

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**MANEVİ BAKIM VERME ÖLÇEĞİ'NİN HEMŞİRE
GRUBUNDA GÜVENİRLİK VE GEÇERLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe GÜZEL

İstanbul

Temmuz, 2020

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

MANEVİ BAKIM VERME ÖLÇEĞİ'NİN HEMŞİRE GRUBUNDA
GÜVENİRLİK VE GEÇERLİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe GÜZEL

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ

İstanbul
Temmuz, 2020

TEZ ONAY SAYFASI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman, Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ

(İmza)

Üye, Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

(İmza)

Üye, Dr. Öğr. Üyesi. Hatice KARABUĞA YAKAR

(İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

İmza

Prof. Dr. Ali GÜNEŞ

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Manevi Bakım Verme Ölçeği’nin Hemşire Grubunda Güvenirlik ve Geçerliği**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Ayşe GÜZEL

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgilerinden faydalandığım, bilim öğrenme isteğimi ve heyecanımı artıran, tezimin tüm aşamalarında bilgi ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ'a, bilgi ve hoşgörüsü ile tezimin istatistiksel analizlerini yapan değerli hocam Doç.Dr. Arif ÖZER'e ve yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Erhan GÜZEL ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe GÜZEL

İstanbul-2020

ÖZET

MANEVİ BAKIM VERME ÖLÇEĞİ'NİN HEMŞİRE GRUBUNDA GÜVENİRLİK VE GEÇERLİĞİ

Ayşe GÜZEL

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez danışmanı: Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ

Temmuz-2020,86 Sayfa

Çalışmanın amacı Tiew ve Creedy (2012) tarafından geliştirilen, Çoban ve arkadaşlarının (2017) Türkçe uyarladıkları “Manevi Bakım Verme Ölçeği” (Spiritual Care-Giving Scale)’nin hemşire grubunda güvenirlik ve geçerliğinin incelenmesidir. Araştırma metodolojik olarak planlanmıştır. Araştırmanın örneklemini palyatif bakım merkezi, yoğun bakım ünitesi ve onkoloji servisinde çalışan 219 hemşire oluşturmuştur. Verilerin analizinde güvenirlik için Cronbach Alpha (α), Tabakalı Alpha Katsayıları, Madde-toplam puan korelasyonu ve Test-tekrar test korelasyonuna bakılmıştır. Geçerlilik analizinde Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile Benzeme ve Ayırma Geçerliği yöntemleri kullanılmıştır.

Cronbach Alpha değerleri tüm boyutlar için kabul edilen değerin üzerinde bulunmuştur. Ölçeğin toplamına ait Cronbach $\alpha=.95$ ölçeğin alt boyutları için α değerleri sırasıyla .89, .92, .88, .83, .72 olarak bulunmuştur. Tabakalı α katsayısı .99 olarak belirlenmiştir. Madde Toplam Puan Korelasyonları .402 ile .729 ($p<0,001$) arasında değerler almıştır.

DFA ‘da ölçek maddelerinin faktör yükleri arasında .40 ile .97 arasında, GFI>.92, RMSEA<.80 ve SRMR<.90 değerleri bulunmuştur. Benzeme geçerliği ne ilişkin analiz sonuçlarında standart regresyon ağırlıklarının (λ)>.50, yapı güvenirlik katsayısının(ω)> .70 olması, bir faktörde açıklanan ortalama varyansın (AVE)> .50 ve (ω)>AVE’den büyük olduğu gözlenmiştir. Bu değerler benzeme geçerliğini sağladığını gösterir. Ayırma geçerliğinde ise tüm boyutlar için $ASV<AVE$ olmasına karşın, sadece F2 boyutu için $MSV>AVE$ ve \sqrt{AVE} değerinin diğer faktörlerle korelasyonlarından büyük olduğu görülmektedir. Bu sonuçlarda bize ölçeğin ayırma geçerliğini kısmen sağladığını göstermektedir. Geçerliğe ilişkin yapılan tüm analizler

sonucunda orijinal modele ilişkin beş faktörlü yapıyı doğruladığı, madde ve alt boyutların ölçekle ilişkili olduğu ve maddelerin bağlı olduğu alt boyutları yeterince açıkladığı görülmüştür.

Araştırma sonucunda yapılan tüm analizlere göre “Manevi Bakım Verme Ölçeği” hemşire grubu için güvenilir ve geçerli bir ölçek olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Maneviyat, Manevi Bakım, Güvenirlik, Geçerlik



ABSTRACT

VALIDITY AND RELIABILITY OF SPIRITUAL CARE-GIVING SCALE IN NURSE GROUP

Ayşe GÜZEL

Master's Thesis, Internal Medicine Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Rukiye Pınar BÖLÜKTAŞ

Jun 2020, 80 Pages

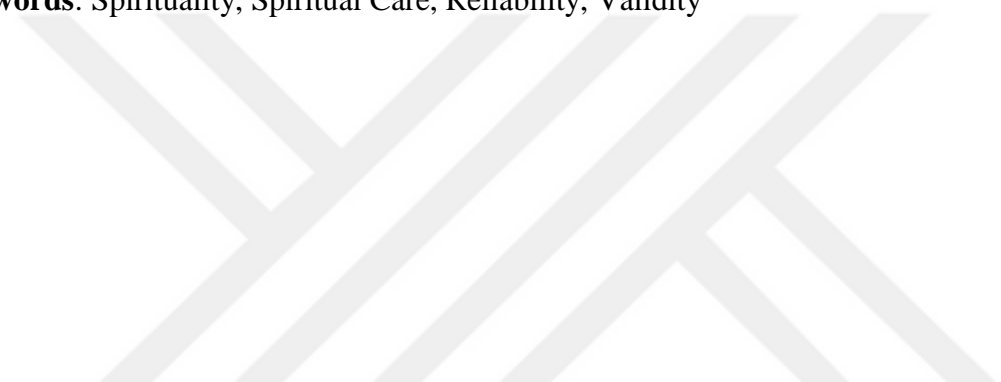
The aim of the study is to examine the validity and reliability of the Spiritual Care-Giving Scale, developed by Tiew and Creedy (2012), and adapted to Turkish by Çoban et al. (2017), in the nurse group. The study was planned methodologically. The population of the study consisted of 750 nurses working at the palliative care centers, intensive care units and oncology clinics of 17 public hospitals as endorsed by the Provincial Health Directorate in Istanbul. The requirement for having worked at least one year at the relevant unit for the nurses to participate in the study, the shift work and excused leaves (for childbirth, etc.) made it difficult to find eligible participants and therefore, the study group was restricted to 209 nurses. The General Information Form and the Spiritual Care-Giving Scale were used as data collection tools. Percent, frequency, Cronbach's alpha (α), McDonald's omega (ω), layered alpha coefficients, item-total correlation and test-retest correlation were used in the analysis of the data. In analyzing the construct validity, confirmatory factor analysis (CFA) and convergent and discriminant validity methods were utilized.

In the study's findings, Cronbach's alpha values for validity were found to be above the acceptable value for all dimensions. Cronbach's alpha was found to be .95 for the total scale and .89, .92, .88, .83, and .72, respectively, for its sub-scales, respectively. Layered alpha coefficient was determined to be .99. The item-total score correlations were taken as values between .402 and .729 ($p < 0.001$). For validity, CFA produced the factor loading values between .40 and .97, as well as $GFI > .92$, $RMSEA < .80$ and $SRMR < .90$. In the findings related to convergent validity, the standard regression weights was found to be $(\lambda) > .50$ and construct reliability coefficient $(\omega) > .70$, and it was observed that the average variance explained in a factor was $(AVE) > .50$ and (ω) was greater than (AVE) . Based on these values, it can be said that convergent validity was fulfilled. In discriminant validity, although ASV was smaller than

AVE for all dimensions, it was found that MSV was greater than AVE only for F2 dimension and $\sqrt{\text{AVE}}$ value was greater than correlations with other factors. The findings indicated that the scale partially fulfilled discriminant validity. As a result of all analysis related to validity, it was found that the five-factor construct concerning the original model was validated and the items and sub-dimensions were correlated to the scale and the items sufficiently explained the sub-dimension to which they are related.

Based on all analysis conducted as part of the study, the Spiritual Care-Giving Scale was found to be a reliable and valid scale for the nurse group.

Keywords: Spirituality, Spiritual Care, Reliability, Validity



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Önemi.....	1
1.2. Problem.....	2
1.3. Amaç.....	3
İKİNCİ BÖLÜM.....	4
2.1. Maneviyat Kavramı.....	4
2.2. Manevi Bakım.....	5
2.3. Sağlık ve Manevi bakım.....	6
2.3.1. Spritüel Distres.....	7
2.4. Hemşirelik ve Manevi Bakım.....	8
2.5. Palyatif Bakım Hemşireliği ve Manevi Bakım.....	10
2.6. Yoğun Bakım Hemşireliği ve Manevi Bakım.....	12
2.7. Onkoloji Hemşireliği ve Manevi Bakım.....	13
2.8. Maneviyat ve Manevi Bakımın Değerlendirilmesi.....	14
2.9. Güvenilirlik ve Geçerlik.....	16
2.10. Güvenirlik.....	16
2.10.1. İç Tutarlık.....	17
2.10.2. Değişmezlik.....	18
2.10.3. Bağımsız Gözlemler Arası Uyum.....	19
2.11. Geçerlik.....	19
2.11.1. Yüzey Geçerliği.....	20

2.10.2. İçerik/Kapsam Geçerliği.....	20
2.10.3. Ölçüt Geçerliği.....	20
2.10.4. Yapı Geçerliği.....	20
2.10.5. Faktör Analizi.....	21
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	24
YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Modeli.....	24
3.2. Araştırmanın Etik Boyutu.....	24
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.5. Kullanılan Gereçler.....	25
3.5.1.Genel Bilgi Formu (EK 1)	25
3.5.2. Türkçe Manevi Bakım Verme Ölçeği (EK 2.....	25
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.6.1. Ölçeğin Güvenirliği.....	27
3.6.2. Ölçeğin Geçerliği.....	29
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	33
BULGULAR	33
4.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	33
4.2. Ölçeğin Güvenirlik Analiz Bulguları.....	35
4.2.1. Manevi Bakım Verme Ölçeğinin Cronbach α Güvenirlik Katsayıları.....	35
4.2.2. Manevi Bakım Verme Ölçeğinin Madde Toplam Puan Analizi.....	36
4.2.3. Test tekrar test Analizi.....	38
4.3. Ölçeğin Geçerlik Analiz Bulguları.....	38
4.3.1. Doğrulayıcı Geçerliği.....	38
4.3.2. Benzeme ve Ayırma Geçerliği.....	40
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	42
DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA.....	42
5.1. Güvenirlik.....	42
5.1.1. İç Tutarlılık.....	42
5.1.2. Zamana Karşı Değişmezlik.....	44
5.2. Geçerlik Analiz Sonuçları.....	45
SONUÇ.....	49

ÖNERİLER.....	51
KAYNAKÇA.....	52
EKLER.....	58



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Spiritüel İnançlar İçin Değerlendirme.....	15
Tablo 2. Yapısal Eşitlik Modelinde Uyum İndeksinin Kriterleri ve Kabulü İçin Kesme Noktaları.....	23
Tablo 3. MBVÖ'nin Boyutlara Göre Maddelerin Dağılımı.....	26
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hemşirelere İlişkin Sosyo-Demografik Verilerin Dağılımı (N=209)	33
Tablo 5. MBVÖ'nin ve alt boyutlarının Cronbach α Güvenirlik Katsayısı (N=219)	35
Tablo 6. MBVÖ maddelerinin Madde Toplam Puan Korelasyon Analizi (N=219)	36
Tablo 7. MBVÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Test- Tekrar Test Puan Ortalamaları ve Korelasyonları.....	38
Tablo 8. MBVÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları.....	38
Tablo 9. MBVÖ Önerilen Modele İlişkin Madde- Faktör Korelasyonları (Faktör Yükleri)	39
Tablo 10. MBVÖ Benzeme ve Ayırma Geçerliğine İlişkin Katsayılar.....	40

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1. Gerekli Örneklem Büyüklüğü için Güç ve I. Tip Hata.....31
- Şekil 2. MBVÖ Kuramsal Model Standart Regresyon Ağırlıkları.....41



KISALTMALAR LİSTESİ

AFA:	Açıklayıcı Faktör Analizi
CFI:	Comparative of Fit İndeks (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DFA:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GFI:	Goodness of Fit İndeks (İyilik Uyum İndeksi)
KGİ:	Kapsam Geçerliği İndeksi
KGO:	Kapsam Geçerliği Ortalaması
PBM:	Palyatif Bakım Merkezi
RMSEA:	Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Kare-Kökü)
SCGS:	Spiritual Care-GivingScale
SRMR:	Standardized Root Mean Square Residuals (Standardize Edilmiş Artık Ortalamaların Kare-Kökü)
YBÜ:	Yoğun Bakım Ünitesi
YEM:	Yapısal Eşitlik Modellemesi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Önemi

Dünyada spiritualiteye ilgi giderek artmaktadır. Bunun sebebi olarak bilimin çare olamadığı ölüm, acı çekme, kayıp, ağrı gibi birtakım sorunlar, yaşamda anlam bulma isteği ve bazen tüm maddi imkânlarla rağmen bulunamayan huzur ve mutluluk arayışı gösterilebilir (Yılmaz, 2011).

Spiritualite dilimizde maneviyat olarak kullanılır. Maneviyat teriminin birçok anlamı bulunmaktadır ve bu konuda tam bir görüş birliğine varılamamıştır. Maneviyat genel olarak ruhun varlığını kabul eden inancı ifade eder (Tuncer, vd., 2016).

Yaşamın temel üç unsuru akıl, beden ve ruhtur. Bu üç unsurun uyum içinde ve dengeli olması gerekmektedir. Öyle ki ayrı ayrı ihtiyaçları bulunan beden, akıl ve ruhun birinin karşılanıp diğerinin ihmal edildiği durumlarda denge bozulur ve sağlık problemleri ortaya çıkar. Yapılan bir çalışmada 248 kanserli hastanın %40'ndan fazlası manevi ihtiyaçlarının karşılanması durumunda baş etme güçlerinin arttığını, hayatlarında anlam bulduklarını ve umutlarının arttığını ifade etmişlerdir (Moadel, vd.,1999). Bu nedenle beden ve aklın olduğu kadar ruhun ihtiyaçları da karşılanarak ruhun bakımı, bir diğer deyişle manevi bakım sağlanmalıdır (Tuncer, vd., 2016).

Ülkemizde manevi bakım deyince ilk akla gelen dini bakım olsa da, manevi bakım dini bakımı da kapsayan daha geniş bir yelpazeye sahip bakımdır. Farkında olarak ya da olmayarak aslında herkes hayatının bir döneminde sevdiklerine manevi bakım vermektedir. Örneğin; bireyler yakınlarının acı çekme, kayıp ve ölüm gibi yaşamlarında anlam aradığı zor zamanlarında, onları dinleyerek, elinden tutup yanında olduğunu hissettirerek, birlikte dua ederek aslında onlara bir şekilde manevi bakım uygulaması yapmaktadırlar(Zehtab ve Hajbaghery, 2014).

Manevi bakım gereksiniminin en çok olduğu durumlardan biri kişinin yaşamını tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya geldiği zamanlardır. Çoğunlukla hastanelerin palyatif bakım merkezi (PBM), yoğun bakım ünitesi (YBÜ) ve onkoloji servislerinde ölümlle yüzleşmek zorunda kalan bu hastalarla en fazla vakit geçiren şüphesiz hemşirelerdir. Hemşirelerin bütüncül bir bakım verebilmesi için hastaların manevi

bakım gereksinimlerinin farkında olarak buna yönelik bakım uygulamaları gerekir (Çınar ve Eti Aslan, 2017).

1.2. Problem

Ülkemizde yapılan araştırmalara göre hemşireler zaman ve personel sayısındaki yetersizler, yoğun iş temposu ya da konu ile ilgili uzmanın bu işi yapması gerektiği düşüncesinde olmasından dolayı manevi bakım veremediklerini belirtmişlerdir (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

PBM, YBÜ ve onkoloji servislerinde çalışan hemşireler sıklıkla ölüm, acı çekme, ağrı gibi kişiye manevi rahatsızlık veren durumlarla sıkça karşılaşmaktadırlar. Bu durum hemşirelerin ruhsal durumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Etkili bir manevi bakım sağlayabilmek için hemşirenin kendi maneviyatının farkında olması gerekir. Hemşirelerin ruhsal sorunlar karşısında baş etme yöntemleri, inancı, yaşamın anlamı hakkındaki düşünceleri bakım verdiği bireylerin manevi bakım gereksinimlerine olan duyarlılığını etkiler (Tuncer, vd., 2016). Bu bakımdan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım verme konusundaki görüşlerinin incelenmesi önemlidir. Literatürde bu iki olguyu ayrı ayrı ele alan ölçekler mevcuttur. Tiew ve Creedy (2012) tarafından, bu iki olguyu birlikte değerlendirebilecek özellikte olan öğrenci hemşirelere yönelik Spiritual Care-Giving Scale (SCGS) geliştirilmiştir. Ülkemizde Çoban ve arkadaşları (2017) ölçeği SCGS'yi Türkçeye uyarlayarak Manevi Bakım Verme Ölçeği (MBVÖ) olarak adlandırmışlar; güvenirlik geçerlik çalışmasını, orijinal ölçekte olduğu gibi, öğrenci hemşirelerde yapmışlardır. Her iki çalışmada ölçeğin klinisyen hemşireler üzerinde de psikometrik özelliklerinin incelenmesi gerekliliğinden söz edilmiştir (Tiew ve Creedy, 2012; Çoban, Şirin ve Yurttaş, 2017). Takip eden zamanlarda ülkemizde yapılan iki çalışmada (Sis Çelik, vd.2014; Akgün Kostak, Çelikalp ve Demir, 2010)Türkçe MBVÖ kullanılmasına karşın, hâlihazırda bu ölçeğin hemşire örnekleminde kullanılmaya uygun olup olmadığını bilinememektedir.

Amaç

Çalışmanın amacı manevi bakım gereksinimi hastanelerin diğer birimlerine oranla daha yüksek olduğu varsayılan PBÜ, YBÜ ve onkoloji servisinde çalışan hemşirelerde MBVÖ'nin güvenilirlik ve geçerliğini test etmektir.



İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.1. Maneviyat Kavramı

Spiritualite terimi Latince spiritus kelimesinden türemiş nefes almak anlamına gelen bir kelimedir. Spiritualite dilimizde Arapça kökenli maneviyat kelimesi olarak kullanılmaktadır(Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017). Türk Dil Kurumu spiritualiteyi “maddi olmayan, manevi şeyler” olarak açıklamıştır(TDK, 2020). Literatürde birçok tanımı yapılan maneviyatın toplumun kültürel ve dini özelliklerine göre farklı tanımları yapılmış ve bu konuda tam olarak fikir birliğine varılamamıştır. Hutchinson (1997), maneviyatı “*bireyin üstün güçle/Tanrıyla (kişi nasıl tanımlıyorsa) dinamik ilişkisini sürdürmesi için gerekli faktör veya faktörler*”; White, Peters ve Schim ise (2011), “*kişinin iç dünyası ile ilgili şeyler, maddi olmayan doğaüstü güç-kuvvet; güçlükler, tehlikeler karşısında inanç ve ahlaki değerlere bağlılıktan doğan dayanma gücü; ruh, kuvvet ve moral*” olarak tanımlamıştır.

