

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI



**HEMŞİRELERİN SPİRİTÜEL BAKIM ALGILARININ
ÖLÜME VE ÖLÜME YAKLAŞMAKTA OLAN HASTALARA
BAKIM VERME TUTUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Sevde KÜLCÜÖMEROĞLU

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2023

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi?

Evet ☒

Hayır ☐

03/05/2023
Sevde KÜLCÜÖMEROĞLU

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: HEMŞİRELERİN SPİRİTÜEL BAKIM ALGILARININ ÖLÜME VE ÖLÜME YAKLAŞMAKTA OLAN HASTALARA BAKIM VERME TUTUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 03/05/2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 21

Tek kaynak oranı : % 1 çıkmıştır.

03/05/2023
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZET

HEMŞİRELERİN SPIRİTÜEL BAKIM ALGILARININ ÖLÜME VE ÖLÜME YAKLAŞMAKTA OLAN HASTALARA BAKIM VERME TUTUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Sevde KÜLCÜÖMEROĞLU
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans, Temmuz/2023
Danışman: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Amaç: Bu araştırma hemşirelerin spiritüel bakım algılarının, ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım verme tutumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanan bu araştırma 28/07/2021-30/03/2023 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi'nde yürütüldü. Bu çalışmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanıldı. Araştırmanın nicel araştırma örneklemini 383, nitel araştırma örneklemini 12 hemşire oluşturdu. Nicel veriler Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ), Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDATÖ), Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD) ve Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği (DAP-R); nitel veriler ise yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplandı. Nicel verilerin analizinde IBM SPSS V23.0 programından, nitel verilerin analizinde MAXQDA 22 programından yararlanıldı.

Bulgular: MMBDÖ toplam puan ortalaması $3,4 \pm 0,5$; MDATÖ toplam puan ortalaması $47,1 \pm 10,5$; FATCOD toplam puan ortalaması $100,2 \pm 9,6$; DAP-R Ölüm Korkusu, Ölümden Kaçınma, Tarafsız Kabullenme, Kabul Edici Yaklaşım, Ölümü Kabullenmeme alt boyut puan ortalamaları sırasıyla $4,3 \pm 1,1$, $4,1 \pm 1,2$, $5,5 \pm 0,9$, $4,9 \pm 1,0$, $3,9 \pm 1,5$ olarak belirlendi. MMBDÖ toplam puan ortalaması ile MDATÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki bulundu ($r=0,421$; $p<0,001$). MMBDÖ toplam puan ortalaması ile FATCOD toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki saptandı ($r=0,154$; $p=0,003$). FATCOD toplam puan ortalaması ile MDATÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlendi ($r=0,326$; $p<0,001$). DAP-R Tarafsız Kabullenme alt boyut puan ortalaması ile MMBDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($r=0,233$; $p<0,001$). FATCOD toplam puan ortalaması ile DAP-R Tarafsız Kabullenme alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlendi ($r=0,285$; $p<0,001$). Nitel verilerin analizi sonucunda yedi tema ve otuz bir alt tema saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada hemşirelerin spiritüel bakım algılarının, ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım verme tutumlarını etkileyen önemli bir yordayıcı olduğu söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Spiritüel bakım, Ölüm, Bakım algısı

ABSTRACT

IMPACT OF SPIRITUAL CARE PERCEPTION OF NURSES ON THEIR ATTITUDES TOWARD DEATH AND CARE OF THE DYING PATIENTS

Sevde KÜLCÜÖMEROĞLU

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Nursing

Master, July/2023

Supervisor: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Purpose: This study was planned to determine the impact of spiritual care perception of nurses on their attitudes toward death and care of the dying patients.

Materials and Methods: The present study which was planned as a descriptive correlational study was conducted at Ondokuz Mayıs University Healthcare Practices and Research Center Hospital between 28/07/2021 and 30/03/2023. The study used a nested mixed design which uses qualitative and quantitative research methods together. The quantitative research sample of the study comprised 383 nurses and the qualitative research sample comprised 12 nurses. The quantitative data were collected using Nurses Introductory Information Form, Spirituality and Spiritual Care Grading Scale (SSCGS), Spiritual Support Perception Determination Scale (SSPDS), Frommelt Attitude Toward Care of the Dying (FATCOD) and Death Attitude Profile Scale (DAP-R). The qualitative data were collected using a semi-structured interview form. In analysis of the quantitative data, the IBM SPSS V23.0 program was used. In analysis of the qualitative data, the MAXQDA 22 program was used.

Findings: It was determined that the mean total SSCGS score was 3.4 ± 0.5 , the mean total SSPDS score was 47.1 ± 10.5 and the mean total FATCOD score was 100.2 ± 9.6 . The mean total scores were found to be 4.3 ± 1.1 , 4.1 ± 1.2 , 5.5 ± 0.9 , 4.9 ± 1.0 and 3.9 ± 1.5 for the Fear of Death, Avoiding Death, Objective Acceptance, Acceptive Approach and Denial of Death subscales of DAP-R, respectively. It was determined that there was a moderate correlation between the mean total SSCGS score and the mean total SSPDS score in a positive direction ($r=0.421$, $p<0.001$). It was determined that there was a weak correlation between the mean total SSCGS score and the mean FATCOD score in a positive direction ($r=0.154$, $p=0.003$). It was determined that there was a weak correlation between the mean total FATCOD score and the mean total SSPDS score in a positive direction ($r=0.326$, $p<0.001$). It was determined that there was a weak correlation between the mean DAP-R Objective Acceptance subscale score and the mean total SSCGS score in a positive direction ($r=0.233$, $p<0.001$). It was determined that there was a weak correlation between the mean total FATCOD score and the mean DAP-R Objective Acceptance subscale score in a positive direction ($r=0.285$, $p<0.001$). As a result of the analysis of the qualitative data, seven themes and thirty-one subthemes were determined.

Conclusion: It is possible to state that spiritual care perception of the nurses in the present study was a significant predictor affecting their attitudes toward death and care of the dying patients.

Keywords: Nursing, Spiritual care, Death, Care perception

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve desteğini esirgemeyen, ufkumu genişleten, sürekli iletişim halinde olabildiğim danışman hocam Sayın Prof.Dr. Zeliha KOÇ'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimime katkısı bulunan, bilgisini, sevgisini her daim paylaşan Hemşirelik Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN'a,

Tezimle ilgili her konuda beni destekleyen Tuğba KAVALALI ERDOĞAN, Cansev BAL ve Sevil MASAT HARBALİ'ye, birlikte güzel süreçler geçirdiğim Tuğçe ÇAMLICA ve Esra DANACI'ya

Lisansüstü eğitim sürecinde birlikte yola çıktığım ve desteğini her zaman hissettiğim değerli arkadaşım Öznur YILDIZ'a,

Hayatımın her anında yanımda olmasını istediğim, kız kardeşim, şansım, meslektaşım, en büyük destekçim Gamze ÜSTE'ye

Bana sabırla yaklaşan ve yardımcı olan tüm çalışma arkadaşlarıma,

Maddi ve manevi olarak hep yanımda olan, bana inanan en büyük destekçilerim canım annem Huriye KÜLCÜÖMEROĞLU ve canım babam Mehmet KÜLCÜÖMEROĞLU'na,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Sevde KÜLCÜÖMEROĞLU

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLOLAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Spiritüalizite Kavramı	5
2.1.1. Spiritüel Yaklaşımlar ve Tarihsel Gelişimi	5
2.1.2. Spiritüel Bakımla İlişkili Kavramlar	7
2.1.3. Dünyada ve Türkiye’de Spiritüel Bakım Uygulamaları.....	9
2.1.4. Spiritüel Bakımı Etkileyen Faktörler	12
2.1.5. Hemşirelikte Spiritüel Bakımın Önemi	13
2.2. Ölüm Kavramı.....	16
2.2.1. Ölümü Açıklayan Kuramlar	16
2.2.2. Ölümüne Karşı Verilen Tepkiler	17
2.2.3. Hemşirelerin Ölümüne Yaklaşmakta Olan Hastalara Bakım Verme Tutumlarını Etkileyen Faktörler.....	18
2.2.4. Ölümüne Yaklaşmakta Olan Hastalarda Spiritüel Bakımın Önemi	19
3. MATERYAL VE METOT	21
3.1. Materyal.....	21
3.1.1. Araştırmanın Türü	21
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
3.2. Metot.....	21
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi	21
3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi	22
3.2.2. Verilerin Toplanması	22
3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması	22
3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması.....	23
3.2.3. Veri Toplama Araçları	24
3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	24
3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	27
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.2.4.3. Nitel Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği.....	28
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
4. BULGULAR.....	32
4.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular	32
4.1.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
4.1.2. Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği’ne İlişkin Bulgular	35

4.1.3. Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	36
4.1.4. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	38
4.1.5. Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	40
4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular.....	54
4.2.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	54
4.2.2. Hemşirelerin Spiritüel Bakım Algısı İle Ölüm ve Ölüme Yaklaşmakta Olan Hastalara Bakım Verme Tutumları Arasındaki İlişkiye Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları ile İlgili Bulgular	55
5. TARTIŞMA.....	65
5.1. Nicel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.1.1. Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.1.2. Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	66
5.1.3. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması	67
5.1.4. Ölüme İlişkin Tutum Profili-Yeniden Düzenlenmiş Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması	68
5.1.5. Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği, Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği, Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği ve Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	69
5.2. Nitel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
6.1. Sonuçlar	73
6.2. Öneriler	73
KAYNAKÇA.....	74
EKLER.....	82
Ek 1: Hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu	82
Ek 2: Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği.....	83
Ek 3: Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği	85
Ek 4: Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği	87
Ek 5: Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği	90
Ek 6: Nitel Veri Görüşme Soruları.....	92
Ek 7: Nitel Çalışmaların Raporlanmasında Kullanılan Konsolide Kriterler (COREQ).....	94
Ek 8: Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği Uyarlayıcısından Alınan Kullanım İzni	96
Ek 9: Manevi Destek Algısı Ölçeği Sahibinden Alınan Kullanım İzni	97
Ek 10: Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği ve Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği Uyarlayıcısından Alınan Kullanım İzni	98
Ek 11: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	99
Ek 12: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kurum Araştırma İzni	100
Ek 13: Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi	101
ÖZGEÇMİŞ	102

SİMGELER VE KISALTMALAR

$\bar{X}$	:	Aritmetik Ortalama
COREQ	:	The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Kalitatif Araştırma Raporlama Konsolide Kriterleri)
DAP-R	:	Death Attitude Profile-Revised (Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği)
F	:	ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi)
FATCOD	:	Frommelt Attitudes Towards the Care of Dying (Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği)
MDATÖ	:	Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği
Min-Max	:	Minimum-Maksimum
MMBDÖ	:	Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği
n	:	Örnekleme Alınacak Birey Sayısı
N	:	Evrendeki Birey Sayısı
Ort	:	Ortalama
p	:	Anlamlılık Düzeyi
PT	:	Perspective Taking(Bakış Açısı Alma)
r	:	Korelasyon Katsayısı
r^1	:	Zero-order Korelasyon Katsayısı
r^2	:	Kısmi Korelasyon Katsayısı
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
SS	:	Standart Sapma
t	:	Bağımsız Örneklem T Testi
TDK	:	Türk Dil Kurumu
β^1	:	Standartlaştırılmış Yol Katsayısı
β^2	:	Standartlaştırılmamış Yol Katsayısı
χ^2	:	Ki-Kare Test İstatistiği
WHO	:	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Algoritma Şeması	30
Şekil 3.2. Araştırmanın Planı.....	31
Şekil 4.1. MMBDÖ, MDATÖ ve FATCOD toplam puanları ile DAP-R alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren standartlaştırılmış yol katsayısı modeli	51
Şekil 4.2. MMBDÖ, MDATÖ ve FATCOD toplam puanları ile DAP-R alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren standartlaştırılmamış yol katsayısı modeli	52



TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular ...	32
Tablo 4.2. MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD ve DAP-Rölçeklerinin Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	34
Tablo 4.3. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin MMBDÖ Puanı Üzerine Etkisinin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	35
Tablo 4.4. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin MDATÖ Puanı Üzerine Etkisinin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	36
Tablo 4.5. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin FATCOD Puanı Üzerine Etkisinin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	38
Tablo 4.6. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin DAP-R Ölüm Korkusu Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisinin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	40
Tablo 4.7. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin DAP-R Ölümünden Kaçınma Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisinin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	42
Tablo 4.8. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin DAP-R Tarafsız Kabullenme Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisinin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 4.9. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin DAP-R Kabul Edici Yaklaşım Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisinin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	45
Tablo 4.10. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin DAP-R Ölümü Kabullenmeme Alt Boyut Puanı Üzerine Etkisinin Lineer Regresyon Analizi Sonuçları.....	47
Tablo 4.11. MMBDÖ, MDATÖ ve FATCODToplam Puanları ile DAP-RÖlüm Korkusu, Ölümünden Kaçınma, Tarafsız Kabullenme, Kabul Edici Yaklaşım ve Ölümü Kabullenmeme Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Yol Katsayısı Analizi Sonuçları.....	49
Tablo 4.12. MMBDÖ, MDA, FATCOD VE DAP-R'nin Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	53
Tablo 4.13. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	54
Tablo 4.14. Hemşirelerin Spiritüel Bakım Algısı ve Ölüme Yaklaşmakta Olan Hastalara Bakım Verme Tutumlarına İlişkin Görüşlerinden Elde Edilen Temalar ve Alt Temalar.....	55

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Spiritüallite kelimesi “üflemek”, “nefes almak”, insan olmaya hayat veya öz veren şey anlamında kullanılabilmektedir (Kozier et al., 2018). Spiritüallite, “bireyin maddi olmayan bir yaşam gücü ve daha yüksek bir güçle olan ilişkisine ilişkin her şey” olarak tanımlanabilmektedir. Spiritüallite Tanrı'yı tanıma, sevmeye yada vücudun sınırlarını aşarak evrensel bir enerjiden faydalanma olarak açıklanabilmektedir (Taylor et al., 2011; Taylor et al., 2015). Hemşirelik literatüründe spiritüallite, dinsel yapıları veya gelenekleri içerebilecek/içermeyebilecek şekilde başkaları, doğa ve / veya yüce varlık ile bağlantı kurarak kendini aşma, anlam ve amaç bulmaya çalışmaya ilişkin insani deneyimlerin çoğu olarak tanımlanabilmektedir (Kozier et al., 2018).

Spiritüallite geleneksel dini değerleri ve kültürel öğretileri kabul edebileceği gibi bazen de bunlarla çelişebilmektedir (Wilkinson et al., 2016). Spiritüallite bir bireyin hayatı boyunca gelişebilmektedir. Bireyin kendisiyle olan ilişkisini, başkalarıyla olan bağlantı hissini ve daha yüksek bir güçle ya da ilahi kaynakla olan ilişkisini ifade edebilmektedir. Spiritüallite insanlara hayatlarındaki anlam veya amaç duygusunu belirlemede yardımcı olabilmektedir (DeLaune and Ladner, 2011). Spiritüallite birleştirici bir güç, yaşam prensibi ve varlığın özü olarak deneyimlenebilmektedir. Spiritüallite, doğa, dünya, çevre ile bağlantılı olarak ifade edilebilmektedir (Taylor et al., 2011; Taylor et al., 2015).

Spiritüallite; bireyin kültürüne, gelişimine, yaşam deneyimlerine, inançlarına ve yaşam hakkındaki düşüncelerine göre farklılık gösterebilmektedir. Spiritüallite, bir insanın sevmesini, inanç ve umut sahibi olmasını, hayatta anlam aramasını ve başkalarıyla ilişkilerini güçlendirmesini sağlayabilmektedir (Potter et al., 2013; Potter et al., 2017). Spiritüallite, insanlara zor kararlar alırken yararlanabilecekleri dinamik ve yaratıcı bir içsel güç duygusu verebilmektedir. Bu duygular, insanların sıkıntılı zamanlarda kendilerini rahat hissetmelerine yardımcı olabilmektedir (Potter et al., 2013; Potter et al., 2017). Birey kendini yalnızca spiritüel ya da dini, hem spiritüel hem de dini veya ne spiritüel ne de dini olarak tanımlayabilmektedir. Bazı bireyler kendilerini dini olarak değil spiritüel olarak nitelendirebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin spiritüel ve dini bakımı nasıl sunacaklarını bilmelerinin önemli olduğu bildirilmektedir (Astle and Duggleby, 2019).

Spiritüel bakım, bireylerin spiritüel ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanması olarak tanımlanabilmektedir (Baldacchino, 2015). Spiritüel bakım; bireyin yanında hazır bulunma, aktif dinleme, danışmanlık, duygusal destek, empati, hastalara yardım etme, umut aşılama, spiritüel destek, belirli dini inançlara sahip hastalara dini kolaylıklar sağlama ve ihtiyaç duyulduğunda diğer profesyonellere yönlendirmeyi gerektirmektedir (Abel et al., 2018; Ebrahimi et al., 2017). Spiritüel bakım sunumu, bireyin sağlık durumunu ve iyilik halini olumlu yönde etkileyebilmektedir (Abel et al., 2018; Ebrahimi et al., 2017). Spiritüel bakım bireylerin iç huzura ulaşmalarına, yaşamda anlam bulmalarına, hastalık ve kriz durumlarıyla baş edebilmelerine yardımcı olabilmektedir (Baldacchino, 2015).

Bireylerin spiritüel ihtiyaçlarının karşılanması, hemşirelerin spiritüel bakım yeterliliklerini gerektirmektedir (Lewisson et al., 2015). Spiritüel bakım yeterliliği, hastaların dini ve varoluşsal ihtiyaçlarını karşılayabilmek, yaşamın anlamı ve amacı hakkındaki deneyimlerini ve sorularını belirleyebilmek ve yeterli spiritüel bakım sunabilmek için; hemşirelerin bilgi, beceri ve tutumlarının bir değerlendirmesi olarak tanımlanabilmektedir (Van Leeuwen et al., 2009). Yüksek kalitede spiritüel bakım sunabilmek ve hastaların spiritüel iyilik halini yükseltebilmek için hemşirelerin spiritüel bakım yeterliliğine sahip olması önerilmektedir (Guo et al., 2021).

İnsanlar ölüm sonrası yaşam ve dini inançlar hakkında farklı görüş ve düşüncelere sahip oldukları için, spiritüalite ve dinin her birey için anlamı farklı olabilmektedir. Bireylerin dini ve spiritüel inançları; kültürel ve dini özelliklerine, cinsiyet, eğitim ve etnik kökenine göre farklılık gösterebilmektedir (National Cancer Institution, 2015). Bu doğrultuda hemşirelerin spiritüel bakım algıları ölüm ve ölüme yönelik tutumlarını etkileyebilmektedir.

Ölüm insanlar için kaçınılmaz, geriye döndürülemez, evrensel bir süreçtir. Ölümün kişisel anlamı bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Genel olarak nesnelerle ve olaylarla ilişkili bu tür anlamlar, birey için olumlu ya da olumsuz sonuçları içerebilmektedir. Ölümün olumlu anlamları, dünyayı daha düzenli ve öngörülebilir hale getirmeye yardımcı olacağı için birey için rahatlatıcı olabilmektedir. Ölümün olumsuz anlamları ise düzensiz ve rahatsız edici olabileceği için duygusal kargaşaya yol açabilmektedir (Cicirelli, 1998). Ölüme karşı tutumlar kişisel özelliklere, topluma, dine ve kültüre göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bu değişkenlik kişinin kendi dışındaki insanların ölümü veya kendi ölüm olasılığı ile ilgili olabilmektedir. İnsanlar çevrelerindeki bireylerin ölümleriyle ilgili olarak

deneyimlerinden yola çıkarak, ölüme ilişkin tutumlarını geliştirebilmektedir (Karakuş vd., 2012).

Ölümün çoğunlukla hastane ortamlarında gerçekleşmesi nedeniyle özellikle hemşireler, ölüm ve ölmekte olan hastalarla sürekli karşılaşabilmektedir (Öz, 2010; Şahin vd., 2016). İnsanların zihninde gelişen ölüm kavramı dini, felsefi, ahlaki ve hukuksal yönlerden bireylerin davranışlarına ve yaşam tarzlarına etki edebilmektedir. Ölümle her an iç içe olan insan, ölüm kavramını düşünerek ölüme ilişkin tutum geliştirebilmektedir (Bilge vd., 2013). Bireyin ölümü algılayış durumu ve tutumunun, kültür, toplumsal değer yargıları, inançlar ve gelenekler gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir (Özdemir ve Ekinci, 2014). İnsanlar çevrelerindeki bireylerin ölümleriyle ilgili yaşadıkları deneyimler doğrultusunda ölüme ilişkin olumlu yada olumsuz tutum geliştirebilmektedir (İnci ve Öz, 2009). Ölüme karşı geliştirilen tutum ve tepkilerde bireyden bireye farklılıklar gösterebilmektedir (Özdemir ve Ekinci, 2014).

Ölüme karşı geliştirilen tutum, ölüm deneyimine karşı bir tepki olmakla birlikte, bu tepki tehdit, korku ve rahatsızlık hissi olarak tanımlanabilmektedir (Roodaet al., 1999). Literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda, hemşirelerin ölüm kavramını konuşmaktan kaçındıkları, ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım sunmak istemedikleri, hasta ve bakım vericilerle ölüm konusunda iletişim kurmaktan kaçındıkları, ölüm kavramının hemşirelerde olumsuz duygulara yol açtığı bildirilmektedir (Şahin vd., 2016; Kaçal ve Demirsoy, 2018).

Mesleki eğitimi süresince yaşamı sürdürme sorumluluğu kendisine öğretilen bir hemşirenin kişiliği, duyguları ve davranışları ölüm olgusuna ilişkin tutumunu etkileyebilmektedir. Bir hastanın yaşamı sonlandığında onun bakım ve tedavisi ile ilgilenen hemşire korku, kaygı, inkar, öfke, suçluluk, depresyon, çaresizlik ve keder duyguları yaşayabilmektedir (Öz, 2004; Karakurt, 2013). Hemşirelerin ölüme ilişkin kavram karmaşası yaşadığı, olumlu tutum geliştiremediği durumlarda ölümcül hastayla çalışmasının zorlaştığı, ölüme ilişkin geliştirmiş olduğu tutumun bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilediği, hastanın hak ettiği huzurlu ve rahat ölümü engellediği bildirilmektedir (Tanhan ve Arı, 2006). Bu doğrultuda bir hemşirenin ölüme karşı hissettiği duygularının farkında olması, bu duygularını doğru bir şekilde yönetebilmesi ve uygun tutum geliştirebilmesinin son derece önemli olduğu belirtilmektedir (Ay ve Öz, 2013). Hemşirelerin spiritüel bakım algılarının özellikle

ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım sunmaya ilişkin tutumlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemşirelerin spiritüel bakım algılarının, ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım verme tutumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin spiritüel bakım algıları ile ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım verme tutumları hangi düzeydedir?

2. Hemşirelerin spiritüel bakım algıları, ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım verme tutumlarını etkilemekte midir?

3. Hemşirelerin spiritüel bakım algıları ile ölüm ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım verme tutumları, sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Spiritüalite Kavramı

Spiritüalite, Latince spiritus kelimesinden türemiş olup “yaşam, canlı olmak” anlamına gelmektedir. Türk Dil Kurumu spiritüaliteyi, “tinsel ya da tinsel olan” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2022). Bireyi hayata bağlayan, yaşamı anlamlı kılmasını sağlayan ve yaşamın devam etmesini destekleyen her durum spiritüaliteyi ifade etmektedir. Spiritüalite; bireyin deneyimleri ve kazanımları ile yaşamında ve gelecek planlarında gereksinimlerinin, isteklerinin ve benliğinin farkında olmasıdır. Bu doğrultuda spiritüalite, bireyin üstün bir güce, büyük bir hedefe, doğaya ve bir bütüne bağlanma arzusunu ifade etmektedir (Kavalalı E., 2019).

2.1.1. Spiritüel Yaklaşımlar ve Tarihsel Gelişimi

Spiritüalite kavramı ile ilgili tanımlar bireye, topluma, çevreye, bireyin ve toplumun kültürel ve dini özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir (O’Brien, 2017; Çınar ve Aslan, 2017). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre spiritüalite, sekiz alandan oluşmaktadır (WHO, 2022). Bu alanlar spiritüalite, spiritüel bir varlık ya da bir güce bağlılık, yaşamın anlamı, bütünlük ve bütünleşme, manevi dayanıklılık, iç huzur/dinginlik/uyum, umut ve iyimserlik, inanç olarak bildirilmiştir (Kalkım, 2021). Spiritüalite kavramı geçmişten günümüze kadar dinle ilişkilendirilmiş olmasına karşın bu kavramın kapsamının daha geniş olduğu vurgulanmaktadır. Spiritüalite ve spiritüel yaklaşımlar tarihsel gelişim doğrultusunda incelendiğinde; Bash (2004) spiritüalitenin Tanrıcı olmayan yaklaşım, Tanrıcı yaklaşım ve medya yoluyla yaklaşım olmak üzere üç şekilde tanımlanabileceğini ifade etmiştir (Yılmaz, 2011).

Tanrıcı olmayan yaklaşım dinsel olmayıp “üstün güce bağlı olmak” yerine “toplumun ve çevrenin değerlerine” uyum sağlamayı önemsemektedir. Spiritüalite doğuştan ve içsel gelebilmektedir. Bu yaklaşıma göre bir kişiye yardımda bulunmak üstün bir güç için olmayıp bireyin içgüdülerinden kaynaklanabilmektedir. Bireyin yardımda bulunması, algısını ve iç huzurunu arttırabilmektedir. Spiritüalite kavramı, bireyin kendi farkındalığının artmasını sağlayabilmektedir. Bu doğrultuda bireyler herhangi bir çıkar gözetmeksizin başkalarının iyiliğini ve üstünlüğünü önemseyebilmektedir (Yılmaz 2011; Kavalalı E., 2019).

Tanrıcı yaklaşımda ise üstün bir güç bulunmaktadır. Bu güç bireyin kendi varlığından, farkındalığından ve bütünlüğünden farklı olabilmektedir. Bu yaklaşıma

göre spiritüalite, bireyin yaşamında ve karşılaştığı durumlarda “Tanrı ya da üstün güçle” ilişkili olması durumudur. Spiritüalite, hayatın her alanında bireyin üstünde bir güç olarak yer almaktadır. Bash (2004) “Spiritüaliteyi, üstün güç/Tanrı ile bireysel ilişki sonucunda değişim süreci ve öğrenme” olarak tanımlamıştır (Yılmaz 2011; Kavalalı E., 2019).

Medya yolu ile yaklaşım; dini inancı güçlü olmayan bireylerin konuşma ve düşünme şekillerine ilişkin sorulara yanıt vermeye çalışan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda üstün güce ulaşabilmek için bir araç olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda bu yaklaşımda spiritüalite; bireysellik ve üstün güçten farklı olarak, ulaşılması planlanan bir kavram olarak belirlenmektedir. Diğer yandan soruların yanıtlarına ulaşabilmesinde üstün gücün gerekli olmadığını kabul ettiği için karmaşık bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir (Yılmaz 2011; Kavalalı E., 2019).

Spiritüalite kavramını açıklamaya çalışan yaklaşımlar, farklı birçok tanımın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu tanımlar dini yönden yaklaşan tanımlar, hayatın anlamına ve yaşamın amacına yönelik tanımlar gibi farklı alanlarda yoğunlaşabilmektedir. Sessanna vd. (2007) spiritüalite kavramını; dini inanç ve değer, yaşamın anlamı ve kişilerarası ilişkiler, dini olmayan inanç ve değer, üstünlük fenomeni olmak üzere dört boyutta açıklamışlardır (Sessanna et al., 2007).

Hemşirelik ve tıp literatüründe spiritüalitenin din ile aynı olmadığı; spiritüalitenin dini faktörleri içermekle birlikte dini olmayan pek çok kavramla da ilişkili olduğu bildirilmektedir (Selvi, 2019). Murray ve Zenter (1989) spiritüaliteyi, “herhangi bir üstüngüce inanan veya inanmayanları da kapsayan ilham, saygı, anlam ve amacı arayan dini bağlılığın ötesi” olarak tanımlamaktadır (McBrien, 2006). Spiritüalite dini liderlerin açıklamaya çalıştığı bir kavram olması nedeniyle din ile ilişkilendirilmiş ve tanımı uzun süre ayrıştırılamamıştır.

Koenig (2004) bu kavramların ayrımını yaparken dini, toplumsal inanış ve uygulamalar; spiritüaliteyi ise bireysel istekler ve gereksinimleri karşılama yolu olarak tanımlamıştır. Walsh (2008) spiritüaliteyi “bilinç ötesi/metafizik inanç ve uygulamalar” olarak açıklamıştır. Narayanasamy (2001) spiritüaliteyi “gizemli bir yolculuk, yaşama verilen anlam ve amaç, koşulsuz sevgi ile bağlanma” olarak tanımlamıştır (Uygur, 2016). Günümüzde spiritüalite kavramı tek bir tanımla açıklanamamaktadır. Spiritüalitenin bireysel özellikleri; dini inanışları, bireyin anlam arayışını, kişilerarası ilişkileri ve inançları içerdiği bildirilmektedir. Bu bağlamda üstün güce inanmayan bireylerin de dini boyutu olmadan spiritüel bir boyuta sahip

olabileceği vurgulanmaktadır (Eğlence ve Şimşek, 2014; Çelik, 2014; Yıldırım 2018; Kutlu vd., 2020).

