirtenlerin ise en düşük olduğu bulunmuştur.
- Spiritüel bakım bilgisine sahip olan hemşirelerin öz şefkat düzeyi, sahip olmayanlardan yüksektir. Kendisini spiritüel bakım konusunda yeterli bulan hemşirelerin öz şefkat düzeyi en yüksek, yeterli bulmayanların öz şefkat düzeyi ise en düşük bulunmuştur. Diğer taraftan hemşirelerin öz şefkat düzeyi spiritüel bakım eğitimi alma durumundan etkilenmemektedir.
- Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi  $2.4 \pm 0.5$  ile orta düzeyin altında bulunmuştur. Ayrıca maneviyat ve manevi bakım algısı medeni duruma, eğitim durumuna, çalışma şekline, çalışılan birime ve hastaların manevi gereksinimlerini karşılama durumuna göre farklılık göstermemektedir.
- Erkek hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algı düzeyi kadın hemşirelerden yüksektir. Ayrıca çalışma memnuniyeti olmayanların maneviyat ve manevi bakım algısı, biraz memnun olduğunu belirtenler ve memnun olduğunu belirtenlerden yüksektir.
- Çalışmamıza katılan hemşirelerin, hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılamada bilgi, zaman ve personel yetersizliği gibi nedenlerle zorlandıkları belirlenmiştir.
- Spiritüel bakım bilgisine sahip olmayan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi, sahip olanlardan yüksektir. Diğer taraftan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısı düzeyi, spiritüel bakım eğitimi alma ve kendini spiritüel bakım konusunda yeterli bulma/bulmama durumundan etkilenmemektedir.
- Hemşirelerin öz şefkat düzeyi ile maneviyat ve manevi bakım algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

## 6.2. Öneriler

- Hemşirelik müfredatında spiritüel bakım ve maneviyat kavramlarına yönelik teorik ve uygulamalı eğitimlere daha fazla yer verilmelidir. Bu kapsamda yapılandırılmış müdahale programları geliştirilerek hem öğrencilerin hem de deneyimli hemşirelerin bu konudaki yeterlilikleri artırılmalıdır.
- Sağlık kurumlarında hizmet içi eğitim programları düzenlenerek hemşirelerin spiritüel bakım ile maneviyat ve manevi bakım konularında bilgi ve farkındalık düzeyleri artırılmalı, bireysel yetkinlikler desteklenmelidir.
- Sağlık sisteminde manevi bakımın önemi vurgulanmalı ve bu konuda hemşirelere yönelik rehberler ve standart uygulamalar geliştirilmelidir. Manevi bakımın uygulamaya geçirilmesini teşvik eden bir kurumsal yapı oluşturulmalıdır.
- Hemşirelerin manevi bakım vermelerini engelleyen faktörler ortadan kaldırılmalı; çalışma koşulları ve çalışma ortamı iyileştirilerek, çalışan memnuniyetini arttıracak düzenlemeler teşvik edilmelidir.
- Hemşirelerin öz şefkat düzeyi ile manevi bakım algısı arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak ve etkileyen farklı faktörleri belirleyebilmek için farklı örneklem gruplarında kapsamlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- [1] Özpeynirci, R. ve Kırmızı, C. (2020). Öz şefkat kavramı ve örgütsel yansımaları. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(3), 2924-2952.
- [2] Künye, N. ve Aydın, B. (2021). Öz-şefkat ile iş tatmini arasındaki ilişkide içsel motivasyonun aracı rolü. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 12(3), 3159–3169.
- [3] Şahin Altun, Ö., Kabakçı, K. ve Olçun, Z. (2020). Hemşirelikte öz-şefkat. *Aktüel Tıp Dergisi*, 29(3), 218–225.
- [4] Kaçal, Z. ve Demirsoy, N. (2018). Yoğun bakım hastalarında spiritüel değerlendirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 170–175.
- [5] Korkut Bayındır, S. ve Biçer, S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 25–29.
- [6] Doğu Kökcü, Ö. ve Kutlu, Ö. (2020). Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(1), 53-59.
- [7] Yıldırım, M. ve Sarı, T. (2018). Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(4), 2502-2517.
- [8] Türk Dil Kurumu Sözlükleri. "Sevecenlik", TDK Türkçe Sözlük, <https://sozluk.gov.tr/?ara=sevecenlik>, (24.04.2024).
- [9] Collins English Dictionary. "Self-evaluation definition and meaning", Collins English Dictionary, <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/self-evaluation>, (05.05.2024).
- [10] Longman Dictionary of Contemporary English. "Compassion meaning of compassion", Longman Dictionary of Contemporary English, <https://www.ldoceonline.com/dictionary/compassion>, (05.05.2024).
- [11] Cambridge Dictionary. "Compassion", Cambridge English Dictionary, <https://dictionary.cambridge.org/tr/sözlük/ingilizce/compassion>, (05.05.2024).
- [12] Uyanık, N. ve Çevik, Ö. (2020). Öz-şefkat gelişiminde bilişsel formülasyonun rolü. *International Journal of Current Approaches in Language, Education and Social Sciences*, 2(2), 660–674.
- [13] Uslu, Y. ve Korkmaz, F. D. (2016). Yoğun bakımda hemşirenin hissi tarafı "şefkat" ve bakım. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(2), 108–115.