Maneviyat; kendisinden daha üstün bir güçle bağlantıda olma, yaşamında anlam bulma, bireyin içsel yolculuğu, kendisi ve çevresiyle iletişimi, yaşam deneyimleri sonucunda kazandığı bilgileri, varoluşuna ve insan hayatına yüklediği anlamdır (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010).

Maneviyat insan olmanın bir boyutu ve doğuştan kişiye özgü bir özelliktir; subjektif olmasından dolayı maneviyatın sınırları belirsizdir, daha çok dinle ilgili bir kavram olarak algılansa da dini değerleri ve uygulamaları da kapsayan geniş bir kavramdır (Pınar Bölüktaş, 2018).Bu durumu Bash (2004) üç yaklaşımla açıklamaktadır:

- 1) Tanrıcı olmayan yaklaşım: Bu yaklaşımda kişi iç dünyasının farkındadır. Kendisinden üstün bir gücü kabul etmek yerine kendi üstünlüğünü kabul eder; ancak bu durum bencillik olarak değil, başkalarının mutluluğuna öncül olmayı gerektirir. Bireyin içsel barış halidir.
- 2) Tanrıcı yaklaşım: Bu yaklaşımda üstün bir gücü kabul etme ve onunla bağlantıda olma durumu vardır; bu deneyim sonucunda öğrenme ve değişim gerçekleşir

3) Medya yolu ile yaklaşım: Bu yaklaşım herhangi bir dine inanmayanların düşünce şekilleri hakkında bilgi verir. Bireyüstün bir gücü kabul eder ve arada başka biri bulunmadan düşünce ve dil ile iletişime geçebilir; ancak istediği cevapları bulmada üstün güce gerek olmadığını da savunur.

Ross (1995) maneviyatı anlam ve amaç, yaşama isteği, kendine/diğerlerine ve tanrıya güven olarak üç alanda tanımlamıştır.

Sessanna ve arkadaşları (2007) maneviyatı 4 temel alanda tanımlamıştır.

- 1) Dini inançlar ve değerler sistemi
- 2) Yaşamın anlamı, amacı ve başkaları ile ilişki
- 3) Dini olmayan inançlar sistemi
- 4) Metafiziksel ya da üstünlük fenomeni

Yapılan ilk tanımlarda maneviyat din ile bağdaştırılırken, günümüze doğru geldikçe daha çok bireyin içe dönüşü ve içselliği ile bağdaştırılmıştır. (Yılmaz, 2011). Tüm tanımlardan çıkarılan ortak sonuç ise maneviyatın bireyin evrendeki yerini anlaması, yaşamın anlamı ve amacı, umut ve güç, affetme, kendine, başkalarına inanç, iç huzur ve refahı sağlamadaki deneyimleri ve bireysel farkındalığı sayılabilir (Pınar Bölüktaş, 2018).

2.2.Manevi Bakım

Günümüzde bir bilim dalı olarak kabul edilen manevi bakım multidisipliner bir ekip tarafından hastaların maneviyata ilişkin sorunlarını belirleyen, nedenlerini araştıran ve çözüm yolları sunan, yaşanabilecek manevi sorunlara karşı önlem almayı sağlayan uygulamaların tümüdür (Azarsa, 2015).

Govier (2000) manevi bakımı aşağıda açıklanan 5 R'ye göre tanımlamıştır.

-Reason and Reflection; yaşamdaki güzellikleri bulma, hayatta anlam bulma, hayatı güzelleştirme (örn; güzel sanatlar)

-Religion; maneviyatı anlatma, değerler ve inançlar için ortam hazırlama

-Relationship; sevgi, umut, güven

-Restoration; bakımın fiziksel görünüş üzerindeki olumlu etkisi

Koşulsuz sevgi olan manevi bakım; dini bakım ile karıştırılmamalıdır. Manevi bakım yalnız dini bakım değil, aynı zamanda din dışı inancı ve duyguları da kapsayan bakımdır (Karagül, 2012).

Dini inanç desteği olan manevi bakım kişilerin sarsıcı bir olay, hastalık, keder, korku ve yalnızlık gibi durumlarla karşı karşıya kaldıklarında onların yanında olduğunu hissettirmek, ruhunun gereksinimlerini belirlemek ve bu gereksinimleri karşılamak olarak da tanımlanabilir (Hu, Tiew ve Li, 2019; Karagül, 2012).

Manevi bakım, hastalarda hastalığa bağlı şikâyetleri azaltır, bireye dayanma gücü verir, umut sağlar, iç huzur ve ferahlık verir, kendisiyle barışık olmasına yardımcı olur, yaşam bağlılığını artırır ve bireyin hayatının amacını ve anlamını bulmasını sağlar. Ayrıca hastanede kaldığı süre boyunca kişiyi saldırgan tavırlardan kaçınmaya teşvik eder (Hu, Tiew ve Li, 2019; Ovayolu ve Ovayolu, 2017).

2.3. Sağlık ve Manevi Bakım

Geçmişe baktığımızda sağlık bakımında maneviyata ilginin daha fazla olduğu görülür. Bunun en önemli sebebi geçmişte tedavi seçeneklerinin az olması nedeniyle manevi bakım yöntemlerinin bir tedavi yöntemi olarak kullanılmasıdır. Zaman içerisinde sağlık alanındaki teknolojinin ilerlemesiyle birlikte maneviyata olan ilgi azalmış ve sağlık bakımında daha somut verilere yönelme şeklinde bir değişim olmuştur. Fakat bir süre sonra maneviyatın insan doğasının ayrılmaz bir parçası olduğu kabul edilmiş, sağlık alanında iyileşmenin her açıdan sağlanabilmesi için maneviyata önem verilmesi gerektiği savunulmuş; bilimsel verilerle de bu durum desteklenmiştir (Gorman ve Sultan, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlar (WHO, 1948). Tanımdan da anlaşılacağı gibi, sağlıklı olabilmek için bireyin tüm yönleriyle iyilik halinde olması gerekir. Bu durum aynı zamanda bütüncül/holistik bakımı destekler. Bütüncül bakım bireyi bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden birbiriyle ilişkili bir bütün olarak kabul eder ve tüm yönlerine yönelik gereksinimlerin karşılanması gerektiğini savunur. Bu yüzden günümüzde

bütüncül bakım sağlık bakım gereksinimlerini karşılamada en kapsamlı yaklaşımdır (Çınar ve Eti Aslan, 2017; Özer, vd., 2019; Yılmaz, 2011).

Manevi bakımın hastalıkların iyileşmesinde, ağrıyı azaltmada, ruhsal rahatlığı sağlamada ve güçlü hissettirmede etkili olduğu bilinmektedir (Yılmaz, 2011).

Kanser hastalarında yapılan bir çalışmada manevi bakımın hastaların yaşam kalitesini artırıcı etkiye sahip olduğu sonucuna varılmış (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010); bir diğer çalışmada ise hem hastalarda hem de bakım verenlerde manevi refah seviyesini artırdığı gözlenmiştir (Sankhe vd., 2017). Geriatri hastalarında yapılan bir çalışmada hastaların manevi ihtiyaçları karşılandığında sağlık memnuniyetinin arttığı gösterilmiştir (Daaleman, Pereraand ve Studenski, 2004). Chen ve arkadaşlarının (2018) sistematik derleme çalışmasında yaşamı tehdit eden hastalığa sahip kişilere manevi bakım uygulanmasının hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal iyilik üzerine olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir.

Bireylerin yaşamlarında ani gelişen sağlık problemlerinde, kronik hastalıklarda, yaşamı tehdit eden hastalığı olanlarda, yaşlı bireylerde ölüm korkusu ve çaresizlik durumlarının yaşanması ile güvende hissetme, yaşamında anlam bulma, sevgi, aidiyet hissi ve kabul görme gibi manevi gereksinimler ortaya çıkar. Manevi bakım gereksinimleri karşılanamayan hastalarda spiritüel distres görülebilmektedir (Pınar Bölüktaş, 2018; Çınar ve Eti Aslan, 2017).

2.3.1. Spiritüel Distres

Spiritüel distres, ani gelişen yaşam olayları, yaşamı tehdit eden hastalıkla karşı karşıya gelme, uzun süre strese maruz kalma vb. durumlarda bireyin inanç sisteminin olumsuz etkilenmesi sonucu kişinin çaresizlik, umutsuzluk hissetmesi, hayatın anlam ve amacının olmadığına inanarak ruhsal acı ve ıstırap çekmesi olarak tanımlanmaktadır (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Spiritüel distres bireyin manevi boyutunu derinden etkiler; distres içinde bulunan bireyler yaşamda anlam bulmaya çalışır, Tanrı'ya öfke hissedebilir, olayların kontrolden çıktığını düşünebilir; daha önceki inanç ve değerlerini sorgulayabilirler (Boztilki ve Ardiç, 2017).

Hastalık, kayıp, ölüm, acı çekme gibi durumlarda her birey ruhsal destek ihtiyacı duyar. Sağlık çalışanlarının bu durumun farkında olması önemlidir. Özellikle hastayla en çok vakit geçiren hemşirelerin yeterli eğitim ve farkındalığa sahip olması

gerekir. Bu farkındalığa sahip olunmadığında kişilerin spiritüel distres belirtileri göz ardı edilir ve yeterince destek sağlanamazsa bu süreç sonunda depresyon gelişme riski, intihar eğilimi vb. gibi durumu daha kötüye götürecek problemler gelişebilir (Hiçdurmaz ve Öz, 2013; Hu, Tiew ve Li,2019).

2.4. Hemşirelik ve Manevi Bakım

Kaliteli hemşirelik bakımı verebilmek için bütüncül bir yaklaşımla bireyin tüm yönleriyle ele alınıp ihtiyaçlarının belirlenerek karşılanması gerekir. Bütüncül bakımın önemli bir parçası olan manevi bakım hemşirelikte bireyin mevcut hali ile ilgili manevi ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanması için; sezgisel ve karşılıklı iletişim içinde yapılan uygulamalardır (Çınar ve Eti Aslan, 2017).

Manevi bakıma ilgi son zamanlarda yapılan çalışmalarla artmasına rağmen, maneviyatın hemşirelik bakımındaki önemi hemşirelik mesleğinin başlangıcından itibaren dile getirilmiş; sistematik olarak hemşirelik bakımında görünür hale gelmesi ise hemşire kuramcılar ve mesleki kuruluşların katkıları ile olmuştur. İlk hemşire kuramcılardan Florence Nightingale “sağlık için manevi gereksinimler, vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir” sözleri ile manevi bakıma dikkat çekmiştir (Daştan ve Buzlu, 2010). Karadağ ve arkadaşlarının (2017) belirttiğine göre; Henderson (1966) “In the Nature of Nursing” isimli kitabında bireyin 14 temel gereksinimi içinde “İnançları doğrultusunda ibadet edebilme” ifadesine yer vererek maneviyata dikkat çekmiştir. Faye Abdellah “hemşirelik bakımının hasta ve ailesinin fiziksel, emosyonel, entellektüel, sosyal ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılamak için tüm insanlara sunulan hizmet” olduğunu belirtmiştir. Travelbee (1971) “bir hemşire yalnızca fiziksel ağrıyı azaltmak için veya fiziksel açıdan değil, bireye bir bütün olarak bakım verir” ifadesiyle tüm yönleriyle bakımın önemini vurgulamıştır (Hutchinson, 1997).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi Etik Kodları’nda (International Council of Nurses Code of Ethics) “hemşireler bireyin, ailenin ve toplumun insan hakları, değerleri, gelenekleri ve manevi inançlarına saygı göstermelidir” ifadesi ile maneviyata vurgu yapılarak kaliteli bakım için manevi bakımın gerekliliği belirtilmiştir(Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Derneği (North American Nursing Diagnosis Association) 2003 yılında “spiritüel distres”, “spiritüel distres

riski” ve “spiritüel boyutun güçlendirilmesi potansiyeli” hemşirelik tanımlarını listesine eklemiştir (CarpenitoMoyet, 2005).

Literatür incelendiğinde; hemşirelerin yapması gereken manevi bakım uygulamalarını aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür(Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010; Como, 2007; Yılmaz, 2011):

- Hastanın maneviyata yönelik, düşünce, tutum ve manevi değerlerini öğrenmek
- Hastanın korkuları, umutları, acıları ve hayallerini tarafsız ve önyargısız şekilde dinlemek ve kabul etmek
- Hastayı tüm yönleriyle ele alarak ona zaman ayırmak ve ilgilenmek
- Hastanın dini ritüelleri için zaman ve mekân sağlamak
- Hastanın talep ettiği takdirde manevi lider (imam, papaz, haham vb.) ile iletişim kurmasını sağlamak
- Hastaların ait olduğu dine yönelik uygulamalarını yerine getirmesine yardımcı olmak,
- Hasta ile birlikte yapılabilecek manevi uygulamalarına katılmak (dua etme, meditasyon yapma vb.)
- Hastaya şefkat ve empati göstererek umut aşılama
- Hastanın doğayla birlikte olmasını desteklemek
- Terapötik dokunma uygulamalarını yapmak
- Hatırlama/ anı terapisi yapmak
- Aile bütünlüğünü artırmaya yönelik uygulamalar yapmak
- Müzik terapisi sağlamak

Manevi gereksinimlerin karşılanmasının önemi birçok çalışmada ortaya konulmuşken, sağlık çalışanlarının hasta ve ailelerinin manevi gereksinimlerini sorgulama ve karşılamada isteksiz, çekingen ve yetersiz oldukları bilinmektedir (Pınar Bölüktaş, 2018).

Çalışma ortamı, konuyla ilgili bilgi düzeyi, yoğun iş temposu, çalışma koşulları gibi birçok faktör hemşirenin manevi bakım verme uygulamalarını etkilemektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010;Hu, Tiew ve Li, 2019).

Yapılan araştırmalar hemşireler tarafından manevi bakımın yeterince uygulanmadığını göstermektedir. Bir çalışmaya göre hemşireler daha çok ağrıya yönelik bakım vermekte, en az da manevi bakıma yönelik uygulama yapmaktadırlar

(Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010). Bir diğer çalışmada, hemşirelerin manevi bakım vermede yetersiz olmasının sebebi olarak manevi bakım hakkında yeterince bilgi ve eğitime sahip olmamaları gösterilmiştir (Özer, vd., 2019).

Manevi bakımı dini bakım olarak gören hemşireler bu bakımı din adamlarının rolü olarak görür ve kendilerini bu alanda yetersiz hissedebilir (Sülü Uğurlu, 2014). Oysaki maneviyatın hemşirelik için anlamı dini inançlar yanında, pozitif kalma, umut, iç huzur, sorunlar karşısında güçlü kalabilme, hayatın anlamı ve amacını bulmadır. Bunun farkında olan hemşire etkili bir manevi bakım vererek hastanın yaşam kalitesini artırabilir (Akgün Kostak, Çelikalp ve Demir, 2010; Özer, vd., 2019; Sülü Uğurlu, 2014). Hemşirelerin etkili manevi bakım verebilmeleri için manevi bakım vermelerine engel olan nedenler ortadan kaldırılmalıdır. Bunun için yapılması gerekenlerin başında manevi bakım ile ilgili gerekli eğitimler verilerek hemşirelerin bu konuda bilinçlenmesi ve kendilerine güvenmelerini sağlamak gelir. Çünkü çoğu hemşire manevi bakımın kendi işi olmadığını düşünmekte ve nasıl yapılacağını bilmemektedir. (Sülü Uğurlu, 2014). Bir diğer neden ise hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle manevi bakım için yeterli zamanlarının olmamasıdır. Gerekli hemşire iş gücü planlamaları yapılarak, mevcut iş yükü azaltılarak manevi bakım için gerekli zaman sağlanmalıdır. Özellikle PBM, YBÜ ve onkoloji ünitelerindeki hastaların manevi bakım gereksiniminin olacağını akıldan çıkarmamak gerekir (Alaca, Yiğit ve Özcan, 2011; Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017).

2.5. Palyatif Bakım Hemşireliği ve Manevi Bakım

Dünya Sağlık Örgütü (2002) palyatif bakımı “yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek geliştirilen bir yaklaşım” şeklinde tanımlamaktadır. (Elçigil, 2012)

Multidisipliner bir ekip tarafından verilen palyatif bakımda hemşire önemli bir yere sahiptir. Palyatif bakım hemşiresinin amacı hastanın fiziksel, psikososyal, ruhsal ve manevi yönden semptomlarını kontrol altında tutarak hastalık ve ölüm sürecini rahat ve huzurlu geçirmesini sağlamaktır (A.g.e.).

Hastalık sürecinde manevi gereksinimler ortaya çıkar, ölümü bekleme sürecinde ise bu durum daha da önem kazanır. Bu nedenle ölümü bekleyen hastalar çok fazla manevi acı ve ıstırap çekmektedirler (Swinton ve Pattison, 2010; Boston, Bruce ve Schreiber, 2011).

Yapılan bir çalışmaya göre palyatif bakım ünitesine yatırılan hastaların %44'ü manevi sıkıntı yaşamaktadır (Hui ve diğ., 2010). Bovero ve arkadaşlarının (2016) 115 son dönem kanser hastasında yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ve maneviyat arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Yine yapılan çalışmalara göre manevi gereksinimleri karşılanan kanser hastalarının tedaviye uyumunun yüksek olduğu, aldıkları bakımdan memnuniyet duydukları ve yaşam kalitelerinin yüksek olduğu; ancak manevi gereksinimlerin ihmal edildiği durumlarda hastalarda bakımdan memnuniyetsizlik, öfke, umutsuzluk, yaşam kalitesinde azalma ve depresyon riskinin olduğu belirtilmektedir (Pearce, vd., 2012; Richardson, 2012). Vermandere ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada sağlık çalışanları, manevi bakım değerlendirmesi yaptıkları hastalarıyla olan ilişkilerinin güçlendiğini ifade etmişlerdir. Avrupa ülkelerini kapsayan palyatif bakımda manevi bakım ile ilgili 53 makalenin incelendiği sistematik derlemede incelenen birçok makalede manevi bakımın palyatif bakım hastalarına olumlu etkileri vurgulanmış ve konu ile ilgili randomize kontrollü çalışmaların yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (Gijssberts, vd., 2019). Ülkemizde yapılan hemşirelerin palyatif bakım hastalarına manevi bakım uygulamaları ile ilgili Türkçe ve İngilizce 11 makalenin incelendiği çalışmada hastaların manevi bakımı yeterli şekilde almadıkları, sağlık çalışanlarının manevi bakım konusunda yeterli eğitime sahip olmadıkları ve hemşireler tarafından hastalara verilen manevi bakımın yetersiz olduğu saptanmıştır (Özer, vd., 2019).

