

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELERDE SPİRİTUEL İYİ OLUŞ VE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN

EMİNE TUĞBA YORULMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2021

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELERDE SPİRİTUEL İYİ OLUŞ VE BİLİNÇLİ
FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN

EMİNE TUĞBA YORULMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ BANU ÇEVİK

ANKARA – 2021

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Emine Tuğba yorulmaz tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16/04/2021

Tez Adı: Hemşirelerde Spirituel İyi Oluş ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih: ... / ... /

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 19 / 04 / 2021

Öğrencinin Adı, Soyadı:Emine Tuğba Yorulmaz

Öğrencinin Numarası:

Anabilim Dalı:Hemşirelik.

Programı:İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:

Tez Başlığı: Hemşirelerde Spiritüel İyi Oluş ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 61 sayfalık kısmına ilişkin, 19/04/2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 7'dır. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

ONAY

Tarih: ... / ... /

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

.....
.....

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimlerini paylaşan, sabrını ve hoşgörüsünü esirgemeyerek bana destek olan, tez konumun seçimi, çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırma aşamalarında benimle birlikte çalışan, yol gösteren, Sayın Danışman Hocam Dr. Öğr. Üyesi Banu ÇEVİK'e,

Yeni başladığım akademik kariyerimde desteğini esirgemeyen, çalışma disiplini ve insani vasıflarını kendime örnek aldığı Acıbadem Üniversitesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Sayın Hocam Prof. Dr. Ükke KARABACAK'a,

Yeni başladığım akademik kariyerimde bilgi ve birikimlerini paylaşan, mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlanma imkânı bulduğum, Acıbadem Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Değerli Hocalarım Prof. Dr. Vesile ÜNVER ve Dr. Öğr. Üyesi Vildan KOCATEPE'ye

Hayatın tüm zorluklarına rağmen bana her türlü eğitim ve öğrenim olanağını sunan, her zorluğun üstesinden gelebileceğime inanmamı sağlayan, sevgilerini ve fedakarlıklarını derinde hissettiğim, sevgili annem ve babam Rahile ve Abdullah Zeki GÜMÜŞ'e,

Beni her durumda destekleyen ve cesaretlendiren, kendime inanmamı sağlayan, eğitimim süresince ve hayatımda her zor anımda yardımına koşan, tez çalışması boyunca da yanımda olan, sevgisini esirgemeyen, başarımla mutlu olan sevgili yol arkadaşım Ali YORULMAZ'a,

Eğitim hayatım boyunca gösterdikleri anlayış ve sınırsız destekle her zaman yanımda olan, varlıkları ile güç bulduğum biricik kardeşlerim Fatma Gülsüm, Mehmet Zahit, Abdurahman Yasir ve Muhammed Talha GÜMÜŞ'e,

Çalışma boyunca yanımda olan ve destek veren, samimiyetine her zaman inandığım biricik arkadaşım İrem ERBAŞ ve ailesine,

Varlığı ile yaşamımıza neşe ve renk getiren, tez yazım aşamasında beni motive eden canım oğlum Tuna YORULMAZ'a,

Çalışmamıza katılan tüm Başkent Üniversitesi hemşirelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Emine Tuğba YORULMAZ

ÖZET

YORULMAZ EMİNE TUĞBA Hemşirelerde spiritüel iyi oluş ve bilinçli farkındalık düzeylerinin incelenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, 2021.

Bu araştırma erişkin klinik ve yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin spiritüel iyi oluş ve bilinçli farkındalık düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Başkent Üniversitesi Hastanesi'nin Ankara, Adana, Alanya, Konya, İzmir ve İstanbul merkez hastanelerinde görev yapan 583 hemşire ile yapılmıştır.

Araştırma verileri; bilgi formu, Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği kullanılarak 10/07/2020-1/11/2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra; Student's T testi, Tek Yönlü Varyans Analizi testi (ANOVA), Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmada hemşirelerin yaş ortalaması $26,35 \pm 6,97$ olup, hemşirelerin %66,6'sı 18-25 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %85,6'sı kadın, 73,1'i bekar, %27,9'u evli, %55,6'sı lisans mezunudur. Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin ortalaması $5,77 \pm 6,33$ olup en az 1 yıl ile en fazla 33 yıl arasında çalışmaktadır. Hemşirelerin %81,8'i spiritüalizme hakkında ve %90,1'i bilinçli farkındalık hakkında eğitim almamışlardır. Araştırmada kendilerini spiritüel ve spiritüel belirten hemşirelerin spiritüel iyi oluş puan ortalamaları ($107,83 \pm 17,52$) yüksek düzeydedir. Araştırmada hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri puan ortalaması ($66,26 \pm 12,90$) ortadır. Araştırmada hemşirelerin bilinçli farkındalık ve spiritüel iyi oluş seviyelerinin 31-40 yaş grubunda yüksek olduğu belirlenmiştir. Kendisini spiritüel ve iannçlı olarak tanımlayan hemşirelerin spiritüel iyi oluş puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Hemşire olarak çalışmaktan memnun ve çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin spiritüel iyi oluş puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi arttıkça bilinçli farkındalık ve spiritüel iyi oluş puan ortalamalarının artmıştır. Hemşirelerin bilinçli farkındalıkları ile spiritüel iyi oluş durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak bilinçli farkındalık ile aşkınlık arasında zayıf, doğayla uyum arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelere bilinçli farkındalık ve spiritüalizme hakkında eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Bilinçli farkındalık, hemşirelik, spiritüel iyi oluş, spiritüalizme

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Başkent Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Onay: 23.06.2020, Proje No: KA20 / 264)

ABSTRACT

YORULMAZ EMİNE TUĞBA, Observing of spiritual well-being and mindfulness in nurses. Başkent University Graduate School of Health Sciences Nursing Master Program, 2021

This descriptive study was aimed to examine the spiritual well-being and mindfulness levels of nurses working in adult clinical and intensive care units. The research was conducted with 583 nurses working in Ankara, Adana, Alanya, Konya, İzmir and Istanbul central hospitals of Başkent University Hospital.

Research data; The information form was collected using the Spiritual Well-Being Scale and the Mindfulness Scale between 10/07/2020 and 11/11/2020. In addition to the use of descriptive statistics in the analysis of data; One-Way analysis of variance (ANOVA), Students' T-test and Correlation analysis have been used.

In the study, the average age of the nurses was 26.35 ± 6.97 , and 66.6% of the nurses were in the 18-25 age range. 85.6% of the nurses are female, 73.1% are single, 27.9% are married and 55.6% are undergraduate degrees. The average working time of nurses in the profession is 5.77 ± 6.33 and they work between at least 1 year and at most 33 years. 81.8% of the nurses did not receive training about spirituality and 90.1% about conscious awareness. In the study, the mean scores of the nurses who stated themselves spiritually and spiritually were high (107.83 ± 17.52). In the study, the mindfulness level of nurses is the average score (66.26 ± 12.90). Nurses has been determined that the levels of mindfulness and spiritual well-being are high in the 31-40 age group in study. The mean spiritual well-being score of the nurses who defined themselves as spiritual and mindfulness was found to be high. The spiritual well-being score averages of the nurses who are satisfied with working as nurses and who are satisfied with the unit they work in were found to be high. As the working time of the nurses in the profession increased, the mean scores of mindfulness and spiritual well-being increased. There was no significant relationship between nurses' mindfulness and their spiritual well-being. However, a weak relationship was found between mindfulness and transcendence, and a moderately positive relationship between harmony with nature. In line with these results, it is recommended that nurses should be educated about mindfulness and spirituality.

Key words: Mindfulness, spiritual well-being, nursing, spirituality

This study was approved by Başkent University Medical and Health Sciences Research Board and Başkent University Ethics Committee (Approval: 23.06.2020, Proje No: KA20/264)

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı.....	3
1.2 Araştırmanın Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Spirituelite Kavramının Tanımı.....	5
2.2 Spirituel İyi Oluş Kavramı	7
2.3 Spirituel Bakım	9
2.4 Bilinçli Farkındalık Tanımı	12
2.5 Bilinçli Farkındalık Becerileri	14
2.6 Bilinçli Farkındalık Uygulamaları	16
2.6.1 Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı (FTSAP)	17
2.6.2 Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi.....	18
2.6.3 Diyalektik davranış terapisi	18
2.6.4 Kabul ve kararlılık terapisi.....	18
2.7 Bilinçli Farkındalık, Spritüel iyi oluş ve Hemşirelik	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	21
3.1 Araştırmanın Tipi.....	21
3.2 Araştırmanın Yeri	21
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4 Veri Toplama Araçları.....	22
3.4.1. Kişisel bilgi formu	22
3.4.2. Bilinçli farkındalık ölçeği (BİFÖ).....	22
3.4.3 Spirituel iyi oluş ölçeği.....	23
3.5.Ön Uygulama	24
3.6.Veritoplama Araçlarının Uygulanması	24
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi	25

3.8.Araştırmanın Etik Yönü	25
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
3.10.Araştırma Akışı.....	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	49
5.1.Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması ..	49
5.2.Hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması	54
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	61
6.1. Sonuçlar	61
6.2. Öneriler.....	62
KAYNAKLAR.....	63
EKLER	
EK 1: Bilgilendirilmiş Olur Formu	
EK 2: Kişisel Bilgi Formu	
EK 3: Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)	
EK 4: Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	
EK 5: Proje Onay	
EK 6: Kurum İzni	
EK 7: Bilinçli Farkındalık Ölçek Kullanım İzni	
EK 8: Spiritüel İyi Oluş Ölçek Kullanım İzni	

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 3. 1 Hemşirelerin sayılarının çalıştıkları kuruma göre dağılımı (N=758).....	22
Tablo 4. 1 Hemşirelerin sosyo demografik özellikleri (n=583)	28
Tablo 4. 2 Hemşirelerin çalıştığı birimler ve çalışma şekilleri (n=583)	29
Tablo 4. 3 Hemşirelerin bilinçli farkındalık ve spiritüel iyi oluş ile ilgili özellikleri (n=583)	31
Tablo 4. 4 Hemşirelerin, Bilinçli farkındalık ölçeği, Spiritüel İyi Oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları	32
Tablo 4. 5 Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile bilinçli farkındalık ölçeği, spiritüel iyi oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları.....	33
Tablo 4. 6 Hemşirelerin çalışma özelliklerine ile bilinçli farkındalık ölçeği, spiritüel iyi oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları.....	36
Tablo 4. 7 Hemşirelerin bilinçli farkındalık ve spiritüel iyi oluş ile ilgili özellikleri ile bilinçli farkındalık ölçeği, spiritüel iyi oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları.....	42
Tablo 4. 8 Bilinçli farkındalık ölçeği ve spiritüel iyi oluş ölçeği korelasyon.	47

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHNA: Amerikan Bütüncül Hemşireler Derneği (American Holistic Nurses Association)

BİFÖ: Bilinçli Farkındalık Ölçeği

DDT: Diyalektik Davranış Terapisi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICN : Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)

KKT: Kabul ve Kararlılık Terapisi

MBCT: Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-based Cognitive Therapy)

MBSR: Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (Mindfulness Based Stress Reduction Program)

1. GİRİŞ

Spirituelite insan deneyiminin temel bir unsurudur. Bireyin yaşamdaki anlam ile amaç arayışını, kişinin başkalarıyla, kendisiyle, doğayla ve kutsal alemlerle, geleneksel dinin içinde ve dışında yaptığı bağlantıları içerir [1].

Spiritüel iyilik, kişinin kendisi, doğa ve aşkın (Tanrı) ile olan ilişkilerin olumlu duygularını, davranışlarını ve bilişlerini yansıtabilme durumu olarak tanımlanır [2]. Spiritüel iyilik hali bir bireyin kimlik, bütünlük, memnuniyet, neşe, güzellik, sevgi, saygı, olumlu tutumlar, iç huzur ve yaşamda anlam kazanmasına yardımcı olur. Bu kazanımlar, bilişsel, işlevsel ve duygusal alanları içeren dinamik süreçlerle elde edilir [2,3]. Spiritüel iyilik, dinamik bir varoluş biçimi olarak kavramsallaştırılmış olup bireyin varoluşunun dört alanla ilişkisini yansıtır: Bu ilişki kendileriyle (kişisel alan), başkalarıyla (topluluk alanı), çevreyle (çevresel alan) ve insan alanını aşan bir şey (aşkın alan) olarak ifade edilir. Bir bireyin spiritüel iyilik durumu varoluşun bu dört alanındaki spiritüel iyilik durumunun sonucudur [2-4]. Spiritüel, dindarlıkla eşanlamlı değildir ancak bireye özeldir. Spiritüel olumsuz durumlara uyumu kolaylaştıran ve bu nedenle psikolojik ve kişilerarası refah üzerinde etkisi olan alternatif duygu düzenleme stratejisi olarak kabul edilmiştir [2,4].