2.1.2. Spiritüel Bakımla İlişkili Kavramlar

Spiritüalizm; bireyin kendisini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını ve diğer insanlarla ilişkilerini arama ve uyum sağlama çabasıdır. Aynı zamanda spiritüalizm bireyin yaşam boyu elde ettiği deneyimlerinin bir sonucudur. Spiritüalizm bireyin geçmiş deneyimlerinden ve toplumdan etkilendiği için bireysel ve toplumsal farklılıklar gösterebilmektedir (Akpınar ve Aşti, 2021).

Bireyin spiritüalizminin iç benliğinden geliştiği, bu gelişmenin olumlu sonuçları olduğu ve bireyin iç benliğini desteklediği bildirilmektedir (Yılmaz, 2011). Geçmişten günümüze yapılan tanımlar incelendiğinde bu kavramın bireyin yaşadığı çevre ile farklılıklar gösterdiği ifade edilebilir. Birey ait olduğu toplumda; sevgi görme, aidiyet, diğer bireylerle olan ilişkiler, kültüre sahip çıkma, temas etme gibi birçok farklı yolla spiritüel gereksinimlerini karşılayabilmektedir (Pehlivan, 2018; Ercan, 2018).

Birey ve toplum birçok spiritüalizm tanımında yer alan ortak kavramlardır.

Bununla birlikte *üstün güç, inanç ve din kavramları* spiritüalizm ile birlikte ya da spiritüalizm yerine kullanılabilir. Spiritüalizmde bireyin üstün güç ile olan ilişkisi geleneksel olarak değerlendirilebileceğimiz bir ilişkidir. Spiritüalizmin sınırları dine göre daha esnek ve yalındır. Burada önemli olan üstün güce olan inancın bireyi güdülemesi ve harekete geçirmesidir (Yılmaz, 2011; Uygur, 2016; Kavalalı E., 2019).

Türk Dil Kurumu *inanç* kavramını, “bir düşünceye gönül bağı ile bağlanma, birine güven duyma, görüş, öğretisi ve bir dine inanma olarak tanımlamaktadır (TDK, 2023). İnançlar bireylerin hayata ve olaylara karşı bakış açısını, yaşam tarzını ve çevresini etkileyerek davranışlarına yön verebilmektedir. Bireylerin spiritüel yaklaşımları ve sağlık davranışları; inançları ve deneyimlerinden etkilenebilmektedir. Bireylerin yaşamlarında ve hastalık durumlarında, sağlık arama davranışları ve tutumları inançları ile şekillenebilmektedir. Bireylerin iyileşme durumuna klinik uygulama, izlem, farmakolojik tedaviler ile birlikte inançları da katkı sağlayabilmektedir (Cobb, 2014).

Bağlanma duygusu; üstün güç, birey ve toplum arasındaki ilişkinin bir bütün olmasını güçlendirebilmektedir. Bireylerin diğer bireyler ile yaşamlarına ilgili olmaları ve uygun davranışlarda bulunmaları beklenebilmektedir (Tambağ vd. 2018).

Bu durum toplumun diğer üyelerine yarar sağlama, onları destekleme, hedeflerini gerçekleştirme olarak gözlemlenebilmektedir. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerararşisi Piramidine göre, ait olma ve bireyin kendini bulunduğu yere ait hissetmesinde, kendisini gerçekleştirmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir.

Bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için hayata bir anlam vermeleri ve inanmaları gerekmektedir. Hayata verilen anlamın eksik olması bireyde anlamsızlığa ve *spiritüel distreseneden* olabilmektedir. Bireyler hayatlarını anlamlandırabilmek için "Neden yaşıyorum?", "Yaşamamın nedeni nedir?", "Neden acı ve ızdırıp çekiyorum?" gibi bazı sorulara cevap arayabilmektedir. Acı, ızdırıp ve hastalık gibi durumlarda birey kendini tehdit altında hissederek, savaş ya da kaç tepkisi verebilmektedir. Bu gibi durumlarda spiritüel yönü güçlü olan bireyler bu süreci başarılı bir şekilde yönetebilmektedir (Küçük, 2016; Kavalalı E., 2019).

Spiritüel bakım ile ilgili kavramlardan biri olan *spiritüel iyilik hali*; birbirini etkileyen dikey ve yatay boyuttaki bileşenler arasındaki olumlu ilişki olarak açıklanabilmektedir. Spiritüel iyilik hali, bireyi ve bireyin sağlık durumunu pozitif yönde etkileyebilmektedir. Bireyin inancı, kabullenışı, bağlılığı güçlü ise hastalık durumlarıyla ve yaşadığı güçlüklerle daha kolay başedebilmektedir (Küçük, 2016).

Din üstün güce, kutsal varlıklara ve inançlara; kurallar, kurumlar ve semboller ile bağlanma olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Din yaşam biçimine yön veren, kutsal olan değerleri ve düşünceleri içinde barındıran bir sistemden oluşmaktadır. Spiritüelitenin modern tanımları 17.yy' da yapılmaya başlanmış olmasına karşın spiritüelitenin 18.yy'da dini, dinle ilişkili ya da dini olmayan pek çok tanımı yapılmıştır (Yılmaz, 2011).

Günümüzde spiritüelitenindini de kapsayan daha geniş bir kavram olduğu kabul edilmektedir. Bu doğrultuda din, spiritüelitenin bir boyutu olarak tanımlanmaktadır (Wong et al., 2010; Dalcı, 2018). Spiritüelite daha kapsamlı, dini uygulamaları ve inanışları içinde barındırabilmektedir. Diğer yandan spiritüelite din ile bağlantılı olmadan bir inanç ve değerler bütünü olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Spiritüelite kavramının bu tanımı, bir dine mensup olmayan, üstün güç ve dini inançlara bağlı olmayan bireylerin de spiritüel boyutu olabileceğini vurgulamaktadır. Bu doğrultuda tüm bireylerin spiritüel boyutu olduğu kabul edilmektedir (Uygur, 2016).

Spiritüelite üstün bir güce olan inancın ya da dinsel uygulamaların ötesinde, hastalık, sağlık, ölüm sonrası yaşam, inanç, bağlanma, hayata anlam ve ait olmayı da

kapsayan bir kavram olarak açıklanabilmektedir. Bu bağlamda din ve spiritüalite birbiriyle iç içe geçmiş ve birbirinin yerine kullanılıyor olsa da bu iki kavramın birbirinden farklı olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle bireylerin dini uygulamaları gerçekleştirmeseler de spiritüel bir boyuta sahip oldukları kabul edilmektedir (Uygur, 2016).

2.1.3. Dünya’da ve Türkiye’de Spiritüel Bakım Uygulamaları

Hastalık tanısı almış ya da ölüme yaklaşmakta olan bireyler fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerin yanı sıra spiritüel bakıma da gereksinim duyabilmektedir (Uygur, 2016; Şahin, 2016; Selvi, 2019). Spiritüalite ve spiritüel bakım bireye, topluma, kültüre, inanç ve değerlere göre farklılık gösterebilmektedir. Bununla birlikte spiritüel bakım dünyanın birçok ülkesinde benzer ve farklı uygulamalar ile karşımıza çıkabilmektedir. Türkiye’de özellikle son yıllarda klinik uygulamalarda ve bu konuda yapılan araştırmalarda, spiritüel bakım kavramının ön plana çıktığı görülebilmektedir (Akay ve Şahin, 2018).

Bireyler özellikle hastalık/ kronik hastalık, cerrahi işlem, afete maruz kalma, engellilik, yatağa bağımlı olma gibi zorlayıcı durumlarda baş etme mekanizmalarını etkili bir şekilde kullanamayabilirler. Spiritüel bakım bu gibi durumlarda bireye sunulan manevi destek olarak tanımlanabilmektedir (Wong et al., 2010). Bireyleri destekleme; yanlarında bulunmayı, danışmanlık sunmayı, mevcut durumu anlamlandırmayı ve baş etme mekanizmalarını güçlendirmeyi hedeflemektedir. Bireyler spiritüel bakımla; hayatla olan yaşam bağlarını, kişisel gelişimlerini, tanı ve tedavi sürecine ilişkin uyumlarını güçlendirilebilmektedir (Akay ve Şahin, 2018).

Akay ve Şenay (2018)’ın aktardığına göre; Amerika ve Avrupa’nın birçok ülkesinde spiritüel bakıma ilişkin destek ve yaklaşımın temelleri uzun yıllar öncesine dayanmaktadır (Yılmaz, 2011; Uygur 2016; Aydın, 2016). Batı toplumlarında kilisenin güçlü yapısı nedeniyle Hristiyan bireylere verilen spiritüel desteğin temellerinin daha erken yıllarda atıldığı bildirilmektedir. Almanya’da profesyonel spiritüel bakım desteğinin 1970’li yıllardan sonra verilmeye başladığı belirtilmektedir. Aydın (2016)’ın aktardığına göre Müslüman olan bireylere yönelik spiritüel bakım uygulamalarının ise 1990’lı yılların sonunda başladığı bildirilmektedir.

Amerikan Holistik Hemşireler Birliği; sağlık durumunun iyi olmasını beden, beyin ve ruh sağlığı arasındaki uyum olarak tanımlamaktadır. Günümüzde spiritüel

bakım uygulamalarının, dünyanın birçok ülkesinde profesyonel yaklaşımla ele alınmaya başlandığı gözlemlenebilmektedir. Hastanelerin, üniversitelerin, bakanlıkların, gönüllü kuruluşların iş birliği ile spiritüel destek programları oluşturulmakta ve bu konuda eğitimler planlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık kurumlarında hastalara sunulan spiritüel bakım hizmetleri '*chaplancy*' ve bu hizmeti yürüten uzman profesyoneller ise '*chaplin*' (hastane din görevlisi) olarak adlandırılmaktadır. Mollaoğlu (2013)' nun aktardığına göre ABD'de spiritüel bakımın profesyonel bir meslek olarak ele alındığı ve uygulamalı eğitimlerle desteklendiği bildirilmektedir (Akay ve Şahin, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü Evrensel Hakları Bildirgesi, Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi ve Hastane Hizmetleri Bildirgesi'nde hastaların spiritüel bakım almalarının önemi vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda spiritüel bakımın hasta haklarının bir parçası olduğu kabul edilmektedir. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nde (1981) "hasta bireyin inandığı dinde, o din hakkında bilgili din görevlisinden spiritüel ve ruhsal destek alma hakkı olduğu" vurgulanmaktadır. Almanya' da spiritüel bakım hizmeti yasalarla korunmaktadır. Hastane, bakımevleri, cezaevi gibi kurumlarda spiritüel bakım uzmanları görev almaktadır. Fransa' da bu hizmetler genellikle papazlar tarafından din hizmetleri şeklinde yürütülmektedir. Papazlar hastalara dini danışman olarak hizmet vermektedir (Küçük 2016; Uygur 2016; Akay ve Şahin, 2018).

Belçika'da manevi bakım görevlisinin seçimi hastaya bırakılmaktadır. İlgili görevli hastayı ziyaret ederek, belirli aralıklarla bakım sunmaktadır. Bireylere anamnez sırasında spiritüel bakım ile ilgili sorular sorularak bilgi alınmaktadır. Bireyin bu bakımı almayı isteyip istemediği, dini, yaptığı spiritüel uygulamaları hakkında bireyden bilgiler alınarak bakımı planlanmaktadır. Hollanda'daki sağlık kurumlarında spiritüel bakım hizmetinin verilmesinin 1987 yılında zorunlu hale geldiği bildirilmektedir. Aynı zamanda bu hizmeti sunacak görevlilerin akademik bir eğitim alması gerektiği; hastane, bakımevleri, hapisane gibi kurumlarda bu konuda eğitim almış görevlilerin bulunduğu belirtilmektedir (Akay ve Şahin, 2018).

Hastalık, ölüm, yaşlılık, yatağa bağımlılık gibi durumlar spiritüel bakımın önemine dikkati çekmektedir. Diyanet İşleri Başkanlığının, IV. Din Şûrası'nda bu konuyu gündeme getirdiği belirtilmektedir. 2009 yılında da Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulunun Özürlüler Raporu'nda spiritüel bakıma gereksinim duyulduğu bildirilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda spiritüel destek

uygulamalarının bireylerin yaşamlarına olumlu etki ettiği vurgulanmaktadır (Eğlenceve Şimşek, 2014; Kutlu, 2014).

Türkiye'de Manevi Destek Hizmeti, 1998 yılında Resmî Gazete'de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin ilgili maddesinde, "Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir." şeklinde açıklanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı 1995 yılından itibaren belirli antlaşmalar yapmıştır. Türkiye'de 2012 yılında devlet tarafından yetkilenen birimlerce 10 kişi Avrupa ve Amerika'da manevi bakım hizmetinin işleyişini öğrenmek amacıyla doktora ve master yapmaya gönderilmiştir. 1.Ulusal Din Psikolojisi ve Manevi Bakım Çalıştayı 24.05.2012 tarihinde yapılmıştır. Çalıştay; Sağlık Bakanlığı, Palyatif Bakım Derneği, Toplum Ruh Sağlığı ve Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı, Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği tarafından düzenlenmiştir. Bu çalıştaya spiritüel bakım, din psikolojisi ve sağlık alanından ilgili uzmanlar katılmıştır. İlgili kişilere din psikolojisi, dini ve spiritüel bakım, hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim gibi birçok konuda eğitimler verilmiştir. 2015 yılında Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında "Hastanelerde Manevi Destek ve Rehberlik" hizmeti sunumuna yönelik anlaşma imzalanmıştır (saglikgov.tr). Bu kapsamda bazı il ve bu illerde belirlenen hastanelerde uygulama başlatılmıştır.

Manevi Destek Biriminde, hasta, hasta yakını ve hastanede çalışan sağlık profesyonellerine; ilgili eğitimi almış kişiler tarafından bilgilendirmeler ve eğitimler yapılmaktadır. Bu eğitimlerde dua, inanç, sabır gibi dini ve manevi temaların yer aldığı bilgiler sunularak moral ve motivasyonları desteklenmektedir. İlgili birimlerin yaptığı açıklamalarda herhangi bir inanç, din ayrımı gözetmeksizin her bireye bu bakımın sunulacağı vurgulanmaktadır. Bu proje kapsamında uzmanlar, akademisyenler ve yetkililerin iş birliğiyle Manevi Destek Birimi kurulmuştur (saglikgov.tr).

İlgili kurumlar, bu projedeki tedavi edici olmayan destekleyici bir hizmet olduğu için "manevi bakım" yerine "manevi destek" kavramının kullanılmasını

önermektedir. Manevi destek görevlilerinin genellikle lisans mezunu olduğu, ilgili alanda yüksek lisans, doktora yapmış ve yurtdışı deneyimi olan görevlilerden oluştuğu belirtilmektedir. Bu program kapsamında hasta ve yakınları ile iletişim, pastoral psikoloji, kişisel bakım uygulamalarının manevi yönü, din ve manevi bakım, din psikolojisi gibi birçok alanda eğitim verildiği bildirilmektedir (saglikgov.tr). Türkiye’ de bakanlıklar ve ilgili birimler tarafından desteklenen, spiritüel bakım uygulamasını ön plana çıkaran çalışmalar yapıldığı belirtilmektedir. Hastanelerde manevi destek ve danışmanı olarak görev yapan birimler ve kişiler bulunmaktadır. Buna karşın hastalıkların, spiritüel bakımın, hasta ve hasta yakınına olan etkileri üzerine yapılan çalışmaların yetersiz olduğu bildirilmektedir (Akay ve Şahin, 2018).

2.1.4. Spiritüel Bakımı Etkileyen Faktörler

Spiritüalizm ve spiritüel bakım kavramlarının araştırmalarda ve uygulama alanlarında kullanımı giderek artmaktadır (Eğlence ve Şimşek, 2014; Tambağ vd., 2018; Selvi, 2019). Spiritüel bakımda bireyselliğin ön planda olmasının, uygulamada belirli bir standart olmamasının, yeterli teori ve uygulama temeline sahip olunmamasının bu kavramların tanımlanmasını oldukça zorlaştırdığı bildirilmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin fiziksel, duygusal, sosyal yönden bütüncül bakım sunmalarına karşın, spiritüel bakım sunmak konusunda kendilerini yetersiz gördükleri vurgulanmaktadır (Ho et al., 2018).

Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, hemşirelerin spiritüel bakım sunumu önündeki engeller; bu konuda bilgi eksikliğinin olması, standart bakım uygulamalarının olmaması, iş yükünün fazla olması, çalışma şartlarının spiritüel bakım sunmaya uygun olmaması (Çınar ve Aslan, 2017; Dalcı, 2018), hemşire sayısının yetersizliği, nöbet şeklinde çalışma, multidisipliner çalışmanın olmaması, ekip üyelerinin rol belirsizliği, iletişim sorunları, zaman yetersizliği, hemşire sayısının azlığına bağlı olarak fiziksel gereksinimlere yönelik bakım uygulamalarına öncelik verilmesi olarak sıralanmıştır (Ronaldson et. al., 2012). Atashzadeh-Shoorideh ve ark.’nın (2018) kanser tanısı almış çocukların ebeveynleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların spiritüel bakım sunumu ile ilgili engellerle karşılaştıkları saptanmıştır (Atashzadeh-Shoorideh et al., 2018). Geer ve ark.’nın (2018) yapmış olduğu diğer bir çalışmada, hasta/hasta yakınları ve hemşireler arasındaki iletişim eksikliğinin spiritüel bakım sunumunu olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir.

Uygur'un (2016) çalışmasında, spiritüel bakımı etkileyen faktörler; bireysel faktörler, bilgi engelleri ve çevresel/durumsal engeller olarak gruplandırılmıştır. *Bireyseller engeller*; hemşirelerin spiritüel bakıma önem vermemesi, bakımın bir gerekliliği olarak görmemesi, spiritüel bakım sunumu hakkında deneyimin az olması, kendi spiritüel baş etme mekanizmalarının gelişmemiş olması, bireyleri ölüm ve yas gibi süreçlerde desteklemekten çekinme olarak bildirilmiştir (Rassouli et al., 2015; Dalcı, 2018; Alıncak vd., 2022). *Bilgi engelleri*; hemşirelik eğitim sürecinde spiritüel bakım hakkında yeterli bilgi verilmemesi, mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitimlerde bu konuya gereken duyarlılığın gösterilmemesi, hemşirelerin bireylerin inanç ve değerleri hakkında bilgi sahibi olmaması olarak sıralanmıştır. *Çevresel ve durumsal engeller* ise spiritüel bakım sunmaya yönelik zaman eksikliği, kurum ve yöneticilerin spiritüel bakımı desteklememesi, ekip uyumsuzluğu, çalışılan ortamın spiritüel bakım sunmaya uygun olmaması olarak belirtilmiştir (Mermer, 2021; Alıncak vd., 2022).

Çevresel engellerinde spiritüel bakım sunumunu etkilediği bildirilmektedir. Çalışılan ortamın gürültülü olması, hasta odalarında mahremiyetin olmaması, teknik donanım ve teknolojik aletlerin bulunmaması çevresel engellere örnek olarak verilmektedir. Literatürde spiritüel bakım sunmayı etkileyen faktörlerden bazılarının ise çalışılan birim ve mesleki doyum ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Tambağ ve ark.'nın (2018) 67 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada, çalışılan yoğun bakımın hemşirenin manevi doyumunu ve manevi destek algısını etkilediği belirlenmiştir (Tambağ vd., 2018). Lazar'ın (2009) 120 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada, spiritüalizm kavramının hemşirelerin iş doyumuna katkı sağladığı, yöneticilerin spiritüel gereksinimleri tanımlamalarının ve hemşireleri desteklemelerinin hemşirelerin mesleki doyumunu arttıracakları belirtilmiştir.

2.1.5. Hemşirelikte Spiritüel Bakımın Önemi

Hemşirelik bireyifiziki, ruhsal ve sosyal boyutta tüm yönleriyle ele alarak bütüncül bakım sunan profesyonel bir meslektir. Spiritüel bakım, bütüncül bakımın ayrılmaz bir parçasıdır (Çınar ve Aslan, 2017; Kaçal ve Demirsoy, 2018). Florence Nightingale spiritüel bakımın önemini "Sağlık için manevî ihtiyaçlar, vücudu meydana getiren fizikî organlar kadar önemli bir unsurdur. Hepimizin gözlemlediği fizikî durum, zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir." olarak ifade etmiştir. Hemşirelik kuramcılarında Travelbee ise hemşirenin yalnızca fiziksel

gereksinimleri karşılamadığını, bireye bütüncül yaklaştığını belirtmiştir. Hemşirelik, tüm bireylere din, dil, ırk, yaş, cinsiyet ayrımı yapmaksızın bakım sunan ve bu bakımı sunarken insanın spiritüel boyutunu göz önünde bulunduran bir meslektir (Uygur, 2016).

Bireyler yaşamlarının belirli dönemlerinde hastalık, ölüm, yas gibi kriz süreçleri yaşayabilmektedir. Kriz ile baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ve krizin yönetilmesi; hemşire ve hastanın etkileşimini gerektirmektedir (Dalcalı, 2018). Hemşire ve hastanın spiritüel değerleri, kültürel ve dini inanışları, deneyimleri bu süreci etkileyebilmektedir. Hemşirelerin spiritüel bakım sunabilmesi için hastanın ve kendilerinin spiritüel değerlerinin farkında olmaları önerilmektedir (Çelik, 2014; Uygur, 2016).

Restrepo-Madero vd., (2016) bireylerin kültür, din ve spiritüel algılarının ölüm ve sağlık davranışlarına etkisini inceledikleri bir çalışmada, bireylerin dini algılarının düşük bulunmasına karşın spiritüel algılarının yüksek olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada spiritüel algıları yüksek olan bireylerin yaşadığı duruma uyumları ile sağlık arama davranışlarının arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte spiritüelitenin bireylerin iyilik halini desteklediği, tedaviye uyumlarını artırdığı ve başetme mekanizmalarını güçlendirdiği vurgulanmıştır.

Moosavi vd.'nin (2019) kanser hastaları, yakınları ve sağlık profesyonelleri üzerinde yaptıkları araştırmada, etkin spiritüel bakımla bireyin umut duygusunun desteklendiği, tanı ve tedavi sürecini kabullenme oranının yükseldiği belirlenmiştir (Moosavi et. al., 2019). İmeni vd., (2018) diyabet nedeniyle amputé edilen hasta grubunda spiritüel bakımın beden imajına olan etkisini araştırmışlar, spiritüel bakımın beden ve ruh sağlığı üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu belirlemişlerdir. Spiritüelitenin maliyet etkin olduğu (Kamali et al., 2018), yaşam tarzını olumlu yönde etkilediği, hastalık durumu ile baş etmeyi kolaylaştırdığı, yaşam kalitesini ve kişisel değerleri arttırdığı bildirilmiştir (Kostak, 2010; Kavas ve Kavas, 2015; Pehlivan, 2018).

Spiritüel bakım bilgi, beceri ve tutumunun hemşirelik eğitim sürecinde kazanılması önemlidir. Hemşire öğretim üyeleri üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların eğitimde spiritüel bakıma önem verilmesi gerektiğini ifade ettikleri saptanmıştır (Kalkım vd., 2019). Erenoğlu ve Can (2019)'ın 323 hemşirelik öğrencisinin katılımıyla yapmış olduğu çalışmada, öğrencilerin %58,8'inin spiritüel

bakım kavramı hakkında bilgilerinin olduğu, buna karşın %75,2'sinin eğitim s¼recinde spirit¼el bakım konusunda daha fazla bilgi almak istediği belirlenmiştir.

¼lkemizde yapılan bazı çalışmalarda cerrahi hastalarının preoperatif d¼nemde, endişelerini azaltmak için hemşirelerden yardım istedikleri saptanmıştır (Kılıç, 2021). Kostak'ın (2010) aktardığına g¼re, kalp cerrahisi geçiren yaşlı erkek hastalar ¼zerinde yapılan bir çalışmada, dinsel rit¼ellerini d¼zenli yerine getiren hastalarda, postoperatif d¼nemde hastanede kalma s¼resinin %20 oranında azaldığı bildirilmiştir. Narayanasamy'nın (2001) y¼r¼tt¼đ¼ diğer bir araştırmada ise hemşirelerin spirit¼el bakımla ilgili bilgi ve becerilerinin sınırlı olduğu ve hastaların spirit¼el gereksinimlerinin karşılanamadığı bildirilmiştir. Hastaların spirit¼el bakım gereksinimleri birçok çalışmada y¼ksek bulunmuş olmasına karşın sağlık hizmetlerinde spirit¼el ihtiyaçların çok az karşılandığı vurgulanmıştır (ınar ve Aslan, 2017; Dalcalı, 2018).

Spirit¼el bakımda ¼nyargısız aktif dinleme ¼nemlidir. Hastalar spirit¼aliteye y¼nelik duygularını ifade etmek isteyebilir. Bununla birlikte hastada g¼ven oluşturma gibi bazı stratejilerin uygulanması gerekebilir. G¼ven oluşturma, gerçek ilgi ve dikkati sağlayabilir (Uygur, 2016). Bu stratejiler hastanın g¼vende olma duygusunu artırabilir. Diğer yandan umut, spirit¼alitenin ¼nemli bir parçası olup hastaların çabaları desteklenip, umut etmeye teşvik edilebilir. Bu konudaki literat¼r incelendiğinde spirit¼el bakımın:

- Etkili iletişim becerileri
- Aktif dinleme
- Bakım vericiyi destekleme
- Dini rit¼ellere saygı duyma
- Baş etme mekanizmalarını g¼lendirme
- Danışmanlık
- Otonomi kazandırma
- Yaşam sonu bakım
- İyi ¼l¼m
- Emosyonel destek ve hayal kurma
- Temel gevşeme egzersizleri
- Aramoterapi ve m¼zik terapisi
- Aile b¼t¼nl¼đ¼n¼ koruma ve s¼rd¼rme

- Aileyi harekete geçirerek destek sistemini arttırma
- Terapötik dokunma
- Gerçeği söyleme
- Yas sürecini paylaşma
- Son vedaya izin vermeyi içerdiği bildirilmektedir (Eğlence ve Şimşek; Şahin, 2016; Uygur, 2016; Kavalalı E., 2019) .

Kaliteli spiritüel bakımı sunabilmek için hemşirelerin empati yeteneğinin yüksek olması, iletişim becerilerinin gelişmiş olması, hasta-hemşire ilişkisi kurabilmesi, yeterli bilgi donanımına ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin bireysel özellikleri, spiritüel bakım sunumunu etkileyebilmektedir. Etkili iletişim yöntemlerini kullanabilen bir hemşire, bireylerin spiritüel gereksinimlerini tanıyabilir. Duygu ve düşüncelerini açıklamasına fırsat verebilir. Hasta ile karşılıklı etkileşime geçerek problemlere çözüm üretebilir. (Yıldırım, 2018; Mermer 2021).

2.2. Ölüm Kavramı

Yaşamın kaçınılmaz bir sonu olan ölüm, her çağda merak uyandırıcı, korkutucu ve bilinmez yönüyle insan yaşamını etkilemiştir (Selvi, 2019). Ölüme verilen tepkiler bireysel, toplumsal, coğrafi, kültürel birçok faktöre bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Her toplumun ölüm konusunda farklı uygulamaları olabilir. Bu doğrultuda ölüm, geçmişten günümüze evreni ve insan yaşamını etkileyebilir (Selvi, 2019).

2.2.1. Ölümü Açıklayan Kuramlar

Hemşirelikte kuramlar; karar verme sürecinde, en doğru ve en yararlı olanı uygulama konusunda yol gösterici olabilir. Geçmiş yıllarda kuramlar teorik bilgi çerçevesi oluşturmak için kullanılmasına karşın günümüzde klinik uygulama, eğitim, yönetim ve araştırma olmak üzere hemşireliğin tüm alanlarında kullanılmaktadır (Koç vd., 2017). Ölüm ile ilgili kuramlar incelendiğinde, Antik Yunan filozoflarından Epikür; ölümden korkulmaması gerektiğini, bu korkunun anlamsız olduğunu ifade etmiştir. Eflatun'a göre ölüm hayatın anlamı ve amacıdır. Kastenbaum ve Aisenberg (1972) ölüm algısını göreceli bir kavram olarak değerlendirmiştir. Bireylerin ölüm sürecini gelişim dönemleri doğrultusunda ele alarak dönemlere göre farklılık gösterdiğini bildirmiştir. Ölüm algısının en çok

insanın değerlerinden etkilendiği vurgulamıştır. Bireyin içinde bulunduğu durum ve ölümü nasıl algıladığının, ölüme karşı tutumunu etkileyebildiği bildirmiştir (Yılmaz ve Vermişli, 2015; Zaybak ve Erzincanlı, 2016; Mermer, 2021).