Palyatif bakımda hastanın bakımı kadar ailenin bakımı da ön plandadır. Aile, psikososyal ve manevi yönden desteklenmeli, bilgi eksikliği giderilmelidir. Özellikle yas sürecinde hemşire hasta yakınlarının yanında olduğunu hissettirerek aileyi desteklemelidir.

Tüm bu gereksinimlere rağmen, palyatif bakım hastalarının aile bireylerinde manevi bakımla ilgili yapılan çalışmalar oldukça azdır (Pınar Bölüktaş, 2018; Özer, vd., 2019). Yapılan bir çalışmada aile bireylerinin korkularıyla yüzleşmedikleri ve yakınının ölümü hakkında yeterince konuşmadıklarında ya da acılarını birileriyle

paylaşmadıklarında bireylerde yalnızlık, ölüm korkusu ve yok olma korkuları geliştiği saptanmıştır (Tornøe, vd., 2015).

Hasta ve ailelerinde ağrı, acı, kayıp, yas, korku, öfke, yalnız hissetme vb. gibi birçok durumun yaşandığı palyatif bakım merkezlerinde yapılan çalışmalarla etkili bir manevi bakımla en az hasarla bu dönemin atlatılabileceği; manevi bakım ile hasta ve ailelerinin ölüme kadar olan sürede ve yas süreçlerinde acıyı azaltarak yaşam kalitesinin artırılabilirliği belirtilmiştir. Bu yüzden manevi bakım sağlık çalışanları tarafından palyatif bakıma entegre bir şekilde verilmelidir (Pınar Bölüktaş, 2018).

2.6.Yoğun Bakım Hemşireliği ve Manevi Bakım

Yoğun Bakım Üniteleri yaşamı tehdit eden bir durum ya da hastalıkla karşı karşıya kalan kişinin yaşamını kurtarmayı ve en az hasarla bireyi sağlığına kavuşturmayı amaçlayan yüksek teknolojiyle donatılmış yoğun tedavi ve bakım uygulamalarının yapıldığı birimlerdir (Terzi ve Kaya, 2011).

Girişimsel işlemlerin sıklıkla kullanıldığı ve bireyin öz bakımını bağımsız yapamadığı bu ünitelerde hemşirelerin bilgili, becerili ve teknolojiye hâkim olması gerekir. Yoğun iş temposu arasında hastanın fiziksel bakımına ve hayati fonksiyonlarının izlenmesine odaklanan yoğun bakım hemşireleri çoğu zaman bireyin manevi gereksinimlerinin farkında olmayabilir (Çınar ve Eti Aslan, 2017). Alaca ve arkadaşları (2011) yoğun bakım ünitesinde yatan hasta ve hemşirelerin deneyimleri ile ilgili çalışmalarında hastaların bir kısmı üniteye kabul edildiklerinde çok korktuklarını ve derin üzüntü yaşadıklarını ifade etmişler; bir kısmı ise yaşadıklarını kadere bağlayıp sonunda bir ödül beklentisi içinde olduklarını ifade ederek manevi yönden güç bulmaya çalışmışlar; hastalıklarının nedenini dini olgulara bağlayarak açıklamışlardır. Çalışmada varılan bir diğer sonuç ise hemşirelerin hastaların yaşadığı duygu ve düşüncelerin farkında olmamalarıdır. Bu durum da hemşirenin hastaları manevi yönden yeterince tanımadıklarını gösterir. Oysaki YBÜ hastaların ölümlerine karşı karşıya kalma, farklı bir ortamda bulunma, yatağa bağımlı olma, yakınlarının yanında olmaması, bilinmeyen bir sürü cihaza bağlı olma, ağırlı işlemlere maruz kalma, gürültülü ortam, bilinmezlik, kendini yeterince ifade edememe gibi faktörler hastalarda korku, yalnızlık, endişe, öfke, deliryum, depresyon gibi durumlara sebep olmaktadır (Çınar ve Eti Aslan, 2017; Willemse, vd., 2018). Bu durumların yaşanması hastanın kısır döngü şeklinde

fiziksel iyileşmesini de olumsuz etkileyecektir. Hastalıklarla baş etmede ve iyileştirmeyi hızlandırmada etkili olan manevi bakım; YBÜ’de hemşireler hastayı dinleyerek, empati kurarak şefkatli dokunuşlar yaparak, müzik dinletisi, masaj, onun için özel eşyalara değer vererek vb. uygulamalarla etkin bir şekilde manevi bakım verilerek bütüncül bakım sağlanmalıdır (Kaçal ve Demirsoy, 2018).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların aile ve yakınları da olumsuzluklardan etkilenmekte, korku, endişe, çaresizlik ve öfke duygularını yaşamaktadır. Bu duyguları daha aza indirmek için manevi bakıma aile de dahil edilmelidir. YBÜ’ünde yatan 45 hasta yakınıyla yapılan bir çalışma sonucunda hasta yakınlarının mevcut durumla ve hastane stresiyle maneviyatları sayesinde başa çıktıkları belirtilmiştir (Schleder, vd., 2013). Hemşire aileye manevi bakım olarak uygun zamanlarda hastayla görüşürme, fiziksel bakımına yardım etmesini sağlama, aileye gerekli bilgileri verme ve dinleme gibi uygulamalar yapabilir (Kaçal ve Demirsoy, 2018). Sülü Uğurlu ve Başbakkal (2013) yaptıkları çalışmada pediatri yoğun bakım ünitesinde bulunan hastaların annelerinin manevi ihtiyaçlarını karşıladıklarında kendilerini daha güçlü ve pozitif hissettiklerini ifade etmişlerdir. Hollanda’da yapılan bir çalışmada YBÜ’deki hasta ve yakınlarına manevi bakım verilmesi konusunda uzman görüşleri alınmış, çalışma sonucunda uzmanlar manevi bakımın hasta ve ailesi için zihinsel iyiliği artırdığı, memnuniyeti artırdığı ve olumlu gelişmeler sağladığı yönünde görüş birliği sağlamışlardır (Willemse, vd., 2018).

Sonuç olarak hasta ve aileleri için dayanılması zor ve acı verici olan YBÜ’ne yatırılma durumu için hasta ve ailelerinin manevi gereksinimleri karşılanarak durumla başetmelerine yardımcı olunmalıdır.

2.7. Onkoloji Hemşireliği ve Manevi Bakım

Tüm dünyada ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin hızla artmaya devam edeceği, 2030 yılına kadar vaka sayısının %200 oranında artacağı öngörülmektedir (Tuncer, vd., 2016). Kanser vakalarının hızla artması sonucu, bu hastalarla çalışan hemşirelerin özelleşmesine ihtiyaç duyulmuş ve böylece yeni bir uzmanlık alanı olan onkoloji hemşireliği ortaya çıkmıştır. Toplum kansere karşı bilinçlendirme ve kanseri önleme hedefi olan onkoloji hemşireliği, aynı zamanda kanser hastasının yaşam kalitesini artırmayı amaçlar (Ünlü, vd., 2010).

Kanser tanısı alan kişilere hastalığın nedeni sorulduğunda, hastalar geçmişte yaptıkları hataların cezası olarak hastalandıklarını ya da geçmişte yaşadıkları üzüntü, sıkıntı ve acıların kansere sebep olduğunu; kanser tanısı konulduktan sonra ise hayata bakış açılarının değiştiğini ifade etmektedirler. Bu da bize maneviyat ve kanserin birbiriyle ilişkili kavramlar olduğunu göstermektedir; bu nedenle kanserin önlenmesi ve tedavisinde kişinin maneviyatına önem verilmeli ve manevi ihtiyaçları karşılanmalıdır(Gorman ve Sultan, 2014; Tuncer, vd., 2016).

Yapılan araştırmalar maneviyatın kanser tedavisi ve iyileşmeye olumlu etkisi olduğunu göstermektedir. 248 kanserli hastada yapılan bir çalışmada hastaların %40'ı manevi ihtiyaçlarının karşılanmasıyla korkularının azaldığını, rahatlama ve huzur hissettiklerini ve daha umutlu olduklarını ifade etmişlerdir (Moadel, 1999). Başka bir çalışmada kanserli hastaların %93'ü umutlarını sürdürmede manevi baş etme yöntemlerinin etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Culliford, 2002). Meme kanseri olan bir kişinin sunulduğu vaka çalışmasında tıbbi tedaviye ek olarak olumlu düşünme, kendini sevmeye ve affetmeye, şükretmeye gibi manevi uygulamalar sonucunda kişinin hastalığında iyileşme ve ruhsal iyi oluş gözlenmiştir (Tuncer, vd., 2016). Manevi bakım ve kanser ile ilgili yapılan çalışmalar bize kanser hastalarının manevi iyi oluşu sağlandığında hastaların korku, anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığını; umut ve yaşam kalitelerinin arttığını göstermektedir (Daştan ve Buzlu, 2010 Tuncer, vd., 2016;).

Kanser hastalarının tanı, tedavi, hastalığın yeniden nüksetmesi ve ölüme kadar tüm evrelerinde maneviyat etkin bir role sahiptir. Bu sebeple kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin, hastanın manevi ihtiyaçlarının farkında olması gerekir. Hemşireler etkin bir manevi bakım sağlayarak tıbbi tedavinin etkisini artırabilir; kişinin baş etme mekanizmalarını harekete geçirerek ruhsal yönden daha güçlü olmasını sağlayabilirler (Puchalski, 2012).

2.8. Maneviyat ve Manevi Bakımın Değerlendirilmesi

Manevi bakımın doğru ve etkili bir şekilde verilebilmesi için öncelikle spiritüel değerlendirme yapılmalıdır. Böylelikle kişinin manevi gereksinimleri belirlenerek bakıma yön verilebilir. Aynı zamanda spiritüel değerlendirme hastayı daha yakından tanıma, kapsamlı değerlendirme ve önceki değerlendirmeleri gözden geçirme olanağı sağlar (Gorman ve Sultan, 2014). Spiritüel değerlendirme için hemşire hastayı

davranışları, fiziksel çevresi, duygu ve düşünceleri, iletişim şekli vb. alanlarda gözlem yaparak değerlendirmelidir. Spiritüel değerlendirmenin skala, ölçek veya anket gibi standart değerlendirme araçları kullanılarak değerlendirilmesi hemşirelerin ve diğer insanların içinde buldukları spiritüel sürecin farkında olmayı değerlendirmeye ve bu farkındalığı arttırmaya yardımcı olur. Spiritüel değerlendirme yaşamın anlam ve amacını bireyin nasıl yorumladığını ortaya çıkarabilmeli, aynı zamanda davranış, duygu, ilişki ve uygulamalarını tanımlayabilmelidir (Çetinkaya, Altundağ ve Azak, 2007; Gorman ve Sultan, 2014). Spiritüel değerlendirme Tablo 1’de verilen sorular sorularak yapılabilir (Gorman ve Sultan, 2014).

Manevi bakım değerlendirmesinde, manevi bakıma ilginin artmasıyla birlikte dünyada maneviyat ve manevi bakımın değerlendirmesine yönelik araçların sayısında giderek artmaya başlamıştır. Bu araçlar sadece hasta odaklı olmayıp, aynı zamanda sağlık çalışanları, öğretim elemanları, öğrencileri ve refakatçılara da yöneliktir. Türkiye’de yapılan bir meta-analiz çalışmasında 2004-2018 yılları arasındaki maneviyat ve manevi bakım ile ilgili yapılan 80 çalışma incelenmiş, bu çalışmaların 29’unun derleme olduğu; araştırma yapılan 51 çalışmanın 41’inin ise nicel araştırma olduğu ve ölçek kullanılarak (8 farklı ölçek) yapıldığı belirlenmiştir (Dağcı, 2018). Bu çalışma bize Türkiye’de kullanılan manevi bakım değerlendirme araçlarının çeşitliliğindeki azlığı da göstermektedir. Yine Dağcı’nın metaanaliz çalışmasında (2018), incelenen araştırmaların büyük çoğunluğunda, manevi bakımın bir gereklilik olduğu ifade edilmesine rağmen, manevi bakımın ‘nasıl’ yapılacağı ve içeriğinin ‘ne’ olması gerektiği ile ilgili sınırlı bir bilgi sunulmuştur.

Tablo 1. Spiritüel İnançlar İçin Değerlendirme

<p>Davranış ve görünüm</p> <ol style="list-style-type: none">1. Yatak başında sıklıkla dini kitap veya objeler bulundurur mu?2. Dini kitap veya diğer dini kaynaklardan sıklıkla alıntı yapar mı?3. Başkalarını spiritüel inançları konusunda sorgular mı?4. Abartılı dini ritüel ya da davranışları var mı? <p>Mizaç ve duygular</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kaygılı bir görüntü var mı?2. Duygu ve endişelerini reddeder mi?3. Yardımsızlık veya ümitsizlik duygularını ifade ediyor mu?4. Eskiden zevk veren aktivitelerden hoşlanmama durumu var mı?

Düşünceler, inançlar ve algılamalar

1. Hiçbir şeyin yardım edemeyeceğine inanır mı?
2. Küresel ya hep ya hiç düşünce sergiliyor mu?
3. Kendisini suçlu ya da cezalandırılması gerektiğine mi inanıyor mu?
4. Kendisini spiritüel olarak diğerlerinden üstün mü görüyor mu?
5. Kendisini başarması gereken büyük bir misyona sahip mi görüyor mu?

İlişkiler ve etkileşimler

1. Başkalarının varlığında kendisini yalnız ve dışlanmış hissediyor mu?
2. Başkalarıyla etkileşemeyecek kadar meşgul mü?
3. Benzer inançları paylaşmayan kişilerden kaçınır mı?
4. Bakım verme desteği için benzer dini grup üyeleri arar mı?

Fiziksel tepkiler

1. Artan şekilde huzursuzluk bildirir mi?
2. Yeme veya uyku örüntüleri değişti mi?
3. Somatik semptomlar ve ilaç tedavisi arama davranışında artış var mı?

İlgili geçmiş-öykü

1. Belirli dini gruplara veya tarikatlara katılır mı?
2. Duygusal bozukluk öyküsü var mı?

Türkiye’de Manevi bakım uygulamalarının etkinliğini, manevi bakıma yönelik tutum algı ve gereksinimleri belirlemek adına manevi bakım değerlendirme araç çeşitliliğinin artırılmasına gereksinim vardır. Ancak geliştirilecek her ölçeğin, kullanıcıların hizmetine sunulmadan önce geçerlik güvenirliği test edilerek kültürel adaptasyonu yapılmalıdır.

2.9. Güvenirlik ve Geçerlik

Dünyada bilimin ilerlemesi için kaliteli, güvenilir, doğru bilimsel araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu tür bilimsel araştırmalar ise verilerle elde edilir. Verilerin elde edilmesinde kullanılan ölçeklerin ise standardize olması gerekir. Standardize olabilmesi için ölçeğin, güvenirlik ve geçerlik özelliklerine sahip olması gerekir (Başkale, 2016; Ercan ve Kan, 2004).

2.10. Güvenirlik

Güvenirlik, ölçekten elde edilen sonuçların tesadüfi hatalardan arındırılmış olma derecesi olarak tanımlanır. Klasik test kuramında gerçek puan ve hata puanının toplamı, gözlenen puana eşittir. Bu kuramdan da anlaşılacağı gibi, güvenilirlik gözlenen puan ile gerçek puan arasındaki korelasyondur. Hata puanı azaldıkça gözlenen değer gerçek değere yaklaşır (Kula Kartal ve Mor Dirlik, 2016).Güvenirlik analizleri üç şekilde incelenebilir:

- ◆ İç tutarlılık
 - Yarıya bölme yöntemi
 - Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı
 - Kuder Richardson güvenilirlik katsayıları
 - Madde toplam puan güvenirligi
- ◆ Değişmezlik
 - Test-tekrar test güvenirligi
 - Paralel formlar güvenirligi
- ◆ Bağımsız gözlemciler arası uyum.

2.10.1. İç tutarlık

Yarıya Bölme Yöntemi

Ölçüm aracındaki maddeler rastgele ikiye bölünür ve alınan puanlar toplanıp; toplam puanlar arasındaki korelasyona bakılır. Korelasyon katsayısının yüksek olması ölçeğin güvenirliginin yüksek olduğunu gösterir (Karasar, 2006).

Cronbach Alpha Katsayısı

İç tutarlılık yöntemlerinden olan Cronbach Alfa katsayısı; ölçeğin maddelerinin birbiriyle ne derece tutarlı olduğu hakkında bilgi verir. Uygulamasının, yorumlanmasının kolay olması ve objektif olmasından dolayı en yaygın kullanılan güvenilirlik katsayısıdır. “0-1” arasında değerler alır. 1’e yakın değerler iç tutarlılığı yüksek olarak yorumlanır (Aydoğan, Kıbrisoğlu Uysal ve Doğan, 2017; Çakmur, 2012). Alfa katsayısının tek boyutlu ölçümlerde ve maddeler arası faktör yüklerinin

eşit olduğu; paralel, eş değer ve eş biçimli ölçümlerde kullanılması uygundur (Aydoğan, Kıbrısoğlu, Uysal ve Doğan, 2017).

Cronbach Alfa Katsayısı yorumlanması;

- ✓ $.00 \leq \alpha \leq .40 \rightarrow$ Güvenilir değil
- ✓ $.40 \leq \alpha \leq .60 \rightarrow$ düşük güvenilirlikte
- ✓ $.60 \leq \alpha \leq .80 \rightarrow$ oldukça güvenilir
- ✓ $.80 \leq \alpha \leq 1.0 \rightarrow$ yüksek derecede güvenilir şekilde yapılır (Kılıç, 2016).

Kuder Richardson Güvenirlik Katsayıları

Kuder Richardson tarafından geliştirilen bu güvenirlik katsayısı; ikili derecelendirilmiş ölçüm araçlarında kullanılır ve maddeler arasında benzerlik bulunması gerekir, başka bir ifade ile tüm maddelerin aynı değişkeni temsil ettikleri varsayımına dayanır. Ölçüm aracının belirli özelliklerine göre Kuder Richardson 20 ve Kuder Richardson 21 kullanılır (Ercan ve Kan, 2004).

Madde- Toplam Korelasyonu

Her bir maddenin puanı ile ölçekten alınan toplam puan arasındaki korelasyondur. Her bir maddenin korelasyon katsayısının yüksek olması o maddenin ölçülmek isteneni en iyi şekilde ölçtüğünü gösterir. Madde Toplam Korelasyon katsayısının en az 0.30 olması gerekir (Özdamar, 2004). Bu değerden daha düşük korelasyon katsayısına sahip maddelerin, ölçeğin Cronbach alpha değerinin düşmesine sebep olacağından ölçekten çıkarılmasının düşünülebileceği belirtilmektedir (Şencan, 2005).