Hemşirelik mesleğinde bakımın temel amacı bir bireyin varoluşunun tüm boyutlarının korunması, sürdürülmesi veya bireye yardımcı olmaktır. Amerikan Bütüncül Hemşireler Derneği (AHNA), sağlığı; beden, zihin ve ruh arasındaki uyum durumu olarak tanımlar [5]. Uluslararası Hemşireler Konseyi'ne (ICN) göre, bir hemşirenin görevi sağlığı korumak ve iyileştirmek, hastalıkları önlemek ve ağrıyı hafifletmektir. Bu açıdan bakıldığında, hastaların spiritüel boyutuyla ilgili bakım sağlamak da hemşirelerin görev ve sorumluluklarının bir parçası olmalıdır [6]. Hemşirelik bakımının bireylere holistik bir yaklaşımla verilmesi, spiritüel boyutun fiziksel, emosyonel ve psikososyal boyutlar gibi değerlendirilmesi önem kazanmıştır. Hemşire teorisyenlerin 1960'lı yılların sonlarında, bireyin fiziksel, emosyonel ve psikososyal boyutu kadar spiritüel boyutuna da ilgi gösterdikleri bilinmektedir. Joyce Travelbee 1971 yılında, "Bir hemşire yalnızca fiziksel ağrıyı azaltmak için veya fiziksel açıdan değil, bireye holistik bir bakım verir" şeklindeki tanımı bakımın tüm boyutlarının önemini belirtmektedir [7,8].

Her insanın spiritüel ihtiyacı vardır. Spiritüel gereksinimler, bireyin ruhsal yoksunluğunu azaltacak ve ruhsal gücünü destekleyecek olan ihtiyaçlardır. Bu değerler; güven, umut, sevgi,

bütünlük, affetme, ritüeller, dualar ve ibadetler gibi geleneksel dini uygulamalar olarak tanımlanmıştır. Bu ritüeller hayata her gün yeni bir anlam katar ve bireyleri acı, hastalık ve felaket gibi olumsuzluklar karşısında desteklemeye yardımcı olur [7,9]. Spritüel değerler sağlık ve hastalıkla ilgili kaygıyı azaltarak, bireylerin yüksek benliklerini ortaya koymalarına yardımcı olarak; umut, güç ve barış duygularını teşvik eder böylece bireyin pozitif yaşam tarzını destekler. Hemşireler mesleklerini uygularken yaşamın anlamını ve değerini sorgulamalarına neden olan çeşitli olaylar ve krizler bağlamında her yaş grubundan insanlarla karşılaşmaktadırlar. Bu deneyimlerin, değerlerin nasıl algılandığı hastanın ve hemşirenin kültürel ile spiritüel değerleriyle beraber inançlarına bağlıdır [6,10]. Bu nedenle, spiritüel bakım sağlayabilmek için hemşirelerin profesyonel olarak donanımlı olması ve kendi spiritüel bakış açılarının da farkında olması gerekir. Hemşirelerin spiritüel bakış açıları hastalarına nasıl davranacaklarını ve spiritüel bakım sağlamak için hastalarıyla nasıl iletişim kuracaklarını doğrudan etkilemektedir [11,12]. Wu ve ark. (2015), hemşirelerin spiritüel bilgi düzeyleri ile hastalarının spiritüel bakım ihtiyaçları arasında önemli bir ilişki olduğunu ve hemşirelerin hastaların temel spiritüel ihtiyacı olarak "mahremiyet ve itibara saygı" şeklinde ifade ettiği bildirmiştir [13].

Hemşirelerin spiritüel iyi oluşları hem kendi sağlıkları hem de bakım verdiği bireyin sağlığı için çok önemlidir. Hemşirelerin spiritüel iyi oluşları, bakımın spiritüel yönlerine dikkat etmelerini etkileyebilir [9,10]. Araştırmalar, spiritüel iyiliğin hemşirelerin uyum yeteneklerini artırdığını ve sağlığın fiziksel, sosyal ve zihinsel yönlerini geliştirdiğini göstermiştir [3,7,9]. Hemşirelerle yapılan birkaç çalışma hemşirenin spiritüel düzeyi ile spiritüel bakım uygulaması arasında önemli pozitif korelasyon olduğunu bildirmiştir [11,14,15]. Spiritüel iyi oluş düzeyleri yüksek hemşireler bakımda daha iyi kararlar verir, hasta için uygun olan girişimleri daha sık seçer ve girişimlerin etkinliğini daha doğru değerlendirir. Aslında, spiritüel iyi oluşluk hemşirelerde kişisel bir tatmin duygusuna neden olarak yoğun iş gücünün neden olduğu tükenmişlik, anksiyete ve stresi azaltabilir [6]. Dahası hemşirelerin spiritüel iyi oluş durumları, yüksek bilinç geliştirmelerine katkı sağlamaktadır [11]. Hemşireler spiritüel durumlarının ne kadar çok farkına varırlarsa hastalarının spiritüel gereksinimlerinin de farkına varacaklardır. Bu nedenle bilinçli farkındalık kavramı önem kazanır. Hemşirelerdeki bilinçli farkındalık ve spiritüalizme, spiritüel bakım süreci için önemlidir [11,13,15,16].

Bilinçli farkındalık, hemşirelik disiplini için terapötik hemşirelik niteliklerinin geliştirilmesi, sürdürülebilmesi ve bütünsel sağlığın teşviki açısından önemli bir kavramdır [17]. Bilinçli farkındalık; şu anda neler olduğuna dikkat etme ve bunun farkında olma durumudur. Başka bir deyişle 'düşüncelerin, duyguların ve beden hislerinin sürekli akışını'

gözlemleyebilmektir. Bilinçli farkındalık şimdiki an içinde olanları fark etmeyi ve tüm bu fark edilenleri karşılama biçimini içerir. Bu nedenle, bilinçli farkındalık, algılama ve algılananı kabul etmenin bir kombinasyonudur. Ortamdaki herşeyi algılayabilmek dikkat gerektirir, ancak mevcut anı algılayarak, bilinçli bir şekilde sevgiyle, şefkat dolu bir kalp ile algılamak ise bilinçli farkındalıktır [17-19].

Hemşireler, bakım verdikleri bireyler ve bireyin yakın çevresi ile iletişime girerler. Bu nedenle hemşirelik mesleği bilinçli farkındalığın üst seviyede olması gereken meslek grubundan biridir. Hemşirenin hastasına ve çevresindeki durumlara bütüncül yaklaşabilmesi için öncelikle kendini tanıması; hasta ile etkileşim açısından ise hasta ve çevresindeki durumların kendi üzerinde bırakmış olduğu etkileri anlaması gerekmektedir. Proulx (2003), farkındalık uygulamalarının 'hemşirelik değerleri ve inançlarıyla uyumlu, sağlığa bütüncül bir öz düzenleme yaklaşımı' teşvik ettiğini öne sürmektedir [20]. Literatürde, hemşirenin başkalarının spiritüel gereksinimlerinin farkında olması için öncelikle kendi spiritüel değerleri keşfetmesi gerektiği vurgulanmaktadır [15,16,20,21].

Hemşirenin sahip olduğu varlık ötesi bir güce olan inancı, yaşamın anlamına ilişkin değerleri, yaşamdaki umudu ve diğer spiritüel kaynaklarına ilişkin bilinçli farkındalık durumunun, bireylerin spiritüel gereksinimlerine daha duyarlı olmasında etkili olacağı düşünülmektedir [12-14,21,23]. Literatürde hemşirelerle yapılan araştırmalar, bilinçli farkındalığın stres ve tükenmişlik belirtilerini azaltma, uyku sorunları azaltma, kendine şefkati artırma, mesleki gelişim ve kişisel tatmin sağlama, yaşam kalitesini iyileştirme gibi alanlarda etkili ve ucuz bir yöntem olabileceğini göstermektedir [23-25].

Hemşirelik mesleğinde spiritüelite ve bilinçli farkındalık önemli kavramlar olup, bu iki kavram birbirini de etkileyebilmektedir. Bilinçli farkındalığın spiritüel gelişim için etkili olabileceğini gösteren kanıtlar vardır [25,26]. Bilinçli farkındalık hemşirelerin, hastalarıyla başarılı ve tatmin edici terapötik ilişkilerin sürdürülmesine ve spiritüel kapasitelerinin farkında olup geliştirmelerine katkı sağlar [27]. Ülkemizde hemşirelerin spiritüel iyi oluş ve bilinçli farkındalık düzeylerini belirleyen ikinci yapılan araştırmadır.

1.1 Araştırmanın Amacı

Ülkemizde hemşirelerin spiritüel iyi oluşlarını belirlemek için yapılan araştırmalara rastlanmaktadır. Ancak literatürdeki çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızın amacı hemşirelerin spiritüel iyi oluş ve bilinçli farkındalık düzeylerini belirlemektir.

1.2 Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin spirituel iyi oluş durumları ne düzeydedir?
2. Hemşirelerin bilinçli farkındalık durumları ne düzeydedir
3. Hemşirelerin spirituel iyi oluş düzeyleri ile tanımlayıcı özelliklerine göre farklılıklar var mıdır?
4. Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile tanımlayıcı özelliklerine göre farklılık var mıdır?
5. Hemşirelerin spirituel iyi oluş ve bilinçli farkındalık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Spirituelite Kavramının Tanımı

Spirituelite sağlık ve esenliğin ayrılmaz parçası, insanlığın dinamik ve içsel boyutudur[15,28]. Kişinin hayatta anlam arayışıyla ilgilidir; başkalarına, kendisine, doğaya ve aşkınlığa (tanrı) bağlılığını içerir. Spiritüelite bir bireyin aşkınlık ile ilişkisi ve deneyimi veya yaşamın anlamı hakkındaki varoluşsal kaygılar ile inançları dâhil olmak üzere barış, amaç ve birbirine bağlılık duygusu olarak tanımlanabilir [15,16,29].

Spirituelite yaşamı hissetmek, nefes almak anlamına gelen latince “spiritus” kelimesinden türetilmiştir. Bedenle beraber ruhu da etkileyen, beden ve ruhtan etkilenen “birleştirici güç” olarak açıklanmaktadır [9,15,30,31]. Spirituelite; kişinin ilahi bir varlıkla ilişki araması yanında, yaşam amacını oluşturan unsurları da içermektedir. Daha geniş bir tanımla spirituelite hayatı hissetmektir. Bireyin ilahi Ruh ile ilişki arayışının dışında, insan yaşamına rehberlik eden ilkeleri temsil eder [15,26,30-33]. Spirituelite kelimesinin Türkçe karşılığı yoktur. Bu nedenle Arapça kökenli “maneviyat” kelimesi olarak kullanılmaktadır [34,35]. Maneviyat; insanlarda doğuştan var olan, manevi (görülmeyen, duyularla sezilebilen, soyut, tinsel) şeyler anlamına gelir ve bu manevi şeyler genel olarak kişinin varlığına anlam, amaç ve huzur katar [34-35].

Spirituelite kelimesi farklı zaman dilimlerinde ve kültürlerde farklı anlamlarda kullanılmıştır. Tarihsel sürece bakıldığında; 12. yy da insan yaşamının psikolojik yönünü, 15. yy ve 16. yy’larda ise dini inancı olan insanı tanımlamak için kullanıldığı görülmektedir [36]. İlk kez 17. yy da Fransa’da modern anlamıyla kullanılmış olup, 20. yy gelindiğinde literatürde spirituelite kavramının tanımı ile ilgili fikir birliğinin olmadığı görülür [36, 37]. Tarihsel süreçte spirituelite kavramının popülerliği II. Dünya savaşıdan sonra arttığı görülmektedir [37]. Spirituelite kavramının popülerliğinin artmasındaki nedenler; maddi değere sahip şeylerin insana mutluluk getirmemesi, modern tıbbın ölüm, acı ve kayıp durumunda insanların yaşadığı bireysel kaybın ifadesini göstermede yetersiz kalması, ağrı çekme gibi kişisel deneyime bağlı sorunların bilimsel yaklaşımla çözülememesi gibi bireysel nedenler, artan şiddet olayları gibi sosyokültürel nedenlere cevap bulma, daha mutlu ve anlamlı yaşam arayışı gösterilmiştir [37,38].

Spirituelite; bireyin kendi ve diğer insanlarla olan ilişkileri, evrendeki yeri, yaşamın anlam arayışı ve kabullenme durumlarının bütünüdür. Yaşamda kazanılan bilgiler sonucunda oluşur ve yaşamın amacını oluşturan, kişiye anlamlı gelen her şeyi kapsar [7,8,37-39].