Varoluşçu kuram ölümü açıklarken bireylerin seçenekler arasında kaldığını belirtmiştir. Bu kurama göre insan; doğum, yaşam ve sonunda ölüm sürecini yaşacağını bilen bir varlıktır. Varoluşçu yaklaşıma göre, bireyler kendi ölüm durumlarını düşünüp, düşüncelerinin yaşamlarına yn vermesini sağlarsa kazanım elde etmiş olurlar (zdemir, 2014). Bu durumu başarmış olan birey, kendi yaşam sürecini ve ölüme karşı tutumunu haritalayabilir. Varoluş kuramcıları yaşam içinde ölümün unutulmaması gerektiğini buna karşın ölüme bağlı kalıp yaşamın da ertelenmemesini savunmaktadır. Bu kuramcılara göre ölüm, yaşamın anlamı ve amacını anlamayı destekleyen, yaşama yön veren bir kavramdır (zdemir, 2014).

Psikoanalitik kuramın kurucusu Freud'a göre ölüm, yaşamın temel komponentidir. Bu kurama göre birey ölüm ve yaşam kavramının farkında olarak dünyaya gelir. Birey için yaşam kavramı, yaşama olan bağlılık ile yaşamda bulunan anlam ve amacı barındırmaktadır. Ölüm kavramı ise yıkıcı ve yıpratıcıdır. Bu kurama göre birey ölümü geri plana atabilmekte, kendini ölümsüz olduğuna ikna edebilmektedir. Bu doğrultuda bireylerin ölüme karşı verdikleri tepkilerde yoğun olabilmektedir (zyaln, 2021).

2.2.2. lme Karşı Verilen Tepkiler

Her birey yaşam sürecinde birçok kayıp ya da kayıp tehdidi ile karşılaşabilir. Sevilen birinin kaybı, yakın bir ilişkinin bitimi, organ kaybı, iş kaybı bu durumlara örnek olarak verilebilir. Özellikle lmn geri dönülmezlik nedeniyle bireyin yaşadığı en acı veren somut bir kayıp olduğu kabul edilebilir. Birey böyle bir kaybın ardından terk edilme, suçluluk, öfke, yalnızlık ve çaresizlik hissedebilir (Bildik, 2013). Bireyin yas tepkileri uzlaşmadan, ciddi kriz tepkisine kadar değişebilir. Bu nedenle kayıp karşısında farklı yas tepkileri verilebilir. Sevilen birinin kaybının ardından gelişen doğal sürecin sonunda, bireyler yeni bağlar ve ilişkiler yoluyla yaşamını yeniden yapılandırabilir. Bu doğrultuda yas, büyüme ve gelişme için bir araç haline dönüşebilir. Buna karşın süreç tersine işlerse, yas süreci tamamlanmayabilir. Bu nedenle bireyin işlevselliğinde belirgin bozulmalar meydana gelebilir (Tomarkan vd., 2008).

Ölüm kavramı çeşitli duygusal ve davranışsal tepkilere neden olabilir. Bu duygu ve davranışlar genellikle korku, kaygı, üzüntü olmasına karşın kişisel farklılıklar görülebilir. Bireyler sevdiklerinden ayrılma, beden bütünlüğünü kaybetme, bilinmezlik gibi nedenlerle farklı tepkiler gösterebilir. Psikoanalitik kurama göre ölümün gerçekleşeceğini bilme içgüdüğü ile doğan insan, ölümü düşünerek davranabilir (Kavalalı E., 2016). Lindemann (1944), kayba karşı verilen ilk tepkilerin yas sürecinin temeli olduğunu bildirmektedir (Lindeman, 1944).

Kubler Ross'un teorisi, ölüm konusunda en çok kabul gören teorilerden biridir (Şahin, 2016). Bu teoriye göre ölmekte olan birey farklı aşamalardan geçebilir. Kubler Ross bu aşamalarda geçirilen sürenin bireysel faktörlerden etkilendiğini bildirmektedir. Kubler Ross (2014) ölüm sürecinde verilen tepkileri ve beklenen davranışları anlamlandırabilmek amacıyla beş aşama tanımlamıştır (Kubler-Ross ve Kessler 2014). Bu aşamalar;

1. İnkar
2. Öfke
3. Pazarlık
4. Depresyon
5. Kabullenmeyi içermektedir.

Bununla birlikte deneyimler, kişisel özellikler, dini inançlar, toplumsal değer yargıları, gelişimsel süreç ve ölümün algılanması, kültür ve gelenekler ölüme karşı verilen tepkileri etkileyebilmektedir (Kızıltepe ve Kurtgöz, 2022).

2.2.3. Hemşirelerin Ölüme Yaklaşmakta Olan Hastalara Bakım Verme Tutumlarını Etkileyen Faktörler

Hemşirelerin ölüme yaklaşmakta olan hastalara kaliteli bakım sunabilmeleri için psikososyal yaklaşım ve baş etme metodlarını bilmeleri ve uygulamaları önerilmektedir. Literatürde hemşirelerin bu konuda bilgi eksikliklerinin olduğu bildirilmektedir (Özel ve Özkan, 2020). Ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım sunan hemşireler, üzüntü, kaygı gibi duyguları yoğun bir şekilde yaşayabilmektedir (Selvi, 2019; Mermer, 2021). Ölüme yaklaşmakta olan hastaların bakım ihtiyaçları ile semptom yüklerinin fazla olması hemşirelerin bakım verme tutumlarını etkileyebilmektedir (Uysal ve ark., 2019).

Hemşireler ölüme ilişkin pozitif tutumu, eğitim ve deneyim yoluyla kazanabilmektedir. Terminal dönemdeki hastalara bakım sunan hemşirelerin, ölüme

karşı daha olumlu tutum geliştirdikleri bildirilmektedir (Yılmaz ve Verişli, 2015). Ölümle ilgili duygular, hemşirelerin hastalara bütüncül ve etkin bakım sunumunu etkileyebilmektedir. Bu etkilenme, hemşirenin kendi ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine, mesleki tükenmişliğe, sunulan hizmetin kalitesinde azalmaya da neden olabilmektedir (Çevik ve Kav, 2013; Yılmaz ve Vermişli, 2015).

Hemşirelerin, hastaların ve ailelerinin duygularını anlaması ve kabul etmesi önemlidir. Bunun için öncelikle hemşirelerin kendi duygu, düşünce ve davranışlarına ilişkin bir içgörü kazanması önerilmektedir. Hemşirelerin, ölüme ilişkin hissettikleri duygu ve düşünceler, tutumlarını ve verdikleri bakımı etkileyebilir (Şahin ve Demirkıran, 2022). Bu nedenle hemşirelerin yaşam, hastalık, ölüm ve kayba ilişkin duygularını gözden geçirmelerinin, hastalara daha iyi fiziksel ve psikolojik bakım sağlamalarında etkili olduğu bildirilmektedir (Menekli, 2014). Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık ve ölüm süreci ile baş etmelerinde ve yaşantılarında anlam bulmalarında yardımcı olmaktır (Çidem, 2020; Akpınar, 2021). Bu nedenle bütüncül ve duyarlı bir bakım almanın her insanın hakkı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Menekli, 2014).

2.2.4. Ölüme Yaklaşmakta Olan Hastalarda Spiritüel Bakımın Önemi

Terminal dönemdeki hastaya bakım sunan hemşireler kendi ölüm gerçeği ile yüzleşebilmelidir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin yaşam ve ölümle ilgili sorunlarla yüzleşmeye, ölüm karşısında kendi duygularını tanımaya, beklenen ölüm karşısında aile tepkilerini anlamaya, hasta ölüme yaklaşırken ve yas sürecinde yardım etmeye hazır olmaları gerekmektedir (Çevik ve Kav, 2013; Uysal vd., 2019). Hemşireler ölüme yaklaşmakta olan bireylerin bakımında önemli rol oynadığı için ölüm algıları ile bu durumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir (Menekli, 2014).

Ölüm sürecinde olan hasta ve ailelerine bakım sunan hemşireler inkâr, öfke, suçluluk, keder, depresyon, ümitsizlik, korku ve anksiyete gibi birçok duygu yaşayabilmekte ve bu hastaların bakımında yetersiz kalmaktan ve başarısız olmaktan korkabilmektedir. Hemşireler ölüme yaklaşmakta olan hastaların duygusal ve fiziksel bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olmalı, hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sunmalı, bunun için ilk olarak kendi duygularının farkında olmalıdır (Çavuş, 2021).

Ölüme yaklaşmakta olan hastanın endişe, üzüntü gibi olumsuz duyguları artmakta, problem çözme ve baş etme mekanizmaları azalmaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin bireysel ve bütüncül bakım sunması önem kazanmaktadır (Selvi, 2019). Olumsuz duyguların artması hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinde artışa, karşılanmayan bakım uygulamaları ise hastaların prognozunda olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Bununla birlikte spiritüel bakım sürecinde hastalarla etkili iletişim ve güven ortamı sağlanamadığında, bireylerde uyumda azalma, içine kapanma ve olumsuz duygularda artış görülebilmektedir (Selvi, 2019).

Bireyin ölümü yaklaştıkça ağrı ve diğer fiziksel semptomlara yönelik müdahalenin yanı sıra bakımın sosyal, spiritüel, psikolojik ve kültürel yönlerinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve yönetilmesi kritik önem taşımaktadır. Ölüme yaklaşmakta olan hastaya verilen spiritüel bakım hasta bireyi ve bakım vericiyi desteklemekte, tanı ve tedavi yaklaşımını olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle hasta birey ve ailesinin bakım sürecine katılımını sağlamanın son derece önemli olduğu bildirilmektedir (Çetin, 2015; Kavas ve Kavas, 2015; Selvi, 2019; Kudubeş, 2019; Çidem, 2020; Mermer, 2021).

3.MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, hemşirelerin spiritüel bakım algılarının ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım verme tutumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Bu çalışmada nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı iç içe karma desenden yararlanılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 28.07.2021-30.03.2023 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışmakta olan hemşirelerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.2.1.1. Araştırmanın Nicel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışmakta olan 800 hemşire oluşturmuştur. Bu çalışmada hemşireler, bireylerin evrenden eşit olasılıklı seçilebildiği bir örnekleme yöntemi olan Olasılıklı Örneklem Yöntemlerinden Basit Rastgele Örneklem Yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bulunduğu durumlarda örnekleme alınacak hemşire sayısını saptamak amacıyla kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Öztürk, 2017).

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

Bu formülde;

n: Örneklem alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (tablo değeri)

d: 0,01 (%1 hata payı)

$$n = \frac{800 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,01)^2 \cdot (800-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n= 364

Bu formüle göre örneklem büyüklüğü en az 364 hemşire olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden, dahili, cerrahi ve yoğun bakım birimlerinde görev yapan 383 hemşire ile veri toplama süreci tamamlanmıştır.

3.2.1.2. Araştırmanın Nitel Boyutunda Örneklem Seçimi

Araştırmanın ikinci aşaması olan nitel boyutunda, araştırılan konu hakkında detaylı bilgi elde etmeyi amaçlayan amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde nitel araştırma yöntemlerinde kullanılan, veriye doyma ilkesi dikkate alınmıştır. Görüşme sırasında sorulan sorulara farklı yanıtların gelmediği ya da yeni bilginin elde edilmediği süreçte görüşmeler sonlandırılmıştır (Çetinkaya ve Özsoy, 2021). Araştırmanın nitel boyutuna katılan toplam 12 hemşire ile veri doygunluğu sağlanmıştır.

3.2.2. Verilerin Toplanması

3.2.2.1. Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nicel verileri hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerini içeren hemşireleri tanıtıcı bilgi formu ile MMBDÖ (Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği), MDATÖ (Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği), FATCOD (Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği) ve DAP-R (Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği) kullanılarak toplanmıştır. Anket formu 10 kişilik bir grupta pilot çalışma yapılarak test edilmiştir. Pilot çalışma sonrasında anlaşılmayan bir ifade olmadığı görülmüş ve veri toplama sürecine başlanmıştır. Pilot çalışmaya alınan hemşireler örnekleme dahil edilmemiştir. Hemşirelere araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu, anket

formlarına isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı açıklanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında bilgi verildikten ve sözel bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra çalışmaya katılmaya istekli hemşirelere hemşire tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler uygulanmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

3.2.2.2. Nitel Verilerin Toplanması

Araştırmanın nitel verileri yarı yapılandırılmış soru formu ile derinlemesine görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Bu çalışmada 12 hemşire ile yapılan görüşmeler sonrasında veri doygunluğuna ulaşılmıştır. Görüşmelerin tamamı nitel araştırma kursu alan, deneyimli araştırmacı ve gözlemci ile gerçekleştirilmiştir. Soruların anlaşılabilirliğini anlamak ve çalışmanın amaca uygunluğunu test etmek amacıyla örnekleme dahil edilmeyen iki hemşire ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot görüşme sonrasında çalışmanın amacına uygun olmayan ve anlaşılmayan soru bulunmadığı saptanarak veri toplama sürecine başlanmıştır. Pilot çalışmaya alınan hemşireler örnekleme dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılan hemşirelere, araştırmanın amacı, görüşmenin nasıl yapılacağı, ne kadar süreceği, ses kayıt cihazının hangi amaçla kullanılacağı, kayıtların asla üçüncü bir kişi ile paylaşılmayacağı ve bilgilerinin gizli tutulacağı konusunda bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

Görüşmeler katılımcı ve araştırmacı tarafından belirlenen gün ve saatte yapılmıştır. Görüşmelerin bölünmemesi, hemşirelerin rahat bir şekilde kendini ifade edebilmesi için uygun ısıda, havalandırılması iyi yapılmış, yeterli aydınlıkta, sessiz bir ortam hazırlanmıştır. Bireysel derinlemesine görüşmelerin her biri yaklaşık 30-45 dakika sürmüştür. İç geçerliği sağlamak amacıyla, araştırmacı tarafından görüşmelerde katılımcıların ifadeleri tekrarlanmış ve özetlenerek doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları ile ilgili geri bildirimler alınmıştır. Fenomenolojik görüşmeler sırasında katılımcıların davranışları, tepkileri, jest ve mimikleri bağımsız bir gözlemci tarafından kayıt altına alınmıştır. Hemşirelerin verdikleri cevaplar tekrar etmeye başladığında, yeni bir veri elde edilemediğinde veri doygunluğuna ulaşılmış ve görüşmeler sonlandırılmıştır. Görüşmeler sonrasında katılımcıların ifadeleri, araştırmacı tarafından kelimesi kelimesine yazılı hale getirilmiştir. Bununla birlikte nitel görüşmelerde katılımcıların gizliliğini korumak amacıyla her bir katılımcı

numaralandırılmıştır (örnek: K.1, K.2 vb.).

3.2.3. Veri Toplama Araçları

3.2.3.1. Nicel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan (Eğlence ve Şimşek, 2014; Selvi, 2019; Çelikdal, 2019; Duran ve Özçelik, 2022) hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren 4 soru (yaş, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu) ve mesleki özelliklerini içeren 11 soru (çalışılan servis, çalışma şekli, çalışma statüsü, mesleği sevmeye durumu, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı vb.) olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ), bireylerin maneviyat ve manevi bakım düzeylerini belirlemek amacıyla McSherry, Draper ve Kendrick (2002) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ergül ve Bayık (2007) tarafından yapılan bir ölçektir (Çidem, 2020). MMBDÖ 17 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Maddelerin puanlaması, kesinlikle katılıyorum “5” ile kesinlikle katılmıyorum “1” arasında puanlanmaktadır. Ölçekte on üç madde düz, dört madde ters şekilde (3., 4., 13., 16. maddeler) puanlanmaktadır. Madde puanlarının soru sayısına bölünmesi ile toplam puan elde edilmektedir (Ergül ve Bayık, 2007). Toplam puan ortalamasının 5’e yaklaşması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.76 olarak hesaplanmıştır (Ergül ve Bayık, 2007). MMBDÖ’nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısını Çidem (2020) 0,72, Çetintaş vd., (2021) 0,77, Kalkım (2019) 0,80 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada MMBDÖ Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,786 olarak saptanmıştır. Ölçeğin kullanılabilmesi için MMBDÖ’nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Dağhan ve Bayık’tan izin alınmıştır (Ek 2).

Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDATÖ)

Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDATÖ), sağlık profesyonellerinin manevi destek konusundaki düşüncelerini ölçmek amacıyla Erkan Kavas ve Nurgül Kavas (2014) tarafından geliştirilmiş olan bir ölçektir (Kavas ve Kavas, 2014).

MDATÖ toplam 15 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Maddelerin puanlaması hiç katılmıyorum “0” ile tamamen katılıyorum “4” arasında puanlanmaktadır. Ölçekte ters madde bulunmamakta, maddeler düz şekilde puanlanmaktadır. Maddelere verilen yanıtların puanları toplanarak ölçek toplam puanı belirlenmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60’dır. Ölçekten alınan puanın 0-20 puan aralığında olması düşük algıyı, 20-40 puan aralığında olması orta düzey algıyı ve 40-60 puan aralığında olması yüksek düzey algıyı ifade etmektedir. Toplam puan ortalamasının artması manevi destek ve manevi bakım kavramının algılanma düzeyinin arttığını göstermektedir (Kavas ve Kavas, 2014). Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.940 olarak hesaplanmıştır (Kavas ve Kavas, 2014). Selvi’nin (2019) çalışmasında MDATÖ’nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısını 0.92 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada MDATÖCronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,940 olarak saptanmıştır. Ölçeğin kullanılabilmesi için MDATÖ geliştiren Kavas’tan izin alınmıştır (Ek 3).

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD)

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD), ölüme yaklaşan hasta bakımına katılan aile dışındaki bakım verici bireylerin bakım ile ilgili kendilerini nasıl hissettiklerini öğrenmek amacıyla Katherine H. Murray Frommelt (1988) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çevik ve Kav (2010) tarafından yapılan bir ölçektir. Bu ölçekte "Ölmekte Olan Birey" terimi terminal hastalığı olan ve 6 ay ya da daha kısa süre yaşaması beklenen bireyler için kullanılmıştır (Çevik, 2010).

FATCOD 30 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Maddelerin puanlaması tamamen katılmıyorum “1” ve tamamen katılıyorum “5” arasında puanlanmaktadır. Ölçek pozitif/ olumlu ve negatif/ olumsuz tutumları içeren eşit sayıda ifadeler içermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, negatif tutumları içeren sorular ters çevrilip pozitif cevaplarla toplanarak toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 30–150 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar daha olumlu tutumu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.73 olarak hesaplanmıştır (Çevik, 2010). Çavuş’un (2021) çalışmasında FATCOD Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,70 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada FATCOD Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,656 olarak saptanmıştır. Ölçeğin

kullanılabilmesi için FATCOD'un Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Çevik ve Kav'dan izin alınmıştır (Ek 4).

Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği (DAP-R)

Ölüme İlişkin Tutum Profil Ölçeği (DAP-R), ölmek üzere olan hastalara bakım veren hemşirelerin, ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım vermeye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla 1994 yılında Wong T.P. ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2013 yılında Çevik ve Kav tarafından yapılan bir ölçektir (Çevik ve Kav, 2013). DAP-R 32 maddeden oluşan, çok boyutlu bir ölçektir. Ölçekte “Ölüm Korkusu 7 madde (1, 2, 7, 18, 20, 21, 32. maddeler)”, “Ölümden Kaçınma 5 madde (3, 10, 12, 19, 26. maddeler)”, “Tarafsız (Nötr) Kabullenme 5 madde (6, 14, 17, 24, 30. maddeler)”, “Kabul Edici Yaklaşım 10 madde (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31. maddeler)” ve “Ölümü Kabullenmeme 5 madde (5, 9, 11, 23, 29. maddeler)” olmak üzere 5 alt boyut yer almaktadır. DAP-R likert tipte bir ölçek olup, maddeler kesinlikle katılmıyorum “1” ve tamamen katılıyorum “7” şeklinde puanlanmaktadır.

Ölüm Korkusu alt boyutundan elde edilebilecek en yüksek puan 49, en düşük puan ise 7'dir. Ölümden Kaçınma alt boyutundan elde edilebilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 5'tir. Tarafsız (Nötr) Kabullenme alt boyutundan elde edilebilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 5'tir. Kabul Edici Yaklaşım alt boyutundan elde edilebilecek en yüksek puan 70, en düşük puan ise 10'dur. Ölümü Kabullenmeme alt boyutundan elde edilebilecek en yüksek puan 35, en düşük puan ise 5'tir. Özyalçın (2019)'ın çalışmasında DAP-R'nin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı Ölüm Korkusu alt boyutu 0.84, Ölümden Kaçınma alt boyutu 0.70, Tarafsız Kabullenme alt boyutu 0.65, Kabul Edici Yaklaşım alt boyutu 0.90 ve Ölümü Kabullenmeme alt boyutu 0.89 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada DAP-R Ölüm Korkusu alt boyutu Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,717, Ölümden Kaçınma alt boyutu Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,646, Tarafsız(Nötr) Kabullenme alt boyutu Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,610, Kabul Edici Yaklaşım alt boyutu Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,828, Ölümü Kabullenmeme alt boyutu Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,819 olarak saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.940 bulunmuştur. Bu çalışmada DAP-R Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,910 olarak saptanmıştır. Ölçeğin kullanılabilmesi için DAP-

R'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Çevik ve Kav'dan izin alınmıştır (Ek 5).

3.2.3.2. Nitel Verilerin Toplanmasında Kullanılan Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Araştırmanın nitel verileri yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu, hemşirelerin tanıtıcı kısa bilgilerini (yaş grupları, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma yılı, çalışılan birim), spiritüel bakım kavramı ve içeriğini, spiritüel bakım sunmayı etkileyen faktörleri, ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım vermeye ilişkin düşüncelerini vb. belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Hemşirelerle bire bir yapılan fenomenolojik görüşmeler sırasında sorulan sorular şunlardır;

1. Sizce spiritüel bakım nedir? Açıklayabilir misiniz?
2. Çalıştığınız serviste hastalarınıza spiritüel bakım verdiğinizi düşünüyor musunuz?
3. Sizce hemşirelerin spiritüel bakım sunumunu kolaylaştıran faktörler nelerdir?
4. Sizce hemşirelerin spiritüel bakım sunumunu engelleyen faktörler nelerdir?
5. Spiritüel bakım sunmak için hemşirelerin çalışma koşulları sizce nasıl olmalıdır?
6. Spiritüel bakım ve dini faktörler arasındaki ilişki hakkında düşünceleriniz nelerdir?
7. Ölüm hakkındaki (kendi, yakın çevresi, hasta vb.) düşünceleriniz nelerdir?
8. Ölüm sizde hangi duyguları çağrıştırmaktadır?
9. Ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım sunmak ister misiniz?
10. Ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım sunmaktan çekinir misiniz?
11. Ölüme yaklaşan hastaya bakım vermek hakkında düşünceleriniz nelerdir?
12. Ölüme yaklaşmakta olan hastaya hangi bakım uygulamalarını yapmak istersiniz?
13. Ölüme yaklaşmakta olan hastaya verilen spiritüel bakımın, hastayı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?
14. Ölüme yaklaşmakta olan hastalara spiritüel bakım verme konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz? (Ek 6)

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

3.2.4.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS V23.0 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Ölçek toplam

ve alt boyut puanları üzerine etki eden değişkenlerin incelenmesinde lineer regresyon analizi, yol analizi ve enter modelinden yararlanılmıştır. Analiz sonuçları nicel veriler için tanımlayıcı istatistikler ($\text{ort} \pm \text{ss}$) olarak, nitel veriler için frekans (yüzde) dağılımları şeklinde sunulmuştur. Güvenirlik çalışmalarında ölçek ve alt boyutlarının güvenilirliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Araştırma kapsamında uygulanan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.2.4.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel verilerin analizinde içerik analizi kullanılmıştır. İçerik analizi, görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin içeriğinin bir sistematik doğrultusunda objektif olarak incelenmesidir. Bu yöntemle, elde edilen veriler arasındaki ilişki ve kavramlar belirlenmektedir. Ses kayıt cihazı kullanılarak yapılan görüşmeler araştırmacı tarafından tek tek dinlenerek ve bilgisayar ortamına aktarılarak transkriptler elde edilmiştir. Transkriptlerin doğruluğunu inceleyebilmek için ses kayıtları tekrar dinlenerek karşılaştırılmıştır. Son hali verilen transkriptlerin her biri MAXQDA 2022 programını aktarılmıştır. Görüşme raporlarının kaybolmasını engellemek amacıyla bulut ortamında yedekleme yapılmıştır. Katılımcıların deneyimleri ile ilgili önemli ifadeler belirlenmiştir. Belirlenen ifadeler tekrar okunarak, ortaya çıkan anlamlar formüle edilerek, temalar ve alt temalar oluşturulmuştur. Elde edilen temalar ve alt temalarla katılımcı deneyimleri ilişkilendirilmiş ve rapor edilmiştir.

3.2.4.3. Nitel Verilerin Geçerlik ve Güvenirliği

Bu araştırmada açık uçlu sorulardan oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formunun taslak hali, uygulama öncesinde bir nitel araştırma uzmanının görüşüne sunulmuştur. Araştırmanın güvenirliliği, Guba ve Lincoln (1989) tarafından önerilen kriterlere (aktarılabirlik, güvenilirlik, onaylanabilirlik ve inanılrlık) göre değerlendirilmiştir. Görüşmelerden önce çalışmanın şekli, veri toplama araçları, görüşme süreci, verilerin analizi ve bulguların nasıl düzenlendiği ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Bireysel görüşmeler sırasında araştırmacı katılımcılara tarafsız davranmıştır. Tüm görüşmeler için uygun ortam sağlanmış ve her görüşmede aynı koşullara sahip ortam kullanılmıştır. Hemşirelerle aynı veri toplama araçları ile görüşmeler gerçekleştirilmiş ve tüm ses kayıtları aynı araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Verilerin güvenirliliği için araştırmacı ve danışman öğretim üyesi

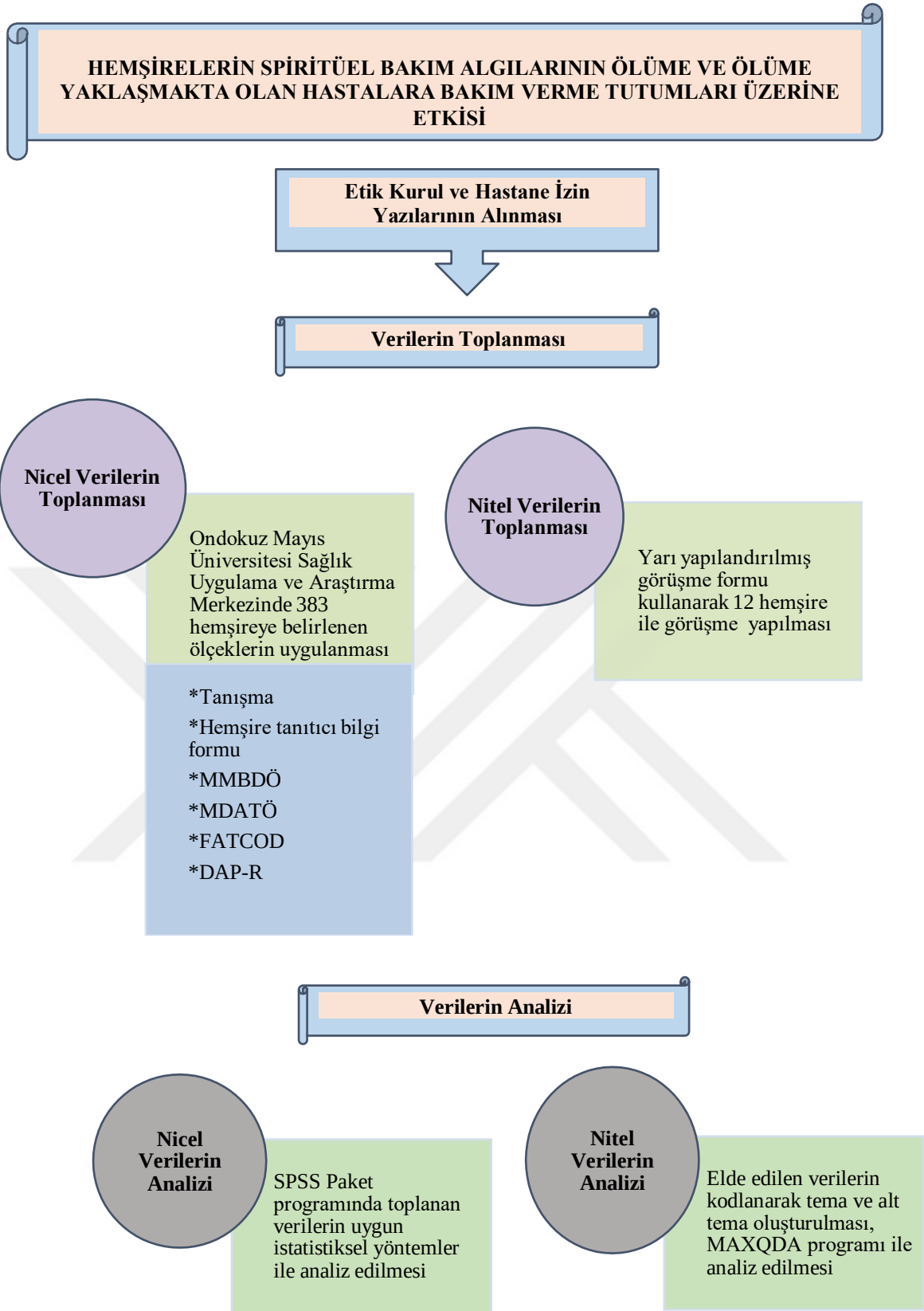
tarafından kodlar ve temalar bağımsız olarak oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmacılar bir araya gelerek kodların temalarla ilişkilerini değerlendirerek temalar yeniden düzenlenmiştir. Araştırmanın iç ve dış geçerliliğini arttırmak için bireysel görüşmelere bağımsız bir gözlemci katılmıştır. Bireysel görüşmelere ait ses kayıtları ve yazılı notlar muhafaza edilmiştir. Araştırmacı Nitel Araştırma Yöntemleri ve Nitel Veri Analizi kursuna katılmıştır (Ek 13).