2.10.2. Değişmezlik

a) Test-Tekrar Test Güvenirliği

Güvenirliği kanıtlanmak istenen ölçeğin aynı kişilere belli bir zaman aralığında ikinci kez tekrar uygulanarak ilk uygulanan benzer sonuçlar elde edilmesi beklenir. Bu sayede ölçeğin zamana karşı değişmezliği kanıtlanmış olur. En az 30 kişilik bir gruba uygulanmalıdır. 2-4 hafta içinde tekrar uygulanmalıdır. İki ölçüm arasındaki fark ve korelasyona bakılır. Korelasyon katsayısının .70'in üzerinde olması ve 2

ölçümden elde edilen ortalama değerler arasında istatistiksel anlamlı farkın olmaması gerekir (Baydur, 2006; Pınar, Palaz ve Tabak, 2014).

b. Paralel Formlar Güvenirliği

Ölçümün iki zaman aralığında yapılamadığı durumlarda kullanılır. Aynı duygu ya da davranış kalıplarını ölçebilecek farklı maddeler içeren birbirine paralel iki form oluşturulur ve oluşturulan bu iki form aynı gruba uygulanarak ölçümler arasındaki korelasyona bakılır. Korelasyon katsayısının yüksek olması güvenirliği ifade eder (Çakmur, 2012; Ercan ve Kan, 2004).

2.10.3. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum

Ölçülmek istenen aynı şeyleri birden fazla gözlemcinin birbirinden bağımsız olarak ölçmesi istenir. Ölçüm sonucunda birbirlerine yakın sonuçların çıkması güvenirliğin yüksek olduğunu gösterir. Gözlemci sayısının artması güvenirliğin belirli oranda artmasını sağlar (Karasar, 2006).

2.11. Geçerlik

Garret tarafından 1937 yılında yapılan geçerliğin ilk tanımı “ölçülmek istenen özelliğin amaca uygun olarak ölçülme derecesi” şeklindedir. Bir testin deney veya ölçęin geçerli olabilmesi için yinelenen ölçümlerde aynı sonuçları vermesi gerekir. Geçerliliğin ilk şartı güvenilirliktir. Bir ölçek veya test geçerli ise aynı zamanda güvenilirliktir. Fakat her güvenilir test ya da ölçek geçerli olmayabilir. Geçerlik dört şekilde incelenir (Çakmur, 2012; Şencan, 2005).

1. Yüzey geçerliği
2. İçerik geçerliği
3. Ölçüt geçerliği
4. Yapı geçerliği

2.11.1. Yüzey Geçerliği

Ölçeğin ölçülmek istenen yapıyı ölçüp ölçmediğine dair araştırmacının, konu hakkında uzman veya uzman olmayan kişilerce görüşlerinin alınmasıdır (Çakmur, 2012)

2.11.2.İçerik/Kapsam Geçerliği

Ölçeğin ölçmesi istenen kavramsal yapının sınırlarının belirlenmesi yönünde bilgi verir; ölçekle ilgili her madde için uzman görüşü (“uygundur”, “düzeltmeli” ve “çıkartılmalı” şeklinde) alınır. Uzman sayısının en az 5, en fazla 40 olması beklenir (Budak, 2017; Çakmur, 2012). İstatistiksel olarak yorumlanmasında ise kapsam geçerliği indeksi (KGİ) kullanılır. KGİ'nin hesaplanmasında kapsam geçerlik ortalaması (KGO)'na ihtiyaç vardır. $KGO = [U/(N/2)] - 1$ şeklinde hesaplanır. U: ”uygundur” puanı verenlerin sayısı N: toplam uzman sayısını ifade eder. KGO'nun minimum değeri .75 tir. KGİ değeri KGO değeri minimumun üzerinde olan maddelerin ortalamasıdır ve .67'den büyük olması beklenir (Budak, 2017; Yeşilyurt ve Çapraz, 2017).

2.11.3.Ölçüt Geçerliği

Daha önce güvenilirlik ve geçerliği test edilmiş standart bir ölçekle ölçüm sonuçlarından çıkan puanların karşılaştırılmasıdır (Çakmur, 2012).

2.11.4.Yapı Geçerliği

Soyut bir kavram araştırılmak istenildiğinde bu soyut kavramı ölçmeye yönelik değişkenlerin oluşturduğu yapının incelenmesinde kullanılır. Buradaki amaç değişkenlerin istenilen soyut kavramı ölçüp ölçmediğidir (Bayram, 2017).

Bir ölçeğin yapısal geçerliğini kanıtlamak için değişkenlerin bir faktör üzerindeki faktör yüklerinin yüksek, aynı zamanda kuramla uyumlu, faktör sayısı ve faktörler arasındaki ilişki bulunması gerekir (Budak, 2017; Çakmur, 2012).

Yapı geçerliliğini incelemek için dış testler, grup farklılıkları ve faktör analizi yöntemleri kullanılır (Bayram, 2017).

2.11.5.Faktör Analizi

Değişkenlerin kendi aralarında nasıl bir bağlantıda olduğunu inceler. Hangi değişkenlerin hangi boyutlarda toplandığını ortaya çıkararak yapıyı kompleks bir halden daha anlaşılabilir özet hale getirir (Bayram, 2017; Çakmur, 2012).

Faktör analizi Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere ikiye ayrılır. AFA'da ölçekteki maddeler kaç grupta toplanıyor ve hangi maddeler hangi gruplarda ne kuvvette toplandığı belirlenir. DFA'da ise önceden oluşturulan bir modelin doğruluğu kanıtlanmak istenir. Genellikle bir kültürde geliştirilip başka bir kültüre uyarlanmak istenen ölçeklerde kullanılır (Bayram, 2017).

a) Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Açıklayıcı faktör analizinin bir uzantısı olarak kabul edilir. Çünkü AFA'da belirlenen modelin doğruluğu DFA ile test edilir. DFA'da faktörler arasındaki ilişkinin düzeyi, değişkenlerin hangi faktörlerde toplandığı, faktörlerin ilk modeli açıklamakta yeterli olup olmadığı kanıtlamak için kullanılır (Aytaç ve Öngen, 2012; Erkorkmaz, vd., 2011). Bu nedenle araştırmacı analizden önce modele ait yeterli bilgiye sahip olmalıdır. DFA faktörler arasındaki ilişkileri açıklayan model ile elde edilen verinin ne oranda tutarlı olduğunu gösteren ayrıntılı bilgi verir. Çoğu analizde olduğunun aksine tek bir anlamlılık değeri vermez. Birden fazla uyum indeksi kullanılarak model değerlendirilir. Bu açıdan DFA var olan modelin uyumunun değerlendirilmesinde en yetkili analizdir (Aytaç ve Öngen, 2012; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018).

DFA uygulanırken altı aşamada gerçekleşir.

1. Modelin Belirlenmesi; önceki araştırmalardan elde edilen bir model veya kuram ile hesaplanmasını istediği modeli belirler
2. Modelin Tanımlanması; belirlenmiş olan modelin tek tek tüm parametreleri tanımlanır.
3. Modelin Tahmin Edilmesi; analiz edilen değişkenlerin özelliklerine göre mümkün olan en yakın değerlerin tahmini amaçlanmaktadır. Aytaç ve Öngen (2012)'e göre "doğrulayıcı faktör modelinin tahmininde En Çok Olabilirlik, Genelleştirilmiş En Küçük Kareler ve Ağırlıksız En Küçük Kareler tahmin

yöntemleri kullanılmaktadır.” Bu tahmin yöntemlerinde tarafsız, tutarlı yetkin ve normal dağılım olması istenmektedir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018).

4. Modelin Analiz Edilmesi; bu aşama veri seti için uygun olan model uyumu programlarını (mplus, lisrel, amos vb.) kullanmayı kapsar.
5. Model Uyum İyiliğinin Değerlendirilmesi; uyum iyiliğinin değerlendirilmesi kullanılan paket programlara göre değişmektedir. En sık kullanılan uyum indeksleri ki-kare istatistiği, iyilik uyum indeksi (Goodness of fit index-GFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative of fit indeks-CFI), yaklaşık hataların ortalama kare-kökü (Root mean square error of approximation-RMSEA) ve standartlaştırılmış artık ortalamaların kare-kökü (Standardized root mean square residual-SRMR) sayılabilir. Bu indekslerin farklı kaynaklara göre kabul için kesme noktaları değişebilmektedir. Tablo 2. 'de yapısal eşitlik modelinde uyum indeksinin kriterleri ve kabulü için kesme noktaları verilmiştir (Aytaç ve Öngen, 2012; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018).
6. Modelin Modifikasyonu; analiz sonucunda uyum indekslerinin kabul düzeylerini karşılamaması durumunda modelin yeniden tanımlanması oldukça zor olabilir. Bu yüzden modifikasyona gidilir. Maddelerin ilk modele göre farklı bir faktöre alınması veya ölçekten çok istenmese de soru çıkarılması bu işlemi kapsar (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018).

Tablo 2.Yapısal Eşitlik Modelinde Uyum İndeksinin Kriterleri ve Kabulü İçin Kesme Noktaları

Uyum indeksi	Kriterler	Kabul için kesme noktaları	Kaynak
$\chi^2/$ χ^2/sd	$P>0.05$	≤ 2 = mükemmel uyumludur. ≤ 2.5 =mükemmel uyumludur. (küçük örneklerde) ≤ 3 =mükemmel uyumludur (büyük örneklerde) ≤ 5 =orta düzeyde uyumludur.	(Tabachnick ve Fidell, 2001) (Kline, 2005; Sümer, 2000) (Sümer, 2000)
GFI AGFI	0 (uyum yoktur) 1 (mükemmel uyumludur)	$\geq .90$ =iyi uyumludur. $\geq .95$ =mükemmel uyumludur	(Schumacker ve Lomax, 1996; Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008; Kelloway,1989; Sümer,2000). (Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008; Sümer, 2000).
RMSEA	0 mükemmel uyumludur 1 (uyum yoktur)	$\leq .05$ =mükemmel uyumludur. $\leq .06$ =iyi uyumludur. $\leq .07$ =iyi uyumludur. $\leq .08$ =iyi uyumludur. $\leq .10$ =zayıf uyumludur.	(Brown, 2006; Schumacker ve Lomax, 1996; Jöreskog ve Sörbom, 1993; Raykov ve Marcoulides, 2008; Sümer, 2000). (Hu ve Bentler, 1999; Thompson, 2004). (Steiger, 2007). (Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008; Jöreskog ve Sörbom, 1993; Sümer, 2000). Kelloway, 1989; Tabachnick ve Fidell, 2001).
RMR/ SRMR	0 (mükemmel uyumludur) 1 (uyum yoktur)	$\leq .05$ =mükemmel uyumludur. $\leq .08$ =iyi uyumludur. $\leq .10$ =vasat uyumludur.	(Brown, 2006; Byrne, 1994). (Brown, 2006; Hu ve Bentler, 1999). (Kline, 2005).
CFI	0 (uyum yoktur) 1 (mükemmel uyumludur)	$\geq .90$ =iyi uyumludur. $\geq .95$ =mükemmel uyumludur.	(Hu ve Bentler, 1999; Sümer, 2000; Tabachnick ve Fidell, 2001). (Hu ve Bentler, 1999; Sümer, 2000; Thompson, 2004).

(Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2018).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma “Spiritual Care-Giving Scale” “Manevi Bakım Verme Ölçeği” nin hemşire grubunda geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma boyunca bilimsel ilkeler ile birlikte etik ilkelere de uyulmuş; Helsinki bildirgesine sadık kalınmıştır. Katılımcılara çalışma öncesinde araştırmanın amacı, araştırmaya katılmada gönüllülük esası olduğu, bilgilerin çalışma dışında kullanılmayacağı ve paylaşılmayacağı konusunda sözlü ve yazılı bilgi verilerek yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Araştırmada kullanılan SCGS’yi geliştiren Tiew ve Creedy ile SCGS’yi Türkçeye çeviren ve uyarlayan Çoban ve arkadaşlarına elektronik posta yoluyla ulaşılarak, çalışma hakkında bilgi verilmiş ve olurları alınmıştır (EK 4 ve EK 5).

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu Etik onayı (EK 6) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden çalışma izni alınmıştır (EK 7).

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ili İl Sağlık Müdürlüğü tarafından araştırma için izin verilen (EK 7) 17 kamu hastanesinin PBM, YBÜ ve onkoloji servisinde yapılmıştır. Veriler 10 Temmuz 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından araştırma için izin verilen 17 kamu hastanesinin PBM, YBÜ ve onkoloji servisinde çalışan 750 hemşire; örneklemi ise araştırma tarihleri arasında üniteye aktif olarak çalışan, en az 1 yıl ilgili üniteye çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 219 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ilgili birimlerin sorumlu hemşirelerinden alınan bilgilere göre toplamda 180 hemşire hastalık izni, doğum izni, görevlendirme

vb. durumlardan dolayı aktif olarak çalışmamakta ve 160 hemşire de ilgili birimde 1 yıldan daha az süredir çalışmakta olduğu için çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırma kriterlerine uyan 191 hemşirenin ziyaretler sırasında mesaide bulunmamaları ve bulunan hemşirelerinde iş yoğunluğu sebebiyle araştırmaya katılmayı kabul etmemelerinden dolayı araştırma 219 kişi ile tamamlanmıştır.

3.5. Kullanılan Gereçler

Araştırmada veri toplama amacı ile aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

- Genel Bilgi Formu(EK 1)
- Türkçe Manevi Bakım Verme Ölçeği (EK2)

3.5.1.Genel Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini tanılamaya yönelik 18 soru bulunmaktadır. Kişisel değişkenleri ile ilgili cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, mesleki deneyim süresi, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, çalıştığı birimde deneyim süresi, çalışma şekli, birimdeki yatak sayısı, birimdeki yatak doluluk oranı, aktif olarak hasta bakımını üstlenip üstlenmediği, bir vardiyada kaç hastadan sorumlu olduğu, bakmakla yükümlü olduğu yakınının varlığı, daha önce hastanede yatma durumu (evetse sebebi, sayısı, süresi), manevi bakımla ilgili eğitim alma durumu ve daha önce bir yakını kaybetme durumu (evetse ölen kişi ile yakınlık derecesi ve ne zaman kaybettiği) değişkenlerini içeren sorular yer almaktadır.

3.5.2. Türkçe Manevi Bakım Verme Ölçeği (EK 2)

Güvenirlilik ve geçerliği test edilecek olan SCGS Tiew ve Creedy (2012) tarafından Avusturalya'da geliştirilmiştir. Öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım verme konusundaki algılarını test etmek amacıyla bu ölçeği geliştirmişlerdir. Oluşturulan 40 maddelik ölçek için faktör yüklerinin yetersiz olması nedeniyle madde 20, madde 23, madde 25, madde 30 ve madde 34 ölçekten çıkarılarak 35 maddeli yapı oluşturulmuştur. Ölçek 6 likertli yapıya sahiptir ve kesinlikle katılmıyorum=1, katılmıyorum=2, kısmen katılmıyorum=3, kısmen katılıyorum=4, katılıyorum=5 ve kesinlikle katılıyorum=6 şeklinde puanlanmaktadır. Böylece

ölçekten alınan en az 35 en fazla 210 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması maneviyat ve manevi bakım algısının yüksek olduğunu gösterir.

Açıklayıcı faktör analizi sonucu ölçeğin alt boyutları “manevi bakımın nitelikleri”, “manevi bakım perspektifi”, “manevi bakım tanımları”, “manevi bakım tutumları” ve “manevi bakım değerleri” olarak belirlenmiştir.

Tablo 3. MBVÖ'nin Boyutlara göre maddelerin dağılımı

Ölçek alt boyutları	Madde sayısı	Alınabilecek alt-üst puanlar
Manevi bakımın nitelikleri:	28, 29, 36, 37, 27, 35, 33, 39, 38 nolu maddeler	9-54
Manevi bakım perspektifi:	3, 5, 4, 2, 6, 7, 8, 1 nolu maddeler	8-48
Manevi bakım tanımları:	18, 15, 19, 16, 17, 26, 14 nolu maddeler	7-42
Manevi bakım tutumları:	12, 31, 32, 24, 40, 22, 21 nolu maddeler	7-42
Manevi bakım değerleri:	9, 10, 11, 13 nolu maddeler	4-24

Çoban ve arkadaşları (2017) tarafından Türk hemşire öğrencilerde ölçeğin güvenirlik geçerlilik çalışması yapılmış; 35maddelik ölçek 5 boyutlu bulunmuş, soru çıkarımına gidilmemiş, Orjinalinde 6 likertli bir yapıya sahip olan ölçek, uzman görüşleri ve pilot uygulama sonucunda gelen geri bildirimler sonucunda 5'li likertli bir yapı şeklinde yeniden düzenlenmiş (5=kesinlikle katılıyorum, 4=katılıyorum, 3=kısmen katılıyorum, 2=katılmıyorum, 1=kesinlikle katılmıyorum) ve ölçek “Manevi Bakım Verme Ölçeği” olarak adlandırılmıştır. Türkçe ölçekten 35(en az) - 175(en fazla) puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması öğrencinin maneviyat ve manevi bakım algılayışlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu bölümde, çalışma kapsamında uyarlanan Manevi Bakım verme Ölçeği (MBVÖ) Türkçe Formundan elde edilen ölçümlerin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında kullanılan istatistiksel işlemlere ilişkin bilgiler verilmiştir.

Öncelikle katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini tanımlamaya yönelik yüzdelik-ortalama analizleri yapılmıştır. Daha sonra MBVÖ'nin güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Madde puanları sıralı değişkenler olduklarından ve

normal dağılıma sahip olmadıklarından, DFA, ortalama ve varyans düzeltilmiş ağırlıklı en küçük kareler (mean and variance-adjusted weighted least squares, WLMSV) tahmin yöntemi kullanılarak, Mplus 8.10 paket programında yapılmıştır. Ayrıca DFA için örneklem büyüklüğü Statistica 10 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bu amaçla güç (power) analizi yapılmış ve örneklem büyüklüğümüzün (N:209) yeterli olduğu düşünülmüştür. Ayırma ve benzeme geçerliğine yönelik hesaplamalar ise stats tool package excel programı ile yapılmıştır.

3.6.1. Ölçeğin Güvenirliği

Ölçeğin güvenirliği iç tutarlılık ve zamana karşı değişmezlik ile incelenmiştir.

İç tutarlılık Cronbach alpha katsayısı; ölçeğin bütününe ait güvenirlilik için tabakalı alpha katsayısı ve madde-toplam korelasyonu ile hesaplanmıştır.

a) İç Tutarlılık

Nunnally (1988) ölçek geliştirme çalışmalarında güvenirlilik için iç tutarlılık sınır değerinin .60; diğer durumlarda .70 olması gerektiğini belirtmektedir. Literatüre göre Cronbach alpha değerinin yorumlanmasında aşağıdaki sınıflama yaygın olarak kullanılmaktadır:

- .00-.40 ise ölçek güvenilir değildir,
- .40-.60 ise ölçek düşük güvenirliliktir,
- .60-.80 ise ölçek orta güvenirliliktir,
- .80-100 ise ölçek yüksek güvenirliliktir (Kılıç, 2016).