Spirituelite kavramının genişliğinden dolayı literatürde farklı tanımları bulunmaktadır; Renetzky (1995) spiritueliteyi;

- Hayata, acılara ve ölüme anlam, amaç ve tatmin veren insanın içindeki güç,
- Bireyin yaşam isteği,
- Bireyin kentine, başkalarına ve Tanrı'ya olan inancı şeklinde özetlemiştir [40].

Unruh (1997) spiritueliteyi;

- Tanrı ile bir ilişki, ruhsal refah veya daha yüksek bir güç ve kendinden daha büyük bir gerçekliğe inanç,
- Spirituelitenin kendi içinden değil, benliğin dışından geldiğine dair bir anlayış veya his,
- Daha yüksek bir varlığa veya güce olan inançla kaçınılmaz olarak ilişkili olan bir aşkınlık veya bağlılık durumu,
- Maddi dünyadan olmayan bir varoluşsal yaşam niteliği,
- Yaşamdaki anlam ve amaç duygusu,
- Kişinin yaşam gücü veya bütünleştirici gücü ve

Yukarıdaki belirtilenlerin hepsi olarak tanımlamıştır [41].

Spirituelite çok boyutlu yapısı nedeniyle literatürde birçok kavramla karışabilmektedir. Spirituelite ile benzer kavramlar; inanç, maneviyat ve dindir. İnanç; bir düşünceye bağlı olma, bir dine inanmadır. Belirli bir konudaki düşüncenin ileri düzeyde kabulüyle sabitlenmiş, genel kanı anlamı da vardır [36,41-43]. Maneviyat, kişinin maddenin ötesinde ilişkili olduğu şeyler ve bunlara ilişkin içsel kaynaklarının tamamıdır. Maneviyat; dine olan bağlılığın ötesinde, kişinin kendisinden daha büyük şey veya biri aracılığıyla var oluşunda anlam bulmaya yönelik dinamik bir süreci tanımlamaktadır [34,36,38]. Maneviyat herhangi tanrısal bir inanç olmadan yaşamın anlamı, amacı ve iç huzurun sağlanmasında sarf edilen çabadır. Murray ve Zentner, maneviyatı "herhangi bir tanrıya inanmayanlarda bile ilham, saygı, huşu, anlam ve amaç için çabalayan, dini bağlılığın ötesine geçen bir nitelik" olarak tanımladılar [44]. Din; Tanrı'ya, doğaüstü güce, çeşitli kutsal varlıklara inanma ve tapınmadır. Sistemleştirilmiş toplumsal kurum, diyanet ile bu nitelikteki inançları; kurallar, kurumlar, töreler ve sembollerle toplayan ve bir araya getiren düzendir. Din; inanç sisteminde kutsal, doğaüstü değerlere yer veren ve inananlara bir yaşam biçimi sunan sistemdir [42-43].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık tanıma göre, insan tüm boyutları dengede olduğunda sağlıklı olabilir [45]. O halde diğer tüm boyutlar gibi spirituel boyut da doğuştan var olan bir boyuttur ve kimliğin bir parçasıdır. Dinin gerçekleştirilmesi gereken biçimsel uygulamaları

yapılsın ya da yapılmasın, tüm insanların manevi boyutu vardır. Ancak her bireyin farkındalık derecesi değişebilir [38,42,43]. İnsanın spiritüel yönü önemlidir ve bireysel bakım yaklaşımında; insanın fiziksel, spiritüel ve zihinsel boyutu birbirine özgüdür ve bu boyutlar birbiriyle ilişkilidir. Spiritüel boyut; bireyin hastalık, stres, ölüm korkusu, hayatın anlamını sorgulama gibi daha çok yaşamı tehdit eden durumlarında oluşan kriz nedeniyle özellikle öne çıkmaktadır [36,42,45]. Spiritüel ihtiyaçların karşılanmasıyla, bireysel ihtiyaçlar karşılanabilir. Böylece bireyin hastalığı kabul etmesi sağlanarak, geleceğe yönelik planlar yapmasına yardımcı olunabilir ve bireyin iyileşme süreci olumlu yönde etkilenecek, yaşam umudu artırılabilir [4,31,38,40,46]. Hem genel popülasyonda hem de hastalarda yaşam kalitesinin ve refahın önemli bir bileşeni olan spiritüelitenin birçok araştırmada sağlık ile arasında pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir [29,47-50]. Sağlık hizmeti sunumunda spiritüel desteğin olmaması; yaşam tatmininde azalma, alınan hizmetten memnuniyetsizlik, agresif tedavi, ağrı ile acı çekme ve artan maliyetlere neden olabilmektedir [16,29,32,51]. Wong ve arkadaşları spiritüel bakımın hastaların iyileşme sürecinde olumlu etkisinin olduğunu ve hastaların yaşam kalitelerini arttırdığını belirtmişlerdir [12]. Bu nedenle hastalara holistik bakım vermekten sorumlu olan hemşirelerin bireylerin spiritüel değerlerinin farkında olması ve spiritüel bakım uygulamalarını önemsemeleri önemlidir.

2.2 Spiritüel İyi Oluş Kavramı

Spiritüel sağlık olarak ifade edilen spiritüel iyi oluş bir refah biçimidir. Spiritüel iyi oluş, ruhsal sağlık ve iyiliğin önemli boyutlarından biri olarak kabul edilir. Başka bir ifadeyle hem spiritüeliteyi hem de iyiliği içeren bir kavramdır. İnsanın iyiliğini dini ve varoluşsal terimlerle ifade etmek için kullanılmıştır [2,3,37]. Spiritüel iyi oluş; bireyin kendisi, çevresi ve Tanrısıyla arasındaki ilişkiyi inceleyen, yaşam ve din ile ilgili konuları içeren bir kavramdır [37].

Spiritüel iyi oluş kavramı ilk kez, 1971 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde düzenlenen yaşlanma konulu bir konferansta "White House Conferance on Aging" tanımlanmıştır [52]. Bu tanıma göre Spiritüel iyi oluş kavramı; "Tanrı, benlik, topluluk ve çevre ile ilişkili olarak, bütünlüğü besleyen ve kutsayan yaşamın onaylanmasıdır." Spiritüel iyi oluşun sonraki birçok tanımında tanrı, benlik, topluluk ve çevre olarak ifade edilen bu dört kavramdan bahsedilmektedir [52,53] Spiritüel iyi oluş ile ilgili literatüre baktığımızda; Moberg'e (1979) göre, "spiritüel iyi oluş", insanların iç kaynaklarının bütünlüğünün iyiliği veya sağlığı ile ilgilidir ve diğer tüm değerlerin etrafında odaklanır [52]. Gomez ve Fisher (2005) spiritüel iyi oluşu; kişisel alan, toplumsal alan, aşkın alan ve çevresel alan olmak üzere dört boyutta

sınıflandırmıştır. Bu boyutlara göre; kişisel alan; kişinin yaşamdaki anlam, amaç ve değerleri açısından kendisiyle nasıl ilişki kurduğu ile ilgilenir. Toplumsal alan; kişiler arası ilişkilerin niteliği ile derinliğini ifade eder ve sevgi, adalet, umut, insanlığa olan inancı içerir. Çevresel alan; çevre ile birlikte olan, saygılı ve birlik duygusu da dahil olmak üzere fiziksel ve biyolojik dünya için zevk, özen, beslenmeyle ilgilenir. Aşkın alan; kozmik bir güç, aşkın gerçeklik veya Tanrı gibi insan seviyesinin ötesinde bir şey veya bir kişi ile benliğin ilişkisiyle ilgilenir ve gizemin kaynağına olan inancı, hayranlığı, ibadeti içerir [53].

Spritüel iyi oluşun iki boyutu vardır. Dinsel boyut ve varoluşsal boyut. Dinsel boyut; içsel vücut güçlerini bütünleştiren, üstün bir güç ile ilişkili olarak tatmin olmak anlamına gelirken, varoluşsal boyut; yaşamın anlamını ve amacını anlamaya çalışmaktadır. Spritüel iyi oluş kişinin kendisiyle, başkalarıyla ve daha yüksek bir güçle ilişkisi ve bağlantısı aracılığıyla yaşamdaki anlamı ve amacı deneyimleme becerisinin bir sonucu olarak pozitif duyguların deneyimini ifade eder. Bu duygular, bilişsel, işlevsel ve duygusal alanları içeren dinamik süreçlerle elde edilir [3,4,54-56].

Spirituel iyiliğin dinsel ve varoluşsal boyutu ile zihinsel sağlık arasındaki ilişki bağlanma teorisi ile açıklanmaktadır. Bağlanma teorisi, Tanrı'ya güvenli bağlanmanın sağlık ve esenlik üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu ileri sürer. Bunun nedeni, stres zamanlarında ve kritik durumlarda, insanların Tanrı'ya kendilerini koruyan ve önemseyen bir varlık olarak bakmaları olabilir. Böylece bireyler kendilerini daha güvende hissederek daha az stres yaşarlar [57]. Literatürde Tanrı ile güvenli bir ilişki bağlamında spiritüelitenin insanların ruh sağlığını koruyabileceği belirtilmektedir (Örneğin, daha az depresyon yaşama, daha az yalnızlık hissi ve daha fazla psikososyal yeterlilik gibi)[50,53-55]. Aşkın ile olan bu yakın ilişki, insanların ameliyat, hastalık, doğal afet vb. stresli durumlarla başa çıkmalarına da yardımcı olabilir. Ekşi ve Kardaş tarafından geliştirilen ve bu çalışmada kullanılan Spirituel İyi Oluş Ölçeği'nin alt boyutlarında yer alan “aşkınlık”; kişinin karşısında kendini aciz olarak tanımladığı ve boyun eğdiği, güçlü ve yüce bir varlığa inanması olarak tanımlanır. İnsan ve doğa birbirinden ayrılmaz bir bütün gibidir. Doğa insana huzur ve ferahlık verir, rahatlatır. Bu nedenle spiritüellik aşkın olmanın yanı sıra doğayla da ilişkili bir kavramdır [58]. Bazı insanlar için spiritüelite Tanrı'ya yakın olmanın yanı sıra yaşamlarına anlam veren, yaşam için sebepler ve yön sağlayan bir çerçeve içerir. Sonuçta bireyin spiritüel iyiliği için önemseddiği spiritüel değerler ne olursa olsun, birey için önemlidir. Daha güçlü spiritüel değerlere sahip insanlar, stresli bir durumla karşı karşıya oldukları zamanlarda daha fazla manevi ve dini başa çıkma stratejilerine erişebilirler. Bu başa çıkma stratejileri, streslerini azaltabilir, psikolojik ve fiziksel sağlıklarını iyileştirebilir. Eğer bireylerin spiritüel iyilik durumları ciddi şekilde tehdit edilirse, bireyler yalnızlık hissi,

depresyon ve anlamsızlık gibi zihinsel bozukluklardan muzdarip olabilirler [36-39,49,54]. Bu durumda bireyler öfke, kaygı, yorgunluk, korku, uykusuzluk, yaşamda anlam eksikliği gibi sorunlar yaşayabilirler.

Toplumdaki bireylere ve hastalara bakım veren hemşireler; kişilerin spiritüel değerlerini ve spiritüel gereksinimlerini değerlendirerek, bireyselleşmiş spiritüel bakım sağlayarak, uygun müdahalede bulunarak bireylerin spiritüel iyi oluşlarını artırabilirler. Literatürde spiritüel iyiliğin hastalar açısından önemli olduğu kadar hemşireler içinde önemlidir. Spiritüel iyilik durumunun yüksek olmasının, hemşirelerin uyum yeteneklerini artırdığını ve sağlığın fiziksel, sosyal, zihinsel yönlerini geliştirdiğini gösterilmiştir [6,10-13,15,16]. Ayrıca spiritüel gereksinimlerinin farkında olan hemşire bakım verdiği bireyin de spiritüel gereksiniminin farkında olacaktır [6,10,14-16,30,34]. Spiritüel iyi oluş ile bireylerin kişisel değerlerini ve dünya görüşünü değiştirme açısından daha güçlü olabildikleri literatürde belirtilmektedir [34,37,38,43]. Dahası spiritüel iyi oluş düzeyleri yüksek hemşirelerin, hastalarının spiritüel ihtiyaçlarını daha iyi tanıyarak ve bunlara yanıt verme becerisine de sahip oldukları da belirtilmektedir. Bu nedenle spiritüel iyi oluşları iyi olan hemşirelerin hastalarına proaktif olarak spiritüel bakım sağlama olasılıkları daha yüksektir [10-13,30,40,42,54].