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (B.30.2.ODM.0.20.08/407-902) alındıktan sonra başlanmıştır (Ek 11). Verileri toplamak için çalışmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğünden yazılı (E-15374210-302.08.01-89312) izin alınmıştır (Ek 12). Araştırma kapsamındaki tüm hemşirelerden sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir hastanede yürütülmüş olması bu araştırmanın bir sınırlılığıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen bulgular tüm hemşirelere genellenememektedir. Hemşireler ile birebir fenomenolojik görüşmeler yapılmasına karşın, hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde uzun süreli gözlem ve değerlendirmeler yapılamaması bu araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.



Şekil 3.1. Araştırmanın Algoritma Şeması

	2020							2021										2022										2023						
	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart
Araştırma Konusunun Belirlenmesi																																		
Araştırmanın Planlanması																																		
Etik Kurul Formunun Oluşturulması																																		
Etik Kurul İzin Yazısının Alınması																																		
Kurum Araştırma İzninin Alınması																																		
Nitel Verilerin Toplanması																																		
Nitel Verilerin Toplanması																																		
Verilerin Analizi																																		
Araştırmanın Rapor Edilmesi																																		

Şekil 3.2. Araştırmanın Planı

4.BULGULAR

Hemşirelerin spiritüel bakım algılarının ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım verme tutumları üzerine etkisini belirlemek amacı ile yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular, nicel ve nitel verilere ilişkin bulgular olarak iki bölümde sunulmuştur.

4.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

Nicel verilere ilişkin bulguların ilk bölümünde Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine, ikinci bölümünde Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği'ne, Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği'ne, Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği'ne ve Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği'ne ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1.1.Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular(n=383)

Özellikler	n	%	
Yaş grupları	19-25 yaş	63	16,4
	26-30 yaş	118	30,8
	31-35 yaş	72	18,8
	36-40 yaş	56	14,6
	41-45 yaş	52	13,6
	46-50 yaş	16	4,2
	51 yaş ve üzeri	6	1,6
Medeni durum	Evli	243	63,4
	Bekar	140	36,6
Cinsiyet	Kadın	259	67,6
	Erkek	124	32,4
Eğitim durumu	Sağlık Meslek Lisesi	51	13,3
	Önlisans	60	15,7
	Lisans	247	64,5
	Yüksek Lisans	25	6,5
Görevi	Servis hemşiresi	353	92,2
	Servis sorumlu hemşiresi	30	7,8
Çalışma süresi	1-5 yıl	134	35
	6-10 yıl	90	23,5
	11-15 yıl	54	14,1
	16-20 yıl	57	14,9
	21 yıl ve üzeri	48	12,5

Tablo 4.1. (devam)

Özellikler	n	%	
Çalışılan servis	Yoğun bakım	58	15,1
	Cerrahi birimler	121	31,6
	Dahili birimler	164	42,8
	Diğer birimler	40	10,4
Bulunduğu serviste çalışma süresi	1-5 yıl	246	64,2
	6-10 yıl	85	22,2
	11-15 yıl	27	7,0
	16-20 yıl	17	4,4
	21 yıl ve üzeri	8	2,1
Bulunduğu serviste çalışan toplam hemşire sayısı	1-5 hemşire	26	6,8
	6-10 hemşire	119	31,1
	11-15 hemşire	93	24,3
	16-20 hemşire	73	19,1
	21 hemşire ve üzeri	72	18,8
Hastanedeki çalışma statüsü	Kadrolu	222	58,0
	Sözleşmeli	161	42,0
Mesleği sevme durumu	Seviyor	302	78,9
	Sevmiyor	25	6,5
	Kararsız	56	14,6
Çalıştığı servisten memnun olma durumu	Memnun	263	68,7
	Memnun değil	25	6,5
	Kısmen memnun	95	24,8
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	94	24,5
	Vardiya	289	75,5
Haftalık toplam çalışma saati	0-40 saat	269	70,2
	41- 50 saat	80	20,9
	51- 60 saat	31	8,1
	61-72 saat	3	0,8
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	1-5 hasta	108	28,2
	6-10 hasta	129	33,7
	11-15 hasta	88	23,0
	16-20 hasta	44	11,5
	21-25 hasta	8	2,1
	26-30 hasta	1	0,3
	31 hasta ve üzeri	5	1,3

Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de sunulmuştur. Hemşirelerin %30,8’inin 26-30 yaş grubunda yer aldığı, %63,4’ünün evli olduğu, %67,6’sını kadınların oluşturduğu, %64,5’inin lisans

mezunu olduğu, %92,2'sinin servis hemşiresi olarak görev yaptığı, %35,0'nın 1-5 yıl arası çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %42,8'inin dahili birimlerde görev yaptığı, %64,2'sinin halen bulunduğu serviste 1-5 yıldır çalıştığı, %31,1'nin serviste çalışan toplam hemşire sayısını 6-10 hemşire olarak belirttiği, %58,0'nın kadrolu olarak görev yaptığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %78,9'unun mesleğini sevdiği, %68,7'sinin çalıştığı servisten memnun olduğu, %75,5'inin vardiya olarak çalıştığı, %70,2'sinin haftalık çalışma süresinin 0-40 saat olduğu, %33,7'sinin günlük ortalama bakım verdiği hasta sayısının 6-10 hasta arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.1). Hemşirelerin yaş ortalaması 32,9±7,6, hemşire olarak çalışma yıl ortalaması 10,5±7,8, bulunduğu serviste çalışma yıl ortalaması 5,6±5,3, serviste çalışan toplam hemşire sayısı ortalaması 14,2±7,1, haftalık toplam çalışma saati ortalaması 42,7±6,5, günlük bakım verilen hasta sayısı ortalaması 10,2±6,4 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.2. MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD ve DAP-R toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Ölçekler ve Alt Boyutları	X ± S.S	Ortanca (Min.-Maks)
MMBDÖ Toplam	3,4± 0,5	3,4 (1,5-5,0)
MDATÖ Toplam	47,1±10,5	47,0 (0-60,0)
FATCOD Toplam	100,2±9,6	99,0 (67,0-137,0)
DAP-R		
Ölüm Korkusu	4,3±1,1	4,4 (1,3-7,0)
Ölümden Kaçınma	4,1±1,2	4,2 (1,3-7,0)
Tarafsız Kabullenme	5,5±0,9	5,8 (1,8-7,0)
Kabul Edici Yaklaşım	4,9±1,0	4,9 (1,0-6,9)
Ölümü Kabullenmeme	3,9±1,5	4,0 (1,0-7,0)

X: Aritmetik ortalama, S.S: Standart Sapma, Min.: Minumum, Maks.: Maksimum, MMBDÖ= Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği, MDATÖ= Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği, FATCOD= Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği, DAP-R=Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği.

MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD ve DAP-R toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.2' de sunulmuştur. MMBDÖ puan ortalaması 3,4±0,5, MDATÖ puan ortalaması 47,1±10,5, FATCOD puan ortalaması 100,2±9,6, DAPRÖlüm Korkusu alt boyut puan ortalaması 4,3±1,1, Ölümden Kaçınma alt boyut puan ortalaması 4,1±1,2, Tarafsız Kabullenme alt boyut puan ortalaması 5,5±0,9, Kabul Edici Yaklaşım alt boyut puan ortalaması 4,9±1,0, Ölümü Kabullenmeme alt boyut puan ortalaması 3,9±1,5 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2).

MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD ve DAP-R ölçeklerinin toplam ve alt boyut puanına etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analiz sonuçları Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9 ve Tablo 4.10’da sunulmuştur.

Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde lineer regresyon modeli, oluşturulan regresyon modelinde yöntem olarak enter metodu kullanılmıştır. Oluşturulan modele bağımsız değişken olarak yaş grupları, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, görevi, çalışma süresi, çalışılan servis, bulunduğu serviste çalışma süresi, bulunduğu serviste çalışan toplam hemşire sayısı, hastanedeki çalışma statüsü, mesleği sevmeye durumu, çalıştığı servisten memnun olma durumu, çalışma şekli, haftalık toplam çalışma saati ve günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı alınmıştır.

4.1.2. Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği’ne (MMBDÖ)

İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin MMBDÖ puanı üzerine etkisinin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	3,79 (3,148 - 4,433)	0,327		11,598	<0,001			
Yaş grupları	-0,003 (-0,014 - 0,009)	0,006	-0,039	-0,465	0,642	-0,057	-0,024	2,752
Medeni durum (Bekar)	0,126 (-0,002 - 0,254)	0,065	0,115	1,937	0,053	0,112	0,101	1,36
Cinsiyet (Erkek)	0,066 (-0,051 - 0,183)	0,06	0,059	1,106	0,27	0,068	0,058	1,084
Eğitim durumu (Sağlık Meslek Lisesi)								
Önlisans	-0,079 (-0,282 - 0,123)	0,103	-0,055	-0,77	0,442	-0,003	-0,04	1,95
Lisans	-0,127 (-0,296 - 0,041)	0,086	-0,116	-1,488	0,138	-0,081	-0,078	2,33
Yüksek Lisans	0,004 (-0,258 - 0,267)	0,134	0,002	0,034	0,973	0,059	0,002	1,513
Görevi (Servis sorumlu hemşiresi)	-0,107 (-0,331 - 0,117)	0,114	-0,055	-0,938	0,349	-0,051	-0,049	1,301
Çalışılan servis (Yoğun bakım)								
Cerrahi birimler	-0,077 (-0,272 - 0,118)	0,099	-0,068	-0,779	0,437	0,009	-0,041	2,94
Dahili birimler	-0,079 (-0,268 - 0,11)	0,096	-0,074	-0,822	0,412	-0,006	-0,043	3,138
Diğer birimler	-0,163 (-0,393 - 0,068)	0,117	-0,095	-1,39	0,165	-0,055	-0,073	1,78

Tablo 4.3. (devam)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Bulunduğu serviste çalışma süresi	0,007 (-0,006 - 0,021)	0,007	0,073	1,058	0,291	0,012	0,055	1,82
Bulunduğu serviste çalışan toplam hemşire sayısı	0,003 (-0,006 - 0,012)	0,004	0,044	0,733	0,464	0,06	0,039	1,411
Hastanedeki çalışma statüsü (Sözleşmeli)	-0,028 (-0,17 - 0,113)	0,072	-0,027	-0,395	0,693	0,027	-0,021	1,745
Mesleği sevmeye durumu (Seviyor)								
Sevmiyor	-0,143 (-0,386 - 0,1)	0,123	-0,067	-1,159	0,247	-0,08	-0,061	1,29
Kararsız	0,008 (-0,153 - 0,169)	0,082	0,005	0,098	0,922	0,029	0,005	1,168
Çalıştığı servisten memnun olma durumu(Memnun)								
Memnun Değil	-0,061 (-0,308 - 0,185)	0,125	-0,029	-0,491	0,624	-0,028	-0,026	1,327
Kısmen Memnun	-0,074 (-0,203 - 0,055)	0,066	-0,061	-1,127	0,26	-0,037	-0,059	1,112
Çalışma şekli (Vardiya)	0,035 (-0,105 - 0,176)	0,071	0,029	0,495	0,621	0,045	0,026	1,312
Haftalık toplam çalışma saati	-0,007 (-0,015 - 0,002)	0,004	-0,082	-1,529	0,127	-0,056	-0,08	1,101
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	0,005 (-0,005 - 0,015)	0,005	0,061	0,978	0,329	0,03	0,051	1,48

F=1,068, p=0,382; R²=0,056, Düzeltilmiş R²=0,004, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r¹: Zero-order korelasyon, r²: Partial korelasyon

Tablo 4.3'te hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin MMBDÖ puanı üzerine etkisi lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucu oluşturulan modelde hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin anlamlı düzeyde yordamadığı bulunmuştur (F=1,068; p=0,382). Modele alınan bağımsız değişkenler, bağımlı değişkenin %4'ünü açıklamaktadır (Tablo 4.3).

4.1.3. Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği'ne (MDATÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin MDATÖ puanı üzerine etkisinin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	42,256 (29,452 - 55,059)	6,511		6,49	<0,001			
Yaş grupları	-0,092 (-0,321 - 0,137)	0,116	-0,067	-0,79	0,43	0,003	-0,041	2,752

Tablo 4.4. (devam)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r¹	r²	VIF
Medeni durum (Bekar)	2,668 (0,122 - 5,214)	1,295	0,123	2,061	0,040	0,089	0,108	1,36
Cinsiyet (Erkek)	-0,609 (-2,949 - 1,731)	1,19	-0,027	-0,512	0,609	-0,019	-0,027	1,084
Eğitim durumu (Sağlık Meslek Lisesi)								
Önlisans	-1,664 (-5,703 - 2,375)	2,054	-0,058	-0,81	0,418	-0,09	-0,043	1,95
Lisans	0,524 (-2,829 - 3,878)	1,705	0,024	0,308	0,759	0,029	0,016	2,33
Yüksek Lisans	2,523 (-2,712 - 7,757)	2,662	0,06	0,948	0,344	0,08	0,05	1,513
Görevi (Servis sorumlu hemşiresi)	1,338 (-3,126 - 5,801)	2,27	0,034	0,589	0,556	0,073	0,031	1,301
Çalışılan servis (Yoğun bakım)								
Cerrahi birimler	1,489 (-2,388 - 5,367)	1,972	0,066	0,755	0,451	0,035	0,04	2,94
Dahili birimler	1,003 (-2,761 - 4,766)	1,914	0,047	0,524	0,601	-0,022	0,028	3,138
Diğer birimler	1,957 (-2,63 - 6,543)	2,332	0,057	0,839	0,402	0,008	0,044	1,78
Bulunduğu serviste çalışma süresi	0,181 (-0,086 - 0,448)	0,136	0,092	1,334	0,183	0,069	0,07	1,82
Bulunduğu serviste çalışan toplam hemşire sayısı	0,163 (-0,012 - 0,339)	0,089	0,111	1,834	0,068	0,084	0,096	1,411
Hastanedeki çalışma statüsü (Sözleşmeli)	-1,169 (-3,982 - 1,644)	1,431	-0,055	-0,817	0,414	-0,024	-0,043	1,745
Mesleği sevmeye durumu (Seviyor)								
Sevmiyor	1,448 (-3,386 - 6,283)	2,458	0,034	0,589	0,556	0,031	0,031	1,29
Kararsız	0,531 (-2,684 - 3,746)	1,635	0,018	0,325	0,745	0,025	0,017	1,168
Çalıştığı servisten memnun olma durumu (Memnun)								
Memnun Değil	-0,225 (-5,128 - 4,678)	2,493	-0,005	-0,09	0,928	0,023	-0,005	1,327
Kısmen Memnun	-0,143 (-2,709 - 2,424)	1,305	-0,006	-0,109	0,913	0,006	-0,006	1,112
Çalışma şekli (Vardiya)	-1,872 (-4,67 - 0,927)	1,423	-0,077	-1,315	0,189	0,063	-0,069	1,312
Haftalık toplam çalışma saati	0,077 (-0,094 - 0,248)	0,087	0,048	0,886	0,376	0,021	0,047	1,101
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	0,082 (-0,119 - 0,284)	0,102	0,05	0,804	0,422	0,073	0,042	1,48

F=1,036, p=0,419; R²=0,054, Düzeltilmiş R²=0,002, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r1: Zero-order korelasyon, r2: Partial korelasyon

Tablo 4.4'te hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin MDATÖ puanı üzerine etkisi lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucu oluşturulan modelde hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin anlamlı düzeyde yordamadığı bulunmuştur (F=1,036; p=0,419). Modele alınan bağımsız değişkenler, bağımlı değişkenin %2'sini açıklamaktadır (Tablo 4.4).

4.1.4. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği'ne (FATCOD) İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin FATCOD puanı üzerine etkisinin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r ¹	r ²	VIF
Sabit	104,202 (92,652 – 115,753)	5,874		17,741	<0,001			
Yaş grupları	-0,048 (-0,254 – 0,159)	0,105	-0,038	-0,454	0,65	-0,08	-0,024	2,752
Medeni durum (Bekar)	-0,216 (-2,513 – 2,081)	1,168	-0,011	-0,185	0,853	0,026	-0,01	1,36
Cinsiyet (Erkek)	0,205 (-1,906 – 2,316)	1,073	0,01	0,191	0,849	0,017	0,01	1,084
Eğitim durumu (Sağlık Meslek Lisesi)								
Önlisans	0,903 (-2,741 – 4,546)	1,853	0,034	0,487	0,626	-0,14	0,026	1,95
Lisans	4,941 (1,916 – 7,967)	1,538	0,246	3,212	0,001	0,174	0,166	2,33
Yüksek Lisans	4,888 (0,166 – 9,611)	2,401	0,125	2,036	0,043	0,044	0,106	1,513
Görevi	-1,699							
(Servis sorumlu hemşiresi)	(-5,725 – 2,328)	2,048	-0,047	-0,83	0,407	-0,03	-0,044	1,301

Tablo 4.5. (devam)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Çalışılan Servis(Yoğun Bakım)								
Cerrahi birimler	-4,456 (-7,955 - -0,958)	1,779	-0,215	-2,505	0,013	-0,04	-0,131	2,94
Dahili birimler	-4,884 (-8,279 - -1,489)	1,727	-0,251	-2,829	0,005	-0,05	-0,147	3,138
Diğer birimler	-4,298 (-8,435--0,16)	2,104	-0,136	-2,042	0,042	-0,03	-0,107	1,78
Hastanedeki çalışma statüsü (Sözleşmeli)	0,924 (-1,614 – 3,462)	1,291	0,047	0,716	0,475	0,082	0,038	1,745
Mesleği sevme durumu (Seviyor)								
Sevmiyor	-2,181 (-6,542 – 2,18)	2,218	-0,056	-0,983	0,326	-0,03	-0,052	1,29
Kararsız	0,053 (-2,847 – 2,954)	1,475	0,002	0,036	0,971	0,053	0,002	1,168
Çalıştığı servisten Memnunolma durumu(Memnun)								
Memnun Değil	0,964 (-3,459 – 5,387)	2,249	0,025	0,429	0,668	-0,01	0,023	1,327
Kısmen Memnun	0,011 (-2,305 – 2,326)	1,177	0	0,009	0,993	0,051	0	1,112
Çalışma şekli (Vardiya)	-1,711 (-4,236 – 0,814)	1,284	-0,076	-1,333	0,184	-0,01	-0,07	1,312
Haftalık toplam çalışma saati	-0,052 (-0,206 – 0,103)	0,078	-0,035	-0,658	0,511	-0,05	-0,035	1,101
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	0,142 (-0,04- 0,324)	0,092	0,094	1,537	0,125	0,01	0,081	1,48

F=1,835, p=0,016; R²=0,092, Düzeltilmiş R²=0,042, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r1: Zero-order korelasyon, r2: Partial korelasyon

Tablo 4.5’te hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin FATCOD puanı üzerine etkisi lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucu oluşturulan modelde hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerinin anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur (F=1,835; p=0,016). Modele alınan bağımsız değişkenler bağımlı değişkenin %4,2’ sini açıklamaktadır. Lisans mezunu olan hemşirelerin FATCOD puanının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden 4,941 birim yüksek olduğu, yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin FATCOD puanının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden 4,888 birim yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin FATCOD puanının, yoğun bakımda çalışan hemşirelerden 4,456 birim düşük olduğu, dahili birimlerde çalışan hemşirelerin FATCOD puanının yoğun bakımda çalışan hemşirelerden 4,884 birim düşük olduğu belirlenmiştir. Diğer birimlerde çalışan hemşirelerin FATCOD puanının, yoğun bakımda çalışan hemşirelerden 4,298 birim düşük olduğu saptanmıştır.

4.1.5. Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği'ne (DAP-R) İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin DAP-R Ölüm Korkusu alt boyut puanı üzerine etkisinin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	3,574 (2,234 – 4,914)	0,681		5,245	<0,001			
Yaş grupları	0,006 (-0,018 – 0,03)	0,012	0,04	0,482	0,63	0,117	0,025	2,752
Medeni durum (Bekar)	-0,111 (-0,377 – 0,156)	0,135	-0,048	-0,816	0,415	-0,095	-0,043	1,36
Cinsiyet (Erkek)	-0,113 (-0,358 – 0,132)	0,125	-0,047	-0,907	0,365	-0,074	-0,048	1,084
Eğitim durumu (Sağlık meslek lisesi)								
Önlisans	0,291 (-0,132 – 0,713)	0,215	0,095	1,353	0,177	0,069	0,071	1,95
Lisans	-0,073 (-0,424 – 0,278)	0,178	-0,031	-0,41	0,682	-0,04	-0,022	2,33
Yüksek Lisans	-0,081 (-0,628 – 0,467)	0,279	-0,018	-0,289	0,773	0,029	-0,015	1,513
Görevi (Servis sorumlu hemşiresi)	-0,106 (-0,574 – 0,361)	0,238	-0,026	-0,448	0,654	0,035	-0,024	1,301
Çalışılan servis (Yoğun bakım)								
Cerrahi birimler	-0,313 (-0,718 – 0,093)	0,206	-0,13	-1,514	0,131	-0,039	-0,079	2,94
Dahili birimler	-0,176 (-0,57 – 0,217)	0,2	-0,078	-0,881	0,379	-0,021	-0,046	3,138
Diğer birimler	-0,029 (-0,509 – 0,451)	0,244	-0,008	-0,119	0,905	0,018	-0,006	1,78

Tablo 4.6. (devam)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Bulunduğu serviste çalışma süresi	-0,002 (-0,03 – 0,026)	0,014	-0,008	-0,114	0,909	0,075	-0,006	1,82
Bulunduğu serviste çalışan toplam hemşire sayısı	0,023 (0,005 – 0,041)	0,009	0,147	2,463	0,014	0,088	0,128	1,411
Hastanedeki çalışma statüsü (Sözleşmeli)	-0,242 (-0,536 – 0,053)	0,15	-0,107	-1,613	0,108	-0,14	-0,085	1,745
Mesleği sevmeye durumu (Seviyor)								
Sevmiyor	0,624 (0,118 – 1,13)	0,257	0,138	2,424	0,016	0,098	0,126	1,29
Kararsız	0,218 (-0,118 – 0,555)	0,171	0,069	1,276	0,203	0,033	0,067	1,168
Çalıştığı servisten memnun olma durumu(Memnun)								
Memnun Değil	-0,291 (-0,804 – 0,222)	0,261	-0,064	-1,114	0,266	0,014	-0,058	1,327
Kısmen Memnun	0,109 (-0,159 – 0,378)	0,137	0,042	0,801	0,424	0,056	0,042	1,112
Çalışma şekli (Vardiya)	-0,231 (-0,523 – 0,062)	0,149	-0,089	-1,548	0,123	-0,067	-0,081	1,312
Haftalık toplam çalışma saati	0,01 (-0,008 – 0,028)	0,009	0,058	1,097	0,274	0,03	0,058	1,101
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	0,021 (0 – 0,042)	0,011	0,12	1,961	0,051	0,062	0,103	1,48

F=1,731, p=0,027; R²=0,087, Düzeltilmiş R²=0,037, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r1: Zero-order korelasyon, r2: Partial korelasyon

Tablo 4.6’da hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin DAP-RÖlüm Korkusu alt boyut puanı üzerine etkisi lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucu oluşturulan modelde hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur (F=1,731; p=0,027). Modele alınan bağımsız değişkenler, bağımlı değişkenin %3,7’ sini açıklamaktadır. Serviste çalışan toplam hemşire sayısı bir birim arttıkça Ölüm Korkusu puanı 0,023 birim artmaktadır. Mesleğini sevmeyen hemşirelerin Ölüm Korkusu puanının mesleğini seven hemşirelerden 0,624 birim fazla olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenlerin Ölüm Korkusu alt boyut puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır(p>0,050).

4.7. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin DAP-R Ölümden Kaçınma alt boyut puanı üzerine etkisinin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	3,817 (2,363 – 5,272)	0,74		5,161	<0,001			
Yaş grupları	0,002 (-0,024 – 0,028)	0,013	0,011	0,13	0,897	0,123	0,007	2,752
Medeni durum (Bekar)	-0,349 (-0,639 - -0,06)	0,147	-0,139	-2,376	0,018	-0,153	-0,124	1,36
Cinsiyet (Erkek)	-0,115 (-0,381 – 0,151)	0,135	-0,045	-0,853	0,394	-0,067	-0,045	1,084
Eğitim durumu (Sağlık meslek lisesi)								
Önlisans	-0,283 (-0,742 – 0,176)	0,233	-0,085	-1,214	0,226	0,073	-0,064	1,95
Lisans	-0,62 (-1,001 - -0,239)	0,194	-0,245	-3,198	0,002	-0,112	-0,166	2,33
Yüksek Lisans	-0,849 (-1,444 - -0,254)	0,302	-0,174	-2,807	0,005	-0,06	-0,146	1,513
Görevi (Servis sorumlu hemşiresi)	0,236 (-0,271 – 0,743)	0,258	0,052	0,914	0,361	0,06	0,048	1,301
Çalışılan servis (Yoğun bakım)								
Cerrahi birimler	0,331 (-0,11 – 0,771)	0,224	0,127	1,476	0,141	0,072	0,077	2,94
Dahili birimler	0,238 (-0,189 – 0,666)	0,217	0,098	1,097	0,273	-0,042	0,058	3,138
Diğer birimler	0,326 (-0,196 – 0,847)	0,265	0,082	1,229	0,22	0,025	0,064	1,78
Bulunduğu serviste çalışma süresi	-0,006 (-0,036 – 0,024)	0,015	-0,026	-0,386	0,7	0,092	-0,02	1,82
Bulunduğu serviste çalışan toplam hemşire sayısı	0,016 (-0,004 – 0,036)	0,01	0,095	1,587	0,113	-0,018	0,083	1,411
Hastanedeki çalışma statüsü (Sözleşmeli)	-0,281 (-0,6 – 0,039)	0,163	-0,115	-1,727	0,085	-0,141	-0,09	1,745
Mesleği sevme durumu (Seviyor)								
Sevmiyor	0,319 (-0,23 – 0,868)	0,279	0,065	1,143	0,254	0,033	0,06	1,29
Kararsız	0,142 (-0,223 – 0,507)	0,186	0,042	0,765	0,445	-0,016	0,04	1,168

Tablo 4.7. (devam)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Çalıştığı servisten memnun olma durumu(Memnun)								
Memnun Değil	-0,164 (-0,721 – 0,393)	0,283	-0,034	-0,581	0,562	-0,002	-0,031	1,327
Kısmen Memnun	-0,091 (-0,382 – 0,201)	0,148	-0,032	-0,613	0,54	-0,046	-0,032	1,112
Çalışma şekli (Vardiya)	0,029 (-0,289 – 0,347)	0,162	0,01	0,179	0,858	-0,048	0,009	1,312
Haftalık toplam çalışma saati	0,012 (-0,007 – 0,032)	0,01	0,066	1,249	0,213	0,053	0,065	1,101
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	0 (-0,023 – 0,023)	0,012	-0,002	-0,027	0,978	0,028	-0,001	1,48

F=1,692, p=0,033; $R^2=0,085$, Düzeltilmiş $R^2=0,035$, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 :Standartlaştırılmış beta katsayısı, r^1 : Zero-order korelasyon, r^2 : Partial korelasyon

Tablo 4.7’de hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin DAP-R *Ölümden Kaçınma* alt boyut puanı üzerine etkisi lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucu oluşturulan modelde hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur (F=1,692; p=0,033). Modele alınan bağımsız değişkenler, bağımlı değişkenin %3,5’ini açıklamaktadır. Bekar olan hemşirelerin *Ölümden Kaçınma* puanının evli olan hemşirelerden 0,349 birim düşük olduğu belirlenmiştir. Lisans mezunu olan hemşirelerin *Ölümden Kaçınma* puanının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden 0,620 birim düşük olduğu, yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin *Ölümden Kaçınma* puanının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden 0,849 birim düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin DAP-R Tarafsız Kabullenme alt boyut puanı üzerine etkisinin lineer regresyon analiz sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	5,397 (4,235 – 6,559)	0,591		9,137	<0,001			
Yaş grupları	-0,01 (-0,031 – 0,011)	0,011	-0,079	-0,928	0,354	-0,064	-0,049	2,752
Medeni durum (Bekar)	0,05 (-0,181 – 0,281)	0,117	0,026	0,43	0,668	0,058	0,023	1,36
Cinsiyet (Erkek)	0,084 (-0,128 – 0,297)	0,108	0,042	0,783	0,434	0,059	0,041	1,084