Maddeler tabakalar ya da gruplar içinde toplandığında ve her grup içindeki maddeler bir yetenek ya da içerik alanı ile ilişkili olduğunda, ölçek ya da testin tabakalı olduğu ve tabakalı alpha güvenirlilik katsayısının kullanılabileceği ifade edilir. Tabakalı alpha güvenirlilik katsayısı, ölçeğin alt boyutlarından ziyade, bütünü için güvenirlilik katsayısını verir (Rae, 2008; Tan, 2009).

Çalışmamızda Cronbach alpha ve Tabakalı alpha güvenirlilik katsayısı için sınır değer .70 olarak kabul edilmiştir (Bland, ve Altman, 1997; Noreen, 2006; Nunnally, 1988; Pınar, Palaz ve Tabak, 2014).

b) Madde-toplam Korelasyonu

Madde-toplam puan korelasyonu, maddelerin ölçeğin tümüyle ne derece ilişkili olduğu hakkında bilgi verir. Korelasyon katsayısı “r” ile gösterilir ve -1 ile +1 arasında değer alır. Her bir maddenin puanının toplam puan ile korelasyonu 1’e ne kadar yakın ise güvenilirliğin o kadar yüksek olduğu kabul edilir. Bir başka ifade ile her maddenin ölçülmek istenen kavramla ilişkisinin yüksek olması, ölçülmesi istenilen kavramı o maddenin ölçebildiğini gösterir. Bu yüzden korelasyon katsayısının her madde için yüksek ve pozitif yönlü olması beklenir (Şencan,2005).

Madde-toplam korelasyonu için, bazı kaynaklar .30 (Karasar, 2006), bazı kaynaklar ise (Fayers ve Machin, 2007) .40’ın alt sınır değer olarak kabul edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Mevcut çalışma için sınır değer $\geq .40$ olarak belirlenmiştir.

c) Zamana Karşı Değişmezlik

Zamana karşı değişmezlik test-tekrar test güvenilirliği ve bağımlı grupta t testi ile incelenmiştir.

Zamana karşı değişmezlik için iki test arasındaki sürenin katılımcıların ölçekteki tüm soruları hatırlayıp aynı cevabı vermemesi için çok kısa ya da tamamen soruların unutulmaması için de çok uzun olmaması gerektiği bildirilmekte ve ilk uygulamadan 2-4 hafta sonra testin yeniden yapılması önerilmektedir (Çakmur, 2012).

Test-tekrar test sonuçları korelasyon ve bağımlı grupta t testi ile analiz edilir. İki ölçümden elde edilen ortalama puanlar korelasyon analizi ile incelenir. Korelasyon katsayısı (r) ile sembolize edilir; korelasyon katsayısının +1’e yakın olması zamana karşı değişmezliğin yüksek olduğunu gösterir; korelasyon katsayısı için eşik değer .70 olması gerektiği bildirilmektedir (Baydur ve Eser, 2006; Pınar, Palaz ve Tabak, 2014).

Bağımlı grupta t testi ile yapıldığında ise, katılımcıların test- tekrar test uygulamasından aldıkları puan ortalamalarının birbirine yakın olması ve iki test puanı arasındaki farkın anlamlı olmaması beklenir. Mevcut çalışmada MBVÖ 30 hemşireye 15 gün ara ile iki kez uygulandı. Hemşirelerin iki uygulamadan aldıkları puan ortalamaları Pearson’s korelasyon analizi ve bağımlı grupta t testi ile incelendi. Pearson’s korelasyon analizinde sınır değer .70 olarak alındı ve iki uygulama puanı arasındaki korelasyonun bu değer üzerinde olacağı; bağımlı grupta t testinde ise iki

uygulamadan alınan puanların birbirine yakın olacağı ve iki uygulama puanı arasındaki farkın anlamlı olmayacağı öngörüldü.

3.6.2. Ölçeğin Geçerliği

Manevi bakım verme ölçeğinin geçerliği; yapı geçerliği, benzeme (convergent) ve ayırma (discriminant) geçerliği ile yapılmıştır.

a) Yapı geçerliği

Yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile incelenmiştir.

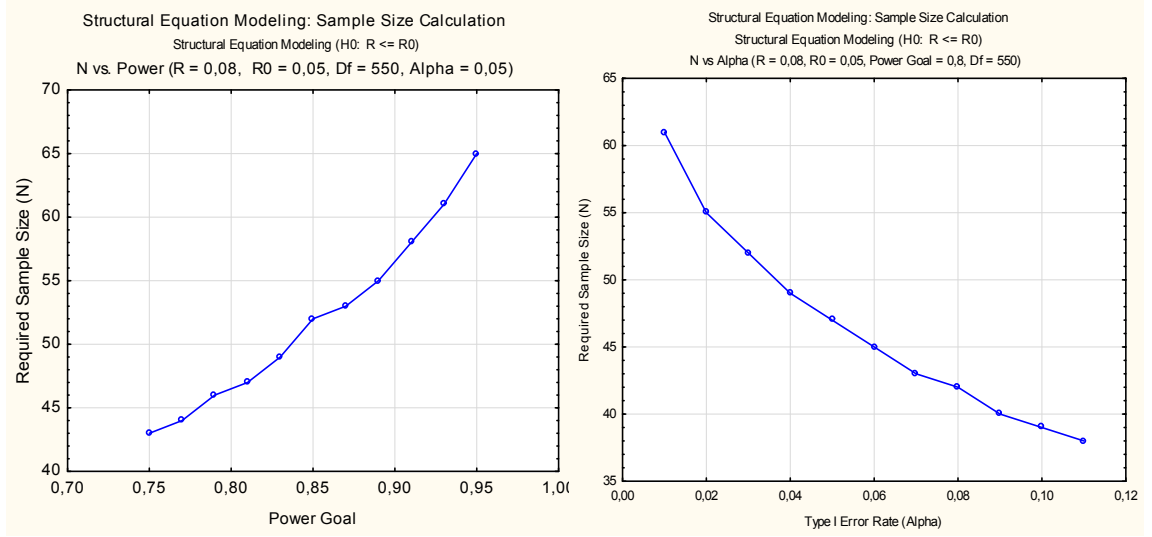
Yapılan analizlerin geçerli sonuçlar verebilmesi için veri setinin kalitesi önemlidir. Bu yüzden analizlerden önce, veri setinin niteliği incelenmelidir. Veri setinin niteliği yapılacak analizin gerekliliklerini sağlamasına göre değerlendirilir. DFA yapılmadan önce veri setinde aykırı gözlemler (uç değerler), normallik, doğrusallık, çoklu doğrusallık ve örneklem büyüklüğü gibi gereklilikler test edilmelidir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk 2018).

Mevcut çalışmamızda öncelikle veri seti DFA gereklilikleri açısından incelenmiştir. İlk olarak aykırı gözlemlerin varlığına bakılmıştır. Aykırı gözlemler veri setinde alışlagelen değerlerden çok farklı gelen değerlerdir ve pek çok istatistiksel işlemin sonucunu olumsuz etkilemektedir. Aykırı gözlemler ham puanların standart Z puanına dönüştürülmesi ile belirlenir ve katılımcı sayısının 100'den büyük olduğu örneklerde Z puanının -4 ile +4 arasında olması istenir. Mevcut veri setinde Z puanı 4.00'ten büyük 6 aykırı gözlem bulunmuştur. Z puanı tek değişkenli veri setinde aykırı gözlemler için yeterli iken, çok değişkenli veri setinde Mahalonobis uzaklığına da bakılması gerekir. Mahalonobis uzaklığı bağımsız değişkenin örneklem ortalamasından uzaklığını veren istatistiktir. Mahalonobis uzaklığı ki-kare ile karşılaştırılarak $p < 0.001$ düzeyinde tablodan bakılarak yorumlanır (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk 2018). Çalışmamızda Mahalonobis uzaklık değeri ki-kare 66.62'den büyük bulunan 4 aykırı gözlem veri setinden çıkarılmış; böylece geçerlik çalışması 209 kişi ile yapılmıştır. Doğrusallık iki değişken arasındaki ilişkinin bir doğru üzerinde gösterilmesiyle incelenir (A.g.e.). Maddeler arasında rastgele yolla ikili saçılma grafikleri (scatter plot) çizilmiş, ayrıca dağılım tahminleri incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda özellikle aynı boyutta yer alan maddeler arasında yüksek düzeyde ve doğrusal ilişkiler gözlemlenmiştir. Takiben veri seti

çoklu doğrusallık yönünden incelenmiştir. Değişkenler arasında güçlü korelasyonların olması çoklu doğrusallık olarak tanımlanır. Çoklu doğrusal bağlantıyı saptamak için değişkenler arasındaki korelasyonun .90 ve üzeri olması, varyans artış faktörlerinin (VIF) 10'a eşit ya da büyük olması ve tolerans değerlerinin .10'dan küçük olması ise çoklu doğrusallık problemini gösterir. Böyle bir durum yine analiz sonuçlarının geçerliliğini etkiler (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk 2018; Mertler ve Vannatta, 2005).Veri setinde yer alan maddeler arasındaki korelasyonlar .80'den büyük idi (univariate), tolerance değerlerinden 0'a yaklaşan ve yine VIF değerlerinde 5'den büyük bir değişken bulunmamakta idi (multivariate); bu nedenle çoklu doğrusallık (multicollinearity) problemi olmadığı kanaatine varıldı.

Faktör analizinde değişkenlerin ve değişkenlerin oluşturduğu bileşenlerin (faktörlerin) normal dağılıma sahip olması yapılacak DFA analizlerinin doğruluk derecesini artırır (Büyüköztürk, 2002). Veri setinin normalliğinin değerlendirmesinde eğiklik (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları incelenir. Standart normal dağılımda bu değerler 0'dır. Bu değerlerin -1 ile +1 arasında olması veri setinin normal dağıldığının göstergesidir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk 2018). Veri setindeki maddelerin normal dağılım özelliklerine ne derece sahip oldukları eğiklik ve basıklık katsayıları hesaplanarak incelenmiştir. Univariate eğiklik değerleri -1.01 ile -0.18 (ort= -0.55); basıklık değerleri -0.88 ile 0.62 (ort= -0.48) arasındadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda normal olarak kabul edilen veri seti için son olarak DFA için örneklem büyüklüğü belirlenirken Statistica 10 paket programında güç (power) analizi yapılmış ve n= 209 yeterli bulunmuştur (Şekil 1). Bu incelemeler sonucunda DFA için gerekliliklerin yeterince karşılandığı kanaatine varılmıştır.



Şekil 1. DFA Örneklem Büyüklüğü için Güç analizi

Doğrulayıcı faktör analizinde öncelikle kuramsal modele (ilişkili 5 faktör) ilişkin genel uyum ve uyumsuzluk katsayıları, takiben eşdeğer (equivalent) model test sonuçları incelenmiştir. Bu modellerin test edilmesinin amacı, Kline'nin (2015) belirttiği gibi, aynı veriyle analiz edilen bir dizi “makul” modelden birinin seçilmesidir.

Yapısal eşitlik modellemesinde (YEM) kullanılan uyum indeksleri değişse de, en yaygın olarak ve bir anlamda başlangıç uyum indeksi olarak ele alınan istatistik ki-karedir. Ki-kare bakılmasının amacı veri ile model arasındaki uyumun test edilmesidir. Hesaplanan ki-kare değeri küçük ve anlamsız ise uyumun iyi olduğu, buna karşın ki-karenin anlamlı olması iki modelin birbirinden farklı olduğu şeklinde yorumlanır. Bu nedenle başlangıçta ki-kare değerlendirilmesinin yapılması ki-karenin anlamlı olmaması ve 3'ten küçük olması modelin uyumunu gösterir. Ancak küçük örneklerde söz konusu değerler daha kolay bir şekilde anlamsız çıktığı bilinmekle birlikte, çok büyük örneklerde neredeyse her zaman anlamlı çıkarabilmektedir. Bu durumda genel modelin uyumunu değerlendirmek için tek başına ki-kareden ziyade, ki-karenin sd'ye oranı (x^2/sd) kriter olarak alınır (Meydan ve Şeşen, 2015). x^2/sd 'nin iki veya altında olması modelin “iyi” bir model olduğunu, beşin altında bir değer alması ise modelin “kabul edilebilir” olduğunu göstermektedir (Meydan ve Şeşen, 2015). Kline ise (2005) küçük örneklerde mükemmel uyum için x^2/sd değerinin ≤ 2.5 olmasının yeterli olduğunu bildirmiştir.

Mevcut çalışmada örneklem sayısı 209 ile sınırlı olduğundan veri-model uyumunun değerlendirilmesinde χ^2/sd değeri kriter olarak alınmış; test edilen modellerin uygun olup olmadığına uyum indekslerine bakılarak karar verilmiştir. Uyum indeksleri olarak CFI, RMSEA ve SRMR alınmıştır.

Uyum indekslerinin kabul edilebilir sınır değerleri konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Örneğin Hu ve Bentler'e (1998) göre basit modellerin yanlış tanımlamalarına duyarlı kesin uyum indeksi SRMR .08'den küçük, kompleks modellerin yanlış tanımlanmasına duyarlı kesin uyum indeksi olan RMSEA ise .06'dan büyük olmamalıdır. Brown (2006), Hu ve Bentler'in ifade ettiği değerlerdeki SRMR ve RMSEA'ya ek olarak, CFI'nın da .95'ten büyük olması gerektiğini belirtmiştir. Kline'a (2005) göre, model uyumundan söz edebilmek için RMSEA .08'den, SRMR .10'dan küçük ve CFI .90'dan büyük olmalıdır. Toyoda (1998) ise kabul edilebilir uyum için RMSEA'nın .10'dan küçük olmasını önermektedir. Buna karşın Hair, Black, Babin, Anderson ve Tatham (2010)'a göre madde sayısı 30'a eşit veya büyükse kişi sayısı da 250'den az ise, χ^2 değerinin istatistiksel açıdan önemi yoktur. Ancak CFI .92'den büyük; RMSEA .08'den ve SRMR de .09'dan küçük ise, modelin genel uyum katsayılarının yeterli olduğu kabul edilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Manevi Bakım Verme Ölçeği'nin hemşire grubunda güvenilirlik ve geçerliğinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular üç başlık altında toplanmıştır.

1. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular
2. Ölçeğin güvenilirlik analizine ilişkin bulgular
3. Ölçeğin geçerlik analizine ilişkin bulgular

4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri (N=209)

Sosyo-demografik ve mesleki özellikler	N (sayı)	% (yüzde)
Cinsiyet		
Kadın / Erkek	180 / 29	86.1 / 13.9
Medeni durum		
Evli / Bekar	85 / 124	40.7 / 59.3
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet / Hayır	85 / 124	40.7 / 59.3
Öğrenim durumu		
Lise	24	11.5
Önlisans	27	12.9
Lisans	136	65.1
Yüksek lisans/doktora	22	10.5
Mesleki deneyim süresi (yıl±ss)	6.73±6.5 (min-max: 1-29)	
Çalıştığı kurum		
Devlet hastanesi / Eğitim araştırma hastanesi	126 / 83	60.3 / 39.7
Çalıştığı birim		
Palyatif bakım ünitesi	58	27.8

Yoğun bakım ünitesi	96	45.9
Onkoloji servisi	55	26.3
Çalıştığı birimdeki deneyim süresi (yıl±ss)	2,82±2,7 (min-max: 1-14)	
Çalışma şekli		
Yalnız gündüz	31	16,1
Yalnız gece	7	3.6
Vardiya usulü	157	80.2
Aktif olarak hasta bakımını üstleniyor mu?		
Evet/hayır	191/18	91.4/8.6
Yatak doluluk oranı		
Evet daima dolu	70	36.5
Evet çoğunlukla dolu	118	61.5
Nadiren dolu	4	2.1
Yaş (yıl±ss)	29.78±6.8 (min-max:20-49)	
Bir vardiyada bakılan hasta sayısı (Ortsayı±ss)	4.66±2.8 (min-max:1-19)	
Yatak sayısı (Ortsayı±ss)	18.3±8.3(min-max:4-38)	
Ailede bakmakla yükümlü olduğu kişi		
Var / Yok	15 / 194	7.2 / 92.8
Daha önce hastanede yatış deneyimi		
Var / Yok	66 / 143	31.6 / 68.4
Manevi bakım eğitimi alma		
Evet / Hayır	46 / 163	22 / 78
Bir yakını kaybetme (ölümü deneyimleme)		
Evet / Hayır	140 / 69	66.5 / 33.5
Yakınlık derecesi(N:140)		
Anne/baba	31	22.1
Evlat / Kardeş	2 / 9	1.4 / 6.4
Diğer	98	70

Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri Tablo 4’de verilmiştir. Yaş ortalaması 29.8 yıl olan hemşirelerin çoğunluğu kadın (%86.1), bekar ve çocuksuz (%59.3) olup, lisans düzeyinde eğitim görmüştür (%65.1). Mesleki deneyim süresi 6.7 yıldır, çalıştığı birimdeki deneyim süresi 2.8 yıldır, %60.3’ü devlet hastanesinde, %45.9’u yoğun bakım ünitesinde ve %80.2’si vardiya usulü çalışmaktadır. Hemşirelerin %91.4’ü aktif hasta bakımı yapmakta ve hemşirelerin %61.5’i çalıştığı birimde genellikle yatakların dolu olduğunu belirtmiştir; ünedeki ortalama yatak sayısı 18.3 olup, bir vardiyada tek hemşire ortalama 4.7 hastaya bakım vermektedir.

Hemşirelerin %7.2’si ailesinde bakmakla yükümlü olduğu kişiler olduğunu; %31.6’sı daha önce hastaneye yatış deneyimi olduğunu; %66.5’i daha önce bir yakını kaybettiğini ve %22’si manevi bakım konusunda eğitim aldığını bildirmiştir.

4.2. Ölçeğin Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

Manevi Bakım Verme Ölçeğinin güvenilirlik analizinde; ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için Cronbach alpha, Tabakalı Alfa güvenilirlik katsayıları ve madde-toplam puan analizi ve zamana göre değişmezliği ölçmek için pearson korelasyon analizi ve test tekrar test analizi kullanılmıştır.

4.2.1. Manevi Bakım Verme Ölçeğinin Cronbach α Güvenirlik Katsayıları

Tablo 5. MBVÖ’nin ve Alt Boyutlarının Cronbach α Güvenirlik Katsayısı (N=219)

Ölçek ve alt boyutları	Alınabilecek alt-üst puanlar	ort \pm ss	Cronbach α güvenilirlik katsayısı
Manevi Bakım Verme Ölçeği	35-175	149.3-15.4	.95
Manevi bakımın genel özellikleri(F1)	9-45	35.6-4.6	.89
Manevi bakım perspektifi (F2)	8-40	38.1-4	.92
Manevi bakımın tanımı (F3)	7-35	30.2-3.4	.88
Manevi bakıma yönelik tutumlar (F4)	7-35	29.1-3.5	.83
Manevi bakım uygulamaları (F5)	4-20	16.1-2.4	.72
Toplam (Tabakalı)	35-175		.99

Tablo 5’ de görüldüğü gibi, ölçekte yer alan alt boyutların Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları .72 ile .92 arasında değişmiştir; ölçeğin totali için Cronbach alpha değeri .95’dir. Hesaplanan tabakalı alpha güvenilirlik katsayısı ise .99 olarak bulunmuştur.