Hemşirelerin spiritüel iyi oluşlarının yüksek olmasının bakım verdiği hastasına yarar sağlamanın yanında kendisine de büyük katkıları vardır. Spiritüel iyi oluşları yüksek hemşirelerin iş stresi ile daha iyi baş ettikleri, tükenmişlik daha az yaşadıkları, yaşamdan daha fazla doyum aldıkları, daha az uyku sorunu ve ruhsal sıkıntılar yaşadıkları bildirilmektedir [25,28,40,54,59-61].

2.3 Spiritüel Bakım

Spiritüel sağlık bir bireyin kendi yaşamının anlamını onaylama, kendini başkalarını, çevresini anlama, başkaları ve çevre ile uyumlu bir şekilde bağlantı kurma, iç kaynaklı zorluklara uyum sağlama yeteneğidir [62-65]. Spiritüel sağlık yaşam kalitesinin temel unsurlarından biridir [64]. Hemşireler toplumdaki bireylere spiritüel bakımın en önemli sağlayıcılarından biridir [64-66].

Hemşirelik mesleği spiritüel bakımı ve spiritüel temelli uygulamaları içerir [66]. "Hemşire ile spiritüel bakım" terimi, Nagai-Jacobson ve Burkhardt'ın [67] tarafından ortaya atılan bir kavramdır. Bu kavramı açıklamadan önce modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Florence Nightingale'in notlarını inceledikleri ve onun notlarından alıntı yaparak "hemşire ile spiritüel bakım" terimini bildirdikleri belirtilmektedir. Soeken ve Carson [68]

“hemşirenin spiritüel kaynakları ve spiritüel iyi oluşun farkında olmasının önemli olduğunu ve hastaların spiritüel gereksinimlerini karşılayan önemli kişiler olduğunu” belirten ilk kişiler arasındadır. Bu kişiler günümüzde halen konuşulan ve tartışılan spiritüel bakımın temelini ve önemini açıklamışlardır. Bütüncül hemşirelik teorisi, hemşirelerin maneviyatına odaklanan ilk teorik çerçevelerden biridir, ancak bu teori hemşirenin öz bakımına çok az dikkat gösterilmiş olup, hemşirelerin spiritüel iyilik halinden ziyade spiritüelitenin hasta bakımına nasıl yansıdığına odaklanmaktadır [69]. Watson insan bakım teorisinde; hemşirenin içinde spiritüel iyileşme yeteneğine sahip bir enerji alanı yaratma potansiyeline sahip bir bilincinin yattığını öne sürmüştür. Bu teoriye göre; insan bakım ve iyileştirme bilincinin hastada korunması ve onarılması gerekir, ancak hemşire için onarıcı bir yöntem sağlamaz. İnsan bakım iyileştirme bilincinin, derin benliğin, başkalarının, doğanın ve evrenin ruhsal boyutlarını yakalayan, kişilerarası bakım yoluyla hemşireye bir çeşit öz bakım sağlaması önerilmiştir. Watson'a göre hemşirelik bakımının etkinliği, bakım davranışlarının kullanılması ve bu davranışların hastalar tarafından algılanmasıyla ilişkilidir. Bireyin gereksinimlere yardım, bakımın tüm alanlarında akıl-beden-ruh uyumunu, varlığın bütünlüğünü ve maneviyatı dikkate alarak temel gereksinimlere içten gelen bakım bilinci ile yardım etmeyi içermektedir. Hemşire, bireyin sosyal, duygusal, fiziksel gereksinimlerini bütün olarak değerlendirerek tanımlayabilmelidir Bu teori, günümüzde hemşireliğin bakım-iyileştirme davranışları içeren manevi bir uygulama olduğunu öne sürmeye devam etmektedir [8,9,70].

Hastaların ve ailelerinin spiritüel gereksinimlerinin karşılanması, klinik bakımın temel bir unsurudur. Klinik bakımda vücut, zihin ve ruhu bütünleştiren bütünsel hemşirelik bakımı önemlidir. Bu nedenle spiritüel bakım, hemşirelik performansının temel bir bileşeni, bakım sunumunun önemli bir parçası ve sağlık bakım hizmetlerinin benzersiz bir yönüdür [47,52,66,68,69]. Spiritüel bakım, Sawatzky ve Pesut [71] tarafından; hemşirenin hayatın, aşkın boyutuna ilişkin farkındalığına bağlı olan ancak hastanın gerçekliğini yansıtan sezgisel, kişilerarası, bütünleştirici bir ifade olarak tanımlamışlardır. Spiritüel bakımın özü, bir dizi hemşirelik eyleminden ziyade, hemşirelerin hemşire-hasta ilişkisinde nasıl etkileşimde bulundukları ve kendilerini nasıl kullandıkları anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, spiritüel bakım "yapmak" değil "olmak"tır [69,71,72]. Spiritüel bakım, hemşirelerin özellikle insan onuru, iyilik, yardımseverlik, iç huzuru, sıcaklık, öz bakım ve başkalarına özen gibi spiritüel hemşirelik değerleri ile şekillenen tutum ve davranışlarını kapsar [73]. Böylece hastalarının spiritüel ihtiyaçlarını değerlendirdikten sonra bireylerin kültürlerini ve inançlarını yansıtan spiritüel bakım verilebilir [69,71-73].

Spritüel bakımın amacı, acı ve olumsuz bir durumda hastaların ruhsal düzeyde zorluklarını hafifletmek ve yaşamın anlamını, kendini gerçekleştirme, umut, yaratıcılık, inanç, güven, huzur, rahatlık, dua, sevmeye ve affetme yeteneğini bulmalarına yardımcı olmaktır. Ek olarak spiritüel bakım, hastaların ölüm korkusuyla yüzleşmelerine, tedavi sürecinin belirsizliğini ve rahatsızlığını azaltmalarına ve iç huzurlarını yeniden kazanmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır [69,71-73]. Klinik çalışmalarda, spiritüel bakım eğitimi ve öğretimi, hemşirelerin hastaların saygınlıklarını, değerlerini ve deneyimlerini anlamalarına yardımcı olmakta, hastaların stres ve gerginliğini hafifleterek onlara manevi esenlik ve dinginlik sağlamakta ve zorlukların ortasında anlam ve amaç bulmalarına izin verebilmektedir [72,74,76]. Bu bakım altında hastalar, hastalıklarının üstesinden gelmenin yanı sıra fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlıklarını güçlendirerek yaşam kalitelerini ve sağlık durumlarını iyileştirmek için stratejiler keşfedebilirler [34,37,63,69,70,72-75].

Araştırmalar spiritüel bakım için genel yeterliliklerini, bir diğer söylemle terapötik hemşire-hasta ilişkisi tanımlanmıştır [72,74]. Spiritüel bakım, hemşirelik sürecinde, hemşire ile hasta arasındaki terapötik ilişkiyi, hasta için erişilebilir olmayı, aktif dinlemeyi, empati göstermeyi ve umut etmeyi, belirli dini inançlara sahip hastalara dini kolaylıklar sağlamayı, hastalara yardım etmeyi içeren bir dizi beceridir [72,75].

Spiritüel bakım, bütünsel hemşireliğin temel bir ögesidir ve hemşireler için önemli bir mesleki beceri olarak kabul edilmektedir [71,73,75]. Bütüncül hemşirelik bakımı, hastaların ve aile üyelerinin spiritüel ihtiyaçlarını karşılamayı içermektedir [6,10,73,75,76]. Bu nedenle hemşirelerin spiritüel bakım uygulamalarının farkında olmaları ve bilmeleri gereklidir. Spiritüel bakım uygulamaları için hemşire öncelikle hastanın var olan hastalığını bilmelidir. Dahası hemşire hastasının ve yakınlarının yaşamlarına anlam vermelerini etkileyen faktörlerin, spiritüel değerlerin farkında olmalıdır [6,10,12,13]. Hastanın acılarını, korkularını, hayallerini, öyküsünü dinleyerek önyargısız bir şekilde kabul etmelidir. Hastaya inançları, spiritüel değerleri doğrultusunda gerekleri yerine yetirmesi için yer ve zaman sağlamalı, hastaya yaşama umudu aşılayabilmek için şefkat göstermelidir [6,10,13-16,76]. Araştırmalar spiritüel bakım eğitimi almış hemşirelerin, spiritüel bakım sağlarken hastaların spiritüel ihtiyaçlarını karşılama olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmalar hemşirelerin spiritüel bakım düzeylerini yükseltmek için bilimsel temelli uygulamalar yapılmasını ve etkili müdahale protokolleri hazırlanmasını önermektedir [40,53,54,63,73].

2.4 Bilinçli Farkındalık Tanımı

Farkındalık, son yirmi yılda araştırma topluluklarında büyük ilgi gören, sağlık hizmetlerinde yeni ortaya çıkan bir kavramdır [78]. 5000 yıl önce Hindistan, Tibet, Çin ve Japonya'nın manevi geleneklerinden kaynaklanan bilinçli farkındalık uygulamaları “zihinsel ve duygusal kontrol uygulamaları” olarak tanımlanan çok boyutlu bir yapıdır. Farkındalık kavramının kökeni Buda öğretilerinin benimsediği Pali dilinden türeyen “Sati” kelimesinden köken alır ve “hafıza, bilinç, algılama, fark etme” kelimesine karşılık gelmektedir. Farkındalık kavramı 1881 yılında Rhys Davids tarafından İngilizce karşılığı olarak “mindfulness” kelimesine çevrilmiş olup [77,78]. Türkçe’de bilinçli farkındalık olarak kullanılmaktadır [79].

Bilinçli farkındalık kelimesinin tarihsel gelişim sürecinde; Budist geleneğinde Nyanaponika Thera'nın farkındalık ile ilgili kitapları ve Tibetli Budistlerin lideri Dalai Lama'nın Massachuset’de “Zihin ve Yaşam Enstitüsü’nün (Mind and Life Institute)” kurulmasına öncülük ettiği belirtilmektedir. Bu “Zihin ve Yaşam Enstitüsü” bilimsel anlamda bilinçli farkındalığın gelişmesinde, yayılmasında önemli bir rol oynamıştır [80]. Jon Kabat-Zinn’in 1979 yılında Farkındalık Temelli Stres Azaltma Kliniği’ni kurmasıyla bilinçli farkındalık kavramı doğu ve batı da popüler bir kavram olmuştur. Bu kavram hızlı bir şekilde Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (Mindfulness-Based Stres Reduction; FTSAP), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-Based Cognitive Therapy; FTBT), Diyalektik Davranış Terapisi (Dialectical Behavior Therapy; DDT) gibi birçok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde ve stres yönetiminde önemli bilimsel başarılar ile dikkatleri üzerine çekmiştir [77,78,81].

Türk Dil Kurumuna göre farkında olmak kelimesi “görülmesi veya bilinmesi gereken şeylerden haberi bulunmak, kavranması gereken bir şeye dikkat etmek” olarak tanımlanmıştır [88]. Farkındalık kelimesi ile bilinçli farkındalık (mindfulness) kelimesi genellikle birlikte kullanılmış olmasına rağmen aslında birbirlerinden ayrı kelimelerdir. Farkındalık; “bilinç” ile ilişkilendirilen bir kavramdır ve genellikle insanla özdeşleştirilmiştir. Bireyler dışardan duyuşal girdi alırlar ancak onu bilinçli, düşünen zihinde düşünmüyor, analiz etmiyor, ayırt etmiyor veya başka şekilde işlemiyordur. Budurumda gördüğümüzde sadece görüyor; duyduğumuzda ise sadece duyuyoruzdur. Farkındalık; uyanıklık, konsantrasyon veya bir nesneye odaklanmayı içermez. Farkındalıkta birinin çevresini (bir nesneye odaklanmadan) herhangi birşey düşünmeden veya konuşmadan sadece algılaması veya bilmesi vardır [89]. Oysa bilinçli farkındalık (mindfulness), geçmişte yaşanan veya gelecekte planlanan olası deneyim ve duyguların etkisi altında kalmadan, anı kabul edip onaylamak şeklinde tanımlanır. Bilinçli farkındalık kişinin o ana, yani şimdiki zamana dikkatini yoğunlaştırıp, yargısız bir şekilde

kabullendiği anlık deneyimdir[85]. Bilinçli farkındalık mevcut olanı ve şu anda (burada ve şimdi) olanı bilme durumudur. Farkındalık, bilinçle ilişkilendirilen bir kavramdır, bilinçli farkındalık ise terapötik değişimin temel ve gizil süreçlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bilinçli farkındalığın temelinde “dikkatin” ve “duyguların” düzenlenmesi vardır ve bu sayede kişi yoğun düşüncelerden dikkatini arındırır [80,82]. Bireyler algısal uyaranların, düşüncelerin, niyetlerin ve duygularında bilincindedirler [84].