- [14] Zessin, U., Dickhäuser, O. and Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.
- [15] Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250.
- [16] Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- [17] Karagöz, Ş. ve Uzunbacak, H. H. (2023). Öz-şefkat konusunda yayınlanan makalelerin bibliyometrik analizi. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 6(2), 410-420.
- [18] Saeighi Mameghani, S., Taşan, D. ve Saylan, E. (2020). Üniversite öğrencilerinin öz-şefkat, hasbılık ve affetme düzeylerinin incelenmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 12(2), 220-244.
- [19] Germer, C. K. and Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867.
- [20] Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- [21] Neff, K. D. and Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23-50.
- [22] Allen, A. B. and Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 107–118.
- [23] Türk Dil Kurumu Sözlükleri. “Spiritüel”, TDK Türkçe Sözlük, <https://sozluk.gov.tr/?ara=spirituel>, (26 Ocak 2024).
- [24] Özer, D. ve Pasinlioğlu, T., “Hemşireliğin Kavramsal Çerçevesinde Spiritüallite” [Bildiri], 5. Ulusal Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokul Sempozyumu, )7 Nisan 2022), Mersin.
- [25] Arslan, H. ve Konuk Şener, D. (2009). Stigma, spiritüallite ve konfor kavramlarının Meleis’in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 51-58.
- [26] Türk Dil Kurumu Sözlükleri. “Maneviyat”, TDK Türkçe Sözlük, <https://sozluk.gov.tr/?ara=maneviyat>, (26 Ocak 2024).
- [27] Akpınar, Y. Y. ve Aşti, N. (2021). Maneviyat, manevi bakım ve manevi bakımın hemşirelikte önemi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 127-140.

- [28] Çetinkaya, B., Altundağ, S. ve Azak, A. (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 8(1), 47-50.
- [29] Clark, M. and Emerson, A. (2021). Spirituality in psychiatric nursing: A concept analysis. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 27(1), 22-32.
- [30] Dikmen, R. D. ve Üşenmez, T. Y. (2022). Maneviyat düzeyi-bakım verme yükü ilişkisi: Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde kesitsel bir çalışma. Perspectives in Palliative & Home Care, 1(1), 8-13.
- [31] Baldacchino, D. (2015). Spiritual care education of health care professionals. Religions, 6(2), 594-613.
- [32] Baysoy, K. ve Özkaya, E., “Onkoloji Hemşireliği ve Spiritüel Bakım: Bir Derleme” [Bildiri], 3. Uluslararası 4. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, (15 Kasım 2021), Ankara.
- [33] Boztilki, M. ve Ardıç, E. (2017). Maneviyat ve sağlık (Spirituality and health). JAREN Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 3, 39-45.
- [34] Nissen, R. D., Viftrup, D. T. and Hvidt, N. C. (2021). The process of spiritual care. Frontiers in Psychology, 12, 674453.
- [35] Dalcalı, B. K. (2019). Palyatif bakım birimlerinde manevi bakım ve hemşirelik. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 2(2), 29-37.
- [36] Kutlu, Ö., Ermin, C. ve Aygin, D. (2020). Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşları ile manevi bakım algılarının değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 3(3), 130-142.
- [37] Kostak, M. A., Çelikkalp, Ü. ve Demir, M. (2010). Hemşire ve ebelerin maneviyyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı, 218, 225.
- [38] Çelik, A. S., Özdemir, F., Durmaz, H. ve Pasinlioğlu, T. (2015). Hemşirelerin maneviyyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. JOHUFON, 1(3), 1-12.
- [39] Erişen, M. ve Karaca Sivrikaya, S. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 184-190.
- [40] Kardaş, Ç. ve Ünlüsoy Dinçer, N. (2022). Bütüncül hemşirelik bakımı için metafor analizi: Bir puzzle oluşturmak. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 15(3), 317-327.