4.2.2. Manevi Bakım Verme Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Analizi

Tablo 6. MBVÖ maddelerinin Madde-Toplam Puan Korelasyon Analizi (N=219)

Alt boyutlar	Maddeler	Korelasyon katsayısı
Manevi bakımın genel özellikleri	24. Manevi bakım hastaların maneviyatı hakkındaki düşüncelerini içermelidir.	.653
	25. Maneviyatın farkında olan hemşireler daha iyi manevi bakım sağlarlar.	.606
	26. Manevi bakım, manevi farkındalık gerektirir.	.725
	29. Manevi bakım uygulama becerisi deneyim ile gelişir.	.402
	30. Manevi bakım hastalara umut verdiği için önemlidir.	.636
	31. Bireyin yaşam deneyimleri maneviyatını etkiler.	.597
	32. Maneviyat, hayatın zorlukları ve problemleriyle yüz yüze kalındığında bireye yardım eder.	.714
	33. Manevi bakım, hemşirenin hastaya empatik olmasını gerektirir.	.647
	34. Manevi bakım sağlamak için güvene dayalı bir hasta-hemşire ilişkisi gerektirir	.679
Manevi bakım perspektifi	1.Herkes bir maneviyata sahiptir.	.489
	Maneviyat, insan olmanın önemli bir yönüdür	.586
	Maneviyat, bireylerin huzurlu olmasını sağlayan birleştirici bir güçtür	.622
	Maneviyat, kişinin davranışlarını etkileyen içsel duygularını ifade eder.	.646
	Maneviyat, iç dünyamızın bir parçasıdır.	.707
	Maneviyat, yaşamın iyi ve kötü olaylarından anlam çıkarmaktır.	.574
	Manevi iyilik, bireyin duygusal sağlığı için önemlidir.	.620
	Maneviyat bireyleri hayatın anlamı ve amacı hakkında cevapları aramaya yönlendirir.	.620
Manevi bakımın tanımı	14. Manevi bakım bir süreçtir ve tek seferlik bir olay ya da uygulama değildir.	.696
	15. Manevi bakım, hastanın dini ya da kişisel inançlarına saygı duymaktır.	.641
	16. Duyarlılık ve sezgi hemşirenin manevi bakım uygulamasına yardımcı olur.	.729
	17. Hemşireler hastalara korkularını, anksiyetelerini, sorunlarını ifade etmeleri ve tartışmaları için zaman ayırarak manevi bakım sağlarlar.	.592
	18. Hemşireler hastaların dini ve kültürel inançlarına saygı duyarak manevi bakım uygularlar.	.611
	19. Hastanın yanında olmak bir tür manevi bakımdır.	.680
	23. Hemşireler, hastaların onuruna saygı göstererek manevi bakım sağlarlar.	.652
Man	12. Manevi bakım, dini bakımdan daha kapsamlıdır.	.407

evi bakım	20. Manevi bakım, hastanın hastalığındaki anlam ve amacı bulmasına olanak sağlar.	.692
	21. Manevi bakım, hastalara dini inançlarını yerine getirmeleri konusunda destek olmayı içerir.	.676
	22. Ben hastalara rahatlıkla manevi bakım uygulayabilirim.	.521
	27. Manevi bakım, hemşirelere hemşirelik eğitimi sürecince öğretilmelidir.	.682
	28. Manevi bakım hemşirelik uygulamalarında olumlu yönde desteklenmelidir.	.723
	35. Manevi bakımda ekip yaklaşımı önemlidir.	.632
Manevi bakım uygulamaları	Manevi boyut olmadan, birey bir bütün olarak düşünülemez.	.656
	Manevi gereksinimler; başkalarıyla, üstün bir güçle veya doğayla bağlantı kurularak karşılanır.	.533
	11. Manevi bakım, bütüncül hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır.	.639
	13. İyi uygulandığında hemşirelik bakımı, manevi bakımın ta kendisidir.	.480

Manevi Bakım Verme Ölçeği'nin madde-toplam korelasyonuna ilişkin bulgular Tablo 6'da verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, manevi bakımın genel özellikleri alt boyutundaki maddelerin madde-toplam korelasyon katsayıları .40-.72; manevi bakım perspektifi alt boyutundaki maddelerin madde-toplam korelasyon katsayıları .49-.71; manevi bakımın tanımı alt boyutundaki maddelerin madde-toplam korelasyon katsayıları .59-.73, manevi bakıma yönelik tutumlar alt boyutundaki maddelerin madde-toplam korelasyon katsayıları .41-.72 ve manevi bakım uygulamaları alt boyutundaki maddelerin madde-toplam korelasyon katsayıları .48-.66, arasındadır.

Ölçek maddelerinin ölçeğin toplam puanıyla olan korelasyon katsayıları .40 ile .73 arasında dağılım göstermiştir.

4.2.3. Test-tekrar Test Analizi

Tablo 7. MBVÖ ve alt boyutlarından alınan zamana karşı değişmezliğine puan ortalamaları ve korelasyonları

Ölçek ve Alt Boyutları	Analiz Sonuçları	
	Pearson's korelasyon katsayıları	t test ve p değeri
Toplam ölçek	.899	t=.101 p=.920
Manevi bakımın genel özellikleri	.786	t=.048 p=.962
Manevi bakım perspektifi	.708	t=.399 p=.693
Manevi bakımın tanımı	.768	t=.149 p=.882
Manevi bakıma yönelik tutumlar	.742	t=.114 p=.910
Manevi bakım uygulamaları	.846	t=1.862 p=.073

Ölçeğin zamana karşı değişmezlik bulguları Tablo 7'de verilmiştir.

Ölçeğin zamana karşı değişmezlik analizinde ilk ve ikinci uygulama arasındaki korelasyon katsayıları .71-.85 arasında değişmiş olup; ölçeğin tamamı için iki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısı $r=.90$ 'dır. Testin birinci ve ikinci uygulamalarından elde edilen ortalama puanlar arasında hem ölçeğin totali hem de alt boyutlarda farklılık yoktur ($P>0.05$).

4.3. Ölçeğin Geçerlik Analizine İlişkin Bulguları

4.3.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 8. MBVÖ Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucu Elde Edilen Genel Uyum Katsayıları (N: 209)

Model	χ^2	SD	χ^2/sd	p	CFI	RMSEA GA (%90)	SRMR	$\Delta\chi^2_{10}$
Kuramsal	1113.67	550	2.02	.00	.96	.07 (.06 -.08)	.06	
İlişkisiz 5 faktör	9404.25	560	16.8	.00	.35	.28 (.27-.28)	.41	1365.88
Tek faktör	1786.10	560	3.19	.00	.91	.10 (.10 -.11)	.10	212.77

GA= P:0.05

Manevi Bakım Verme Ölçeğinden elde edilen sonuçların Tiew ve Creedy (2012) tarafından gösterilen kuramsal modele uygunluğu DFA ile incelenmiş; veri-model

uyumuna bakılmış χ^2/sd ; ayrıca ilişkisiz beş faktörlü model ve tek faktörlü modelin uyum indeksleri beş faktörlü kuramsal modele ilişkin uyum indeksleri ile karşılaştırılmıştır. Tablo 8’de görüldüğü gibi, $\chi^2/sd = 2.02$, kuramsal modele ilişkin uyum indeksleri CFI= .96; RMSEA .07 ve SRMR .06 şeklindedir.

Tablo 9. MBVÖ Önerilen Modele ilişkin Faktör Yükleri (λ) (N: 209)

Alt boyutlar	Madde no	Faktör yükleri (λ)
Manevi bakımın genel özellikleri	Madde 24	.78
	Madde 25	.76
	Madde 26	.87
	Madde 29	.56
	Madde 30	.77
	Madde 31	.76
	Madde 32	.86
	Madde 33	.84
	Madde 34	.91
Manevi bakım perspektifi	Madde 1	.72
	Madde 2	.85
	Madde 3	.93
	Madde 4	.92
	Madde 5	.97
	Madde 6	.77
	Madde 7	.88
	Madde 8	.85
Manevi bakımın tanımı	Madde 14	.84
	Madde 15	.79
	Madde 16	.88
	Madde 17	.73
	Madde 18	.75
	Madde 19	.83
Manevi bakıma yönelik tutumlar	Madde 20	.80
	Madde 21	.79
	Madde 22	.63
	Madde 27	.84
	Madde 28	.89
	Madde 35	.80
Manevi bakım uygulamaları	Madde 9	.81
	Madde 10	.65
	Madde 11	.79
	Madde 13	.59

Kuramsal modele ilişkin faktör yükleri (standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları) Tablo 9’da ve Şekil 2’de verilmiştir. Manevi Bakım Verme Ölçeğinde yer alan tüm maddelerin faktör yükleri pozitif olup, alt boyutların faktör yükleri manevi bakımın

genel özellikleri boyutunda .56-.91; manevi bakım perspektifi boyutunda .72-.97; manevi bakımın tanımı boyutunda .73-.88; manevi bakıma yönelik tutumlar boyutunda .48-.89 ve manevi bakım uygulamaları boyutunda .59-.81 arasındadır.

4.3.2. Benzeme ve Ayırma Geçerliği

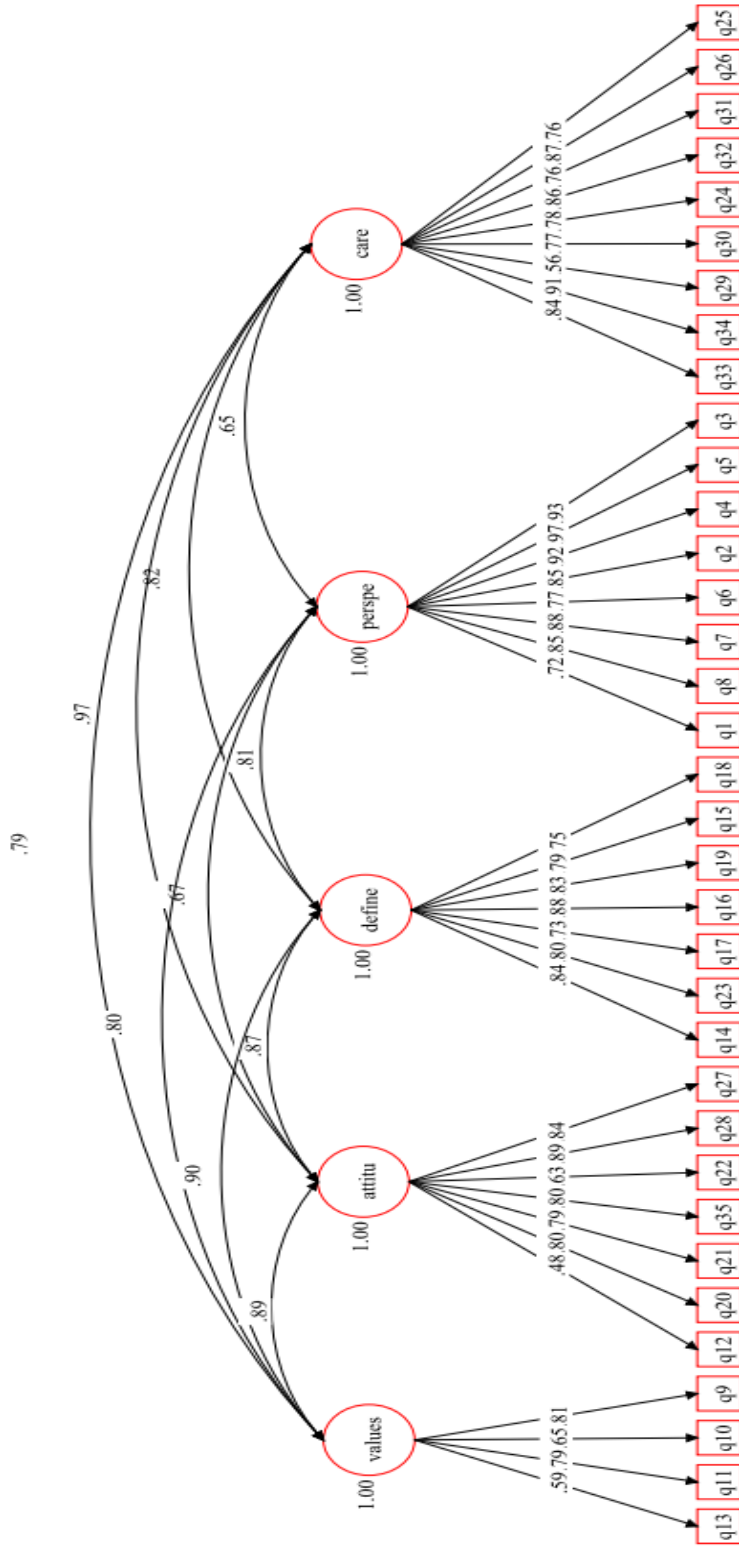
Tablo 10.MBVÖ Benzeme ve Ayırma Geçerliğine İlişkin Katsayılar (N:209)

Boyutlar	ω	AVE	MSV	ASV	F5	F2	F1	F3	F4
Manevi bakım uygulamaları	.81	.52	.81	.71	.72				
Manevi bakım perspektifi	.96	.75	.64	.53	.80	.87			
Manevi bakımın genelözellikleri	.94	.63	.94	.65	.79	.65	.80		
Manevi bakımın tanımı	.93	.65	.81	.72	.90	.80	.82	.80	
Manevi bakıma yönelik tutumlar	.90	.57	.94	.72	.89	.67	.97	.87	.75

Kuramsal modeldeki faktör yüklerinden elde edilen benzeme ve ayırma geçerlik sonuçları Tablo 10 ve Şekil 2’de verilmiştir.

Tablo ve Şekil incelendiğinde alt boyutların güvenilirlik katsayılarının $>.70$ olduğu görülmektedir. Ayrıca sadece Manevi bakıma yönelik tutumlar (F4) boyutunda bir maddenin .48 yüke sahip olduğu; tüm boyutlar için ω ’lerin AVE’lerden daha büyük olduğu gözlemlenmektedir.

Tüm boyutlar için $ASV < AVE$ olmasına karşın, sadece manevi bakım perspektifi(F2) boyutu için $MSV > AVE$ ve \sqrt{AVE} değerinin diğer faktörlerle korelasyonlarından büyük olduğu görülmektedir.



Şekil 2: MBVÖ Kuramsal Model Standart Regresyon Ağırlıkları

BEŞİNCİ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE TARTIŞMA

Bu bölümde bulgular MBVÖ'nin güvenilirliği ve MBVÖ'nin geçerliği olmak üzere iki başlıkta ele alınarak tartışılacaktır.

5.1. Güvenirlik

Manevi Bakım Verme Ölçeği'nin güvenilirlik analizi gereç yöntem bölümünde de anlatıldığı gibi iç tutarlılık ve test-tekrar test yöntemi ile yapılmıştır.

5.1.1. İç Tutarlık

Güvenirlik katsayıları 0-1 arasında değer alır ve 1'e yakın değerler iç tutarlılığın yüksek olduğunun göstergesidir (Ercan ve Kan, 2004). Mevcut çalışmada ölçeğin toplamına ait Cronbach alpha (.95) ve Tabakalı alpha güvenilirlik katsayıları (.99) bir bütün olarak değerlendirildiğinde ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğu sonucuna varılmıştır (Kılıç, 2016).

Ölçekte yer alan beş alt boyutun dördünde (manevi bakım perspektifi, manevi bakımın özellikleri, manevi bakımın tanımı ve manevi bakıma yönelik tutumlar) Cronbach alpha değerleri .80'i aşmıştır; bu durum alt boyutların yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir. En düşük Cronbach alpha değeri manevi bakım uygulamaları alt boyutundan elde edilmiştir (.72), ancak bu değer de kabul edilebilir eşik değer olan .70'in üzerindedir (Nunnally, 1988).

İncelenen literatürde MBVÖ'nin güvenilirlik geçerliğine ilişkin üç çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan biri hemşirelerde (Hu, Tiew ve Li, 2019), ikisi ise öğrenci hemşirelerde yapılmıştır (Çoban, Şirin ve Yurttaş, 2017; Cruz, Alshammari ve Colet, 2016). Ölçeği geliştiren Tiew ve Creedy'nin (2012) güvenilirlik-geçerlik çalışması da öğrenci hemşireler üzerinde yapılmıştır.

Tiew ve Creedy (2012) tarafından geliştirilen orijinal ölçekteki Cronbach alpha değerleri manevi bakımın genel özellikleri alt boyutu için .90, manevi bakım perspektifi alt boyutu için .91, manevi bakımın tanımı alt boyutu için .88, manevi bakıma yönelik tutumlar alt boyutu için .86 ve manevi bakım uygulamaları alt boyutu için .81; ölçeğin totali için .96 olarak bulunmuştur.

Orijinal ölçek ile bizim çalışmamızda kullanılan Türkçe ölçeğin alt boyutlarından elde edilen Cronbach alpha değerleri birbirine yakın bulunmuş olup, manevi bakımın tanımı alt boyutundaki değerler birebir aynıdır. Manevi bakımın perspektifi boyutunda bizim çalışmamızda orijinal ölçeğe göre daha yüksek değer bulunmuştur.

Çoban ve arkadaşlarının (2017) 348 öğrenci hemşirede yaptıkları çalışmada MBVÖ'nin orijinal ölçeğe göre alt boyutlardaki maddelerin sıralanmasında değişiklik görülmüştür. Ölçeğin totali için Cronbach alpha değeri .96; alt boyutlara ait Cronbach alpha değerleri manevi bakımın genel özellikleri için .92, manevi bakım perspektifi için .92, manevi bakımın tanımı için .79, manevi bakıma yönelik tutumlar için .89 ve manevi bakım uygulamaları için .73 bulunmuştur. Bu değerler bizim çalışmamızla kıyaslandığında manevi bakım perspektifi boyutun da aynı iken, diğerlerinde birbirine yakın değerler bulunmuştur.

Hu ve arkadaşlarının (2019) Çin'de hemşirelerde yaptıkları çalışmada dört boyutlu (manevi bakımın genel özellikleri, manevi bakım perspektifi, manevi bakımın tanımı, manevi bakıma yönelik tutumlar) MBVÖ'nin alt boyutlarının Cronbach alpha değerleri sırasıyla .94, .84, .85 ve .87'dir.

Cruz ve arkadaşlarının (2016) Suudi Arabistan'da 202 öğrenci hemşirede yaptıkları çalışmada Cronbach alpha değeri ölçeğin totali için .93; bakımın özellikleri, manevi bakımın tanımı, manevi bakım tutumları, manevi bakım perspektifi ve manevi bakım uygulamaları alt boyutları için sırasıyla .88, .91, .94, .84 ve .85'dir.