Literatürde bilinçli farkındalığı farklı şekillerde tanımları bulunmaktadır [78,79,82]. Bazı araştırmacılar bilinçli farkındalığı; bilişsel bir yetenek ve bilişsel bir stil olarak düşünürken, bazıları ise şu anda mevcut anı yaşamak, anın farkına varmanın önemini belirtmişlerdir [78,81-85]. Langer, " uyanıklık ve canlı farkındalık durumu" olarak tanımlamıştır [78]. Langer'e göre bilinçli farkındalık beş psikolojik durumdan oluşmaktadır. Bu durumlar; “yeniliğe açıklık”, “farklılığa karşı uyanıklık”, “farklı bağlamlara duyarlılık”, “çoklu bakış açılarının farkında olma” ve “şimdiki zamana oryantasyon” dur. Dane, bilinçli farkındalığı; bir özellik olarak yorumlanması gerektiğini öne sürmüştür [84]. Bilinçli farkındalık, Bishop ve arkadaşları tarafından, “yargılayıcı olmadan, an be an farkında olma durumu” olarak tanımlanmıştır [86]. Marlatt ve Kristeller'e göre, [87] bilinçli farkındalık “kabul ve şefkati ön planda tutarak yaşanan anın getirilerine dikkatin yoğunlaşması” olarak, Siegel ve arkadaşları ise, “anın deneyimlerinin nezaketle ve yargılama olmaksızın kabul edilmesi” olarak tanımlanmıştır [87]. Bilinçli farkındalık bireylerin içinde ve dışında olan biteni bir başkası yaşıyormuş kadar tarafsızca, yargılamadan nazik bir tavır ile gözlemleyebilmesidir.

Çok sayıda felsefi, ruhsal ve psikolojik gelenek bireylerin, toplumların iyilik halinin sağlanması ve arttırılması için bilinçli farkındalığın niteliğinin önemini vurgulamaktadırlar [84,89,]. Bilinçli farkındalık günümüzde kullanılan en yaygın tanımı dikkatlilik ve şimdiki zamanda olan olayların farkında olma durumudur [84].

Bilinçli farkındalığın iki temel boyutu vardır. Bu boyutlardan birincisi “dikkatin istemli olarak yönetilmesi veya dikkatin düzenlenmesi”, diğeri “öznel yaşantıya yönelik tutum” dur. Dikkatin istemli olarak yönetilmesi, dikkatin tümüyle o anda olanlara odaklandırılmasıdır. Öznel yaşantıya yönelik tutum ise merak, açıklık, yargılamadan kabullenme yani yaşanan olayda kalmama, şefkat ve anlayış ile kabul etme gibi tutumları içerir [86,88]. Dikkatin istemli olarak yönetilmesi; dikkatin odağını düzenlemek, mevcut deneyime farkındalık getirerek değişen düşünce, duygu ve hisler alanını gözlemlemektir. Dikkati istemli olarak yönetmek şimdi ve burada olup bitenlere karşı çok uyanık olma durumuna yol açar. Genellikle o anda tamamen mevcut ve canlı olma halidir. Dikkatin kendi kendini düzenlemesi, aynı zamanda

ortaya çıkan düşünceler, duygular ve duyular hakkında farkındalığımızı artırır. Kişinin dikkatini bu şekilde düzenleme ve yönetme yeteneği, an be an dikkatin kasıtlı olarak kendi kendini düzenlemesi olarak tanımlanan meditasyon uygulamasıyla geliştirilebilir [82,65,87,90]. Mevcut literatür, bilinçli farkındalık becerilerini geliştirmek için tasarlanmış çok sayıda meditasyon egzersizini tanımlamaktadır. Birçok bilinçli farkındalık egzersizleri, bireyleri bedensel duyular, düşünceler ve duygular gibi her an meydana gelen içsel deneyimlere katılmaya teşvik eder. Bazıları ise manzaralar ve sesler gibi çevrenin yönlerine dikkati yönlendirir. Bu egzersizlerin hepsi farkındalığın yargılayıcı olmayan bir kabul tavrı ile uygulanması gerektiğini öne sürer [78,80,81,90,91].

2.5 Bilinçli Farkındalık Becerileri

Bilinçli farkındalığı hayata geçirebilmek için bireylerin bazı tutumlarına şekil verilmesi gereklidir. Bu tutumlar öz-şefkat, yargıları farkedebilmek ve sabretmek, yeni başlayan/acemi zihni anda tutabilmek, güven ile kabul içinde hırslanmadan olayları, durumları akışına bırakabilmektir [18,87,92]. Aşağıda bu kavramlar açıklanmıştır;

Öz-şefkat:

Şefkat karşımızdaki insanların acılarını duyarlı içten ve sevecen bir biçimde karşılayabilme, bu acıları herkesin yaşayabileceği bir deneyim olarak görebilme, diğerlerinin acılarını kabul edebilme ve bu acıları yatıştırma isteği duyabilme durumudur. Şefkat acıyı deneyimleyen kişiye karşı yargılayıcı olmamayı, onun acısını görebilmeyi ve kabul etmeyi içerir. Öz şefkat kavramı ise insanın bu şefkatli tutumu kendine gösterebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin kendi hatalarına, yetersizliklerine ve eksikliklerine karşı anlayışlı olması durumudur [18].

Bilinçli farkındalık öz şefkatin ön koşuludur ve öz-şefkat bilinçli farkındalığın ana birleşenidir. Bu nedenle bilinçli farkındalık eğitimleri bireylerin öz-şefkatini artırmak için önemli bir uygulamadır. Yaşamda bireylerin acılara karşı acıyı yok saymaları ve ona karşı şefkatli olması mümkün değildir. Ancak hayatta yaşadığımız acının farkında olunması öz-şefkat için gereklidir. Çünkü öz-şefkat bireye acının tam ortasında “*kendine karşı nazik ol, herşey değişecektir*” der. Öz-şefkat bireylere kendilerini anlama, sabır ve zor deneyimler sırasında kendilerine karşı şefkatli olmanın iyileştirici etkisini öğretir. Öz-şefkatli olabilmek için; duygusal bir acının farkında olunması, acının ele alınması (bu acı ile nasıl birey kendisine yardımcı olabilir), olayı, durumu bir felaketmiş gibi ortaya sunulmaması, hataları yaşantıdaki tecrübelerinin bir parçası olarak görmek, yalnızlık hissine girmemek önemlidir. Öz-şefkate

sahip olan bir birey karşısına çıkan zorlukları çok ılımlı ve anlayışlı bir şekilde karşılar. Kendilerine şefkat gösteren bireyler, kendisine yönelik sert bir yargılamada bulunmaz [92].

Sabır;

Sabır bireylerin yaşamlarındaki her şeyin bir vakti olduğunu kabul etmesidir. Sabır sıkıntılara karşı dayanıklı olmaktır. Sabırlı olmak, her bir ana ve duruma karşı açık olmak ve onu olduğu gibi kabul etmektir. Sabır, bize geçen an içinde bizlere ek bir zaman tanır. Yaşamımızdaki olayların doğal akışının devamına izin vererek, zihnin bu sayede bir şeyler ile sürekli meşgul olma durumundan dinlenme, olayları gözlemleyebilme durumuna geçebilmesi için bir olanak sağlar. Kişi daha sakin ve sabırla olayların farkında olabilir [80,87,92].

Anda kalabilmek;

Anda kalabilmek şu anki zamanda her ne yaşıyor, deneyimliyorsanız sadece ona odaklanabilmek ve dikkatinizi şu ana vermektir [18]. Ancak anda kalabilmek tutumunu sürekli yapabilmek oldukça güçtür. Bu nedenle amaç her an her şeyi yüzde yüz farkındalıkla yaşamak değildir. Ancak mutlu ve keyifli anların tadına daha çok varabilmek, olumsuz, stresli anları ise en iyi şekilde yönetebilmek ve en sağlıklı başetme yöntemini seçebilmek için anda kalabilme önemli uygulamalardır.

Acemi Zihin;

Hayatta her bir an birbirinin aynısıymış gibi görünse de aslında özünde farklılıklar içerir. Acemi zihin bireylere yeni olanaklara hazır olmasını ve bildikleri içerisinde tutsak olmamasını sağlar. Yaşanılan her an özel ve biriciktir, bunun farkında olmak önemlidir.

Güven;

Bilinçli farkındalık uygulamaları ile bireyler kendi düşüncelerine, duygularına ve hislerine karşı güven duygusunu geliştirebilmektedir. Güven duygusu ile bireyler yaşam boyu kendi duygu ve düşüncelerinin gösterdiği yol ile yaşamaya devam etmektedir. Bireyler kendi varlığına olan güvenlerini geliştirdikçe diğer insanlara olan güvenlerinde de artış görülmektedir. Bilinçli farkındalık uygulamalarıyla kendimize sorumluluk yükleyerek, sahip olduklarımıza güvenmeyi öğreniriz [93].

Kabul;

Bireylerin kendini ya da durumu değiştirmeye yönelik gereksiz girişimler olmaksızın olayları olduğu gibi kabul etme sürecidir [72]. Kabul; yargılamadan, direnmeden veya

kaçınmadan ortaya çıkan şeyleri özümsemektir [18]. Kabullenme, bireye rahatsızlık veren, bütün deneyimlere, kişilere, durumlara, düşüncelere ve duygulara yer açabilme ve onlarla uzlaşabilme becerisidir. Kabullenme olumsuz ve arzu edilmeyen duyguları yok etmek değil, olumlu duygularla birlikte olumsuz duyguları da kişinin kabul etmesini sağlamaktır [80].

Hırslanmamak;

Bilinçli farkındalıkta herhangi bir amaç olmadan sadece kişinin var olma durumuna dikkat çekilerek kendi bedenini duyması istenmektedir. Değiştirilmeye çalışılan bir durum yoktur ve şu anda kalmaya özen gösterilir. Anda kalmaya özen göstermenin nedeni, geçmiş ve gelecekle ilgilenmeyerek bugünün dolaylı olarak etkilemesini durdurma durumudur. Hırslanmadan anda kalabilmeyi, anın güzellikleri ile yetinmeyi amaçlar [80,93].

Serbest Bırakmak;

Kendiliğinden oluşan fikirler bireylerde anksiyete oluşmasına neden olur. Mesela kişinin kendisini sevmeye, beceriksiz, yetersiz biri olarak görmesi, çirkin biri olarak değerlendirmesi zihnini sürekli meşgul eder. Bu düşüncelere arttıkça ve biriktikçe kötüleşir, sonucunda bireylerde depresyon, obsesyon, kaygı bozukluğu gibi pek çok ruhsal sorunlara neden olur. Bilinçli farkındalık ile bu durumları birey serbest bırakmayı öğrenir ve birey kendinde oluşturduğu bu içsel durumlarla uğraşmak yerine, başedebilmeyi geliştirebilir [93].

2.6 Bilinçli Farkındalık Uygulamaları

Bilinçli farkındalık, bir zihin beden uygulamasıdır. Bu uygulama hem psikolojik hem de fiziksel sağlığa fayda sağlar, bireyin iyilik halini ve mutluluk durumunu artırır. Bilinçli farkındalık sırasında meydana gelen psikolojik değişim uygulama, düşünce, duygu ve farkındalığın artmasıdır. Bilinçli farkındalık eleştiride bulunmadan gözlem yapmak, kendinize şefkat göstermektir[86,88]. Mutsuzluk ya da stres baskın olduğunda, bu durumu kişisel bir şeymiş gibi algılamak yerine, o şeyleri gökyüzündeki gri bulutlar gibi görmeye başlayarak ve o bulutlar süzülüp giderken bir merakla gözlemlemeyi öğrenirsiniz. Burada esas olan olumsuz düşünce kalıpları kötüleşip kontrol edilemez bir durum almadan önce, hayatınızın kontrolünü yeniden ele alabilmektir [90].

Literatürde bilinçli farkındalığı geliştirmek için kullanılan farkındalık temelli uygulamaların bireylerin her gün yaşanan strese ve anksiyeteye olumlu etkisi olduğunu gösteren kanıtlar vardır [80,82,83,90,93]. Bu uygulamalar “farkındalık temelli stres azaltma

programı”, “farkındalık temelli bilişsel terapi”, “diyalektik davranış terapisi”, kabul ve kararlılık terapisi”; bilinçli farkındalık eğitimini ve uygulamalarını geliştirici terapilerdir.