- [41] Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E. and Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing. *International Nursing Review*, 61(2), 211-219.
- [42] Bölüktaş, R. P. (2018). Palyatif bakım hastalarında manevi bakım. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13), 51-72.
- [43] Çınar, F. ve Eti Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *GOP Taksim EAH JAREN*, 3(1), 37-42.
- [44] Kabataş Yıldız, M. ve Cal, A. (2022). Yaşlı bakımı öğrencilerine verilen ölüm ve manevi bakım eğitimimin etkinliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(1), 301-312.
- [45] Uslu Şahan, F. ve Terzioğlu, F. (2021). Hemşirelerin Kansere Hastalarına Yönelik Manevi Bakım Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 340-349.
- [46] Erol, F. (2020). Spiritüel bakımın hemşirelik sürecine yansıması. *JOINIHP*, 1(1), 30-39.
- [47] Yılmaz, D. U., Yılmaz, D., Karaman, D. ve Çalışkan, S. (2019). Hemşirelerin manevi destek algıları ve ilişkili faktörler. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(3), 188-193.
- [48] Rant, E., Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Tilley, S. and Ryan, D. (2004). Spiritual issues and needs: Perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. *Palliative and Supportive Care*, 2(4), 371-378.
- [49] Akgül, E. ve Okuyan, C. (2022). Holistik bakımda inanç topluluğu hemşireliği. *Faith Community Nursing in Holistic Care*, 312-317.
- [50] Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R., and Sulla, F. (2019). Spiritual care in nursing: An overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomedica*, 90(4-S), 44-55.
- [51] Kavak, F., Mankan, T., Polat, H., Sarıtaş, S. Ç. ve Sarıtaş, S. (2014). Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Annals of Health Sciences Research*, 3(1), 21-24.
- [52] Eğlence, R. ve Şimşek, N. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 48-53.
- [53] Yılmaz, M. ve Okyay, N. (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(3), 41-52.

- [54] Ercan, F., Körpe, G. ve Demir, S. (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Gazi Medical Journal*, 29, 17-22.
- [55] Aktaş, G. ve Güleç, S. (2023). Klinik hemşirelerin profesyonel benlik kavramı ile spiritual bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(1), 79-90.
- [56] Ellington, L., Billitteri, J., Reblin, M. and Clayton, M. F. (2017). Spiritual care communication in cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 517-525.
- [57] Kutlu, Ö. (2022). Hemşirelerin spiritüel bakım sunumlarını etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı.
- [58] Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D. and Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- [59] Kline, P. (2014). *An easy guide to factor analysis*. Routledge.
- [60] Büyüköztürk, Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Yayıncılık, Ankara, 2018.
- [61] Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Post, D. and Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2857–2869.
- [62] Daghan, S., Kalkim, A. and Sağkal Midilli, T. (2019). Psychometric evaluation of the Turkish form of the Spiritual Care Competence Scale. *Journal of Religion and Health*, 58(1), 14–27.
- [63] Ozbasaran, F., Ergul, S., Temel, A. B., Gurol Aslan, G. and Coban, A. (2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3102–3110.
- [64] Bayram, N. Yapısal eşitlik modellemesine giriş: AMOS uygulamaları, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2010.
- [65] Gönenç, İ. M., Akkuzu, G., Durdun Altın, R. ve Möroy, P. (2016). Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 34-38.
- [66] Özveren, H., Doğan Yılmaz, E. and Durmuş, S. Ç. (2021). Examining the spirituality and spiritual care perceptions and moral sensitivity of nursing students