Tablo 4.8.(devam)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hat a	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Eğitim durumu (Sağlık meslek lisesi)								
Önlisans	0,115 (-0,251 – 0,482)	0,186	0,045	0,619	0,536	-0,006	0,033	1,95
Lisans	0,136 (-0,168 – 0,44)	0,155	0,069	0,881	0,379	0,051	0,046	2,33
Yüksek Lisans	0,035 (-0,44 – 0,51)	0,242	0,009	0,143	0,886	-0,017	0,008	1,513
Görevi (Servis sorumlu hemşiresi)	-0,243 (-0,648 – 0,162)	0,206	-0,069	-1,179	0,239	-0,087	-0,062	1,301
Çalışılan servis (Yoğun bakım)								
Cerrahi birimler	0,111 (-0,241 – 0,463)	0,179	0,055	0,62	0,535	0,018	0,033	2,94
Dahili birimler	0,06 (-0,282 – 0,401)	0,174	0,031	0,343	0,732	-0,021	0,018	3,138
Diğer birimler	0,065 (-0,352 – 0,481)	0,212	0,021	0,305	0,76	0,004	0,016	1,78
Bulunduğu serviste çalışma süresi	0,005 (-0,019 – 0,03)	0,012	0,03	0,429	0,668	-0,023	0,023	1,82
Bulunduğu serviste çalışan toplam hemşire sayısı	0,016 (0 – 0,032)	0,008	0,12	1,964	0,05	0,114	0,103	1,411
Hastanedeki çalışma statüsü (Sözleşmeli)	-0,086 (-0,341 – 0,169)	0,13	-0,045	-0,664	0,507	0,016	-0,035	1,745
Mesleği sevme durumu (Seviyor)								
Sevmiyor	-0,013 (-0,452 – 0,425)	0,223	-0,003	-0,059	0,953	-0,006	-0,003	1,29
Kararsız	0,103 (-0,189 – 0,395)	0,148	0,039	0,695	0,488	0,053	0,037	1,168
Çalıştığı servisten memnun olma durumu(Memnun)								
Memnun Değil	-0,051 (-0,496 – 0,394)	0,226	-0,013	-0,227	0,821	0,01	-0,012	1,327
Kısmen Memnun	-0,178 (-0,411 – 0,054)	0,118	-0,082	-1,506	0,133	-0,051	-0,079	1,112
Çalışma şekli (Vardiya)	0,02 (-0,234 – 0,274)	0,129	0,009	0,154	0,878	0,07	0,008	1,312

Tablo 4.8. (devam)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hat a	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Haftalık toplam çalışma saati	-0,00001442 (-0,016 – 0,015)	0,008	0	-0,002	0,999	-0,014	0	1,101
Günlük ortalama bakım	0,005							
verilen hasta sayısı	(-0,013 – 0,024)	0,009	0,037	0,585	0,559	-0,014	0,031	1,48

F=0,7, p=0,827; $R^2=0,037$, Düzeltilmiş $R^2=-0,016$, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r^1 : Zero-order korelasyon, r^2 : Partial korelasyon

Tablo 4.8’de hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin DAP-R *Tarafsız Kabullenme* alt boyut puanı üzerine etkisi lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucu oluşturulan modelde hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin anlamlı düzeyde yordamadığı bulunmuştur (F=0,7; p=0,827). Modele alınan bağımsız değişkenler, bağımlı değişkenin %1,6’sını açıklamaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin DAP-R Kabul Edici Yaklaşım alt boyut puanı üzerine etkisinin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	5,936 (4,684 – 7,189)	0,637		9,32	<0,001			
Yaş grupları	-0,019 (-0,042 – 0,003)	0,011	-0,141	-1,694	0,091	-0,021	-0,08	2,752
Medeni durum (Bekar)	-0,128 (-0,377 – 0,121)	0,127	-0,059	-1,011	0,312	-0,045	-0,05	1,36
Cinsiyet (Erkek)	0,123 (-0,106 – 0,352)	0,116	0,055	1,054	0,293	0,072	0,055	1,084
Eğitim durumu (Sağlık meslek lisesi)								
Önlisans	-0,325 (-0,72 – 0,07)	0,201	-0,113	-1,618	0,107	-0,028	-0,08	1,95
Lisans	-0,225 (-0,553 – 0,103)	0,167	-0,103	-1,35	0,178	-0,065	-0,07	2,33
Yüksek Lisans	0,248 (-0,264 – 0,76)	0,26	0,059	0,953	0,341	0,086	0,05	1,513
Görevi (Servis sorumlu hemşiresi)	-0,198 (-0,635 – 0,238)	0,222	-0,051	-0,894	0,372	-0,068	-0,04	1,301

Tablo 4.9. (devam)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Çalışılan servis (Yoğun bakım)								
Cerrahi birimler	0,445 (0,065 – 0,824)	0,193	0,198	2,306	0,022	0,064	0,12	2,94
Dahili birimler	0,339 (-0,029 – 0,707)	0,187	0,161	1,81	0,071	0,008	0,095	3,138
Diğer birimler	0,055 (-0,394 – 0,504)	0,228	0,016	0,242	0,809	-0,039	0,013	1,78
Bulunduğu serviste çalışma süresi	0,017 (-0,009 – 0,043)	0,013	0,088	1,299	0,195	0,062	0,068	1,82
Bulunduğu serviste çalışan toplam hemşire sayısı	0,002 (-0,015 – 0,019)	0,009	0,015	0,25	0,803	0,01	0,013	1,411
Hastanedeki çalışma statüsü (Sözleşmeli)	-0,232 (-0,507 – 0,043)	0,14	-0,11	-1,656	0,099	-0,038	0,087	1,745
Mesleği sevmeye durumu (Seviyor)								
Sevmiyor	-0,532 (-1,005 - -0,059)	0,24	-0,126	-2,213	0,028	-0,162	-0,116	1,29
Kararsız	0,175 (-0,14 – 0,489)	0,16	0,059	1,091	0,276	0,045	0,057	1,168
Çalıştığı servisten memnun olma durumu (Memnun)								
Memnun Değil	-0,255 (-0,734 – 0,225)	0,244	-0,06	-1,045	0,297	-0,096	-0,055	1,327
Kısmen Memnun	-0,164 (-0,415 – 0,087)	0,128	-0,068	-1,283	0,2	-0,05	-0,067	1,112
Çalışma şekli (Vardiya)	0,067 (-0,206 – 0,341)	0,139	0,028	0,485	0,628	0,022	0,025	1,312
Haftalık toplam çalışma saati	-0,007 (-0,024 – 0,01)	0,008	-0,042	-0,807	0,42	-0,028	-0,042	1,101
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	-0,022 (-0,042 - -0,002)	0,01	-0,134	-2,195	0,029	-0,051	-0,115	1,48

F=1,832, p=0,016; $R^2=0,092$, Düzeltilmiş $R^2=0,042$, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r_1 : Zero-order korelasyon, r_2 : Partial korelasyon

Tablo 4.9’da hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin DAP-*RKabul Edici Yaklaşım* alt boyut puanı üzerine etkisi lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda enter metodu ile oluşan modelde hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur ($F=1,832$; $p=0,016$). Modele alınan bağımsız değişkenler bağımlı değişkenin %4,2’sini açıklamaktadır. Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı değişkeninde bir birimlik artış bağımlı değişkende 0,022’lik düşüş meydana getirmektedir. Mesleğini sevmeyen hemşirelerin *Kabul Edici Yaklaşım* puanının mesleğini seven hemşirelerden 0,532 birim düşük olduğu belirlenmiştir. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin *Kabul Edici Yaklaşım* puanının yoğun bakımda çalışan hemşirelerden 0,445 birim yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.10. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin DAP-RÖlümü Kabullenmeme alt boyut puanı üzerine etkisinin lineer regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	5,609 (3,891 – 7,326)	0,874		6,421	<0,001			
Yaş grupları	-0,028 (-0,058 – 0,003)	0,016	-0,14	-1,765	0,078	-0,156	0,092	2,752
Medeni durum (Bekar)	0,142 (-0,199 – 0,484)	0,174	0,04	0,819	0,413	0,106	0,043	1,36
Cinsiyet (Erkek)	0,000 (-0,314 – 0,314)	0,16	0	0	1	0,043	0	1,084
Eğitim durumu (Sağlık meslek lisesi)								
Önlisans	-0,476 (-1,018 – 0,066)	0,276	-0,119	-1,729	0,085	-0,025	-0,09	1,95
Lisans	-0,404 (-0,854 – 0,045)	0,229	-0,133	-1,768	0,078	-0,091	0,093	2,33
Yüksek Lisans	0,508 (-0,194 – 1,21)	0,357	0,086	1,422	0,156	0,104	0,075	1,513
Görevi (Servis sorumlu hemşiresi)	-0,304 (-0,903 – 0,295)	0,304	-0,056	-0,998	0,319	-0,126	-0,052	1,301
Çalışılan servis (Yoğun bakım)								
Cerrahi birimler	0,281 (-0,239 – 0,801)	0,265	0,09	1,063	0,289	0,022	0,056	2,94
Dahili birimler	0,05 (-0,455 – 0,555)	0,257	0,017	0,194	0,847	-0,078	0,01	3,138

Tablo 4.10. (devam)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hat a	β_1	t	p	r ¹	r ²	VIF
Diğer birimler	0,037 (-0,578 – 0,652)	0,313	0,008	0,118	0,906	0,009	0,006	1,78
Bulunduğu serviste çalışma süresi	0,032 (-0,004 – 0,068)	0,018	0,117	1,759	0,079	-0,027	0,092	1,82
Bulunduğu serviste çalışan toplam hemşire sayısı	0,004 (-0,019 – 0,028)	0,012	0,02	0,348	0,728	0,117	0,018	1,411
Hastanedeki çalışma statüsü (Sözleşmeli)	-0,06 (-0,437 - 0,317)	0,192	-0,02	-0,313	0,755	0,095	-0,016	1,745
Mesleği sevmeye durumu (Seviyor)								
Sevmiyor	-0,569 (-1,218 - 0,079)	0,33	-0,097	-1,726	0,085	-0,072	-0,09	1,29
Kararsız	-0,008 (-0,439 - 0,424)	0,219	-0,002	-0,035	0,972	0,054	-0,002	1,168
Çalıştığı servisten memnun olma durumu (Memnun)								
Memnun Değil	0,357 (-0,301 - 1,015)	0,334	0,06	1,067	0,287	0,015	0,056	1,327
Kısmen Memnun	0,329 (-0,015 - 0,674)	0,175	0,098	1,88	0,061	0,102	0,098	1,112
Çalışma şekli (Vardiya)	0,294 (-0,082 - 0,669)	0,191	0,087	1,539	0,125	0,13	0,081	1,312
Haftalık toplam çalışma saati	-0,016 (-0,039 - 0,007)	0,012	-0,07	-1,357	0,176	-0,041	-0,071	1,101
Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı	-0,045 (-0,072 - -0,018)	0,014	-0,197	-3,285	0,001	-0,175	-0,17	1,48

F=2,533, p<0,001; R²=0,123, Düzeltilmiş R²=0,074, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r1: Zero-order korelasyon, r2: Partial korelasyon

Tablo 4.10’da hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin DAP-R Ölümü Kabullememe alt boyut puanı üzerine etkisi lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucu oluşturulan modelde hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur (F=2,533; p<0,001). Modele alınan bağımsız değişkenler, bağımlı değişkenin %7,4’ünü açıklamaktadır. Günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı değişkenindeki bir birimlik artışın bağımlı değişkende 0,045’lik düşüş meydana getirdiği saptanmıştır.

MMBDÖ, MDATÖ ve FATCOD toplam puanları ile DAP-R Ölüm Korkusu, Ölümünden Kaçınma, Tarafsız Kabullenme, Kabul Edici Yaklaşım ve Ölümü Kabullenmeme alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren yol katsayısı analizi sonuçları Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11.MMBDÖ, MDATÖ ve FATCOD toplam puanları ile DAP-R Ölüm Korkusu, Ölümünden Kaçınma, Tarafsız Kabullenme, Kabul Edici Yaklaşım ve Ölümü Kabullenmeme alt boyut puanları arasındaki ilişkiyi gösteren yol katsayısı analizi sonuçları

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	β^1	β^2	S. hata	Test ist.	P	R2
Ölüm Korkusu	<--- MMBDÖ	0,109	0,232	0,104	2,240	0,025	0,091
Ölüm Korkusu	<--- MDATÖ	-0,041	-0,066	0,078	-0,839	0,401	
Ölüm Korkusu	<--- FATCOD	-0,279	-0,032	0,006	-5,720	<0,001	
Ölümünden Kaçınma	<--- MDATÖ	-0,032	-0,056	0,084	-0,669	0,503	0,110
Ölümünden Kaçınma	<--- FATCOD	-0,304	-0,038	0,006	-6,302	<0,001	
Ölümünden Kaçınma	<--- MMBDÖ	0,130	0,301	0,111	2,698	0,007	
Tarafsız Kabullenme	<--- MMBDÖ	0,126	0,220	0,085	2,593	0,010	0,097
Tarafsız Kabullenme	<--- MDATÖ	0,192	0,252	0,064	3,953	<0,001	
Tarafsız Kabullenme	<--- FATCOD	0,211	0,020	0,005	4,335	<0,001	
Kabul Edici Yaklaşım	<--- MDATÖ	0,110	0,162	0,073	2,224	0,026	0,068
Kabul Edici Yaklaşım	<--- FATCOD	0,071	0,008	0,005	1,431	0,153	
Kabul Edici Yaklaşım	<--- MMBDÖ	0,227	0,444	0,097	4,591	<0,001	
Ölümü kabullenmeme	<---MDATÖ	-0,031	-0,065	0,104	-0,623	0,533	0,057
Ölümü kabullenmeme	<---FATCOD	-0,011	-0,002	0,008	-0,223	0,824	
Ölümü kabullenmeme	<---MMBDÖ	0,237	0,659	0,138	4,768	<0,001	

β^1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı

MMBDÖ ile DAP-R Ölüm Korkusu alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=0,232$; $p=0,025$). MMBDÖ puanı bir birim arttığında DAP-R Ölüm korkusu alt boyut puanı 0,232 artmaktadır. MDATÖ ile DAP-R Ölüm Korkusu alt boyut puanı arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=-0,066$; $p=0,401$). FATCOD ile DAP-R Ölüm Korkusu alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=-0,032$;

$p<0,001$). FATCOD puanı bir birim artığında DAP-R *Ölüm Korkusu* alt boyutu 0,032 azalmaktadır.

MDATÖ ile DAP-R *Ölümden Kaçınma* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=-0,056$; $p=0,503$). FATCOD ile DAP-R *Ölümden Kaçınma* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=-0,038$; $p<0,001$). FATCOD puanı bir birim artığında DAP-R *Ölümden Kaçınma* alt boyut puanı 0,038 azalmaktadır. MMBDÖ ile DAP-R *Ölümden Kaçınma* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=0,301$; $p=0,007$). MMBDÖ puanı bir birim artığında DAP-R *Ölümden Kaçınma* alt boyutu 0,301 artmaktadır.

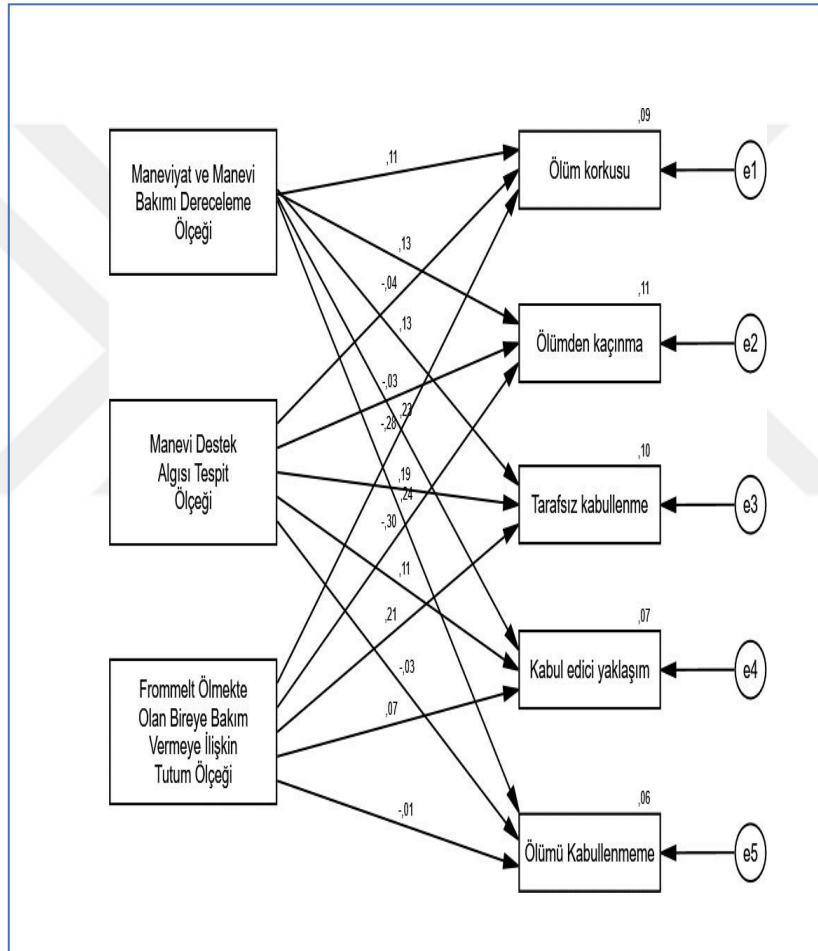
MMBDÖ ile DAP-R *Tarafsız Kabullenme* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=0,22$; $p=0,01$). MMBDÖ puanı bir birim artığında DAP-R *Tarafsız Kabullenme* alt boyut puanı 0,22 artmaktadır. MDATÖ ile DAP-R *Tarafsız Kabullenme* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=0,252$; $p<0,001$). MDATÖ puanı bir birim artığında DAP-R *Tarafsız Kabullenme* alt boyut puanı 0,252 artmaktadır. FATCOD ile DAP-R *Tarafsız Kabullenme* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=0,02$; $p<0,001$). FATCOD puanı bir birim artığında DAP-R *Tarafsız Kabullenme* alt boyut puanı 0,02 artmaktadır.

MDATÖ ile DAP-R *Kabul Edici Yaklaşım* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=0,162$; $p=0,026$). MDATÖ puanı bir birim artığında DAP-R *Kabul Edici Yaklaşım* alt boyut puanı 0,162 artmaktadır. FATCOD ile DAP-R *Kabul Edici Yaklaşım* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=0,008$; $p=0,153$). MMBDÖ ile DAP-R *Kabul Edici Yaklaşım* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=0,444$; $p<0,001$). MMBDÖ puanı bir birim artığında DAP-R *Kabul Edici Yaklaşım* alt boyut puanı 0,444 artmaktadır.

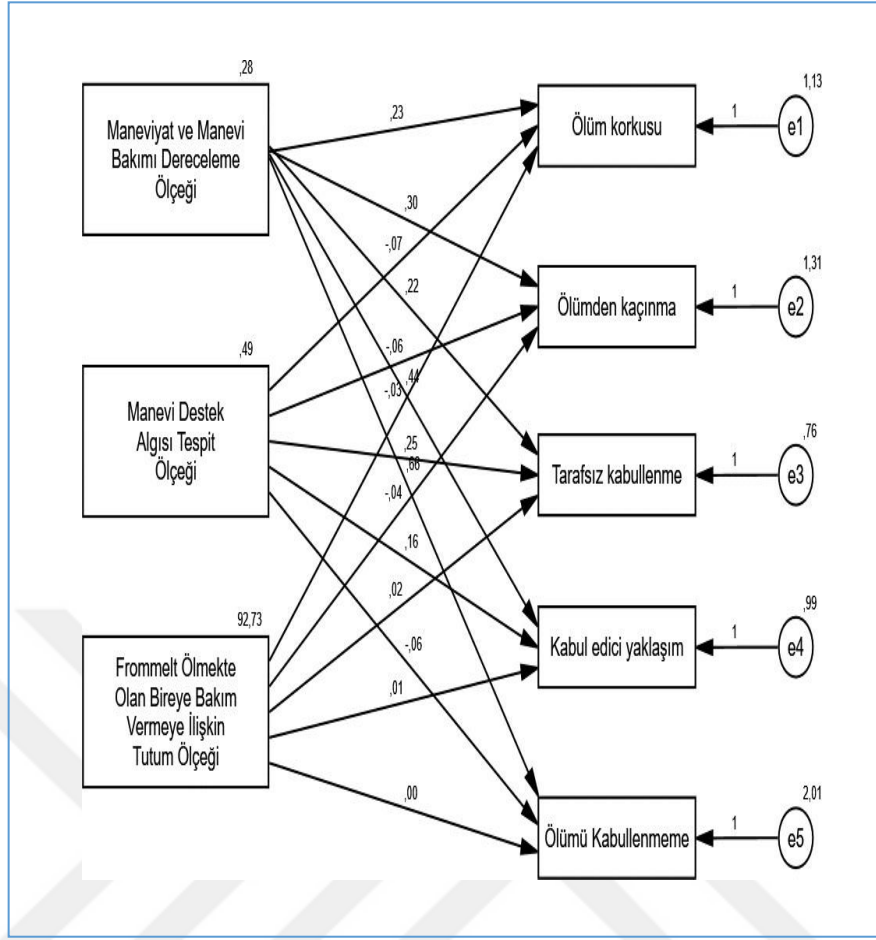
MDATÖ ile DAP-R *Ölümü Kabullememe* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=-0,065$; $p=0,533$). FATCOD ile DAP-R *Ölümü Kabullememe* alt boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\beta=-0,002$; $p=0,824$). MMBDÖ ile DAP-R *Ölümü Kabullememe* alt

boyutu arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\beta=0,659$; $p<0,001$). MMBDÖ puanı bir birim artığında DAP-R *Ölümü Kabullenmeme* alt boyut puanı 0,659 artmaktadır.

MMBDÖ, MDATÖ ve FATCOD toplam puanları ile DAP-R *Ölüm Korkusu*, *Ölümden Kaçınma*, *Tarafsız Kabullenme*, *Kabul Edici Yaklaşım* ve *Ölümü Kabullenmeme* alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren standartlaştırılmış yol katsayısı analizi sonuçları Şekil 4.1’ de ve standartlaştırılmamış yol katsayısı analizleri Şekil 4.2’de sunulmuştur.



Şekil 4.1. MMBDÖ, MDATÖ VE FATCOD toplam puanlarının DAP-R bileşenleri üzerine standartlaştırılmış yol katsayısı modeli



Şekil 4.2. MMBDÖ, MDATÖ VE FATCOD toplam puanlarının DAP-R bileşenleri üzerine standartlaştırılmamış yol katsayısı modeli

Tablo 4.12. MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD VE DAP-R'nin toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		MMBDÖ	MDATÖ	Ölüm Korkusu	Ölümden Kaçınma	Tarafsız Kabullenme	Kabul Edici Yaklaşım	Ölümü Kabullenmeme
MDATÖ	r	0,421						
	p	<0,001						
DAP-R Ölüm Korkusu	r	0,049	-0,086					
	p	0,336	0,092					
DAP-R Ölümden Kaçınma	r	0,070	-0,077	0,480				
	p	0,171	0,132	<0,001				
DAP-R Tarafsız Kabullenme	r	0,233	0,306	-0,076	0,060			
	p	<0,001	<0,001	0,136	0,244			
DAP-R Kabul Edici Yaklaşım	r	0,280	0,225	-0,145	0,087	0,490		
	p	<0,001	<0,001	0,004	0,088	<0,001		
DAP-R Ölümü Kabullenmeme	r	0,223	0,065	0,135	0,036	0,194	0,403	
	p	<0,001	0,202	0,008	0,481	<0,001	<0,001	
FATCOD	r	0,154	0,326	-0,276	-0,296	0,285	0,139	0,015
	p	0,003	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,006	0,765

r: Pearson korelasyon katsayısı

MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD VE DAP-R'nin toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4.12'de sunulmuştur. MMBDÖ puan ortalaması ile MDATÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki ($r=0,421$; $p<0,001$); MMBDÖ puan ortalaması ile FATCOD puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki ($r=0,154$; $p=0,003$); FATCOD puan ortalaması ile MDATÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,326$; $p<0,001$); DAP-R Tarafsız Kabullenme alt boyut puan ortalaması ile MMBDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=0,233$; $p<0,001$); FATCOD puan ortalaması ile DAP-R Tarafsız Kabullenme alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,285$; $p<0,001$).

4.2. Nitel Verilere İlişkin Bulgular

Hemşirelerin spiritüel bakım algılarını, etkileyen faktörleri, kapsamını; spiritüel bakım sunmayı engelleyen ve kolaylaştıran faktörleri; ölüm ve ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım sunma ile bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla niteliksel olarak yürütülen çalışmanın bu aşamasında elde edilen veriler, bireysel derinlemesine görüşmelere katılan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile nitel görüşmelerden elde edilen verilere ilişkin içerik analizi bulguları olmak üzere iki bölümde sunulmuştur.

4.2.1. Araştırmanın Nitel Bölümüne Katılan Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.13. Araştırmanın nitel bölümüne katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=12)

Özellikler		n	%
Yaş grupları	21-25 yaş	6	50,0
	26-30 yaş	3	25,0
	38-42 yaş	3	25,0
Cinsiyet	Kadın	8	66,7
	Erkek	4	33,3
Eğitim durumu	Önlisans	1	8,3
	Lisans	8	66,7
	Yüksek Lisans	3	25,0
Medeni durum	Evli	6	50,0
	Bekar	6	50,0
Çalışma yılı	1-7 yıl	5	41,7
	8-14 yıl	4	33,3
	15 yıl ve üzeri	3	25,0
Çalışılan birim	Dahili birim	6	50,0
	Cerrahi birim	3	25,0
	Yoğun bakım	3	25,0

n: Sayı, Ort:Ortalama, SS:Standart Sapma, %: Yüzde

Araştırmanın nitel bölümüne katılan hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin özellikleri tablo 4.12’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %50’sinin 21-25 yaş grubunda yer aldığı,%66,7’sini kadınların oluşturduğu, %66,7’sinin lisans mezunu, %50’sinin evli, %50’ sinin bekar olduğu, %41,7’sinin 1-7 yıldır hemşire olarak çalıştığı, %50’sinin dahili birimlerde görev yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.12).

4.2.2. Hemşirelerin Spiritüel Bakım Algısı, Ölüm ve Ölüme Yaklaşmakta Olan Hastalara Bakım Verme Tutumu Arasındaki İlişkiye Yönelik Görüşlerinin İçerik Analizi Sonuçları İle İlgili Bulgular

Bu bölümde bireysel derinlemesine görüşmelere katılan 12 hemşirenin yarı yapılandırılmış görüşme formundaki sorulan sorulara verdikleri cevaplar kodlanıp içerik analizi yapılarak, ilgili temalar ve alt temalar belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Hemşirelerin spiritüel bakım algısı ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım verme tutumlarına ilişkin görüşlerinden elde edilen temalar ve alt temalar

Tema	Alt Temalar
Spiritüel Bakım	Bütüncül yaklaşım İnanç ve değer Ruhsal iyi oluş Maneviyat
Spiritüel Bakımın Etkisi	Moral ve motivasyonu destekleme Uyumu kolaylaştırma Değerlerin korunması İletişimin kolaylaşması
Spiritüel Bakım Uygulamaları	Bireysel yaklaşım Bakım vericiyi destekleme Mahremiyeti sağlama Son veda Bilgilendirme Terapötik dokunma Sevdiği nesneleri yanında bulundurma İbadetini yapmasına olanak sağlama Farklı inançlara ve kültürlere saygı duyma
Spiritüel Bakım Sunmayı Kolaylaştıran Faktörler	Empati Bireysel özellikler Mesleğini sevmek Ekip uyumu Olumlu geri bildirim
Spiritüel Bakım Sunmayı Engelleyen Faktörler	Çalışma şartları ve fiziki koşullar Spiritüel bakıma yönelik tutum (hemşire, hasta, hasta yakını) Kültürel farklılıklar ve dil engeli Hastanın tıbbi durumu

Tablo 4.14.(devam)

Tema	Alt Temalar
Ölüm Kavramı ve İlişkili Faktörler	Ölüm korkusu Yaşamın sonu Huzurlu ve iyi ölüm Ölüm algısını değerlendirme
Ölüme Yaklaşan Hastaya Bakım Sunma	Ölüm yeri tercihi sunma

Hemşirelerle yapılan fenomenolojik görüşmeler sonrasında 7 tema ile 31 alt tema elde edilmiştir. Bu çalışmada temalar; spiritüel bakım, spiritüel bakımın etkisi, spiritüel bakım uygulamaları, spiritüel bakım sunmayı kolaylaştıran faktörler, spiritüel bakım sunmayı engelleyen faktörler, ölüm kavramı ve ilişkili faktörler ve ölüme yaklaşan hastaya bakım sunma olarak belirlenmiştir. Elde edilen bulgular tablo 4.13’de sistematik olarak sunulmuştur.