2.6.1 Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı (FTSAP)

Bilinçli farkındalık eğitimin geçmiş yıllarda ve günümüzde de en sık kullanılan yöntemi, stres azaltma ve gevşeme programı olarak bilinen bilinçli farkındalık temelli stres azaltma (MBSR) programıdır. Bu program kronik ağrı çeşitleri ve stresle ilişkili bozukluklara sahip popülasyonlar için davranışsal tıp ortamında geliştirilmiştir. Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı, stresle başa çıkma yöntemleri ve eve verilen ödevlerinin tartışılmasıyla birlikte, farkındalık meditasyon becerilerinin öğretilmesi ve uygulanması için haftada 2–2,5 saat yüzyüze görüşülen, 30 katılımcıya kadar olan gruplar ile 8 veya 10 haftalık bir kurs olarak yürütülür [18,80, 93]. Tüm gün olan (7-8 saat) yoğun bir farkındalık seansı genellikle altıncı hafta ve sonrasında uygulanmaktadır. Bireylere çeşitli farkındalık meditasyon becerileri öğretilir. Örneğin, vücut taraması, katılımcı gözleri kapalı yatarken dikkatin vücudun çeşitli bölgelerine sırayla yönlendirildiği 45 dakikalık bir egzersizdir. Her alandaki duyular dikkatlice gözlemlenir. Oturma meditasyonunda, katılımcılara gözleri kapalı, rahat, uyanık bir duruşla oturmaları ve dikkatini nefes alma hissine yönlendirmeleri talimatı verilir. Hatta katılımcılara yoga duruşları, nazik hareketler ve esneme sırasında bedensel duyuların farkındalığını öğretmek için kullanılır. Katılımcılar ayrıca yürüme, ayakta durma ve yemek yeme gibi sıradan aktiviteler sırasında da zihinsellik pratiği yaparlar [87,92,93]. MBSR katılımcılarına bu becerileri grup toplantıları dışında günde en az 45 dakika, haftada altı gün uygulama talimatı verilir. Ses bantları tedavinin erken döneminde kullanılır, ancak katılımcılar birkaç hafta sonra kasetler olmadan pratik yapmaya teşvik edilir. Tüm bilinçli farkındalık alıştırmaları için, katılımcılardan gözlem hedefine (örneğin nefes alma veya yürüme) odaklanmaları ve her an bunun farkında olmaları talimatı verilir [92]. Duygular, duyular veya bilişler ortaya çıktığında yargılamadan gözlemlenirler. Katılımcı, zihnin düşüncelerin, anıların veya fantezilerin içine girdiğini fark ettiğinde, bunların doğası veya içeriği mümkünse kısaca not edilir ve ardından şimdiki ana dikkat çekilir. Böylece, katılımcılara düşüncelerini ve duygularını fark etmeleri, ancak içeriklerine kapılmamaları talimatı verilir. Yargılayıcı düşünceler bile (örneğin, "bu bir zaman kaybıdır"; "bu yaptığımız şeye inanamıyorum vb") yargılamadan gözlemlenmelidir. Katılımcı, böyle bir düşüncüyü fark ettiğinde, onu yargılayıcı bir düşünce olarak veya basitçe "düşünme" olarak etiketleyebilir ve ardından dikkatini şimdiki ana geri döndürebilir. Farkındalık uygulamasının önemli bir sonucu, çoğu duyumun,

düşüncenin ve duygunun “denizdeki dalgalar gibi” geçerek dalgalandığının veya geçici olduğunun fark edilmesidir [87,92]. Valley ve Stallones [94] akut bakım ortamında, sekiz haftalık, 2,5 saat / hafta MBSR programının, başta hemşireler olmak üzere hastane sağlık çalışanları arasında bilişsel başarısızlık ve güvenlik uyumu üzerindeki etkisini inceledi. Bilinçli farkındalık eğitimini tamamlayanlar, işyerinde bilişsel başarısızlıkta bir azalma ve güvenlik düzenlemelerine uyumda bir artış göstermiştir [87,93].

2.6.2 Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi

Bilinçli farkındalık temelli uygulamalardan bir diğeri farkındalık temelli bilişsel terapi yöntemidir. Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi (FTBT), Kabat-Zinn'in farkındalık temeline dayanan, manuelleştirilmiş 8 haftalık bir grup müdahalesidir. Bu program "Düşünceler gerçekler değildir" ve "Ben düşüncelerim değilim" gibi ifadeler de dahil olmak üzere, kişinin düşüncelerinin tarafsız veya merkezden uzaklaştırılmış bir görünümünü kolaylaştıran bilişsel terapi unsurlarını içerir. FTBT, depresif olan kişilere düşüncelerini ve duygularını yargılamadan gözlemlemeyi ve onların düşüncelerinin kendilerinin yönleri veya zorunlu olarak gerçekliğin doğru yansımaları olarak değil, gelip giden zihinsel olaylar olarak görmeyi öğretmek depresif nüksü önlemek için tasarlanmıştır [87,93].

2.6.3 Diyalektik davranış terapisi

Diyalektik davranış terapisi (DDT) 1993 yılında Linehan tarafından kişilik bozukluğu tanımlı kişilerin tedavisine katkı sunmak amacıyla geliştirilen bir terapi yöntemidir [94]. DDT bireylerde bilinçli farkındalık, iletişim beceriler ve duygu düzenleme alanlarında beceriler kazandırmayı amaçlar. Bu terapi yönteminin bilinçli farkındalık gelişimine katkısı içsel duyguları yargısızca gözlem yapabilmeyi sağlamasıdır. Diyalektik tedaviler de MBSR yönteminde olduğu gibi birçok egzersizi içermektedir. Egzersizin dışındaki terapilere bir dizi farkındalık “ne” becerisinden (gözlemleyin, tanımlayın ve katılın) ve bir dizi farkındalık “nasıl” becerisinden (yargılayıcı olmayan, tek farkında ve etkili) oluşur. DDT özellikle depresyon ve intihar düşüncelerinin önlenmesi üzerinde önemli etkilerinin olduğu bildirilmektedir [94,95].

2.6.4 Kabul ve kararlılık terapisi

Kabul ve kararlılık terapisi (KKT) 1999 yılında Hayers ve arkadaşları tarafından psikolojik sıkıntının genellikle olumsuz düşünceleri ve duyguları kontrol etme veya bunlardan

kaçınmaya yönelik girişimlerle ilişkili olduğu, bu iç olayların sıklığını, yoğunluğunu veya belirginliğini paradoksal olarak artıran ve daha fazla sıkıntı ile sonuçlanan önermeye dayanarak geliştirilmiştir [96,97]. Kabul ve kararlılık teorisi bir bireyin deneyimleriyle temasa geçme istekliliğini artıran, değerlerini tanıyan ve bu değerlerle tutarlı davranışlara bağlılığı artıran becerileri öğretmek daha fazla psikolojik esneklik yaratmaktır. Bu bağlamda, KKT terapistleri danışanlarına, istenmedik duygu ve düşüncelerin zihinlerine dolmasını ve bedenlerini etkilemesini anormal olarak görmemeyi, bu duygu ve düşüncelerle mücadele etmeye kalkışmak yerine bu tecrübeleri ile farklı, yeni yollarla ilişki kurmayı öğretmeye çalışmaktadır. KKT, farkındalık meditasyon egzersizlerini içermez. KKT bir günden 16 haftaya kadar değişen sürelerle hem bireysel hem de grup ortamlarında uygulanmaktadır [80,96].

2.7 Bilinçli Farkındalık, Spritüel iyi oluş ve Hemşirelik

Bilinçli farkındalık ve hemşirelikle ilgili erken ve devam eden birçok çalışma, mesleğin stresli ve zorlu doğası göz önüne alındığında, bilinçli farkındalık eğitiminin stres ve tükenmişlik üzerindeki etkilerini incelemiştir. Yakın zamanda yapılan bir inceleme bilinçli farkındalığın hemşirelerde stres, kaygı ve tükenmişliği azaltmak için etkili bir strateji olduğunu ortaya koymuştur [26]. Bilinçli farkındalık eğitiminin amacı, bireylere yaklaşan sıkıntı durumlarında ortaya çıkan düşünceleri, duyguları ve fiziksel hisleri tanımayı öğretmektir. Bu tanıma, kişinin otomatik olarak tepki vermek ve aşırı uyarılma durumuna geçmek yerine stresli bir durumdan geri adım atmayı seçmesine izin verir [78,82]. Hemşirelikte stresin artan hatalara ve kötü hasta sonuçlarına neden olabileceği hipotezini destekleyen ön kanıtlar vardır [90,91,97]. Son zamanlarda yapılan bazı hemşirelik çalışmaları, dikkat dağınıklığı ve duygusal yüklenme karşısında bu stratejinin sağlık hizmeti hatalarını önlemede yararlı olup olmayacağını ayırt etmek amacıyla bilinçli farkındalık eğitiminin dikkat üzerindeki etkilerini incelemiştir [97-100]. Bilinçli farkındalığın, bilişsel performansını değiştirebilecek dikkat değişiklikleri yoluyla insan performansını etkileyebileceği varsayılmıştır [98,99]. Sistematiik bir incelemeye göre, bilinçli farkındalık meditasyonunun, dikkat ile ilişkili beyin bölgeleri olan prefrontal korteksi ve ön korteksi harekete geçirdiği belirtilmiştir [100].

Bilinçli farkındalık kavramı, bütüncül hemşirelik uygulamalarında kişinin farkındalık, kabul ve dikkat ile mevcut olmayı deneyimleme becerisinin geliştirildiği bir süreçtir. Böylece bütüncül sağlığı geliştirmenin teoriden pratiğe dönüştürülmesine yardımcı olabilir. Bilinçli farkındalık ile hemşirelik niteliklerini geliştirebilir ve tamamen teorik bir bilme yolundan daha somut ve bütünsel olana geçişi destekleyebilir. Hemşireler bilinçli farkındalık düzeylerinin

gelişmesiyle çeşitli klinik ortamlarda ve sağlık popülasyonlarında bütünsel sağlık uygulamalarını teşvik edecek araçlar bulabilir [25,101-103]. Bilinçli farkındalık bireylerde sakinlik, barış, kendine ve başkasına karşı empati, şefkat, yeni veya artan bağlılıkla spiritüelite, sağlık bilinci ve öz bakımı gibi davranışsal ve niteliksel özellikleri arttırabilmektedir [17, 96,102,103]. Bütünsel sağlık hizmeti sağlayıcıları olan hemşireleri stres, tükenmişlik ve zihinsel sağlık sorunlarından korumanın yollarından birinin artan bilinçli farkındalık olduğu vurgulanmaktadır [17, 96,102,103]. Hemşireler stresli bir tepkiye neden olabilecek durumlarda 'dikkatli' olmayı öğrenerek, bu tür durumlarda tepkilerini yeniden değerlendirmeyi öğrenebilirler. Dolayısıyla, bilinçli farkındalığın şimdiyi deneyimlemeye dayalı bir uygulama olmasına rağmen , aynı zamanda bireylerin gelecekteki olayları ve durumları yönetme biçimini şekillendirmeye yardımcı olmak için bir araç olabileceği iddia edilebilir. Bu şekilde bilinçli farkındalık, kişisel gelişimi teşvik edici olarak algılanabilir. Bu, hemşirenin kişisel değerleri ve yaşamdaki amacına ilişkin bakış açısında köklü bir değişime yol açabilir [101-103].

Hemşirelerde bilinçli farkındalığı artırmak için yapılan müdahalelerin ve programların hemşirelerde manevi bakım uygulaması için gerekli nitelikleri geliştirdiği literatürde bildirilmektedir. Bilinçli farkındalık uygulamaları şu anda mevcut olmayı, şefkati geliştirebilir ve bir bireyin durumlara sadece alışılmış bir modelden değil, daha yansıtıcı bir şekilde yanıt vermesini sağlayabilir. Bilinçli farkındalık ile spiritüel iyi oluş arasında kendine şefkat, farkındalık ve yaşamdan memnuniyet ile açıklanabilen önemli bir korelasyon olduğu görülmüştür [101,102,104]. Bilinçli farkındalığın artması ile spiritüel iyi oluş, kendine şefkat ve yaşam doyumu artabilir [92,93,105]. Bilinçli farkındalık düzeyi arttıkça, spiritüel iyi oluş ve spiritüel bakım uygulamaları da artar [17,26]. White [26] bir bilinçli farkındalık kavram analizinde, farkındalığın hemşirelerin mevcudiyet, empati, sabır, benlik ve şefkat geliştirmeleri için pratik bir yaklaşım olarak hizmet edebileceğine dair göstergeler olduğunu belirtmiştir. Cohen-Katz ve arkadaşları [106] yaptıkları çalışmada, bilinçli farkındalık uygulamaları yapan hemşirelerin'daha fazla öz şefkat geliştirmeye başladığını belirtmişlerdir.