Sonuç itibariyle mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach alpha değerlerinin kabul edilebilir ve yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Mevcut çalışmada madde-toplam korelasyonu her bir alt boyut için değerlendirilmiş olup; MBVÖ'de bulunan 35 maddenin tümünün madde-toplam korelasyonunun eşik değer (Fayers ve Machin, 2007) olan .40'ı aştığı; her bir alt boyutta bulunan maddelerin o boyutun toplam puanı ile pozitif yönlü ilişki gösterdiği görülmüştür (Tablo 6). Manevi Bakım Verme Ölçeği'nin güvenilirlik geçerliğine ilişkin orijinal çalışma (Tiew, 2013) ve Hu ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) madde-toplam korelasyonu ölçeğin bütünü; Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) ölçeğin alt boyutları için incelenmiştir.

Tiew ve Creedy'nin çalışmasında (2012) madde-toplam puan korelasyon katsayılarının .31 ile .72 arasında; Hu ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) .53 ile .78 arasında değiştiği bulunmuştur. Çoban ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) madde-toplam puan korelasyon katsayıları manevi bakımın genel özellikleri alt boyutunda .52 ile .76, manevi bakım perspektifi alt boyutunda .48 ile .77, manevi bakımın tanımı alt boyutunda .46 ile .72, manevi bakıma yönelik tutumlar alt boyutunda .65 ile .77 ve manevi bakım uygulamaları alt boyutunda .37 ile .69 olarak bulunmuştur.

Madde-toplam korelasyonuna ilişkin bulgularımız ilgili çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak mevcut çalışmada elde edilen Cronbach alpha katsayısı; tabakalı alpha katsayısı ve madde-toplam korelasyonu değerlerine göre MBVÖ'nin iç tutarlığının yüksek olduğu söylenebilir

5.1.2. Zamana Karşı Değişmezlik

Test-tekrar test güvenirliğinde, ölçeğin farklı zamanlarda aynı gruba iki kez uygulanmasıyla benzer sonuçların alınması zamana karşı değişmezliğini gösterir. Genellikle pearson korelasyon analizi ve bağımlı gruplarda t testi ile yapılır. Korelasyon katsayısının .70 ve üzeri olması, P değerinin de 0.05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olmaması beklenir (Baydur, 2006; Pınar, Palaz ve Tabak, 2014).

Çalışmamızda MBVÖ'nin zamana karşı değişmezliğini ölçmek için yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda korelasyon katsayısı eşik değer olan .70'i aştığı ve P değerinin de 0.05 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Mevcut çalışmada iki ölçümden elde edilen ortalama puanlar bağımlı grupta t testi ile karşılaştırıldığında alt boyutlar ve ölçeğin bütünü için anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 7). Bu sonuçlar iki farklı ölçüm sonucunun tutarlı ve zamana karşı değişmez olduğunu göstermektedir. Manevi bakım verme ölçeğini geliştiren Tiew ve Creedy'nin (2012) orijinal çalışmasında, Çoban ve Arkadaşlarının (2017) Türkiye'de yaptıkları, Hu ve Arkadaşlarının (2019) Çin'de yaptıkları güvenirlik geçerlik çalışmasında test -tekrar test analizi yapılmamıştır. Cruz ve Arkadaşlarının (2016) Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmada test-tekrar test analizi yapılmış ve korelasyon

katsayısı .97 olarak bulunmuştur. Bu açıdan diğer üç çalışmadan farklı olarak, mevcut çalışmada, ölçeğin farklı zamanlarda uygulandığında stabilite gösterdiği, bir başka ifade ile MBVÖ'nin zamana karşı değişmez olduğu kanıtlanmıştır.

Manevi bakım verme ölçeğinin güvenilirliğine ilişkin yapılan iç tutarlılık ve zamana karşı değişmezlik analiz sonuçları literatüre göre belirlenen sınır değerler doğrultusunda tatmin edici bulunmuş olup, iç tutarlılığa yönelik Cronbach alpha, tabakalı alpha, madde-toplam korelasyon katsayılarının yüksek değerlerde; zamana karşı değişmezlik için ise pearson korelasyon katsayısının yüksek değerde bulunması ve bağımlı grupta t testinin anlamlı bulunmaması MBVÖ'nin güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

5.2. Geçerlik

Manevi Bakım Verme Ölçeği'nin yapı geçerliği DFA, benzeme ve ayırma geçerliği ile incelenmiştir.

Doğrulayıcı faktör analizi daha önceden belirlenen veya öngörülen ölçek modelinin uyumunun değerlendirilmesi için yapılan analizdir.

Uyumun değerlendirilmesinde öncelikle χ^2/sd ile veri-model uyumuna bakılır. Meydan ve Şeşen'e (2015) göre χ^2/sd 'nin ≤ 2 olması "iyi" veri model uyumunu; < 5 olması "kabul edilebilir" veri model uyumunu; Kline göre ise (2005) küçük örneklemelerde χ^2/sd değerinin ≤ 2.5 olması "mükemmel" uyumu göstermektedir.

En sık kullanılan uyum indeksleri CFI, RMSEA ve SRMR 'dır (Pınar, Palaz ve Tabak, 2014). Doğrulayıcı faktör analizi ile kuramsal modelimizin yanında iki eş değer model sonuçlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Modellerden ilki ilişkisiz 5 faktör; ikincisi tek faktör modelidir.

İlişkisiz 5 faktör modeline ilişkin analiz yapılmasının nedeni kuramsal faktörde bulunan 5 faktörün aralarında ilişki bulunmadığı hipotezini test etmek amacıyla DFA paket programlarında yapılmaktadır. Çalışmamızda ilişkisiz 5 faktör modeline ilişkin χ^2/sd değerinin normalden büyük olması, CFI değerinin normalden küçük olması, RMSEA ve SRMR değerlerinin de normalden büyük olması faktörler arasında ilişki bulunmadığını ve ilişkisiz 5 faktör modelinin geçersiz olduğunu kanıtlamaktadır. Kuramsal modelimiz ile diğer karşılaştırılan model ise ölçeğin tek faktörlü yapıya

sahip olduğu hipotezini test amacıyla yapılan tek faktör modelidir. Bu modelin analiz sonuçlarında χ^2/sd değerinin normalden büyük, CFI değerinin küçük, RMSEA ve SRMR değerlerinin normalden büyük olması nedeniyle bu model de ret edilerek ölçeğin tek faktörlü yapıya sahip olmadığı kanıtlanmıştır (Tablo 4.5).

Orijinal modelimiz ile uyumlu 35 maddelik 5 faktörlü kuramsal modelimizin χ^2/sd değeri 2.02'dir. Kline'e (2005) göre küçük örneklemlerde bu değerin ≤ 2.5 olması mükemmel uyumu ifade eder. CFI=.96, RMSEA=.07 VE SRMR=.06 bulunmuştur. Bulunan değerler Hair, Black, Babin, Anderson ve Tatham'ın (2010) belirttiği genel uyum katsayıları sınır değerlerine göre, beklenen düzeyde olup kuramsal modelimizin çok boyutlu olduğunu ve faktörler arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

Manevi Bakım Verme Ölçeği'nin orijinal modeli incelendiğinde 35 maddelik 5 faktörlü yapı (AFA) sonucu oluşturulmuş; model için DFA yapılmamıştır. Aynı şekilde ölçeği Türkçeye uyarlayan Çoban ve arkadaşları da (2017) ölçeğin Türkçe versiyonu için AFA kullanmışlar ve ölçeğin 5 faktörlü yapı gösterdiğini; ancak maddelerin orijinal ölçekten farklı boyutlar altında toplandığını bulmuşlardır. Orijinalinden farklı bulunan bu yeni yapının DFA analizleri yapılmamıştır.

Suudi Arabistan'da Cruz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada MBVÖ'nin faktör yapısı yine AFA ile incelenmiş ve ölçeğin beş faktörlü olduğu ve maddelerin alt boyutlara göre dağılımının orijinal yapı ile birebir aynı olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışma içinde AFA'yı takiben DFA yapılmamıştır.

Hu ve arkadaşları (2019) tarafından Çin'de yapılan çalışmada ölçeğin faktör yapısı AFA (N=355) ve DFA (N=351) yapılarak iki farklı hemşire örnekleminde incelenmiş; AFA sonucu 5 faktörlü yapı elde edilmiş, ancak 5 nolu faktöre sadece bir madde (33 nolu madde) girdiği için, bu madde ölçekten çıkarılmış; 4 faktörlü kuramsal model oluşturularak DFA yapılmıştır. DFA sonucunda uyum indeksleri $\chi^2/sd=2.14$, RMSEA=0.06, CFI=0.92 olarak bulunmuş; sonuç olarak 34 maddeden oluşan 4 faktörlü yapı geçerli kabul edilmiştir.

Mevcut çalışmada MBVÖ'nin Türkçe versiyonunun maddelerin hangi faktörlerde toplandığını netleştirmek için DFA yapılmıştır. DFA ile incelenen faktör yapısının

orijinal ölçeğe birebir uyduğu ve faktörlere giren ifadelerin orijinal ölçek ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Manevi bakım perspektifi ve manevi bakımın tanımı alt boyutlarında yer alan tüm maddelerin faktör yükleri .71'in üzerindedir. Manevi bakım özellikleri boyutunda bir madde (29 nolu madde); manevi bakıma yönelik tutum boyutunda iki madde (22 ve 12 nolu maddeler) ve manevi bakım uygulamaları boyutunda iki madde hariç (10 ve 13 nolu maddeler) tüm maddelerin faktör yükleri “*mükemmel*” (>.71) düzeydedir. Ölçekte yer alan 10 ve 22 nolu maddelerin faktör yükleri “*çok iyi*”; 13 ve 29 nolu maddelerin faktör yükleri “*iyi*” ve son olarak 12 nolu maddenin faktör yükü “*kabul edilebilir*” düzeydedir (Tablo 9, Şekil 2). Bu sonuçlar beş faktörlü kuramsal modelde yer alan maddelerin faktör yüklerinin tatmin edici olduğunu göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2007).

Çalışmamızda faktör yüklerine göre de maddeler orijinal ölçekteki faktörlere birebir uyum göstermektedir. Ancak ölçeğin ülkemizde ve farklı ülkelerde yapılan güvenilirlik ve geçerlik çalışmalarında maddelerin faktör yüklerine göre farklı faktörlerde toplanabildiği gözlenmiştir. Bu yüzden bizim çalışmamızda bu duruma daha çok netlik sağlamak adına diğer çalışmalardan farklı olarak benzeme ve ayırma geçerliği analizi yapılmıştır.

Aynı faktörde bulunan maddelerin yükleri yeterince büyükse, yani faktörler kendi göstergeleri tarafından iyi açıklanıyorsa “*benzeme geçerliği*”; maddeler ait oldukları faktörlerden diğer faktörlerle düşük ilişki ise ya da ilişkili değilse, yani faktör kendisine ait olmayan maddeler ile açıklanmıyorsa, bu durumda “*ayırma geçerliği*” sağlandığı ifade edilir. (Gaskin, 2016).

MBVÖ'de bulunan beş alt boyutun güvenilirlik katsayıları .70'in, manevi bakıma yönelik tutumlar (F4) boyutunda yer alan bir madde dışında, tüm maddelerin regresyon ağırlıkları .50'nin üzerindedir. Tüm boyutlar için ω 'ler AVE'lerden daha büyüktür (Tablo 10, Şekil 2). Bu indeksler benzeme geçerliğinin sağlandığını göstermektedir.

Tüm boyutlar için $ASV < AVE$ 'dir; ancak manevi bakım perspektifi (F2) boyutu için $MSV > AVE$ ve \sqrt{AVE} değeri diğer faktörlerle korelasyonlarından büyüktür. Bu

sonuçlar MBVÖ'nin ayırma geçerliğine ilişkin kanıtların kısmen sağlandığına işaret etmektedir (Tablo 10, Şekil 2).

Manevi bakım verme leğinin geçerliğine ilişkin yapılan DFA, benzeme geçerliği ve ayırma geçerliği sonuçları ölçeğin hemşire grubunda geçerli olduğunu kanıtlamaktadır.



SONUÇ

Tiew ve Creedy tarafından geliştirilen; Çoban ve Arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanan Manevi Bakım Verme Ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliği manevi bakıma en çok ihtiyaç duyulan birimler olan Palyatif Bakım Ünitesi, Yoğun Bakım Ünitesi ve Onkoloji servisinde çalışan hemşire grupları üzerinde değerlendirilmiştir.

MBVÖ'nin güvenilirlik analizinde Cronbach alpha, tabakalı alpha katsayısı, madde-toplam puan analizi ve test-tekrar test analizi kullanılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda Cronbach alfa Güvenirlik Katsayısı $\alpha=.95$, Tabakalı Alfa Güvenirlik Katsayısı=.99 olarak saptanmıştır. Bu değerler bize iç tutarlılığın yüksek olduğunu gösterir. Ölçekteki tüm alt boyutlarda Cronbach alpha değeri sınır değer kabul edilen .70'inde üzerinde bulunmuş olup bu değerler de iç tutarlılığın yüksek olduğunu gösterir.

Ölçekteki maddelerin madde ve toplam puan korelasyon katsayıları incelenmiş, korelasyon güvenirlik katsayılarının $r=.402$ ile $.729$ arasında olduğu saptanmıştır. Bu değerler araştırmamız için sınır değer kabul edilen .40'ın üzerinde olduğu için toplam ölçek puanı ile madde puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

30 kişilik bir hemşire grubuna 2 hafta ara ile uygulanan test-tekrar test analiz sonucunda korelasyon katsayısı $r=.90$ bulunmuş ve bağımlı grupta t testi sonucunda $p (>0.05)$ değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar bize ölçeğin zamana göre değişmezliğini gösterir.

Güvenirliğe dair yapılan tüm analizler sonucunda MBVÖ'nin Türk hemşirelerin manevi bakım vermeye yönelik görüşlerini değerlendirebilecek güvenilir bir ölçektir.

Ölçeğin Geçerlik Analinde Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Benzeme- Ayırma Geçerliği yöntemleri kullanılmıştır. DFA orijinal modelin alt boyutlarının doğruluğunu test etmek için yapılmış olup analiz sonucunda ölçek alt boyutları; manevi bakımın özellikleri 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34 maddelerinden, manevi bakım perspektifi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, maddelerinden, manevi bakım tanımı 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23 maddelerinden, manevi bakıma yönelik tutumlar 12, 20, 21, 22, 27,

28, 35 maddelerinden ve manevi bakım uygulamaları 9, 10, 11, 13 maddelerinden oluşmuştur. Alt boyut faktör yükleri .40-.97 olarak bulunmuş olup bu sonuçlar doğrultusunda benzeme ve ayırma geçerliği analizleri yapılmıştır. Elde edilen uyum indekslerinin benzeme geçerliğini sağladığı, ayırma geçerliğini de kısmen sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Geçerliğe dair yapılan tüm analizler sonucunda MBVÖ'nin Türk hemşirelerin manevi bakım vermeye yönelik görüşlerini değerlendirebilecek geçerli bir ölçektir.



ÖNERİLER

- MBVÖ'nin hemşirelerin manevi bakıma yönelik görüşlerinin belirlenmesi ile ilgili çalışmalarda kullanılması,
- MBVÖ'nin hemşirelerin manevi bakıma yönelik hastalar üzerindeki davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalarda kullanılması,
- Ölümle karşılaşma riski yüksek olan birimlerde çalışan hemşireler ile diğer birimlerde çalışan hemşirelerin manevi bakıma yönelik görüşlerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan çalışmalarda kullanılması,
- MBVÖ kullanılarak mezun hemşireler ve öğrenci hemşirelerin manevi bakıma yönelik görüşlerinin karşılaştırılmasına yönelik çalışmalar yapılması önerilmiştir.

KAYNAKÇA

- Akgün Kostak, M., Çelikalp, Ü. ve Demir, M. (2010). Hemşire ve Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı: 219-225.
- Alaca, Ç., Yiğit, R. ve Özcan, A. (2011). Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Hastalık Sürecinde Yaşadığı Deneyimler Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşlerinin Karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(2): 69-74.
- Aydoğan, S. Kıbrısoğlu Uysal, N. ve Doğan, N. (2017). Cronbach A ve Mcdonalds Ω Değerlerinin Gerçek Verilerde Karşılaştırılması. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 5(62): 460-468.
- Aytaç, M. ve Öngen, B. (2012). Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Yeni Çevresel Paradigma Ölçeğinin Yapı Geçerliliğinin İncelenmesi. İstatistikçiler Dergisi, 5: 14-22.
- Azarsa, T. vd.(2015). Spiritual Wellbeing, Attitude Toward Spiritual Care and its Relationship with Spiritual Care Competence among Critical Care Nurses.Journal of Caring Sciences. 4(4): 309-320.
- Bash, A. (2004). Spirituality: The Emperor's New Clothes?Journal of Clinical Nursing, 13: 11-16.
- Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. DEUHFED, 9(1):23-28.
- Bayram, N.(2017). Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Baydur, H. ve Eser, E. (2006). Uygulama: Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Psikometrik Çözümlemesi. Sağlıkta Birikim, 1: 99-123.
- Bland, J. M. ve Altman, D. G. (1997). Cronbach's Alfa. BMJ, 314: 572.
- Bostancı Daştan, N. ve Buzlu, S. (2010). Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi,3(1): 73-78.
- Boston, P., Bruce, A. ve Schreiber, R. (2011). Existential Suffering in the Palliative Care Setting: An Integrated Literature Review. J Pain Symptom Manage, 41(3): 604-608.
- Bovero, A. vd. (2016). Spirituality, Quality of Life, Psychological Adjustment in Terminal Cancer Patients in Hospice. Eur J Cancer Care, 25(6): 961-969.
- Boztilki, M. ve Ardiç, E. (2017). Maneviyat ve Sağlık. G.O.P. Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi JAREN, 3: 39-45.
- Brown T. A. (2006). Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. New York: Guilford Press.
- Budak, F.(2017). Klinik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması: Kamu Hastaneleri Örneği. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 2: 85-91.

Burkhardt, M.A.ve Nathaniel, A.K. (2013). Çağdaş Hemşirelikte Etik. (Ş. Ecevit Alpar, N. Bahçecik ve Ü.Karabacak, çev.). İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık.

CarpenitoMoyet, L.J. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (F. Erdemir, çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 365-370.

Chen, J. (2018). The Effect of Spiritual Care on Quality of Life and Spiritual Well-Being among Patients with Terminal Illness: A Systematic Review. Palliative Medicine: 1-13.

Como J.M. (2007). Spiritual Practice: a Literature Review Related to Spiritual Health and Health Outcomes. Holistic Nursing Practice, 21(5): 224-236.

Cruz, J.P.,Alshammari, F. Ve Colet, P.C. (2016). Psychometric Properties of the Spiritual Care–Giving Scale-Arabic Version in Saudi Nursing Students. Journal of Holistic Nursing, 35(2): 175-184.