- (Hemşirelik öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım algıları ile etik duyarlılıklarının incelenmesi). *Social Mentality and Researcher Thinkers Journal (SMART Journal)*, 7(52), 2837–2845.
- [67] Yıldırım, D., Özer, Z. ve Bölüktaş, R. P. (2018). Hemşirelerin manevi bakım odaklı yaklaşımları. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13), 23-34.
- [68] Külçüömeroğlu, S. (2023). Hemşirelerin spiritüel bakım algılarının ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım verme tutumları üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı.
- [69] Lovanio, K. and Wallace, M. (2007). Promoting spiritual knowledge and attitudes: A student nurse education project. *Holistic Nursing Practice*, 21(1), 42-47.
- [70] Aydın, S. (2022). Cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ile maneviyat ve manevi bakım arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi. Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [71] Tambağ, H., Mansuroğlu, S. ve Yıldırım, G. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: Bir pilot çalışma. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2), 159-164.
- [72] Çayır, H. A. (2021). Yaşlı hastalara bakım veren hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları ile yaşam doyumları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Evde Bakım Hemşireliği Ana Bilim Dalı.
- [73] Kotera, A., Cockerill, V., Chircop, J., Kaluzeviciute, G. and Dyson, S. (2021). Predicting self-compassion in UK nursing students: Relationships with resilience, engagement, motivation, and mental wellbeing. *Nurse Education in Practice*, 51, 102989.
- [74] Onat, V. (2023). Acil servis hemşirelerinin öz-şefkat düzeyleri ile bakım davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Acil Tıp Hemşireliği Ana Bilim Dalı.
- [75] Memişoğlu, A. (2023). Kadın doğum alanında çalışan hemşire ve ebelerin öz-şefkatini, öz-bakım, şefkat yorgunluğu ve psikolojik dayanıklılık yordar mı? Bir

- karma yöntem çalışması. Yüksek lisans tezi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı.
- [76] Abdollahi, A., Taheri, A. and Allen, K. A. (2021). Perceived stress, self-compassion and job burnout in nurses: The moderating role of self-compassion. *Journal of Research in Nursing*, 26(3), 182-191.
- [77] Çalışkan, B. B., Alagöz, E. ve Tonkuş, M. B. (2024). Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin duygusal zekâ ve öz şefkat düzeylerinin incelenmesi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 14(1), 48-54.
- [78] Kara, D. (2018). *Hemşirelerin merhamet yorgunluklarının ve öz anlayışlarının incelenmesi*. Yüksek lisans tezi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı.
- [79] Long Franco, P. and Christie, L. M. (2021). Effectiveness of a one-day self-compassion training for pediatric nurses' resilience. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 109-114.
- [80] Yüksel Ö., S., Partlak Günüşen, N., Çelik İnce, S. ve Zeybekçi, S. (2022). Experiences of oncology nurses regarding self-compassion and compassionate care: A qualitative study. *International Nursing Review*, 69, 432–441.
- [81] Mathad, M. D., Rajesh, S. K. and Pradhan, B. (2019). Spiritual well-being and its relationship with mindfulness, self-compassion and satisfaction with life in baccalaureate nursing students: A correlation study. *Journal of Religion and Health*, 58, 554–565.
- [82] Dincer, A. ve Çiftçi, B. (2024). The relationship between nursing students' compassion competencies and perceptions of spirituality and spiritual care. *Palliative and Supportive Care*, 22(2), 325–330.

## Ek 5 Tanıtıcı Bilgi Formu

**Değerli Katılımcı,** Adıyaman Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından yürütülen "**Hemşirelerin Öz Şefkat Düzeyleri ile Spiritüel Bakım Algıları Arasındaki İlişki**" başlıklı araştırmamıza katkıda bulunmak için bu anket formunu hazırladık. Sizden alacağımız doğru bilgi ve görüşler, çalışmamıza önemli katkıda bulunacaktır. Katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Anketinize göstereceğiniz ilgi ve destek için şimdiden teşekkür ederiz. Saygılarımla, Hakan TURAN