Bilinçli farkındalığın sonuçları, fiziksel ve zihinsel sağlıkta, kişisel ve profesyonel ilişkilerde, öz bakım uygulamalarında ve maneviyatla yeni veya artan katılımı iyileştirmeleri içerir. Farkındalık eğitimi hemşirelerde yalnızca manevi bakış açılarını etkilemekle ve geliştirmekle kalmaz, aynı zamanda spiritüel bakım uygulaması için gerekli becerilerin gelişimini de destekler. Bir hemşire, kendini spiritüel varlık olarak kabul ederek ve kendi maneviyatının anlamını deneyimleyerek, yansıtarak ve keşfederek spiritüel bakım vermek için gerekli becerileri edinebilir

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu çalışma hemşirelerin spiritüel iyi oluş ile bilinçli farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri

Araştırma Başkent Üniversitesine bağlı olan Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Konya Uygulama ve Araştırma Merkez’lerinde yürütülmüştür.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Hastaneleri Ankara, Alanya, Konya, İzmir ve Adana merkezlerinin erişkin klinik, erişkin yoğun bakım üniteleri ve gündüz tedavi polikliniklerinde çalışan 758 hemşireler oluşturmuştur. Araştırma 10.07.2020 ve 1.11.2020 tarihleri arasında yapılmış olup çalışmanın örneklemini 583 hemşire oluşturmaktadır. Örneklemi çalışmaya katılmaya istekli ve bilgilendirilmiş olur formu [EK 1] onaylayan hemşireler dâhil edilmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları kurum ve örneklem sayısı Tablo 1’de yer almaktadır. Çalışmanın veri toplama aşamasında 130 hemşire çalışmaya katılmaya gönüllü olmamış ve 45 anket veri girilmesi aşamasında eksik veri olduğu için çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Tablo 3. 1 Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre dağılımı (N=758)

Kurum adı	Hemşire Sayısı	Çalışmaya katılan hemşire sayısı	Yüzde (%)
Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi	186	143	%77
Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi	320	219	%68
Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi	100	100	%100
İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	52	48	%92
Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Hastanesi	65	41	%63
İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi	35	32	%91
Toplam	758	583	%77

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler literatürden yararlanarak oluşturulan kişisel bilgi formu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel bilgi formu

Bu form araştırmada hemşireler hakkında gerekli kişisel bilgileri toplamak amacıyla literatürden yararlanarak hazırlanmıştır [12,15,16,33,39,48,61,63,75,71,76,106]. Kişisel bilgi formu [EK 2] iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim durumu, çalıştığı klinik gibi özelliklerini içeren 13 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise; hemşirelerin bilinçli farkındalık ve spiritüel iyi oluşa ilişkin eğitim durumu ve bilgi durumuna ilişkin özellikleri içeren 9 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Bilinçli farkındalık ölçeği (BİFÖ)

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), Brown ve Ryan [83] tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Özyeşil ve arkadaşları [79] tarafından yapılmıştır. Ölçek günlük

yaşamdaki anlık deneyimlerin farkında ve bunlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimi ölçen toplam 15 maddeden oluşmaktadır. BİFÖ tek faktörlü yapıya sahiptir ve toplam puan verir. Likert tipi olan ölçeğe katılımcılar tarafından 1 ile 6 arasında puan verilir. Ölçekten elde edilen toplam puan arttıkça bilinçli farkındalık düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin derecelendirmesi “‘Hemen hemen her zaman (1), çoğu zaman (2), bazen (3), nadiren (4), oldukça seyrek (5), hemen hemen hiçbir zaman (6)’” şeklindedir. Ölçekten alınan puanlar 15-90 arasındadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir [79].

Ölçeğin geçerliği kapsamında yapılan analizlerde iç tutarlılık katsayısı 0.80 ve test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.86 olduğu saptanmıştır. Ayrıca ölçeğin madde toplam korelasyonunda bütün maddelerde 0.40’ın üzerinde ilişki bulunmuştur. BİFÖ’ye açıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri uygulanmış ve elde edilen sonuçlara göre ölçeğin tek faktörlü bir yapıda olduğu faktör yükleri 0.43-0.81 arasında değiştiği saptanmıştır[79], [EK 3].

Çalışmamızda hemşirelerde BİFÖ ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri 0,88 olarak bulunmuştur.

3.4.3 Spiritüel iyi oluş ölçeği

Ölçek insanın değer ve nihai anlamları doğrultusunda kişisel, toplumsal, çevresel ve trasandantal (aşkın) yönleriyle hayatlarını anlama ve yaşama sürecini belirlemek amacıyla yetişkinlere yönelik geliştirilmiştir [58]. Spiritüel iyi oluş ölçeği, ülkemizde Ekşi ve Kardaş [58] tarafından yetişkinlerin yaşamlarının değerleriyle ne kadar uyumlu olduğunu ve kişisel, sosyal, çevresel ve aşkın terimlerdeki nihai anlam anlayışlarını değerlendirmenin bir yolu olarak geliştirilmiştir. Ölçek 29 maddeden oluşmakta ve “aşkınlık”, “doğayla uyum”ve “anomi” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte Aşkınlık alt boyut maddeleri 1, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 29 no’lu maddeler; Doğayla Uyum alt boyut maddeleri: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 28 no’lu maddeler; Anomi alt boyut maddeleri 3, 7, 11, 15, 19, 23, 26 no’lu maddelerdir. Ölçek 1 ve 5 arasında değişen beşli likert tipte olup, “bana hiç uygun değil” ve “bana tamamen uygun” arasında değişmektedir. Ölçeğin “aşkınlık” ve “doğayla uyum” puanlarının yüksek olması olumlu iyi oluşu (spiritüel iyi oluşu artırdığı) ifade ederken, “anomi” alt boyunda yüksek puanlar olumsuzluk şeklinde (insanı mutsuzluk ve yalnızlığa iten olumsuz kavram) yorumlanmaktadır. Anomi, toplum normlarının insan davranışı üzerindeki denetim ve kontrolü yitirmesine karşılık bireyin kendisinin nasıl bir davranış sergilemesi gerektiği hususunda kararsız oluşu anlamına gelmektedir [58].

. Ölçekten en az 29, en çok 145 puan alınmaktadır. Ölçeğin anomi alt boyutundaki maddelerin ters puanlanması gerekmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayılarına bakıldığında; aşkınlık alt boyutuna ait Cronbach's Alpha değeri $\alpha=,953$, doğayla uyum alt boyutu için $\alpha=,864$ ve anomi alt boyutu için ise $\alpha=,853$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri ise $\alpha=,886$ 'dır [58][EK 4]. Bizim çalışmamızda spiritüel iyi oluş ölçeğinin güvenirlik katsayısı 0.904 olup, ölçeğin alt boyutlarından aşkınlık alt boyutunun Cronbach's Alpha $\alpha=0,929$, doğayla uyum alt boyutu için $\alpha=0,876$ ve anomi alt boyutu, $\alpha=0,856$ olarak bulunmuştur.

3.5.Ön Uygulama

Araştırma izni alındıktan sonra, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde 10.07.2020-9.07.2020 tarihleri arasında sorumlu hemşirelerle görüşülerek araştırmanın amacı anlatılmış ve araştırmanın amacına yönelik bilgilendirme yapılmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanmasına ilişkin biberbir uygulama yapmaları gerektiği ifade edilmiştir. Böylece hemşirelerin yalnız kaldıkları zaman diliminde anketi doldurmaları sağlanmıştır. Ön uygulama 30 hemşireye yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında veri formlarında bir düzenleme yapılmadığı için ön uygulamaya alınan hemşireler çalışma verilerine dâhil edilmiştir.

3.6.Verİ Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler 10.07.2020 ve 1.11.2020 tarihleri Başkent Üniversitesi'ne bağlı olan Ankara, İstanbul, Adana, Konya, İzmir ve Alanya merkez hastanelerinin erişkin klinik servis, erişkin yoğun bakım ve gündüz tedavi hizmetlerinde görev yapan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden toplanmıştır. Öncelikle kurumların hemşirelik hizmetleri müdürleri ile iletişime geçilmiş ve araştırmanın amacı açıklanmıştır. Daha sonra her kurumun eğitim hemşireleri ve sorumlu hemşireleri ile görüşülecek çalışmanın amacı açıklanmış ve veri toplama aracının bireysel uygulanmasının önemi vurgulanmıştır. Başkent Üniversitesi Ankara hastanesindeki veri toplama süreci araştırmacı tarafından organize edilmiştir. Ankara hastanesinde anketler bölümlere araştırmacı tarafından dağıtılmış ve her hafta hatırlatma yapılmıştır. Görev yapan hemşirelerin sayısına göre diğer kurumlara posta yoluyla veri toplama formları hemşirelik hizmetleri müdürlüklerine gönderilmiştir. Bu kurumlarda eğitim hemşireleriyle araştırmacının görüşmesinden sonra veri toplama araçları servis sorumlu hemşirelerine iletilmiştir. Araştırmacı servis sorumlu hemşireleriyle iletişime geçmiş ve araştırmanın amacı ve anketlerin

bireysel uygulanması sürecinde bilgilendirme yapılmıştır. Formlar verildikten sonra geri dönüş için 6 haftalık bir süre belirlenmiş olup, her hafta araştırmacı tarafından servis sorumlu hemşireleri aracılığıyla hatırlatmalar yapılmış ve gerektiğinde ulaşılmak üzere tüm katılımcılara araştırmacının iletişim bilgileri verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşireler veri toplama araçlarını bireysel olarak doldurmuş ve her bölüm sorumlu hemşiresine doldurduğu anketi teslim etmiştir. Çalışmanın verileri 14 hafta içerisinde toplanmış olup toplam 583 hemşireye ulaşılmıştır. Servis sorumlu hemşireleri tarafından veri toplama araçları eğitim hemşirelerine teslim edilmiştir. Eğitim hemşireleri aracılığıyla anketler araştırmacıya ulaştırılmıştır.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerin bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçeklerden elde edilen toplam puanlar ölçek değerlendirmesi yapılarak sayı ve yüzde dağılımına bakılmış ve ölçek puanları ile değişkenlerin karşılaştırılması yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama, standart sapma ve ortalama değerleri ile sunulmuştur. Çalışmaya katılan hemşirelerin Spritüelite ve Bilinçli Farkındalık düzeylerinin incelenmesi için kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin incelenmesinde Cronbach Alpha analizi uygulanmıştır. Veriler normal dağıldığı için parametrik veri analizi testleri kullanılmıştır. Spritüelite ve Bilinçli Farkındalık düzeylerinin hemşire özelliklerine göre düzeylerinin farklılığını incelenmesi için t testi ve varyans analiz yapılmıştır. Hemşirelerin yaş, mesleki kıdem ve birimde çalışma süreleri ile boyutlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Sperman korelasyon analizi yapılmıştır. Ayrıca Spritüelite ve Bilinçli Farkındalık boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesi için Sperman korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmada $p < 0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmıştır (KA20/264proje numaralı çalışma)(EK 5). Ayrıca Başkent Üniversitesinin merkez birimi olan Ankara Hastanesi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden araştırmanın yapılması için izin alınmıştır (EK 6).