Culliford, L. (2002). Spirituality and Clinical Care. BMJ, 325: 1434-1435.

Çakmur, H (2012). Araştırmalarda Ölçme – Güvenirlik- Geçerlik. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(3): 339-344.

Çetinkaya, B.veAltundağ, S. ve Azak, A.(2007). Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 8(1): 47-50.

Çınar, F. ve Eti Aslan, F. (2017). Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi. G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren, 1(1): 37-42.

Çoban, İ.G., Şirin, M. ve Yurttaş, A. (2017). Reliability and Validity of the Spiritual Care –Giving Scale in a Turkish Population. J Relig Health, 56: 63-73.

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2018). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.

Daaleman T. P., Perera, S. ve Studenski, S. A. (2004). Religion, Spirituality, and Health Status in Geriatric Outpatients. Annals of Family Medicine, 2: 49-53.

Dağcı, A. (2018, Kasım). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Manevi Bakım Araştırmaları: Sistematik Bir Analiz. Uluslararası Eğitim Araştırmacıları Derneği 2018. Çanakkale.

Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi, 54: 329-334.

Ercan, İ. ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(3): 211-216.

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

Erkorkmaz, Ü. vd. (2011). Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. Türkiye Klinikleri Med. Sci., 33(1): 210-223.

Fayers, P.M. ve Machin, D. (2007). Quality of Life: The Assesment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes. 2nd ed. West Sussex: John Wiley.

Gaskin, J. (2016). "Name of Tab", Stat Tools Package. http://statwiki.kolobkreations.com/indeks.php?title=Confirmatory_Factor_Analysis. Erişim Tarihi: 05/11/2019.

Gijsberts, M.J., vd. (2019). Spiritual Care in PalliativeCare: A Systematic Review of the Recent European Literature. Medical Sciences, 7(2): 2-21.

Gorman, L.M. ve Sultan, D.F. (2014). Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı için. (F. Öz ve M. Demiralp, çev.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Govier, L. (2000). Spiritual Care in Nursing: A SystematicApproach. Nursing Standard, 14(17): 32-36.

Hair, J.F. vd. (2010). Confirmatory Factor Analysis. Multivariate Data Analysis Upper Saddle River, N.J: Pearson Education.

Hiçdurmaz, D. ve Öz, F (2013). Stresle Baş Etmenin Bir Boyutu Olarak Spiritualite. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(1): 50-56.

Hu, L. ve Bentler, P. M. (1998). Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparameterized Model Misspecification. Psychological Methods, 3: 424-453.

Hu, Y.,Tiew, H.L. ve Li, F. (2019).PsychometricProperties of theChineseVersion of theSpiritual Care-Giving Scale (C-SCGS) in NursingPractice. BMC MedicalResearchMethodology, 19(21): 2-13.

Hui, D. vd. (2010). The Frequency and Correlates of Spiritual Distress Among Patients with Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit. Am J Hosp. Palliat Care, 28(4): 264-270.

Hutchinson, M. (1997).Healingthe Whole Person: The Spiritual Dimension of Holistic Care. http://members.tripod.com/~Marg_Hutchison/nurse-4.html. Erişim Tarihi: 10/05/2020.

Kaçal, Z. ve Demirsoy, N. (2018). Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Değerlendirme. Sakarya Tıp Dergisi, 8(2): 170-175.

Karadağ, A., Çalışkan, N. ve Göçmen Baykara, Z. (Ed.). (2017). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. İstanbul:Akademi Basın ve Yayıncılık.

Karagül, A. (2012). Manevi Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi (Hollanda Örneği). Dini Araştırmalar Dergisi, 15(40): 5-27.

Karasar, N. (2006). Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel yayın dağıtım

Kline, R. B. (2005). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. (Second Edition). NY: Guilford Publications, Inc.

Kline, R. B. (2015). Principles and Practice of Structural Equation Modeling. (Fourth Edition). NY: Guilford Publications. Inc.

Kula Kartal, S. ve Mor Dirlik, E. (2016). Geçerlik Kavramının Tarihsel Gelişimi ve Güvenirlikte En çok Tercih Edilen Yöntem: Cronbach Alfa Katsayısı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(4): 1865-1879.

Meydan, C. H. ve Şeşen, H. (2015). *Yapısal Eşitlik Modellemesi Amos Uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Moadel, A., vd. (1999). Seeking Meaning and Hope: Self-Reported Spiritual and Existential Needs Among and Ethnically-Diverse Cancer Patient Population, *Journal of Psycho-Oncology*, 8:378-385.

Noreen, M., vd.(2006). Reliability Coefficients and Generalizability Theory. *Handbook of Statistics*, 26: 4-44.

Nunnally, J.C. (1988). *Psychometric Theory*. Mc Graw-Hill Book Company, Engelwood-Cliffs, NJ.

Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö. (Ed.).(2017). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 430-433.

Özdamar, K. (2004). *Paket Programları ile İstatistiksel Veri Analiz-1*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özer, Z. vd. (2019). Hemşirelerin Palyatif Bakım Hastalarında Manevi Bakım Uygulamaları. *Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14):97-108.

Pearce, M. J., vd. (2012). Unmet Spiritual care needs Impact Emotional and Spiritual Well-being in Advanced Cancer Patients. *Support care cancer*. 20: 2269-2276.

Pektekin, Ç. (2013). *Hemşirelik Felsefesi. Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

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

Pınar, R. Palaz, N. ve Tabak, F. (2014). Hepatit B Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Formu'nun Psikometrik Özellikleri. *Nobel Medicus*, 10(1): 58-67.

Puchalski, C.M.(2012). Spirituality in the Cancer Tractory. *Annals of Oncology*, 23(3): 49-55.

Rae, G. (2008). A Note on Using Alpha And Stratified Alpha to Estimate the Reliability of a Test Composed of Item Parcels. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 61: 515–525.

Ross, L.A. (1995). The Spiritual Dimension; it's Importance to Patient's Health, Wellbeing and Quality of Life and it's Implication for Nursing Practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5): 457-468.

Richardson, P. (2012). Assessment and Implementation of Spirituality and Religiosity in Cancer Care: Effects on Patient Outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(4):150-155.

Sankhe, A. vd. (2017). Spiritual Care Therapy on Quality of Life in Cancer Patients and Their Caregivers: A Prospective Non-Randomized Single-Cohort Study. *Journal Relig Health*, 56: 725-731.

Schleder, L.P., vd. (2013). Spirituality of Relatives of Patients Hospitalized in Intensive Care Unit. *Acta Paul Enferm*, 26(1):71-78.

Sessanna, L., Finnell, D. ve Jezewski, M. A. (2007). Spirituality in Nursing and Health-Related Literature. *Journal of Holistic Nursing*, 25(4): 252-262.

Sis Çelik, A., vd. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1-12.

Sülü Uğurlu, E. (2014). Hemşirelikte Manevi Bakımın Uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3): 187-191.

Sülü Uğurlu, E. ve Başbakkal, Z. (2013). Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spiritüel Bakım) Gereksinimleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 11: 17-24.

Swinton, J. ve Pattison, S. (2010). Moving Beyond Clarity: Towards a Thin, Vague and Useful Understanding of Spirituality in Nursing Care. *NursPhilos*, 11(4): 226-237.

Şencan, H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlilik ve Geçerlik. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Tan, S. (2009). Misuses of KR-20 and Cronbach's Alpha Reliability Coefficients. *Eğitim ve Bilim*, 34(152): 101-112.

Terzi, B. ve Kaya, N.(2011). Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1: 21-25.

Tiew, H.L.ve Creedy, K.D. (2012). Development and Preliminary of a Composite Spiritual Care-Giving Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 49: 682-690.

Tornøe, K., vd. (2015). The Challenge of Consolation: Nurses' Experiences with Spiritual and Existential Care for the Dying-A phenomenological Hermeneutical Study. *BMC Nurs*, 14: 62.

Tuncer, A.M., vd.(2016). *Kansere Çözüm Var*. Doğan, N. (ed). İstanbul: Hayykitap, 351-363.

Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. Maneviyat tanımı. <https://sozluk.gov.tr>. Erişim Tarihi: 06.06.2020.

Ünlü, H., vd. (2010). Onkoloji Alanında Çalışan Hemşirelerin Yerine Getirdikleri Rol ve İşlevler, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1): 13-28.

Vermandere, M., vd. (2015). The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment: A Mixed-Methods Evaluation. *Oncology Nursing Forum*, 42(4): 294-301.

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

Willemse, S., vd. (2018).Spiritual Care in the ICU: Perspectives of Dutch Intensivists, ICU Nurses and Spiritual Caregivers. J Relig Health, 57: 583-595.

World Health Organization (WHO), (1948). Constitution. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution&prev=search>. Erişim Tarihi: 06/06/2020

Yeşilyurt, S. ve apraz, C.(2017). Ölçek Geliştirme alışmalarında Kullanılan Kapsam Geçerliği için Bir Yol Haritası. Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 20(1): 251-264.

Yılmaz, M. (2011). Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spiritualite, Doğası ve Hemşirelikle İlişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(2): 61-70.

Zehtab, S.ve Hajbaghery, M.A. (2014). The Importance of Spiritual Care in Nursing. Nursing and Midwifery Studies, 3(3): 1-2.



EKLER

Ek.1 Genel Bilgi Formu

Değerli Meslektaşım İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında yürütülen bu çalışma Manevi Bakım Verme Skalası'nın Onkoloji, Palyatif Bakım ve Yoğun Bakım hemşirelerinde güvenilirlik ve geçerliğini ölçmek amacıyla yapılmaktadır. Anketteki sorulara samimi ve doğru cevap vermeniz alınacak sonucun gerçekleri yansıtmaya gücünü arttıracaktır. Çalışmada kullanılan veriler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş Ayşe Güzel

1. Cinsiyetiniz?
() Kadın () Erkek
2. Yaşınız.....
3. Medeni durumunuz
() Bekar () Evli
4. Çocuğunuz var mı?
() Evet () Hayır
Varsa kaç tane.....
5. Öğrenim durumunuz?
() Lise () Ön lisans
() Lisans () Yüksek lisans/Doktora
6. Mesleki deneyim yılınız.....
7. Çalıştığınız Kurum :
() Devlet hastanesi () Eğitim ve Araştırma Hastanesi
8. Görev yaptığınız birim
() Palyatif Bakım Ünitesi () Yoğun Bakım Ünitesi
() Onkoloji servisi
9. Çalıştığınız birimdeki çalışma yılınız.....
10. Çalıştığınız birimdeki yatak sayısı:
11. Çalıştığınız birimdeki yataklar genellikle dolu oluyor mu?
() Evet, çoğunlukla dolu
() Evet daima dolu
() Nadiren dolu
12. Çalıştığınız birimde aktif olarak hasta bakımı üstleniyor musunuz?
() Evet () Hayır
13. Bir vardiyada kaç hastadan sorumlusunuz?..
14. Çalışma şekliniz
() Yalnız gündüz
() Yalnız gece
() Vardiya usulü
() Diğer (lütfen açıklayınız)
15. Bakmakla yükümlü olduğunuz hasta/engelli/yaşlı/bağımlı bir yakınınız var mı?
() Evet () Hayır
Evetse kim olduğunu lütfen belirtiniz?.....
16. Daha önce hastanede yattınız mı?
() Evet () Hayır
Evetse yatma sebebini lütfen açıklayınız.....

Evitse yatma süreniz.....
Evitse yatma sayınız.....
17.Manevi bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
18. Daha öce bir yakınınızı kaybettiniz mi? (ölümü deneyimlediniz mi)?
<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Evitse yakınlık dereceniz (anne, baba kardeş vb.).....
Evitse ne kadar süre önce.....



Ek. 2 Türkçe Manevi Bakım Verme Skalası

Sıra No	Her bir ifadenin size göre uygunluğunu en iyi şekilde gösteren kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz.	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Herkes bir maneviyata sahiptir.					
2	Maneviyat, insan olmanın önemli bir yönüdür.					
3	Maneviyat, bireylerin huzurlu olmasını sağlayan birleştirici bir güçtür.					
4	Maneviyat, kişinin davranışlarını etkileyen içsel duygularını ifade eder.					
5	Maneviyat, iç dünyamızın bir parçasıdır.					
6	Maneviyat, yaşamın iyi ve kötü olaylarından anlam çıkarmaktır.					
7	Manevi iyilik, bireyin duygusal sağlığı için önemlidir.					
8	Maneviyat bireyleri hayatın anlamı ve amacı hakkında cevapları aramaya yönlendirir.					
9	Manevi boyut olmadan, birey bir bütün olarak düşünülemez.					
10	Manevi gereksinimler; başkalarıyla, üstün bir güçle veya doğayla bağlantı kurularak karşılanır.					
11	Manevi bakım, bütüncül hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır.					
12	Manevi bakım, dini bakımdan daha kapsamlıdır.					
13	İyi uygulandığında hemşirelik bakımı, manevi bakımın ta kendisidir.					
14	Manevi bakım bir süreçtir ve tek seferlik bir olay ya da uygulama değildir.					
15	Manevi bakım, hastanın dini ya da kişisel inançlarına saygı duymaktır.					
16	Duyarlılık ve sezgi hemşirenin manevi bakım uygulamasına yardımcı olur.					
17	Hemşireler hastalara korkularını, anksiyetelerini, sorunlarını ifade etmeleri ve tartışmaları için zaman ayırarak manevi bakım sağlarlar.					

18	Hemşireler hastaların dini ve kültürel inançlarına saygı duyarak manevi bakım uygularlar.					
19	Hastanın yanında olmak bir tür manevi bakımdır.					
20	Manevi bakım, hastanın hastalığındaki anlam ve amacı bulmasına olanak sağlar.					
21	Manevi bakım, hastalara dini inançlarını yerine getirmeleri konusunda destek olmayı içerir.					
22	Ben hastalara rahatlıkla manevi bakım uygulayabilirim.					
23	Hemşireler, hastaların onuruna saygı göstererek manevi bakım sağlarlar.					
24	Manevi bakım, hastaların maneviyat hakkındaki düşüncelerini içermelidir.					
25	Maneviyatın farkında olan hemşireler, daha iyi manevi bakım sağlarlar.					
26	Manevi bakım, manevi farkındalık gerektirir.					
27	Manevi bakım, hemşirelere hemşirelik eğitimisüresince öğretilmelidir.					
28	Manevi bakım hemşirelik uygulamalarında olumlu yönde desteklenmelidir.					
29	Manevi bakım uygulama becerisi deneyim ile gelişir.					
30	Manevi bakım hastalara umut verdiği için önemlidir.					
31	Bireyin yaşam deneyimleri maneviyatını etkiler.					
32	Maneviyat, hayatın zorlukları ve problemleriyle yüz yüze kalındığında bireye yardım eder.					
33	Manevi bakım, hemşirenin hastaya empatikolmasını gerektirir.					
34	Manevi bakım sağlamak için güvene dayalı bir hasta-hemşire ilişkisi gerekir.					
35	Manevi bakımda ekip yaklaşımı önemlidir.					

Ek. 3 Spiritual Care-giving Scale (SCGS)

For each item, please tick one answer which best reflects the extent to which you

AGREE or DISAGREE with it.

SD (1): Strongly Disagree D (2): Disagree MD (3): Mildly Disagree MA (4): Mildly Agree A (5): Agree SA (6): Strongly Agree

	Items	SD	D	MD	MA	A	SA
1	Everyone has spirituality						
2	Spirituality is an important aspect of human beings						
3	Spirituality is a part of a unifying force which enables individuals to be at peace						
4	Spirituality is an expression of one's inner feelings that affect behavior						
5	Spirituality is a part of our inner being						
6	Spirituality is about finding meaning in the good and bad events of life						
7	Spiritual well-being is important for one's emotional well-being						
8	Spirituality drives individuals to search for answers about meaning and purpose in life						
9	Without spirituality, a person is not considered whole						
10	Spiritual needs are met by connecting oneself with other people, higher power or nature						
11	Spiritual care is an integral component of holistic Nursing care						
12	Spiritual care is more than religious care						
13	Nursing care, when performed well, is itself, Spiritual care						
14	Spiritual care is a process and not a one-time event or activity						
15	Spiritual care is respecting a patient's religious or personal beliefs						
16	Sensitivity and intuition help the nurse to provide Spiritual care						
17	Being with a patient is a form of Spiritual care, their fears, anxieties, and troubles						
18	Nurses provide Spiritual care by respecting the religious and cultural beliefs of patients						
19	Nurses provide Spiritual care by giving patients time to discuss and explore						
21	Spiritual care enables the patient to find meaning and purpose in their illness						
22	Spiritual care includes Support to help patients observe their religious beliefs						
24	I am comfortable providing Spiritual care to patients						
26	Nurses provide Spiritual care by respecting the dignity of patients						
27	Spiritual care should take into account of what patients think about spirituality						
28	Nurses who are Spiritual aware are more likely to provide Spiritual care						
29	Spiritual care requires awareness of one's spirituality						

31	Spiritualcareshould be instilledthroughout a Nursing education program						
32	Spiritualcareshould be positivelyreinforced in Nursing Practice						
33	The Ability toprovide Spiritual caredevelopsthroughexperience						
35	Spiritualcare is importantbecause it givespatienthope						
36	Spirituality is influencedbyindividual's life experiences						
37	Spiritualityhelpswhenfacinglife'sdifficultiesandproblems						
38	Spiritualcarerequiresthenurseto be empatheticowardthepatient						
39	A trustingnurse–patientrelationship is neededtoprovidespiritualcare						
40	A teamapproach is importantfor Spiritual care						



Ek.4 SpiritualCare-GivingScale için Kullanım İzni

Dear Prof.Dr. Pinar,

Thank you for your e-mail. On behalf of Professor Wilf McSherry, I have attached a letter granting permission for you to use the SSCRS for your research and include a copy of the Questionnaire. If you require any further information, please don't hesitate to contact us.

With best wishes,

Helen

Helen McSherry

From: Rukiye Pinar <[redacted]@[redacted].com>

Sent: 15 April 2018 02:15

To: MCSHERRY Wilfred <[redacted]@[redacted].ac.uk>

Subject: The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale

Dear Professor McSherry

I'm professor on Medical Nursing and head of Nursing Department at University of SabahattinZaim University in Istanbul, Turkey. The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale developed by you adapted into Turkish and validated for Turkish nurses academician by Bayık et al in several years ago. Since then it has been used in lot's of studies including nurses and nursing students. However in validation study, it was used exploratory factor analysis (EFA) rather than confirmatory factor analysis (CFA) and Turkish researcher recommended it would be use as a single factor. I would like to study its validation again by in a representative sample including nurses and nursing students if you give me permission tu use it. So I would be so gratefull if you give me permission to use Spirituality and Spiritual Care Rating Scale . Thank you very much for youur cooperation and collaboration.

Yours Sincerely --

Prof.Dr.RukiyePinar

Ek.5Türkçe Manevi Bakım Verme Skalası İçin Kullanım İzni