### Tanıtıcı Bilgi Formu

- 1- Yaşınız:.....
- 2- Cinsiyetiniz?  
☐ E ☐ K
- 3- Medeni durumunuz:  
☐ Evli ☐ Bekar
- 4- Öğrenim düzeyiniz nedir?  
☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
- 5- Mesleki deneyim süreniz nedir?  
..... Yıl
- 6- Şu an çalışmış olduğunuz kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz?  
..... Yıl
- 7- Çalışma Şekliniz?  
☐ Mesai ☐ Sürekli Nöbet ☐ Her İkisinde
- 8- Çalıştığınız birim nedir?  
.....
- 9- Yapmakta olduğunuz işten memnuniyet dereceniz nedir?  
☐ Memnun değilim ☐ Biraz memnunum ☐ Memnunum
- 10- Spiritüel / Manevi bakım kavramı hakkında bilginiz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
- 11- Daha önce spiritüel / manevi bakım ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır
- 12- Cevabınız evet ise nereden eğitim aldınız? Birden fazla madde işaretleyebilirsiniz.  
☐ Hemşirelik eğitimim sırasında bilgi aldım  
☐ Hizmet içi eğitim programlarından bilgi aldım  
☐ Klinikte çalışan diğer hemşire arkadaşlarımdan bilgi aldım  
☐ Okuduğum araştırma ve makale vb. yayınlardan bilgi aldım  
☐ Kitle iletişim ve basın yayın (televizyon, radyo, internet, gazete vb) organlarından bilgi aldım.
- 13- Hastalara spiritüel / manevi bakım sağlama konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz?  
☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır
- 14- Klinikte çalışırken hastaların spiritüel / manevi bakım gereksinimlerini karşıladığınızı düşünüyor musunuz?  
☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır
- 15- Cevabınız Hayır / Kısmen ise hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamama nedeniniz nedir? Birden fazla madde işaretleyebilirsiniz.  
☐ Bilgi Yetersizliği  
☐ Zaman Yetersizliği  
☐ Personel Yetersizliği  
☐ İş Merkezli Çalışma  
☐ Diğer (Yazınız).....
- 16- Hastalarınızın iyileşme sürecinde spiritüel / manevi bakımın etkisi olduğuna inanıyor musunuz?  
☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır

## Ek 6 Öz Şefkat Ölçeği Kısa Formu ve Maneviyat ve Manevi Bakım Algılama Ölçeği

Değerli katılımcı “Maneviyat ve manevi bakımı algılama ölçeği” ve “Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu“ ilişkin aşağıdaki ifadelere yönelik düşüncenizi uygun cevabı işaretleyerek belirtiniz

| <b>Öz-Şefkat Ölçeği Kısa Formu</b>                                                                               | <b>Hiçbir Zaman</b> | <b>Nadiren</b> | <b>Bazen</b> | <b>Sık sık</b> | <b>Daima</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| 1.Benim için önemli olduğunu düşündüğüm bir şeyi başaramadığımda kendimi yetersiz olduğum duygusuyla yıpratırım. |                     |                |              |                |              |
| 2.Beğenmediğim kişilik özelliklerimle ilgili kendime karşı sabırlı ve anlayışlı olmaya çalışırım.                |                     |                |              |                |              |
| 3.Üzücü bir durumla karşılaştığımda dengeli bir bakış açısı sergilemeye çalışırım.                               |                     |                |              |                |              |
| 4.Kendimi üzgün hissettiğimde diğer insanların çoğunun benden daha mutlu olduklarını düşünürüm.                  |                     |                |              |                |              |
| 5.Başarısızlıklarımı insan olmanın doğal bir parçası olarak görmeye çalışırım.                                   |                     |                |              |                |              |
| 6.Zor zamanlardan geçtiğimde ihtiyacım olan özen ve yumuşaklığı kendime gösteririm.                              |                     |                |              |                |              |
| 7.Bir şey beni üzdüğünde duygularımı dengede tutmaya çalışırım.                                                  |                     |                |              |                |              |
| 8.Benim için önemli olan bir konuda başarısız olursam, kendimi bu başarısızlıkta yalnız kalmış hissederim.       |                     |                |              |                |              |
| 9.Kötü hissettiğim zaman yanlış giden her şeyi kafama takar ve üzerinde sürekli düşünürüm.                       |                     |                |              |                |              |
| 10.Yetersizliklerim ve hatalarım karşısında kendime karşı eleştirel ve yargılayıcı davranırım                    |                     |                |              |                |              |
| 11.Sevmediğim kişilik özelliklerim karşısında kendime hoşgörüsüz ve sabırsızımdır.                               |                     |                |              |                |              |

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