Tema 1: Spiritüel Bakım

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında spiritüel bakım kavramı ile ilgili alt temalar: bütüncül yaklaşım, inanç ve değer, ruhsal iyi oluş ve maneviyat olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Bu kavramı hastanın ruhunun iyiliği olarak tanımlıyorum. Hastanın rahata kavuşması olarak düşünüyorum.” (K1)

“Spiritüel bakım ve fiziksel bakımın birbirini tamamladığını düşünüyorum. Biri olmadan diğerinin eksik kalacağını düşünüyorum. Karşımızda bir insan var. İnsan biyopsikososyal bütün bir varlıktır. Bu nedenle ben bu bakımın verilmesinin kesinlikle gerekli olduğunu düşünüyorum.” (K2)

“Spiritüel bakım kavramını lisans eğitimi sırasında aldığımız derslerin içerisinde duymuştum. Spiritüel kelimesi, kişinin inandığı değerler, davranışlar ya da maneviyat ile ilişkili bir kavramdır.” (K2)

“Hastanın manevi boyutunu göz ardı edersen hastaya ulaşamazsın.” (K3)

“Spiritüel bakımı ilk defa bir üniversite hastanesinde çalışırken duydum. Bir konferansa katılmıştım. Hemşirelik bakım sürecinde, spiritüel bakım ve hastalar üzerine etkileri ile ilgili bir eğitimdi. Spiritüel bakım; hastanın yattığı süre boyunca hem beden gereksinimini karşılamayı, hem de ruhsal olarak hastaya bütüncül yaklaşımı içerir.” (K3)

“Spiritüel bakım, insanların dini, geleneksel, kültürel düşüncelerini göz önünde bulundurarak onları rahatlatmaya çalışmaktır.” (K4)

“Hastanın manevi ihtiyaçlarını hemşirenin tanılamasında ve değerlendirmesinde din ve inanç kavramı yardımcı olur. Hemşirenin kendi manevi bakış açısının etkisi altında kalmadan hastayı objektif olarak değerlendirmesinin manevi bakımı etkilediğini düşünüyorum. Yani hemşirelerin manevi duyarlılığı ne kadar yüksekse hastaya o kadar duyarlı bakım verebilir ”(K7)

“Spiritüel bakım kavramını ilk defa yoğun bakımda duydum. Düşünce, duygu gibi tarif edilemeyen bir şey olduğunu düşünüyorum.” (K11)

“Hastanın dini inançları, hobileri, zevkleri, kültürel yaşam tarzı gibi birçok kavramı içerir. Hastayı sadece tıbbi tedaviyle iyileştiremeyiz. Onun kültürel alışkanlıklarını, zevklerini, aile ilişkilerini bilmeliyiz. Hastayı bir bütün olarak ele aldığımızda iyi bir bakım sağlayabiliriz.” (K12)

Tema 2: Spiritüel Bakımın Etkisi

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında spiritüel bakımın etkisi ile ilgili alt temalar: moral ve motivasyonu destekleme, uyumu kolaylaştırma, değerlerin korunması ve iletişimin kolaylaşması olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Spiritüel bakım fiziksel bakım kadar önemli. Hastayı olumlu etkiliyor. Onun elini tutman, göz teması kurman, servise geldiğinde hoş geldin nasılsın neresisin diye sorman, sohbet ortamı oluşturman onun tedaviye ve hastaneye uyumunu artırıyor, ön yargısını kırıyor.” (K3)

“Açıklama yapmak hastayı rahatlatıyor, hastalığa uyumunu ve seninle olan iletişimini kolaylaştırıyor.” (K3)

“Hasta kendini değerli hisseder. Hasta hayatının son anlarını ağrısız, güvenli ve huzurla geçirir.” (K7)

“Spiritüel bakım hastanın fiziki bakımı kadar önemli. Bu bakımı alan hastakendi değerinin farkına varıyor. Bu durum iyileşmesine katkı sağlıyor. Ayrıca hemşireyle hasta arasındaki bağ da kuvvetleniyor, hasta kendisini daha iyi ifade ediyor.” (K9)

“Spiritüel bakımın pozitif yönde etkisinin olduğunu düşünüyorum. Sadece fiziksel ihtiyaçların karşılanması yetmez. Bu nedenle spiritüel bakım konusunda her hemşirenin farkındalığı artırılmalı. Hastanın huzurlu bir şekilde tedavisini alması sağlanmalı.” (K10)

“Spiriteül bakım sunduğun hasta, daha istekli bir şekilde kendi bakımına katılıyor. Spiritüel bakım tedaviye uyumu da artırıyor.” (K10)

Tema 3: Spiritüel Bakım Uygulamaları

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında spiritüel bakım uygulamaları alt temaları: bireysel yaklaşım, bakım vericiyi destekleme, mahremiyet sağlama, son veda, bilgilendirme, terapötik dokunma, sevdiği nesneleri yanında bulundurma, ibadetini yapmasına olanak sağlama, farklı inançlara ve kültürlere saygı duyma olarak bildirmişlerdir. Hemşirelerin bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Sohbet ediyoruz, dertlerini dinliyoruz, bilgi veriyoruz, durumlarını açıklıyoruz.” (K1)

“Hastaya dini ve spiritüel değerleri için sessiz bir ortam oluşturulduğunu görmüştüm. Bence spiritüel bakım kişinin değerlerine saygı duymaktır.” (K2)

“Hastaya yapılan işlemin yararı, neden yapıldığı, ne kadar süreceği hakkında bilgi verilirse, hastanın güveni ve uyumu artar.” (K3)

“Bizim kültürümüzde terminal dönemde olan hastalarla vedalaşma önemli. Herhangi bir hastaya nasıl bakım veriyorsak, ölüme yaklaşmakta olan hastalara da aynı bakımı veriyoruz.” (K3)

“Hasta ve hasta yakınları, hastanın zezem suyu içmesini istiyorlar. Çünkü inanışlarına göre bu su o kişiyi sağlığına kavuşturuyor. Hasta ‘son bir kez zezem suyu’ içsem diyor. Hasta zezem suyu içtikten sonra gerçekten rahatlıyor.” (K3)

“Hasta bir arkadaşını ya da yakınını görmek isteyebilir. Ziyaret saati olmasa da görüştürebilirim.” (K4)

“Hastaya ve ailesine destek olmaya çalışırım. Açıklama yaparım.” (K5)

“Kişi hastalık süreci başladığında özellikle kanser hastaları kendilerini yalnız hissetmeye başlar, bir boşluk hissi oluşur. Bu durumda birey

maneviyata yönelir, hangi dinin mensubuysa ibadetlerini gerçekleştirmeye çalışır, bir ölüm korkusu başlar.” (K5)

“İmkanlar dahilinde elimden geleni yaparım. Söylemek istediklerini dinlerim. Yanında bulunurum.” (K6)

“Spiritüel bakım kavramı manevi olarak iyileşme sürecine etki eder. Hastalarımın sohbet etmeye, onları dinlemeye özen gösteririm. Bu sohbet ile hastalarımın olumsuz düşüncelerinden kurtulduklarını gözlemliyorum. Yani dikkati başka yöne çekme konusunda başarılı olduğumu düşünüyorum. Hastalarla iletişime geçerek yalnız olmadıklarını hissettirmeye çalışıyorum.” (K6)

“Spiritüel bakım, manevi ihtiyaç ve doyumu içeren bir kavramdır. Hastaların namaz kılmak gibi dini alışkanlıklarını yerine getirmek istediklerini görüyorum.” (K7)

“Hastanın vücut bakımını yaparım, dini inancına uygun davranırım, koşullar uygunsa istediği uygulamaları yaptırırım (abdest almak, dua etmek, yakınlarıyla görüştürmek, sevdiği bir eşyanın yakınında bulunması gibi), ağrısını dindiririm. Ortamdaki uyaranları azaltmaya çalışırım. Ziyaretçi bakımından esnek davranırım.” (K7)

“Sessizliği paylaşma, hastanın elini tutma, terapötik dokunma...” (K8)

“Spiritüel bakım, din, dil, cinsiyet, ırk ayrımı yapmadan bireyi bütüncül olarak görmemizi ve empati yapmamızı sağlıyor. İnsanlar kalp krizi tanısıyla geldiklerinde ölüm korkusunu çok yaşıyorlar.” (K8)

“Hastalar dini ritüellerini devam ettirmek istiyorlar. Durumları uygun olduğunda, namaz kılmak istiyorlar. Biz de sağlık durumu uygun hastalara izin veriyoruz.” (K8)

“Hastalar dua etmek istiyorlarsa destekliyoruz. Dini olan ya da olmayan kitapları, gazeteleri okumalarına izin veriyoruz. Sağlık durumları uygunsa haftada iki defa yakınlarıyla görüşmelerini sağlıyoruz.” (K8)

“Bence spiritüel bakımın anlamı çok geniş. Her hastaya bireysel olarak yaklaşılmalıdır. Çünkü her hasta farklı değerlere ve inançlara sahip. Bazı

hastaların dini yönü çok kuvvetli oluyor. Bazı hastaların ise dini yönelimleri az oluyor.” (K9)

“Onunla sohbet etmek isterim, ona iyi gelen anılarını anlatmasını isterim. İnançlarına ve dini duygularına yönelik konuşmaya çalışırım.” (K9)

“Odada yakınlarının Kuran okumasına izin veririm” (K9)

“Eğer bilinci açıksa yanına sık sık giderim. Dua ederim. Hasta yakınlarının yanında olmasını sağlarım. Dua etmek isteyenlere izin veririm. Rahatını ve konforunu sağlamaya özen gösteririm.” (K10)

“Hemşire olmak, kişinin o andagerçektenneye ihtiyacı olduğunu fark edebilmektir. Onlarla terapötik iletişim kuruyoruz, hastaya ve yaşamına dokunuyoruz.” (K10)

“Fiziksel, duygusal, manevi ihtiyaçların karşılandığı ve doyumun sağlandığı, dini beklentileri içeren bir bakımdır. Hemşireler olarak bakımın bütün yönlerinden sorumlu olduğumuzu düşünüyorum. Spiritüel bakım,değerleri de içeren bir bakımı çağrıştırıyor.” (K10)

“Yoğun bakımda her hastanın mahremiyetine dikkat ediyoruz. Bende mahremiyetime ve kişisel değerlerime saygı gösterilmesini isterim.” (K10)

“Hasta yakınlarına yararı çok oluyor. Kesinlikle ben yapmam, dokunamam siz yapın diyen hasta yakınları bile bir süre sonra bakıma dahil oluyor. Kendi hastasına bizim istediğimiz bakımı sunabiliyor. Durumu daha iyi olan hastalarda sunduğumuz bakım umut verici oluyor. Spiritüel bakım hastalara çok yararlı. Ölüme yaklaşan hastalara spiritüel bakım mutlaka sunulmalı.” (K12)

“Maneviyat ve inanç çok önemli. Hastaların inançlarını dikkate almamızve ona uygun bakım sunmamız lazım. Her dinin özelliklerini dikkate almalıyız. Maneviyat deyince sadece Müslümanlık akla gelmemeli. Geniş kapsamlı bir bakım sunabilmeliyiz. Kişinin dini inanışı yoksa o kişiye de saygı duyarak bakım sunmalıyız.” (K12)

Tema 4: Spiritüel Bakım Sunmayı Kolaylaştıran Faktörler

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında spiritüel bakım sunmayı kolaylaştıran faktörler ile ilgili alt temalar: empati, bireysel özellikler, mesleğini sevmeye, ekip uyumu, olumlu geri bildirim olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Bence empati duygusu çok önemli. Ama sempati olmaması gerekiyor. Çünkü sempati olduğu zaman duygusal yönden etkileniliyor.” (K2)

“Ekibin uyumlu olması gerekiyor. Değerlere, inançlara saygı çok önemli.” (K2)

“Lisans eğitiminde spiritüel bakım hakkında eğitim almış olduğumuz için hastalarımıza spiritüel bakımı sunabiliyoruz. Verdiğimiz spiritüel bakımın karşılığını bir dua ya da güler yüzle aldığımızda o bakımı sürdürmeye devam ediyoruz, bizi motive ediyor.” (K8)

“Benim yöneticim genellikle hasta ve yakınının görüşmesine izin veriyor. Yöneticinin tutumu bu bakımın verilmesini kolaylaştırıyor.” (K8)

“Mesleğini sevmeli, insana saygı duymalı, onun değerlerine önem vermeli ve ne istediğini anlayıp ona göre bakım sunulmalıdır. Ekip çalışmasında önemlidir.” (K9)

“Vicdan, empati, bakış açısı çok önemli.” (K11)

“Hastayla iletişim kurmak ve onu anlayabilmek çok önemli.” (K12)

Tema 5: Spiritüel Bakım Sunmayı Engelleyen Faktörler

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında spiritüel bakım sunmayı engelleyen faktörler ile ilgili alt temalar: çalışma şartları ve fiziki koşullar, spiritüel bakıma yönelik tutum (hemşire, hasta, hasta yakını), kültürel farklılıklar ve dil engeli ve hastanın tıbbi durumu olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Öncelikle çalıştığınız kurumun imkanları çok önemli. Hasta abdest almak istiyor. Sıcak suyumuz olmayabiliyor. Hasta namaz kılmak istiyor, katta temiz bir yerimiz olmayabiliyor. Mescit uzak olduğu için hastalar ve yakınları odalarında namaz kılmak istiyorlar. Biz onlara destek sağlıyoruz. Seccade gibi kullanabilmeleri için onlara karton veriyoruz.” (K1)

"Ekip arkadaşının desteği çokönemli. Hasta yakınlarının da bu konuda etkili olduğunu düşünüyorum." (K1)

"Coğrafi ve kültürel koşullar spiritüel bakımı etkiliyor." (K1)

"İş yükümüz fazla olunca spiritüel bakım ve bütüncül bakım sekteye uğrayabiliyor." (K3)

"Hemşirelerin yüksek stresli ortamlarda çalışıyor olması, hastalara olan tutumunu etkiliyor. Hemşirelerinde manevi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşünüyorum." (K6)

"Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, çalışma koşullarının uygun olmaması bizi çok etkiliyor." (K7)

"Biz mülteci ve göçmeni çok olan bir ülkeyiz. Bu nedenle engelleri ile karşılaşıyoruz." (K8)

"Hemşirelerin çalıştığı bölgenin kültürünü ve sosyoekonomik durumunu bilmemesi bakımı etkiliyor." (K9)

"Bence ekip arkadaşları çok önemli. Çünkü bazen spiritüel bakımı vermek istiyorsun ama yanındaki arkadaşın işin çabuk bitmesini istiyor, önem vermiyor. Ekip üyelerinin duyarlı olması gerekiyor." (K10)

"Hasta, hasta yakınları ve toplumun bu bakımla ilgili yeterli farkındalığa sahip olması önemli." (K11)

Tema 6: Ölüm Kavramı ve İlişkili Faktörler

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında ölüm kavramı ve ilişkili faktörler ile ilgili alt temalar: ölüm korkusu, yaşamın sonu, huzurlu ölüm/iyi ölüm ve ölüm algısını değerlendirme olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

"Bence ölüm korkunç bir durum. Ölümden korkuyorum. Hem yakınların hem senin için bir daha kavuşamamak anlamına geliyor. Kendim hakkında ve genç ölümler hakkında bu şekilde düşünüyorum ama uzun dönem ölümü bekleyen hastalar için korkunç olduğunu düşünmüyorum. Tiyatroda oyunlarda son perde vardır. Oyun tamamen biter, perde kapanır. Ölümden böyle bir şey." (K1)

“Ben ölümün bir son olduğunu düşünüyorum. Bence ölüm huzura kavuşma değildir.” (K1)

“Kendi ölümümü düşünemiyorum, beni korkutuyor. Bir yandan da dini inanışım gereği ölüm gerçeğinden kaçamıyorum. Olumsuz tarafı da var, olumlu tarafı da var. O nedenle ikilemde kalıyorum.” (K2)

“Benim için ölüm rahatlama, huzura erme diyebilirim.” (K3)

“Acı ve ağrı çeken, son dönem kanser hastalarında ölüm huzura kavuşmaktır.” (K4)

“Bir ani ölüm, bir genç ölüm gerçekten korkunç. Ani sevdiklerinin ölümü çok zor bir durum.” (K4)

“Müslümanım, doğdum ve bir gün öleceğim. Herkes bir gün ölecek. Korkuyor muyum? Bazen çok korkuyorum. Mesleğe başlamadan önce, genel olarak uzak akrabalarımın ölümüne şahit olmuştum. Ölüm tarifsiz bir boşluk, anlatılabilecek bir şey değil.” (K5)

“Ölen gidiyor, geride kalanlar çok fazla acı çekiyor. Çok yakın birinin ölümünü düşündüğüm zaman bile gözlerim yaşıyor. Çok korkutucu geliyor.” (K5)

“Yakın zamanda ilk defa bir hasta ölümü için ağladım. Hasta henüz ölmemişti, 55 yaşında bir erkek hasta idi. Çocukları küçük ve eşi çok gençti. Kaybetmek istemiyorlardı. Onları o şekilde gördüğümde, özellikle kızı ağladığında dayanamadım. Orada kendimi engelleyemedim ve ben de ağladım ama sonra toparladım. Çünkü o an, onu yönetmek zorundaydım.” (K5)

“Hasta ölümünü görmeyi sık deneyimlediğim için mesleki olarak bu duruma alıştığımı düşünüyorum.” (K6)

“Ölüm bence bir şeyin bitişi değil de başlangıcıymış gibi geliyor. Bireysel olarak benim ölümüm beni çok rahatlatıyor. Hayatta çok fazla şeye yetişmemiz gerekiyor. Ölüm bir kurtuluş gibi.” (K8)

“Ben ölümü de yaşam kadar olağan gördüğüm için daha doğal karşılıyorum. Çünkü her birey doğar, yaşar, ölür. Bunu engelleyemeyiz. Biraz da benim

kendi dini yönüm baskın geliyor. Bunu yaradana ve huzura kavuşmak olarak görüyorum.” (K9)

“Çok fazla ölüme şahit olduğum için kabullenmiş gibiyim. Hastam da olsa yakınımda olsa her insanın ölümü acı vericidir. Ben bu konuda çok fazla profesyonel düşünemiyorum. Can acıtan bir durum. Kendi ölümüm beklendik, yakınlarımla ölümü acı verici ama her ölüm her zaman zor...” (K10)

“Genç hasta ölümleri beni etkiliyor. Daha yaşlı bir hastanın ölümünde ona yaklaşımım farklı oluyor. Kendi ölümümü hiç düşünmedim ama ani ölmek isterim.” (K11)

Tema 7: Ölüme Yaklaşan Hastaya Bakım Sunma

Hemşirelerle yapılan görüşmeler sonrasında ölüme yaklaşan hastaya bakım sunma ile ilgili alt tema ölüm yeri tercihi sunma olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin bu konuya yönelik ifadeleri şu şekildedir:

“Bu hastalara az girişimde bulunulması gerektiğini düşünüyorum. Canlarını acıtabilecek, fazla yarar sağlamayacak işlemlerin yapılmasını onaylamıyorum. Hastanede ya da evde bu girişimlerin azaltılması gerektiğini düşünüyorum.” (K1)

“Ölümü yaklaşan bir hastanın istediği şeyleri yapmak ve onun huzurlu bir şekilde ölüme kavuşmasını sağlamak gerektiğini düşünüyorum. Bazı hastaların evde daha huzurlu olacağına inanıyorum” (K2)

“Ölüme yaklaşmış hastaya bakım vermek isterim ve bu durumdan çekinmem. Hayatının sonuna yaklaşmış bir bireye bakım vermeyi, onun yanında bulunmayı değerli bir davranış olarak görüyorum. Hatta bu hastaların bakımını daha özverili bir şekilde yapmaya çalışıyorum. Son anlarında bu hastaların huzurlu ve ağrısız olmasını kolaylaştırmak için elimden geleni yapmaya çalışıyorum. Ölüm sürecinde hastane ortamındayken bulduğum hastanın huzurlu ölümü bana da huzur verir.” (K7)

“Ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım vermeyi anlamlı buluyorum. Çünkü insan hayatının başlaması nasıl anlamlıysa, sonlanması da anlamlıdır.” (K8)

5. TARTIŞMA

Tartışma bölümü nicel verilere ilişkin bulguların tartışılması ve nitel verilere ilişkin bulguların tartışılması olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

5.1. Nicel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Nicel verilere ilişkin bulguların tartışılması bölümü MMBDÖ'ne ilişkin bulguların tartışılması, MDATÖ'ne ilişkin bulguların tartışılması, FATCOD ilişkin bulguların tartışılması, DAP-R Ölçeği'ne ilişkin bulguların tartışılması, MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD ve DAP-R arasındaki ilişkinin tartışılması olmak üzere beş bölümden oluşmaktadır.

5.1.1. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği'ne (MMBDÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hemşirelerin MMBDÖ toplampuan ortalaması $3,4 \pm 0,5$ olarak belirlendi. MMBDÖ'den alınabilecek toplam puan ortalamasının 5'e yaklaşması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermekle birlikte, araştırma kapsamındaki hemşirelerin MMBDÖ'den aldıkları puan doğrultusunda, maneviyat ve manevi bakım algılarının orta düzey olduğu söylenebilir.

Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Yıldırım vd.'nin (2018) hemşirelerin manevi bakım odaklı yaklaşımlarını belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin orta düzey olduğu bildirilmiştir. Kutlu vd.'nin (2020) yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşları ile manevi bakım algılarının değerlendirildiği diğer bir çalışmada, hemşirelerin manevi bakım algılarının orta düzey olduğu saptanmıştır.

Eğlence ve Şimşek'in (2014) hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi düzeylerini belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin MMBDÖ toplam puan ortalaması 3.11 ± 0.41 olarak belirlenmiş ve aynı çalışmada hemşirelerin manevi bakımla ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı vurgulanmıştır. Çelik vd.'nin (2014) yapmış olduğu diğer bir çalışmada, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılama düzeyleri yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu durum hemşirelerin bireysel, spiritüel, kültürel özellikleri ile aldıkları mesleki eğitimden etkilenebilir (Eğlence ve Şimşek, 2014; Gönenç vd., 2016; Ercan vd., 2018; Yıldırım vd., 2018).

Bu çalışmada araştırma kapsamındaki hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyinin: yaş grupları, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı, çalışılan servis ve çalışılan servisten memnun olma durumu değişkenlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Araştırma bulgularına karşın Yıldırım vd.'nin (2018) çalışmasında yaş grubunun; Özbaşaran (2011) ve Çelik vd.'nin (2014) çalışmasında medeni durumun; Sezer ve Geçkil (2018)'in çalışmasında cinsiyetin; Aydın (2022)'in çalışmasında eğitim durumunun; Sezer ve Geçkil (2020), Yıldırım vd. (2018), Ercan vd.'nin (2018) çalışmalarında çalışma yılının; Sezer ve Geçkil'in (2018) çalışmasında çalışılan servisin; Çidem'in (2022) çalışmasında çalışılan servisten memnun olma durumunun hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerini etkilediği bildirilmiştir. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerini etkileyen faktörler yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu durum bireysel, kültürel, mesleki ve çalışma ortamına ilişkin faktörlerden kaynaklanabilir.

5.1.2. Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği'ne (MDATÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hemşirelerin MDATÖ toplam puan ortalaması $47,1 \pm 10,5$ olarak belirlendi. MDATÖ'den alınan 0-20 puanın düşük algıya, 20-40 puanın orta düzey algıya, 40-60 puanın yüksek düzey algıya ve ölçek toplam puandaki artışın manevi destek algısı yüksekliğine işaret ettiği göz önüne alındığında, araştırma kapsamındaki hemşirelerin manevi destek algı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

MDATÖ toplam puan ortalaması Kavas ve Kavas'ın (2015) çalışmasında $44,151 \pm 10,838$; Esendir ve Kaplan'ın (2018) çalışmasında $47,70 \pm 9,95$; Tambağ vd.'nin (2018) çalışmasında $47,91 \pm 5,52$ olarak saptanmıştır. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, hemşirelerin manevi destek algı düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Kavas ve Kavas, 2015; Esendir ve Kaplan, 2018; Tanbağ vd., 2018; Selvi, 2019).

Bu çalışmada araştırma kapsamındaki hemşirelerin manevi destek algısının yaş grupları, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, görev, meslekte çalışma süresi ve çalışılan servis değişkenlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Araştırma bulgularına karşın Esendir ve Kaplan'ın (2018) çalışmasında yaş grubunun; Şentürk (2021) ve Pehlivan'ın (2018) çalışmasında medeni durumun; Yılmaz ve Okyay (2009) ve Aydın'ın (2022) çalışmasında eğitim durumunun; Akgün Kostak vd.

(2010), Özbaşaran (2011), Ercan (2018), Selvi'nin (2019) çalışmasında görevin; Esendir ve Kaplan'ın (2018) çalışmasında meslekte çalışma süresinin, Tambağ'ın (2018) çalışmasında çalışılan servisin manevi destek algısını etkilediği bildirilmiştir. Hemşirelerin manevi destek algı düzeylerini etkileyen faktörler yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu durum bireysel, kültürel, mesleki ve çalışma ortamına ilişkin bakış açıları, bireysel düşünce sistemleri, manevi boyutlar ve gereksinimleri gibi faktörlerden etkilenebilir.

5.1.3. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği'ne (FATCOD) İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hemşirelerin FATCOD puan ortalaması $100,2 \pm 9,6$, olarak belirlendi. FATCOD'dan alınabilecek toplam puanın 30–150 arasında değiştiği, ölçekten alınan yüksek puanın ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumunun daha olumlu olduğuna işaret ettiği göz önüne alındığında, araştırma kapsamındaki hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının oldukça olumlu olduğu söylenebilir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak FATCOD puanı Leombruni vd.'nin (2014) çalışmasında $115,20 \pm 7,86$; Abu-El-Noor'un (2016) çalışmasında 96,96; Karadağ ve İnkaya'nın (2018) çalışmasında $81,59 \pm 12,99$; Uysal vd.'nin (2019) çalışmasında 114,05 olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Lisans mezunu olan hemşirelerin FATCOD puan ortalamasının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden 4,941 birim, yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin FATCOD puan ortalamasının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden 4,888 birim daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Çavuş'un (2021) çalışmasında, FATCOD puan ortalamasının hemşirelerin eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Bu çalışmada lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin, FATCOD puan ortalamasının sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden yüksek olması, hemşirelerin eğitim düzeyinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının önemli bir yordayıcısı olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının çalışılan servis değişkenine göre farklılık gösterdiği belirlendi. Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin FATCOD puan ortalamasının yoğun bakımda çalışan

hemşirelerden 4,456 birim, dahili birimlerde çalışan hemşirelerin FATCOD puan ortalamasının yoğun bakımda çalışan hemşirelerden 4,884 birim düşük olduğu, yoğun bakım hemşirelerinin ölmekte olan bireye bakım verme tutumlarının diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha olumlu olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da hemşirelerin FATCOD puanının hemşirelerin çalıştıkları servise göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir (Şahin, 2016; Ceyhan vd., 2018). Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin ölmekte olan bireye bakım verme tutumlarının diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olması, yoğun bakım ünitelerinde ölüm oranının daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının yaş grupları, medeni durum, cinsiyet değişkenlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Araştırma bulgularına karşın Abudari et. al. (2014), Hançerlioğlu ve Konakçı (2020), Çavuş'un (2021) yaptığı çalışmada yaş grubunun; Çavuş (2021), Çevik ve Kav (2013), Koç vd.'nin (2017) çalışmasında medeni durumun; Çavuş'un (2021) çalışmasında cinsiyetin hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkilediği bildirilmiştir. Hemşirelerin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte kültür, din, sosyal çevre, aile yapısı, iletişim, eğitim ve deneyimin bu durumu etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.1.4. Ölüm İlişkin Tutum Profili-Yeniden Düzenlenmiş Ölçeği'ne (DAP-R) İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada DAP-R- Ölüm Korkusu alt boyut puan ortalaması $4,3 \pm 1,1$, DAP-R- Ölümünden Kaçınma alt boyut puan ortalaması $4,1 \pm 1,2$, DAP-R- Tarafsız Kabullenme alt boyut puan ortalaması $5,5 \pm 0,9$, DAP-R- Kabul Edici Yaklaşım alt boyut puan ortalaması $4,9 \pm 1,0$, DAP-R- Ölümü Kabullenmeme alt boyut puan ortalaması $3,9 \pm 1,5$ olarak belirlenmiştir. Bal'ın (2018) çalışmasında, hemşirelerin DAP-R- Ölüm Korkusu alt boyut puan ortalaması $3,50 \pm 1,30$, Ölümünden Kaçınma alt boyut puanı $3,50 \pm 1,30$, Tarafsız Kabullenme alt boyut puanı $5,39 \pm 0,92$, Kabul Edici Yaklaşım alt boyut puan ortalaması $5,39 \pm 0,92$, Ölümü Kabullenmeme alt boyut puan ortalaması $4,07 \pm 1,23$ olarak saptamıştır. Mermer'in (2021) çalışmasında DAP-R- Ölüm Korkusu alt boyut puan ortalaması $4,01 \pm 0,48$, Ölümünden Kaçınma alt boyut puan ortalaması $4,01 \pm 0,48$, Tarafsız Kabullenme alt boyut puan ortalaması $3,92 \pm 0,63$, Kabul Edici Yaklaşım alt boyut puan ortalaması $3,92 \pm 0,63$ ve Ölümü

Kabullenmeme alt boyut puan ortalaması $3,92 \pm 0,63$ olarak belirlenmiştir. Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) çalışmasında: hemşirelerin DAP-R- Ölüm Korkusu alt boyut puan ortalaması $3,76 \pm 0,96$, Ölümden Kaçınma alt boyut puan ortalaması $3,81 \pm 1,20$, Tarafsız Kabullenme alt boyut puan ortalaması $2,67 \pm 0,95$, Kabul Edici Yaklaşım alt boyut puan ortalaması $3,63 \pm 3,70$, Ölümü Kabullenmeme alt boyut puan ortalaması $4,44 \pm 1,85$ olarak saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin en yüksek puanı Tarafsız Kabullenme alt boyutundan, en düşük puanı ise Ölümü Kabullenmeme alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Bilge vd. (2013), Matsui ve Braun (2015), Bal'ın (2018) çalışmasında da hemşirelerin en yüksek puanı Tarafsız Kabullenme alt boyutundan aldıkları bildirilmiştir. Araştırma bulgularına karşın Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) çalışmasında hemşirelerin en yüksek puanı Ölümü Kabullenmeme alt boyutundan ve en düşük puanı ise Tarafsız Kabullenme alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının medeni durum, eğitim durumu, çalışılan servis, mesleği sevmeye, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı değişkenlerine göre farklılık gösterdiği; cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Önsöz'ün (2013) ve Özyalçın'ın (2021) çalışmasında medeni durumun, Selvi'nin (2019) çalışmasında eğitim durumunun, Dunn vd.'nin (2005) çalışmasında çalışılan servisin, Özyalçın'ın (2021) çalışmasında mesleğini sevmeye durumunun hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarını etkilediği bildirilmiştir. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan bazı çalışmalarda ise ölüme ilişkin tutumun hemşirelerin eğitim durumu (Özyalçın, 2021; Yılmaz ve Vermişli, 2015) ve çalıştıkları servise (Özyalçın, 2021) göre farklılık göstermemesine karşın cinsiyetlerine göre (Acehan Eker, 2013; Selvi, 2019) farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bireysel ve kültürel değerlerin yanı sıra spiritüel ve dini uygulamalar ile inanç sisteminin bu durumu etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.1.5. MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD ve DAP-R Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu konudaki literatür incelendiğinde MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD ve DAP-R ölçeklerinin birlikte kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu

bölüme ilişkin bulguların tartışılması sınırlı olacaktır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda MMBDÖ puan ortalaması ile MDATÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki; MMBDÖ puan ortalaması ile FATCOD puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki; FATCOD puan ortalaması ile MDATÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki; DAP-R Tarafsız Kabullenme alt boyut puan ortalaması ile MMBDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki; FATCOD puan ortalaması ile DAP-R Tarafsız Kabullenme alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlenmiştir.

Selvi'nin (2019) terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin tutumları ve manevi destek algıları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, MDATÖ ile DAP-R arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf yönde bir ilişki belirlenmiştir. Kudubeş vd.'nin (2019) hemşireler üzerinde yaptığı tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmada, MMBDÖ ve DAP-R arasında orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Çidem'in (2020) hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım düzeyleri ile duygusal emek davranışları arasındaki ilişkiyi incelediği diğer bir çalışmada, MMBDÖ ve MDATÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir.

Akpınar'ın (2021) hemşirelerin ölüm kaygıları, ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve manevi bakıma ilişkin algı düzeylerini belirlemek üzere yapmış olduğu çalışmada; hemşirelere ölüm konusunda eğitim vermiş, eğitim öncesinde ve sonrasında MMBDÖ ve FATCOD ölçeklerini uygulamış, eğitim sonrasında iki ölçekten alınan puanın arttığını ve bu iki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptandığını bildirmiştir. Çavuş'un (2021) yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumlarının ölmekte olan hasta bakımı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin FATCOD puan ortalaması ile "Tarafsız Kabullenme ve Kabul Edici Yaklaşım" alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde; FATCOD puan ortalaması ile "Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma" alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri (Çidem, 2020) ile birlikte, kendi ölümleri ve hastaların ölümleri ilgili düşünceleri, hastaların manevi gereksinimlerini fark edebilmeleri, bütüncül hemşirelik bakımı sunumunu

etkileyerek bakımın kalitesini yükseltebilir (Kudubeş vd., 2019). Bu nedenle hemşirelerin spiritüel bakım algıları ile ölüme yönelik tutumlarını belirlemenin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

5.2. Nitel Verilere İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşireler ile yapılan nitel görüşmeler sonrasında, spiritüel bakım, spiritüel bakımın etkisi, spiritüel bakım uygulamaları, spiritüel bakım sunmayı kolaylaştıran faktörler, spiritüel bakım sunmayı engelleyen faktörler, ölüm kavramı ve ilişkili faktörler ve ölüme yaklaşan hastaya bakım sunma olmak üzere yedi tema ve otuz bir alt tema belirlenmiştir.

Bu çalışmada spiritüel bakım temasına ilişkin alt temalar: bütüncül yaklaşım, inanç ve değer, ruhsal iyi oluş ve maneviyat olarak belirlenmiştir. Korku, kaygı, anksiyete gibi duygular yaşayan ve ölüme yaklaşan bireylere bakım sunmak hemşirelerin duygusal yoğunluğu arttırabilmektedir. Ölüme yaklaşmakta olan bireyler bazen inanç ve değerlerine sıkı sıkıya bağlanırken bazen bu inanç ve değerlerinden uzaklaşıp içlerine kapanabilmektedir. Bireyler duygusal zorlanma, rol ve performansta değişim, aile süreçlerinin etkilenmesi gibi farklı durumlar deneyimleyebilmektedir. Bu doğrultuda hastaların holistik yaklaşım doğrultusunda spiritüel bakıma ihtiyacı artabilmektedir (Dalcalı, 2018). Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, maneviyatın din, dini uygulamalar ve bireye özgü yaklaşımları çağrıştırdığı (Wong ve Yau, 2010; O'Brien, 2017; Çınar ve Aslan, 2017, Dalcalı, 2018); maneviyat ve inancın bireylerin baş edebilmesini güçlendiren ve umudunu arttıran bir kaynak olduğu bildirilmektedir (Eğlence ve Şimşek, 2014).

Spiritüel bakımın etkisi ile ilgili alt temalar moral ve motivasyonu destekleme, uyumu kolaylaştırma, değerlerin korunması ve iletişimin kolaylaşması; spiritüel bakım uygulamaları ile ilgili alt temalar bireysel yaklaşım, bakım vericiyi destekleme, mahremiyeti sağlama, son veda, bilgilendirme (iletişim kurmak, sohbet etmek), terapötik dokunma, sevdiği nesneleri yanında bulundurma, ibadetini yapmasına olanak sağlama, farklı inançlara ve kültürlere saygı duyma olarak belirlenmiştir. Wong vd.'nin (2010) çalışmasında hastaların umudunun, moral ve motivasyonlarının korunmasının önemli olduğu bildirilmiştir. Rassouli vd.'nin (2015) çalışmasında; spiritüel bakım uygulamaları kapsamında, hemşirelerin iletişim

kurmaya, dürüst davranmaya ve hastaların duygularını ifade etmelerine fırsat verdikleri vurgulanmıştır.

Bu çalışmada spiritüel bakım sunmayı kolaylaştıran faktörler ile ilgili alt temalar empati, bireysel özellikler, mesleğini sevmeye, ekip uyumu, olumlu geri bildirim; spiritüel bakım sunmayı engelleyen faktörler ile ilgili alt temalar çalışma şartları ve fiziki koşullar, spiritüel bakıma yönelik tutum (hemşire, hasta, hasta yakını), kültürel farklılıklar ve dil engeli, hastanın tıbbi durumu olarak belirlenmiştir. Rassouli vd.'nin (2015) yapmış olduğu çalışmada manevi bakım sunumunda etkili iletişim ve empati kavramının önemli olduğu; Ravari'nin (2009) çalışmasında empati kurarak bakım sunmanın sağlık profesyonellerinde tükenmişliği azalttığı bildirilmiştir. Bu konudaki literatürde hemşirelerin profesyonel algıları ve maneviyata karşı tutumunun manevi bakım sunumlarını etkilediği (Akbari vd., 2022), spiritüel bakıma karşı tutum ve bilgi eksikliklerinin bakım sunumunu engellediği (Çınar ve Aslan, 2017; Kaçal ve Demirsoy, 2018), manevi yönü güçlü olan hemşirelerin, hastaların manevi ihtiyaçlarına daha duyarlı oldukları belirlenmiştir (Akbari vd., 2022).

Bu çalışmada ölüm kavramı ve ilişkili faktörler ile ilgili alt temalar ölüm korkusu, yaşamın sonu ve huzurlu ölüm/iyi ölüm ve ölüm algısını değerlendirme; ölüme yaklaşan hastaya bakım sunma ile ilgili alt temaölüm yeri tercihi sunma olarak belirlenmiştir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Alıncak vd.'nin (2022) yaptıkları çalışmada, hemşirelerle yapılan nitel görüşmeler sonrasında iyi ölüm ve doğal süreç alt temalarının belirlendiği, Menekli'nin (2014) çalışmasında ölümün hemşireler tarafından kaçınılmaz bir son olarak tanımlandığı, Koku ve Ateş'in (2016) çalışmasında ise bireylerin ölümü "bazen bir yok oluş bazen de yeni bir başlangıç" olarak açıkladıkları belirlenmiştir.

Sonuç olarak bu çalışma, Samsun ilinde bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin spiritüel bakım algılarının ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım verme tutumları üzerine etkisini inceleyen ilk çalışmadır. Hemşireler üzerinde bu konuda yapılacak çalışmaların; hemşirelik eğitimi, uygulama ve araştırmalarına katkı sağlayacağı, hemşirelerin spiritüel bakım farkındalıklarını artıracacağı, ölüme yaklaşmakta olan hastayı bütüncül olarak değerlendirmeyi sağlayacağı, bireye sunulan bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artıracacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- MMBDÖ puan ortalaması $3,4\pm0,5$, MDATÖ puan ortalaması $47,1\pm10,5$, FATCOD puan ortalaması $100,2\pm9,6$, DAPR *Ölüm Korkusu* alt boyut puan ortalaması $4,3\pm1,1$, *Ölümden Kaçınma* alt boyut puan ortalaması $4,1\pm1,2$, *Tarafsız Kabullenme* alt boyut puan ortalaması $5,5\pm0,9$, *Kabul Edici Yaklaşım* alt boyut puan ortalaması $4,9\pm1,0$, *Ölümü Kabullenmeme* alt boyut puan ortalaması $3,9\pm1,5$ olarak belirlendi.
- MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD ile DAP-R'nin bazı alt boyutları arasındaki yol katsayısı istatistiksel olarak anlamlı bulundu.
- MMBDÖ, MDA, FATCOD toplam ve DAP-R alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre farklılık gösterdiği belirlendi.
- MMBDÖ, MDATÖ, FATCOD ile DAP-R toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi.
- Nitel görüşmeler sonrasında spiritüel bakım, spiritüel bakımın etkisi, spiritüel bakım uygulamaları, spiritüel bakım sunmayı kolaylaştıran faktörler, spiritüel bakım sunmayı engelleyen faktörler, ölüm kavramı ve ilişkili faktörler ve ölüme yaklaşan hastaya bakım sunma olmak üzere yedi tema ve otuz bir alt tema belirlendi.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Hemşirelere ölüme yaklaşan hastanın bakımı ve spiritüel konularında eğitimler vererek bilimsel faaliyetlerin düzenlenmesi ve katılımın desteklenmesi ile bu konudaki farkındalıklarının artırılması,
- Kurum yöneticilerinin spiritüel bakımı destekleyici bir çalışma ortamı hazırlayarak hemşireleri bu konuda desteklemeleri,
- Hemşirelerin, ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastaların psikolojik, fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel ve spiritüel gereksinimlerini belirleyerek bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı planlamaları ve hizmet içi süreçlerde paylaşımı,
- Farklı bölgelerde farklı kültürel özelliklere sahip örneklem gruplarıyla bu konuda karşılaştırmalı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abell, C.H., Garrett-Wright, D., & Abell, C.E. (2018). Nurses' Perceptions of Competence in Providing Spiritual Care. *Journal of Holistic Nursing*, 36(1): 33-37. doi:10.1177/0898010116684960
- Abudari G, Zahreddine H, Hazeim H, Assi MA, Emara S. (2014). Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia. *International Journal of Palliative Nursing* 20(9): 435-441.
- Abu-El-Noor, N.I, Abu-El-Noor, MK. (2016). Attitude of palestinian nursing students toward caring for dying patients: A call for change in health education policy. *J Holist Nursing*, 34 (2), 193-199.
- Acehan, G., Eker, F. (2013). "Acil tıp hizmeti veren sağlık personelinin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma yolları", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 27-35, 2013.
- Akay M., Şahin Z.(2018). Türkiye'de ve dünyada hastane hizmetleri bağlamında manevi bakım.
- Akbari, O., Dehghan, M., & Tirgari, B. (2022). Muslim nurse's spiritual sensitivity as a higher perception and reflection toward spiritual care: a qualitative study in southeast Iran. *BMC nursing*, 21(1), 1-9.
- Akgün, Kostak, M., Çelikkalp, Ü., Demir, M. (2010). "Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 218-225, 16.
- Alıncak, G., Acavut, G., Soyaslan, BD., ve Zengin, H.(2022). Hemşirelerin palyatif bakım ve ölüme ilişkin görüşleri: Nitel bir çalışma. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 69-76.. doi: 10.48071/ sbuhemsirelik.1125775
- Arslan D, Akca NK, Şimşek N, Zorba P.(2014).Student nurses' attitudes toward dying patients in central Anatolia. *International Journal of Nursing Knowledge*; 25(3): 183–188.
- Arslan, H, Şener, K.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.
- Asadzandi, M. (2018). Effect of spiritual health (sound heart) on the other dimensions of health at different levels of prevention. *Clinical Journal of Nursing Care and Practice*, 2(1), 018-024.
- Astle BJ, Duggleby W.(2019).Canadian Fundamentals of Nursing: Spirituality in Health and Health Care. Sixth Edition, Canada: Elsevier Inc..pp.1805-1813.
- Atashzadeh-Shoorideh, F., Zakaryae, N.S., Fani, M. (2018). The barriers and facilitators in providing spiritual care for parents who have children suffering from cancer. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(6), 1319-1326.
- Ay, M.A., Öz, F., 2013. Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Aydın, S. (2022). Cerrahi Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu ile Maneviyat ve Manevi Bakım Arasındaki İlişki (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Bal, T., "Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ölüm algıları ve saygın ölüme ilişkin tutumları", *Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2018.

- Baldacchino, D. (2015). Spiritual care education of health care professionals. *Religions*, 6, 594–613; doi:10.3390/rel6020594
- Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52(4), 223-229.
- Bilge A, Embel N, Kaya FG.(2013). Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*;4(3):119-124.
- Bilge, A., Embel, N., Kaya, F.G., 2013. Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler. *J Psy Nurs* 4, 119-124.
- Ceyhan Ö, Özen B, Zincir H, Şimşek N, Başaran M (2018). How intensive care nurses perceive good death. *Death Studies* 42(10): 667-672.
- Cicirelli V G. Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Studies (Death Stud.)* 1998; 22(8): 713-734. doi: 10.1080/074811898201236
- Çavuş D. (2021). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarının Ölmekte Olan Hasta Bakımı Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2021.
- Çelik AS, Özdemir F, Durmaz H. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*;1:1–12.
- Çelik, A. S., Özdemir, F., Durmaz, H., & Pasinlioğlu, T. (2014). Hemşirelerin Maneviyat Ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3), 1-12.
- Çelikdal, G. (2019). Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesinde çalışan doktor ve hemşirelerin ölüm kaygısı ile ölüme ilişkin depresyon düzeylerini etkileyen etmenler (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Çetinkaya, A. ve Özsoy, S. (2021). Nitel Araştırma Hemşirelik Alanından Örnekler. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Çetintaş İ., Dirik F. Z., İlhan E., Kostak M. A. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Maneviyat ve Manevi Bakım İle İlgili Algıları. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 38-46.
- Çevik B, Kav S (2013). Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing* 36(6): E58-E65.
- Çınar F, Eti Aslan F.(2017). Spiritüalizm ve hemşirelik. *Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi*. 1 (1): 37-42.
- Çınar, B., “Hemşirelerin ölüme karşı tutumları ile bireysel ve çalışma özelliklerinin tutumlarına etkisinin incelenmesi”, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
- Çidem A. (2022). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Düzeyleri ile Duygusal Emek Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Çidem, A. (2020). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım düzeyleri ile duygusal emek davranışları (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Daghan, Ş. (2017) Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care; An Example of Turkey. *J Relig Health*, DOI 10.1007/s10943-017-0416-y.
- Dağlı, EN., “Yaşlılarda ölüm kaygısı ve dindarlık”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2010

- Dalcalı, B.K. (2018). Onkoloji Birimlerinde Tedavi Gören Bireylerin Manevi Bakım Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bakım Uygulamaları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Doktora Tezi, İstanbul.
- DeLaune SC, Ladner PK. Fundamentals of Nursing: Standards & Practice: Spirituality. Fourth Edition, NY: Delmar Cengage Learning, 2011, pp.464-6.
- Dunn KS, Otten C, Stephens E.(2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum*;32:97-104. 33. Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' at
- Ebrahimi, H., Areshtanab, H.N., Jafarabadi, M.A., Khanmiri, S.G. (2017). Health care providers' perception of their competence in providing spiritual care for patients. *Indian Journal of Palliative Care*;23:57-61.
- Eğlence, R. ve Şimşek, N. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1) 48- 53.
- Ercan, F., Körpe, G., & Demir, S. (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Gazi Medical Journal*.
- Erenoğlu R, Can R.(2019). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Manevi Destek Algıları ve Etkileyen Faktörler. *Jaren*.5(1):23-30.
- Ergül Ş., Bayık A. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2007, 23(1): 75-87.
- Erişen, M., & Sivrikaya, S. K. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 184-190.
- Esendir N. İ., Kaplan H. (2018). Sağlık Çalışanlarının Maneviyat ve Manevi Destek Algısı: İstanbul Örneği. *Ekev Akademi Dergisi*, (73), 317-332.
- Fradelos, E.C., Tzavella, F., Koukia, E., Papathanasiou, I., Alikari, V., Stathoulis, J. ... Zyga, S. (2015). Integrating chronic kidney disease patient's spirituality in their care: health benefits and research perspectives. *Mater Sociomed*, 27(5), 354-358.
- Gaudette, H, Jankowski, K.R.B,(2013) Spiritual Coping and Anxiety in Palliative Care Patients: A Pilot Study, *Journal of Health Care Chaplain*, , 19(4), 131-139.
- Gocmen Baykara, Z., Keles, S., Demir Karabulut, S., Gul, S., Eren, H., Durmus Iskender, M., Yildiz, A., Kavas, M. V., & Yalim, N. Y. (2022). The effect of professional education on medical and nursing students' attitudes toward death. *Death studies*, 46(7), 1728–1740. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1850546>
- Gönenç, İ. M., Akkuzu, G., Altın, R. D., & Möroy, P. (2016). Hemşirelerin ve Ebelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 34-38.
- Grubb, C, Arthur, A. (2016). Student nurses' experience of and attitudes towards care of the dying: A cross-sectional study. *Palliat Medicine*, 30 (1), 83-88.
- Guo, Y.F., Cross, W.M., Lam, L., Plummer, V., Wang, X.X., Wang, S.S. (2021). Association between psychological capital and spiritual care competencies of clinical nurses: A multicentre cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. 2021;29:1713–1722. doi: 10.1111/jonm.13303
- Hançerlioğlu S, Konakçı G (2020). The attitudes and behaviors of intensive care unit nurses towards end-of-life care. *Health & Research Journal* 6(3): 93-100.

- Ho, J.Q., Nguyen, C.D., Lopes, R., Ezeji-Okoye, S.C., Kushner, W.G. (2018). Spiritual care in the intensive care unit: a narrative review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 33(5), 279-287.
- Hsieh, S.I., Hsu, L.L., Hinderer, K.A., Lin, H.L., Tseng, Y.P., Kao, C.Y., Lee, C.Y., Kao, S.H., Chou, Y.F., Szu, L.Y., Ho, L.H. (2023). Effects of a Scenario-Based Spiritual Care Course on Spiritual Care Competence among Clinical Nurses: A Quasi-Experimental Study. *Healthcare*, 11, 36. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010036>
- <https://sakaryaeah.saglik.gov.tr/TR,20365/hastanelerde-manevi-destek-ve-rehberlik-hizmeti.html>. Erişim Tarihi: 09.01.2023
- İnci, F., Öz, F. (2009). Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon ve Ölümçül Hastaya Tutumlarına Etkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg*, 10, 253-260.
- Jadidi, A., Sadeghian, E., Khodaveisi, M., & Fallahi-Khoshknab, M. (2022). Spiritual needs of the muslim elderly living in nursing homes: A qualitative study. *Journal of Religion and Health*, 61(2), 1514-1528.
- Kaçal Z, Demirsoy N. (2018). Yoğun bakım hastalarında spiritüel değerlendirme. *Sakarya Tıp Dergisi*. 8(2):171-174.
- Kalkım A., Dağhan Ş., Midilli T. S.(2019) Hemşire Akademisyenlerin Maneviyat/Manevi Bakım Algıları ve Manevi Bakım Yeterlilikleri Nursing Academicians' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care and Their Competence in Spiritual Care. *HSP* 2019; 6(2): 380-9
- Kalkım, A. (2021). "Hemşirelikte Manevi Bakım". Kara Kaşıkçı, M., Akın, E. (eds.). in: Temel hemşirelik esaslar, kavramlar, ilkeler, uygulamalar. (s.259-268). İstanbul: Tıp Kitabevleri.
- Kamali, Z., Tafazoli, M., Ebrahimi, M., Hosseini, M., Saki, A., Fayyazi Bordbar, M.R. ... Saber-Mohammad, A. (2018). Effect of spiritual care education on postpartum stress disorder in women with preeclampsia. *J Edu Health Promot*, 7, 73.
- Karadağ, E. (2018). Hemşirelik intörn öğrencilerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(2), 92-98.
- Karakurt, P., (2013). Kayıp ve Ölüm Süreci. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. (Edi:T. Atabek Aştı, A. Karadağ), Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 1157.
- Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L. (2012). Death and Death Anxiety. *Archives Medical Review Journal*; 21(1):42-79 (In Turkish).
- Kavalalı Erdoğan T.(2019). Onkoloji Hastalarında yalnızlık ve ölüm algısı ile spiritüel iyilik hali arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Kavas, E., Kavas, N. (2015). "Hastalarda Manevi Bakım İhtiyacı"konusunda Doktor, Ebe Ve Hemşirelerin Manevi Destek Algısının Belirlenmesi: Denizli Örneği. *Electronic Turkish Studies*, 10(14).
- Khairunnisa, A.D. (2014). Spirituality and nursing. *Journal of Holistic Nursing, Amerikan Holistic Nurses*. 32(4), 341-46.
- Khorshid L, Gürol Arslan G. (2006). Hemşirelik ve spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 22 (1): 233-243.
- Kızıltepe S. K., & Kurtgöz A., (2022). Hemşirelerin ölümüne ilişkin algı, tutum ve kaygılarına yönelik Türkiye’de yapılmış çalışmaların incelenmesi. *Yükseköğretim ve Bilim*

- Koç A, Öztaş D, Avcı DA, Akkuş Y, Uysal N, Sılay K (2017). Exploring Turkish nurses' attitudes towards death: A prospective study. *JOJ Nurse Health Care* 4(5): 1-8
- Koç Z., Keskin Kızıltepe, S., Çınarlı, T., Ş Asuman. (2017). Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 14(1), 62-72.
- Koku, F., ve Ateş, M. (2016). Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3), 99-104. doi: 10.5222/ SHYD.2016.099
- Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. (2010). Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel sayısı*. 218–25.
- Kozier B, Erb G, Berman A, Synder SJ, Frandsen G, Buck M, Ferguson L, Yiu L, Stamler LL. (2018). *Fundamentals of Canadian Nursing Concepts, Process, and Practice: Spirituality*. Fourt Canadian Edition, Ontario: Pearson Canada Inc. pp.1418-21.
- Kökcü Ö. D., Kutlu Ö. (2020). Kardiyovasküler Sistem Hastalıklarında Spiritüel Bakım. *Ege*
- Kudubes, A., Karakaş, Z., Bektas, M., & Bektas, İ. (2019). Nurses' attitudes towards death and Their Effects On Spirituality And Spiritual Care. *Journal Of Religion And Health*, 9,(1),1-9.
- Kutlu Ö., Ermin C., Aygün D.(2020) Yoğun Bakım Hemşirelerinin Spiritüel İyi Oluşları ile Manevi Bakım Algılarının Değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(3), 130-142.
- Kubler-Ross E, Kessler D (2014) *On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief Through the Five Stages of Loss*. New York, Scribner
- Lazar A. (2009). Spirituality And Job Satisfaction Among Female Jewish Israeli Hospital Nurses. *JAN*. 334-344.
- Leombruni P, Miniotti M, Bovero A, Zizzi F, Casteli L, Torta R. (2014). Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. *Journal of Nursing Education and Practice*. 4 (3): 188-196.
- Lewinson, L.P., McSherr, W., Kevern, P. (2015). Spirituality in pre-registration nursing education and practice: A review of the literature. *Nurse Educ Today*;35(6):806–14.
- Matsui M, Braun K. (2010). Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adult. *Int J Palliat Nurs*. 16(12):1-9.
- McBrien, B. (2006). A concept analysis of spirituality. *British journal of nursing*, 15(1), 42-45.
- McSherry W, Draper P, Kendrick D.(2002). The Construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*, 39: 723- 734.
- McSherry W, Watson R.(2002). Spiritualityin Nursing Care: Evidence Of A Gap Between Theory and Practise. *JAN*. 11: 843-844.
- Menekli T. (2014) Hemşirelerin Ölüm Algısının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. ; 17(4): 222-229.

- Mermer, R., Özçelik, H., & Güven, Ş. D. (2020). Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyleri ve ölüme karşı tutumları (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).
- Moosavi, S., Rohani, C., Borhani, F., Akbari, M.E. (2019). Consequences of spiritual care for cancer patients and oncology nurses: a qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 137-144.
- Narayanasamy A. A. (2001). critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their. *JAN*, 2001; 33 (4): 446-455.
- Narcıkara E. B. (2018). Spiritüelite (Ruhsallık) ve iş ortamında anlam arayışı. *Alanya Akademik Bakış*, 2(1), 11-25.
- National Cancer Institution, (2015). https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/day-to-day/faith-and-spirituality/spirituality-pdq#_12
- Nixon, A. ve Narayanasamy, A. (2010). The Spiritual Needs Of NeuroOncology Patients For Patients' Perspective, *Journal of Clinical Nursing*, 19:2259-2270.
- Odh , I, Löfving, M. ve Klaeson, K. (2016). Existential Challenges in young People Living With a Cancer Diagnosis, *European Journal of Oncology Nursing*, 24: 4-60.
- Ozbasaran F, Ergul S, Temel B.A, Aslan G.G, Coban A (2011). Turkish nurses' perceptions of Spirituality and Spiritual Care, *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22) 3102-3110"
- Önsöz SB. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne Karşı Tutumları ile Ruhsal Durumları Arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- Öz, F. (2010). Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci. F. Öz (Ed.). In: Sağlık Alanında Temel Kavramlar. (2nd ed., pp. 225-246). Mattek Matbaacılık.
- Öz, F., (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret Anonim Şirketi. Ankara, 276-318.
- Özbaşaran F, Ergül Ş, Bayık Temel A, Gürol Aslan G, Çoban A. (2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. Nov; 20 (21-22): 3102-10.
- Özdemir K. Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
- Özdemir, K., "Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı", Atatürk Üniversitesi,
- Özdemir, K., Ekinci, M., (2014). Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Özel Y., Özkan B. (2020). Kayıp ve yasa psikososyal yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(3), 352-367.
- Öztürk, Y. (2017). Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Özyalçın D. Kanser hastaları yakınları ve hemşirelerin ölüme ve iyi ölüme ilişkin görüşleri (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü), 2021.
- Pehlivan, M., Sağlık çalışanlarına göre hastanelerdeki manevi destek ve rehberlik projesi uygulaması: Afyonkarahisar devlet hastanesi örneği (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü), 2018.
- Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. (2013). *Fundamentals of Nursing: Spiritual Health*. Eight Edition, St. Louis Missouri: Elsevier Mosby. pp. 68-70, 692-696.

- Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM; Ostendorf WR. (2017). *Fundamentals of Nursing: Spiritual Health*. Ninth Edition, St. Louis Missouri: Elsevier Mosby. pp.1672-76.
- Rassouli, M., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., Abbaszadeh, A., Majd,H.A. ve Nikanfar,A.(2015). Experiences Of Patients With Cancer And Their Nurses On The Conditions Of Spiritual Care And Spiritual Interventions İn Oncology Units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(1): 25-33.
- Ravari A, Vanaki Z, Houmann H, Kazemnejad.(2009). Spiritual Job Satisfaction İn An Iranian Nursing Context. *Nursing Ethics*, 16(1): 19-30.
- Restrepo-Madero E, Trianes-Torres M.V, Muñoz-García A, Alarcón R.(2016). "Cultural and Religious/Spiritual Beliefs and the Impact on Health that Fear to Death has on Gender and Age, Among a Romani Minority Group from Southern Spain." *Journal of Immigrant and Minority Health*;1-6.
- Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. (2012). Spirituality and spiritual caring nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environment. *J Clin Nurs*, 21: 2126-2135.
- Rooda, L.A., Clements, R., Jordan, M.L., (1999). Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum* 26, 1683-1687.
- Sağkal Midilli., T, Kalkım A, Dağhan Ş. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüş ve uygulamaları. *Journal of Human Sciences*; 14(1):666-77.
- Selvi, Y., & İnci, F. (2019). Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme karşı tutumları, manevi destek algıları ve bunlar arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).
- Sezer, H. K., Geçkil, E. (2018). Pediatri hemşirelerinin duygu gereksinimleri ile maneviyat ve manevi bakım hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(2), 167-174.
- Şahin M, Demirkıran F(2022). How Are the Experiences of Intensive Care Nurses Toward Caring for Dying Patient: A Qualitative Study *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2022;14(3):886-95
- Şahin M, Demirkıran F, Adana F.(2016). Nursing students' death anxiety, influencing factors and request of caring for dying people. *Journal of Psychiatric Nursing*.7(3):135-41.
- Şahin, M., “Hemşirelerde ölüm kaygısı, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlar ve etkileyen faktörler”, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2016.
- Şahin, M., Demirkıran, F., Adana, F. (2016). Nursing Students' Death Anxiety, Influencing Factors and Request of Caring For Dying People. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(3), 135–141.
- Tambağ, H., Mansuroğlu, S., Yıldırım, G. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: Bir pilot çalışma. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2), 159-164.
- Tanhan, F., Arı, F. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Ölüme Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3, 44-55.
- Taylor C, Lillis C, Lynn P, LeMone P. (2015). *Fundamentals of Nursing The Art And Science of Nursing Care: Spirituality*. Eighth Edition, China:Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams Wilkins;pp.1698-1711.

- Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P. (2011). Fundamentals of Nursing The Art And Science of Nursing Care: Spirituality . Seventh Edition, China: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams Wilkins, pp.1643-73.
- Tomarken A, Holland J, Schachter S, Vanderwerker L, Zuckerman E, Nelson C, et al.(2008). Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psychooncology*;17(2):105-11.
- Türk Dil Kurumu (2022). Spiritüallite. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 11.09.2022. Türk Dil Kurumu Sözlüğü, 2022.
- Uygur D. Hemşirelerin spiritüallite ve spiritüel bakım algısının belirlenmesi ve iş doyumu ile arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
- Uysal N., Ceylan E., Koç A. (2019). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ölmekte olan bireyin bakımına ilişkin tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 98-105.
- Uysal, N., Ceylan, E., Koç, A. (2019). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ölmekte olan bireyin bakımına ilişkin tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 98-105.
- Van Leeuwen R., Tiesinga, L.J., Middel, B., Post, D., Jochimsen, H.(2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *J Clin Nurs.*;18(20):2857-2869.
- Weathers E, McCarthy G, Coffey A.(2016). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*. 51(2):79-96.
- Wilkinson JM, Treas LS, Barnett KL, Smith MH. (2016). Fundamentals of Nursing: Spirituality. Third Edition. Philadelphia: F.A. Davis Company. pp.325-329.
- Yelen Akpınar Y, Aşti N.(2021). Maneviyat, Manevi Bakım, Manevi Bakımın Hemşirelikte Önemi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 127-140.
- Yelen Akpınar. Kübler-Ross'un Yas Süreci Modeline Göre Hemşireler Verilen Eğitimin Yas Süreci Yönetimine Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul, 2021.
- Yıldırım, D., Özer, Z., Bölüktaş, R. P. (2018). Hemşirelerin manevi bakım odaklı yaklaşımları. *Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi/Çekmece IZU Journal of Social Sciences*.
- Yılmaz M.(2011) Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spiritüallite, Doğası ve Hemşirelik İlişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Dergisi*. 14 (2): 61-70
- Yılmaz, E., & Vermişli, S. (2015). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 41-46.
- Yılmaz, E., Vermişli, S. (2015). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 41-46.
- Yılmaz, M.(2011). Holistik bakımın bir boyutu: spiritüallite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.14(2): 61-70.
- Zaybak, A., Erzincanlı, S. (2016). Hemşirelerin ölümüne karşı tutumları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 6, 16-29.

EKLER

Ek 1: Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu çalışma hemşirelerin spiritüel bakım algılarının ölüme ve ölüme yaklaşmakta olan hastalara bakım verme tutumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. İsminizi ve soy isminizi belirtmenize gerek yoktur. Sonuçların doğruluğu açısından lütfen hersoruya içtenlikle ve eksiksiz cevap veriniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Sevde KÜLCÜÖMEROĞLU
OMÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:

2. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar

3. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

4. Eğitim durumunuz:

() Sağlık Meslek Lisesi () Ön lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

5. Göreviniz: () Servis hemşiresi () Servis sorumlu hemşiresi

6. Kaç yıldır hemşire olarak çalışmaktasınız?.....

7. Hangi serviste çalışıyorsunuz?

8. Bulunduğunuz serviste kaç yıldır çalışmaktasınız?

9. Servisinizde çalışan toplam hemşire sayısı:

10. Hastanedeki çalışma statünüz: () Kadrolu () Sözleşmeli

11. Mesleğinizi sevmе durumunuz: () Seviyorum () Sevmiyorum () Kararsızım

12. Çalıştığınız servisten memnun olma durumunuz:

() Memnunum () Memnun değilim () Kısmen memnunum

13. Çalışma şekliniz: () Sürekli gündüz () Vardiya () Diğer (belirtiniz):

14. Haftada toplam kaç saat çalışıyorsunuz?

15. Günlük ortalama bakım verdiğiniz hasta sayısı:

Ek 2: Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği

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

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

Ek 2: (devamı)

	Maneviyat ve manevi bakıma ilişkin ifadeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
12.	Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşünüyorum.	5	4	3	2	1
13.	Maneviyatın, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
14.	Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.	5	4	3	2	1
15.	Maneviyatın, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünüyorum.	5	4	3	2	1
16.	Maneviyatın, tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
17.	Maneviyatın, insan ahlakını içeren bir konu olduğunu düşünüyorum.	5	4	3	2	1

Ek 3: Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği

	Manevi Bakım; hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedavilerine hiçbir şekilde müdahalede bulunmamak şartı ile talep eden hastalara manevi telkinde bulunmak, onları ruhsal ve moral yönden desteklemek, ibadetlerini hastalıklarının verdiği imkânlar çerçevesinde yerine getirmelerine rehberlik etmek ve yaşama dirençlerini desteklemek amacıyla sunulan manevi destek hizmetleridir.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	Bu ölçek; hemşirelerin manevi destek hakkındaki kanaatlerinizi tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen yan sütunda verilen derecelendirmeyi kullanarak sizin görüşlerinize en uygun seçeneği X ile işaretleyiniz.					
	Aşağıdaki maddeleri manevi desteğe ilişkin kendi durum ve görüşlerinize göre cevaplayınız.	0	1	2	3	4
1.	Hastaların fiziksel iyileşmesi için ruhi (manevi) iyileşmesinin de gerekli olduğu kanaatindeyim.	0	1	2	3	4
2.	Manevi desteğin, hastalık döneminde kişiye güven duygusu verdiği kanaatindeyim.	0	1	2	3	4
3.	Manevi desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceği kanaatindeyim.	0	1	2	3	4
4.	Hastaların tedavi sürecinde manevi moral desteğe ihtiyaçları olduğu kanaatindeyim.	0	1	2	3	4
5.	Manevi destek hastalarda psiko-sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.	0	1	2	3	4
6.	Manevi desteğin hastalardaki manevi sapmaları (hurafeleri) gidereceği kanaatindeyim.	0	1	2	3	4
7.	Manevi desteğin hastalarda yaşama direncini artıracak kanaatindeyim.	0	1	2	3	4
8.	Manevi desteğin hastalarda fiziki iyileşmeye de destek olacağı kanaatindeyim.	0	1	2	3	4
9.	Zaman zaman sağlık personelinin de manevi desteğe ihtiyacı olduğu kanaatindeyim.	0	1	2	3	4
10.	Sağlık personeli olarak hastalara manevi desteğin nasıl yapılacağını öğrenmek isterim.	0	1	2	3	4

Ek 3:(devamı)

	Lütfen yan sütunda verilen derecelendirmeyi kullanarak sizin görüşlerinize en uygun seçeneği X ile işaretleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
11.	Sağlık personeli olarak hastalara manevi destekte bulunmak isterim.	0	1	2	3	4
12.	Hastaların manevi desteği istemeye veya reddetmeye hakları olduğu kanaatindeyim.	0	1	2	3	4
13.	Hastanede, her türlü dini ve manevi sorunların danışılabilceği bir uzmana ihtiyaç var.	0	1	2	3	4
14.	Hastaların manevi bakımdan önem taşıyan eşyalarına saygı gösterilmelidir.	0	1	2	3	4
15.	Hastalar manevi gereksinimlerini (ibadet, kitap, vb.) hastane ortamında karşılayabilmelidir.	0	1	2	3	4

Ek 4: Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği

Aşağıdaki ifadelerde hasta bakımına katılan aile dışındaki bakım verici bireylerin bazı durumlar karşısında kendilerini nasıl hissettiklerini öğrenmek amaçlanmaktadır. Tüm ifadeler ölmekte olan birey ve ya da ailesinin bakımına ilişkin konuları içermektedir. Burada "Ölmekte olan birey" terminal hastalığı olan ve 6 ay ya da daha kısa süre yaşaması beklenen bireyler için kullanılmıştır.

Aşağıda verilen tutum ya da duruma ilişkin kendi düşüncelerinize uygun seçeneği (X) işaretleyiniz. Lütfen 30 maddenin tümünü cevapladığınızdan emin olunuz.

		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1.	Ölmekte olan kişiye bakım vermek değerli birdeneyimdir.					
2.	Ölüm bir kişiye olabilecek en kötü şey değildir.					
3.	Ölmekte olan bir kişi ile yaklaşan ölüm hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyarım.					
4.	Hastalarını kaybeden ailelerin bakımı acı ve yas dönemi boyunca devam etmelidir.					
5.	Ölmek üzere olan bir kimseye bakım vermek istemezdim.					
6.	Aileden olmayan bakımvericiler ölmek üzere olan bireyle ölüm hakkında konuşacak kişi olmamalıdır.					
7.	Ölmek üzere olan bir kişiye verilecek bakımsüresinin uzun olması beni sıkabilir.					
8.	Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey dahaiyi olma ümidini kaybederse üzülürüm.					
9.	Ölmek üzere olan kişi ile yakın bir ilişki kurmak zordur.					
10.	Ölmekte olan kişinin ölümü iyi karşıladığı zamanlar vardır.					

Ek 4: (devamı)

		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
11.	Ölmekte olan kişinin ölümü iyi karşıladığı zamanlar vardır.					
12.	Aile ölmekte olan kişinin fiziksel bakımında yer almalıdır.					
13.	Bakım verdiğim kişinin ben orada olmadığım anda ölmesini umarım.					
14.	Ölmekte olan bir kişi ile arkadaş olmaktan korkarım.					
15.	Bakım verdiğim kişi öldüğünde oradan kaçmak isteyebilirim.					
16.	Aileler ölmekte olan kişinin davranış değişikliklerini kabul etmede duygusal desteğe gereksinim duyarlar.					
17.	Hasta ölüme yaklaştıkça, aileden olmayan bakım vericiler hasta ile etkileşimini azaltmalıdır.					
18.	Aileler, ölmek üzere olan bireylerinin kalan ömrünü en iyi şekilde geçirmesini sağlamakla ilgilenmelidir.					
19.	Ölmekte olan bireyin kendi fiziksel bakım hakkında karar vermesine izin verilmemelidir.					
20.	Aileler, ölmek üzere olan yakınlarına mümkün olduğu kadar (çevrenin izin verdiği ölçüde) normal davranmalıdır.					
21.	Ölmekte olan bireyin duygularını dile getirmesi yararlıdır.					
22.	Bakım ölmekte olan bireyin ailesini de kapsamalıdır.					

Ek 4: (devamı)

		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
23.	Bakım vericiler ölmekte olan bireyler için ziyaretsaatlerinin esnek olmasına izin vermelidir.					
24.	Asıl karar-vericiler ölmekte olan birey ve ailesi olmalıdır.					
25.	Ölmekte olan bir birey söz konusu olduğundakullanılacak ağrı kesici ilaçlara bağımlılık bir sorun olmamalıdır.					
26.	Terminal dönemde olan bireyin odasınagirdiğinde onu ağlarken bulursam rahatsız olurum.					
27.	Ölmekte olan bireyler durumları hakkında dürüst cevap vermelidir.					
28.	Aileleri ölüm konusunda eğitmek aileden olmayan bakım vericilerin sorumluluğu değildir.					
29.	Ölmekte olan kişinin yanında olan aile üyeleri çoğu kez hastaya verilen bakıma karışırlar.					
30.	Aileden olmayan bakım vericiler hastaların ölümüne hazırlanmasına yardım edebilirler.					

*Aileden olmayan bakım verici ölmekte olan kişiye bakım veren, profesyonel ya da profesyonel olmayan kişi olup hastanın ailesinden birisi değildir.

Ek 5: Ölüme İlişkin Tutum Profili Ölçeği

Bu soru formu ölüm hakkında farklı tutumlara ilişkin çeşitli ifadeler içermektedir. Her bir ifadeyi dikkatle okuyarak katılma ya da katılmama yönündeki kararınızı yandaki 7 dereceli ölçek üzerinde belirtiniz. Örneğin, bir maddede yer alan "ölüm bir arkadaşdır" ifadesine ne kadar katıldığınızı ya da katılmadığınızı sıralanan seçenekler içerisinde size uygun olanı (X) işaretleyiniz.

Ölçeğin "*tamamen katılıyorum*" dan "*kesinlikle katılmıyorum*" a doğru ilerlediğine dikkat ediniz. Ancak kararsızım kategorisini mümkün olduğunca işaretlememeye çalışınız. Lütfen hiçbir cümleyi atlamamaya ve tek seçeneği işaretleyerek, değerlendirmeye özen gösteriniz. İfadeler birbiri ile aynı görünebilir, fakat her biri küçük de olsa bazı farklılıkları içermektedir.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Biraz Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Ölüm şüphesiz acı bir deneyimdir.							
2. Kendi ölme ihtimalim bende kaygı yaratır.							
3. Ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanıyorum.							
5. Ölüm tüm sıkıntılarıma son verecektir.							
6. Ölüm, doğal, inkar edilemez ve kaçınılamaz bir olay olarak görülmelidir							
7. Ölümle yok oluş beni huzursuz ediyor.							
8. Ölüm, sonsuz memnuniyet verici bir yere giriştir.							
9. Ölüm, bu berbat dünyadan kaçışı sağlar.							
10. Ölüm düşüncesi her aklıma geldiğinde kafamdan uzaklaştırmaya çalışırım.							
11. Ölüm, acı ve ısrıaptan kurtuluştur.							
12. Sürekli ölümü düşünmemeye çalışırım.							
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olduğuna inanıyorum.							
14. Ölüm hayatın doğal bir parçasıdır.							
15. Ölüm Tanrı'ya kavuşma ve ebedi bir huzurdur.							
16. Ölüm yeni ve harika bir hayatı vaat eder.							
17. Ölümünden ne korkarım ne de onu beklerim.							
18. Yoğun bir ölüm korkum var.							
19. Ölüm hakkında düşünmekten tamamen kaçınırım.							

Ek 5: (devamı)

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Kararsızım	Biraz Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
20. Ölümünden sonra hayat konusu benifazlasıyla rahatsız eder.							
21. Ölümün her şeyin sonu olacağı anlamına gelmesi gerçeğini bilmek beni korkutur.							
22.Öldükten sonra sevdiklerimle bir araya gelmeyi bekliyorum.							
23. Ölümü dünyevi ıstıraptan kurtuluş olarak görürüm.							
24. Ölüm, basit bir anlatımla yaşam sürecinin bir parçasıdır.							
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
26. Ölüm konusuna yönelik bir şey yapmamaya çalışırım.							
27. Ölüm ruha harika bir özgürlük sağlar.							
28. Ölüm ile yüzleşmemde bana rahatlık veren tek şey ölümünden sonraki hayata olan inancımdır.							
29. Ölümü bu hayatın yükünden kurtuluş olarak görürüm.							
30. Ölüm, ne iyi ne de kötüdür.							
31. Ölümünden sonraki hayatı özlemle bekliyorum.							
32. Ölümünden sonra ne olacağını bilmemenin yarattığı belirsizlik beni kaygılandırıyor.							

Ek 6: Nitel Veri Görüşme Soruları

Acıklama ve İzin:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında yürütmekte olduğum “**Hemşirelerin Spiritüel Bakım Algılarının Ölüm ve Ölüm Yaklaşmakta Olan Hastaya Bakım Verme Tutumu Üzerine Etkisi**” isimli yüksek lisans tez çalışmam kapsamında sizlerle görüşme yapmak istiyorum. Görüşme sonucunda hemşirelerin spiritüel bakım algılarının, ölüm ve ölüm yaklaşmakta olan hastaya bakım verme tutumu üzerine etkisinin belirlenmesine katkıda bulunmuş olacaksınız. Yapılan görüşme ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınacak, veriler araştırmacı tarafından word belgesine dökümanteye edilecektir. Veriler word belgesine aktarılırken kişisel verileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacak, üçüncü bir kişiyle asla paylaşılmayacaktır. Dokümanda kimlik bilginiz yerine araştırmacı tarafından verilen ad/kod belirtilecektir. Çalışma gönüllülük esasına dayanmakta olup istediğiniz zaman görüşmeyi sonlandırıp çalışmadan ayrılabilirsiniz. Sonuçların doğruluğu açısından her soruya içtenlikle ve eksiksiz cevap vermeniz oldukça önemlidir. Çalışmamıza verdiğiniz katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Sevde KÜLCÜÖMEROĞLU

Yukarıdaki bilgilendirmeyi okuyup anlayarak çalışmaya katılmayı gönüllü kabul ediliyorum.

Görüşmeye Katılan Kisinin Adı / Araştırmacı Tarafından Verilen Kod:

Tarih/ Saat:

İmza

Ek 6: (devamı)

Tanıtıcı Sorular

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz?
3. Eğitim durumunuz?
4. Medeni durumunuz?
5. Çalışma yılınız?
6. Hangi birimde çalışıyorsunuz?

Görüşme Soruları

1. Sizce spiritüel bakım nedir? Açıklayabilir misiniz?
2. Çalıştığınız serviste hastalarınıza spiritüel bakım verdiğinizi düşünüyor musunuz?
3. Sizce hemşirelerin spiritüel bakım sunumunu kolaylaştıran faktörler nelerdir?
4. Sizce hemşirelerin spiritüel bakım sunumunu engelleyen faktörler nelerdir?
5. Spiritüel bakım sunmak için hemşirelerin çalışma koşulları sizce nasıl olmalıdır?
6. Spiritüel bakım ve dini faktörler arasındaki ilişki hakkında düşünceleriniz nelerdir?
7. Ölüm hakkındaki (kendi, yakın çevresi, hasta vb.) düşünceleriniz nelerdir?
8. Ölüm sizde hangi duyguları çağrıştırmaktadır?
9. Ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım sunmak ister misiniz?
10. Ölüme yaklaşmakta olan hastaya bakım sunmaktan çekinir misiniz?
11. Ölüme yaklaşan hastaya bakım vermek hakkında düşünceleriniz nelerdir?
12. Ölüme yaklaşmakta olan hastaya hangi bakım uygulamalarını yapmak istersiniz?
13. Ölüme yaklaşmakta olan hastaya verilen spiritüel bakımın, hastayı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?
14. Ölüme yaklaşmakta olan hastalara spiritüel bakım verme konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

Son olarak: Araştırma kapsamında değinmediğim fakat önem arz ettiğini düşündüğünüz konu, görüş ve düşünceleriniz var ise belirtebilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ederek çalışmaya katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

**Ek 7: Nitel Çalışmaların Raporlanmasında Kullanılan Konsolide Kriterler
(COREQ)**

Sayı	Madde	Rehber Sorusu/Açıklaması
Araştırma Ekibi ve Düşünümsellik		
1	Görüşmeci/kolaylaştırıcı	Görüşmeler tezin yazarı ve bağımsız bir gözlemci tarafından gerçekleştirilmiştir
2	Akademik dereceler	...
3	Meslek	Hemşire
4	Cinsiyet	Kadın
5	Deneyim ve eğitim	Araştırmacı nitel araştırma kursuna katılmış olup danışmanın nitel araştırmaları bulunmaktadır.
Katılımcılarla İlişki		
6	Kurulu ilişki	Görüşme öncesinde katılımcılar ile iletişime geçilerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Kabul edenler ile görüşme için uygun gün ve saat belirlenmiştir
7	Katılımcıların görüşmeciyle ilgili bilgisi	Araştırmanın amacı hakkında katılımcılara bilgi verilmiştir.
8	Görüşmecinin özellikleri	Araştırma yöntemi ve konusuna dair yetkinliği hakkında bilgi verilmiştir
Araştırmanın Tasarımı		
Kuramsal Çerçeve		
9	Metodolojik yönelim ve kuram	Betimleyici fenomenolojik yaklaşım
Katılımcıların Seçilmesi		
10	Örnekleme	Amaçlı örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme yöntemi
11	Katılımcılara ulaşma yöntemi	Yüz yüze
12	Örneklem büyüklüğü	12 katılımcı
13	Katılmama durumu/katılımcı reddi	0 katılımcı
Ortam/Saha		
14	Veri toplama sahası (öneri: verinin toplandığı yer)	Üniversite hastanesi
15	Katılımcı olmayanların varlığı	Nitel araştırma konusunda deneyimli bağımsız gözlemci
16	Örnekleme ilişkin açıklama	Bir yıldan fazla çalışma deneyimi olan hemşireler
Veri Toplama		
17	Görüşme rehberi	Pilot çalışma yapılmıştır
18	Tekrarlanan görüşmeler	Tekrarlanan görüşme olmamıştır
19	Ses/görüntü kaydı	Ses kaydı yapılmıştır
20	Saha notları	Gözlemci notları alınmıştır
21	Süre	Ortalama süre 30 dakikadır
22	Veri doygunluğu	Veri doygunluğuna ulaşılmıştır
23	Transkriptlerin geri iletilmesi	Rastgele seçilen iki katılımcıyla tema, alt tema ve transkriptler gönderilerek geri bildirim alınmıştır

Ek 7: (devamı)

Veri Analizi		
24	Veri kodlayanların sayısı	İki
25	Kodlama ağacının açıklaması	Yapılmıştır
26	Temaların türetilmesi	Temalar içerik analizi yapılarak verilerden türetildi
27	Yazılım	MAXQDA 2022 kullanılmıştır
28	Katılımcı kontrolü	Evet
Raporlama		
29	Alıntıların gösterilmesi	Katılımcı paylaşımlarına çokca yer verildi
30	Verilerin ve bulguların tutarlılığı	Tutarlıydı
31	Ana temaların açıklığı	Sunuldu
32	Alt temaların açıklığı	Vardı

Ek 8: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Uyarlayıcısından Alınan Kullanım İzni

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Kullanım İzni



Sevdâ Külcüoğlu
Alıcı: safak.daghan

29 May 2021 Cmt 13:54

Sayın hocam,

Sayın Bayık ile birlikte Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeğini" Yüksek Lisans tez çalışmam kapsamında kullanabilmem için gerekli izni verilebilmesini arz ederim. Ölçeğin kullanımı tarafınızdan uygun görüldüğü takdirde ölçek maddeleri ile puanlamasına için bilgileri paylaşabilirseniz son derece memnun olurum.

Saygılarımla.

safak daghan

16 Haz 2021 Çar, 15:14 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Prof.Dr.Ayla Bayık Temel ile birlikte yaptığımız Maneviyat ve Manevi Bakım Algılama ölçeğinin kullanımına ilişkin izin istek mailinizi aldım. Öncelikle ilginize teşekkür ederiz. Bu güne kadar ölçeği kullanmak isteyen çok sayıda araştırmacı oldu ve tümüne bu izni verdik. Sizde araştırmanızda kullanma isteğinizi memnuniyetle karşıladık. Bir konuda sizin onayınızı almamız gerekiyor, şöyle ki sizden önceki tüm başvuranlardan da ricamız, çalışmanın sonunda SPSS te kodlanmış verilerini bize de göndermeleriydi. Sizden de ricamız, sizin **onay verdiğiniz zamandan sonra** göndereceğiniz araştırma verilerinizi (SPSS veri tabanı) ,diğer araştırmacıların göndermiş olduğu önceki verilerle birlikte ölçeğe ilişkin bir değerlendirme yapmak üzere kullanmaktır. Bu konuda geri bildiriminizi bekliyoruz. İlginize tekrar teşekkür ederiz.

Ek 9: Manevi Destek Algısı Ölçeği Sahibinden Alınan Kullanım İzni

Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği Kullanım İzni

7 İlet

Sevde Külcüömeroğlu

29 Mayıs 2021 13:57

Alıcı:

Sayın hocam,
Sayın Kavas ile birlikte geliştirmiş olduğunuz "Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği" Yüksek Lisans tez çalışmam kapsamında kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesini arz ederim. Ölçeğin kullanımı tarafınızdan uygun görüldüğü takdirde ölçek maddeleri ile puanlamasına için bilgileri paylaşırsanız son derece memnun olurum.

Saygılarımla.

Sevde Külcüömeroğlu
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Dr. Kavas

29 Mayıs 2021 15:18

Alıcı: Sevde Külcüömeroğlu

MANEVİ DESTEK ALGISİ Ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Yayınlandıktan sonra bir örneğini gönderirseniz memnun olurum.

Dr. Erkan KAVAS Nurgül KAVAS

Sevde Külcüömeroğlu

29 May 2021 Cmt, 13:58 tarihinde şunu yazdı:

[Ayrıntıları için tıklayın]

Ek 10: Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Ölüm İlişkin Tutum Profili Ölçeği Uyarlayıcısından Alınan Kullanım İzni

Fwd: Ölüm İlişkin Tutum Profili ile Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği Kullanım İzni

3 İlet

6 Haziran 2021 17:56

Merhaba, Ölüm İlişkin Tutum Profili ile Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim

BANU ÇEVİK

----- Original Message -----

Subject: Ölüm İlişkin Tutum Profili ile Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği Kullanım İzni

Date: 2021-05-29 14:02

From: Sevde Külcüömeroğlu <>

To:

Sayın hocam,

Sayın Kav ile birlikte Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Ölüm İlişkin Tutum Profili" ve "Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği" Yüksek Lisans tez çalışmam kapsamında kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesini arz ederim. Ölçeğin kullanımı tarafınızdan uygun görüldüğü takdirde ölçek maddeleri ile puanlamasına için bilgileri paylaşabilirseniz son derece memnun olurum.

Saygılarımla.

Ek 11: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLINİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/407-902

21.02.2023

Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Hemşirelerin Spiritüel Bakım Algılarının Ölüm ve Ölüm Yaklaşmakta Olan Hastalara Bakım Verme Tutumları Üzerine Etkisi başlıklı OMÜ KAEK 2021/296 Karar nolu Anket çalışması/nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekeç, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 yıl geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 24.06.2021 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

**Ek 12: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma ve Merkezi
Araştırma Kurum İzni**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-15374210-302.08.01-89312
Konu : Anket İzni (Sevde KÜLCÜÖMEROĞLU) Hk.

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 27.07.2021 tarihli ve E-72975315-044-89130 sayılı yazınız.

Enstitümüz Hemşirelik Ana Bilim Dalı tezli yüksek lisans öğrencisi Sevde KÜLCÜÖMEROĞLU'nun Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında yürüttüğü " Hemşirelerin Spiritüel Bakım Algılarının Ölümüne ve Ölümüne Yaklaşmakta Olan Hastalara Bakım Verme Tutumları Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını 28.07.2021-28.07.2022 tarihleri arasında hastanemize bağlı hemşirelerle anket çalışması yapmak isteği Merkez Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Davut GÜVEN
Başhekim Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 8UR2-BDZ6-0314

Belge Doğrulama Adresi : <https://ebysorgu.omu.edu.tr>

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Telefon No : 0362 312 19 19

e-Posta :

Fax No : (362) 457 60 29

İnternet Adresi : <http://www.omu.edu.tr/>

Bilgi İçin : Hava Konaçoğlu

Veri Giriş Personeli

Telefon No:



Ek 13: Nitel Araştırma Kursu Katılım Belgesi



ÖZGEÇMİŞ

Sevde Külcüömeroğlu, 2016 yılında Kastamonu’da bir Anadolu Lisesinden mezun oldu. 2016 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümünde lisans eğitimine başladı. Lisans eğitimini tamamladıktan sonra 2020 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans programına girdi. 2022 yılı ocak ayında Boyabat Devlet Hastanesinde, palyatif bakım hemşiresi olarak göreve başladı. Orta derecede İngilizce bilmekte olup temel ilgi alanları yara bakım, yatağa bağımlı ve kronik hastalık tanısı almış olan bireyin bakımı, yoğun bakım hemşireliği ve hemşirelik bakımındır (2023).

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0003-4639-9822

Yayınlar:

- 1.Külcüömeroğlu, S., Çamlıca, T. & Koç, Z (2022). Factors related to nurses’ attitudes toward the principles of dying with dignity. New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences. 2022(1), 102- 110.
- 2.Külcüömeroğlu, S., Danacı, E. & Koç, Z. (2022). The relationship between ‘meaning in life’ and the level of distress tolerance in nurses. New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences. 2022(1), 111-121.