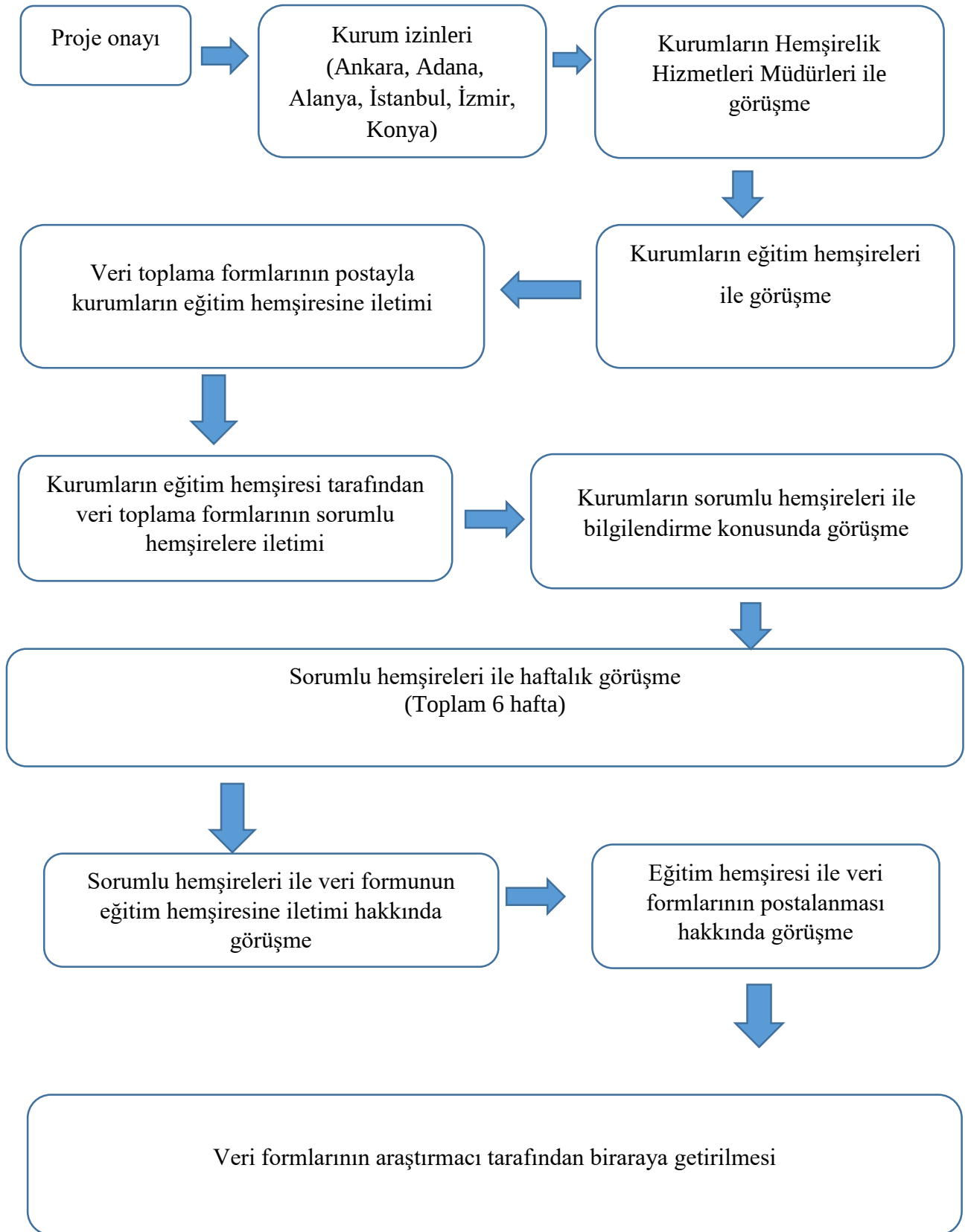
Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin araştırmada kullanılması için Özyeşil'den izin alınmış olup Ek-7'de sunulmuştur. Spirituel İyi Oluş Ölçeği'nin çalışmada kullanılması için Ekşi'den izin alınmış ve izin yazısı Ek-8'de sunulmuştur.

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece BÜ'ne bağlı olan hastanelerinde gerçekleştirildiği için sonuçlar yalnızca bu hastanelere için genellenebilir. Araştırmada incelenen katılımcıların spirituel iyi oluş düzeyleri, veri toplama aracı olarak kullanılan, 'Spirituel İyi Oluş Ölçeği' ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır. Pandemi süreci nedeniyle yoğun çalışma koşullarından dolayı hemşirelerin bazıları (130 hemşire) veri formlarını doldurmaya gönüllü olmamıştır.

Araştırmada incelenen katılımcıların farkındalık düzeyi, veri toplama aracı olarak kullanılan 'BİFÖ' ölçtüğü özelliklerle sınırlıdır

3.10.Araştırma Akışı



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin spritüel iyi oluş ve bilinçli farkındalık durumlarıyla ilgili elde edilen verilerin bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 4. 1 Hemşirelerin sosyo demografik özellikleri (n=583)

	n	%
Yaş=$\bar{X} \pm SS = 26,35 \pm 6,97$ (min:18-max53)		
18-25 yaş	388	66,6
26-30 yaş	91	45,6
31-40 yaş	73	12,5
41 yaş ve üzeri	31	5,3
Cinsiyet		
Kadın	499	85,6
Erkek	84	14,4
Medeni durum		
Evli	157	27,9
Bekar	426	73,1
Öğrenim durumu		
Lise	244	41,9
Lisans	324	55,6
Yüksek Lisans	15	2,5
Sosyo ekonomik durum		
Düşük düzey	127	21,8
Orta düzey	423	72,6
Yüksek düzey	33	5,6
Toplam	583	100

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de yer almaktadır. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 26,35±6,97 olup, %66,6’sı 18-25 yaş aralığındadır. Hemşirelerin %85,6’sı kadın, %73,1’i bekar, %55,6’sı lisans mezunu ve %72,6’sı orta gelire sahiptir.

Tablo 4. 2 Hemşirelerin çalıştığı birimler ve çalışma özellikleri (n=583)

	n	%
Çalıştığı birim		
Erişkin klinikler	314	53,9
Erişkin yoğun bakım üniteleri	219	37,6
Gündüz tedavi merkezleri /poliklinikler	50	8,5
Meslekte çalışma süresi		
0-5 yıl	410	70,3
6-10 yıl	58	9,9
11-15 yıl	53	9,2
16-20 yıl	39	6,7
21-25 yıl	23	3,9
Haftalık çalışma süresi		
44 saat ve altı	36	6,2
45 saat ve üzeri	547	93,8
Çalıştığı birimi kendi seçme durumu		
Evet, ben seçtim	200	34,3
Hayır, isteğim dışında	383	65,7
Çalıştığı birimden memnun olma durumu		
Evet, memnunum	516	88,5
Hayır, memnun değilim	67	11,5
Çalışılan birim ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet, aldım	191	32,8
Hayır, almadım	382	67,2
Hemşire olarak çalışmaktan memnun olma durumu		
Çok memnunum	125	21,4
Memnunum	315	54,0
Kararsızım	93	16,0
Memnun değilim	50	8,6
Toplam	583	100

Hemşirelerin çalıştıkları birimler ve çalıştıkları birimlere ilişkin özellikler Tablo 4.2’de yer almaktadır. Hemşirelerin %53,9’ı erişkin kliniklerde çalışmaktadır. Hemşirelerin %70,3’ü 0-5 yıl arasında çalışmaktadır. Hemşirelerin %93,8’i 45 saat ve daha fazla mesai yapmaktadır. Hemşirelerin %65,7’si çalıştıkları klinikleri kendileri seçmemiştir. Çalıştıkları kliniklerden hemşirelerin %88,5’i memnundur. Çalışmada hemşirelerin %67,2’si çalıştıkları birimleri ile

ilgili olarak eğitim almadıklarını bildirmişlerdir. Hemşirelerin %54'ü hemşire olarak çalışmaktan memnun olduklarını, %21,4'ü ise çok memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4. 3 Hemşirelerin bilinçli farkındalık ve sprituel ilişkili özellikleri (n=583)

Özellikler	n	%
Sprituelite hakkında eğitim alma durumu		
Evet, aldım	106	18,2
Hayır, almadım	477	81,8
Sprituelite hakkında eğitim alınan yer (n=106)		
Hemşirelik eğitimi sırasında	72	47,4
Hizmet içi eğitimlerde	18	11,8
Kongre	14	9,2
Makale	26	17,1
Kitle iletişim ve basın yayın (televizyon, radyo vb)	22	14,5
Bilinçli farkındalık hakkında eğitim alma durumu		
Evet, aldım	58	9,9
Hayır, almadım	525	90,1
Daha önce meditasyon ya da yoga yapma durumu		
Evet, yaptım	133	22,8
Hayır, yapmadım	450	77,8
Şu anda meditasyon ya da yoga yapma durumu		
Evet, yapıyorum	48	8,2
Hayır, yapmıyorum	535	91,8
Daha önce psikolojik danışmanlık alma durumu		
Evet, aldım	118	20,2
Hayır, almadım	465	79,8
Sorumlu olduğunuz işler dışında gelişen olaylara karşı tepki durumunuz		
Sakin	192	32,9
Sinirli- agresif	132	22,6
Çözüm üreten, yardım edici	125	21,4
Tepkisiz	134	23,1
Çalıştığı klinikte yaptığı her işin neden sonuç ilişkisini düşünme durumu		
Evet, düşünürüm	551	94,5
Hayır, düşünmem	32	5,5
Gün içerisinde çalışırken kendini dalgın hissetme durumu		
Evet, dalgın hissediyorum	220	37,7
Hayır, dalgın hissetmiyorum	363	62,3
Kendinizi inançlı olarak tanımlama durumu		
Çok fazla	45	7,7
Oldukça	322	55,2
Kısmen	174	29,8
Çok az	31	5,4
Hiç	11	1,9
Kendinizi spirituel bir insan olarak tanımlama durumu		
Çok fazla	36	6,2
Oldukça	254	43,6
Kısmen	230	39,5
Çok az	40	6,9
Hiç	23	3,8
Toplam	583	100

Hemşirelerin bilinçli farkındalık ve spiritüel iyi oluş ile ilgili özelliklerin dağılımı Tablo 4.3’de yer almaktadır. Hemşirelerin %81,8’i spiritüalizme hakkında eğitim almamıştır. Spiritüalizme hakkında eğitim alan (%18,2) hemşirelerin %47,4’ü hemşirelik eğitimleri sırasında bu eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda hemşirelerin %90,1’i bilinçli farkındalık konusunda eğitim almamışlardır. Hemşirelerin %22,8’i daha önce meditasyon ya da yoga yaptıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %79,8’i daha önce psikolojik danışmanlık almamıştır. Hemşirelerin %32,9’u sorumlu oldukları işler dışında gelişen olaylara karşı sakin davrandıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin %94,5’i çalıştığı klinikte yaptığı her işin neden sonuç ilişkisini düşündükleri bildirmişlerdir. Hemşirelerin %62,3’ü gün içerisinde klinikte çalışırken kendini dalgın hissetmediklerini belirtmiştir. Hemşirelerin %55,2’si kendilerini oldukça inançlı olarak tanımlamışlardır. Hemşirelerin %43,6’sı oldukça spiritüel bir birey olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4. 4 Hemşirelerin bilinçli farkındalık ölçeği, spiritüel iyi oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları

Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları	$\bar{x} \pm SD$	Min- Max
Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)	66,26±12,90	19-90
	4,41±0,86	1-6
Spiritüel İyi Oluş Ölçeği	107,83±17,52	45-145
<i>Aşkınlık alt boyut</i>	58,90±12,97	15-75
<i>Doğayla uyum alt boyut</i>	30,44±4,78	8-35
<i>Anomi alt boyut</i>	18,50±6,48	7-35

Tablo 4.4’de hemşirelerin bilinçli farkındalık ölçeği, spiritüel iyi oluş ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları gösterilmektedir. Hemşirelerin bilinçli farkındalık ölçeği puan ortalamaları 66,26±12,90 (min=19; max=90) olduğu saptanmıştır. Bilinçli farkındalık ölçeğinin ölçek ağırlık puan ortalamasına göre hesaplanan değeri 4,41±0,86(min:1-max:6)’dır. Hemşirelerin spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalamaları 107,83±17,52 (min=45; max=145)’dir. Hemşirelerin spiritüel iyi oluş ölçeği alt boyut puan ortalamaları; “Aşkınlık” 58,90±12,97 (min=15; max=75), “Doğayla uyum” 30,44±4,78 (min=8; max=35), “Anomi” 18,50±6,48 (min=7; max=35) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. 5 Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile bilinçli farkındalık ölçeği, sprituel iyi oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları

Değişkenler	BİFÖ	Test	Spirituel iyi oluş ölçeği							
			Aşkınlık	Test	Doğayla Uyum	Test	Anomi	Test	Ölçek toplam	Test
			$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$	
Yaş aralığı										
18-25 yaş	66,21±13,21	F=2,570 p=0,053	55,07± 12,52	F=1,494 p=0,215	30,24±4,95	F=1,828 p=0,141	19,20±6,47	F=7,015 p=0.000*	107,82±18,0	F=0,353 p=0,787
26-30 yaş	63,24±11,66		54,75±11,50		30,08±4,87		16,68±6,22		106,84±17,3	
31-40 yaş	68,97±11,29		59,12±12,13		31,69±3,83		16,39±6,11		109,30±15,3	
41 yaş ve üzeri	66,15±14,35		54,64±14,48		31,09±4,05		15,78±6,06		106,44±17,9	
Cinsiyet										
Kadın	66,17±12,86	t=0,418	58,96±12,83	t=0,289	30,55±4,76	t=0,729	18,36±6,44	t=0,983	107,86±17,51	t=0,944
Erkek	66,80±13,20	p=0,676	58,52±13,81	p=0,773	29,82±4,87	p=0,194	19,34±6,64	p=0,200	107,69±17,68	p=0,579
Medeni durum										
Evli	66,11±12,79	t=0,170	60,18±13,34	t=1,465	30,86±4,37	t=1,277	16,94±6,25	t=3,544	108,01±17,19	t=0,805
Bekar	66,31±12,95	P=0,865	58,42±12,81	p=0,143	30,29±4,92	p=0,202	19,07±6,47	p=0,000*	107,77±17,66	p=0,880
Öğrenim durumu										
Lise	66,86±13,07	F=0,480	56,72±9,22	F=0,330	26,77±5,51	F=0,450	19,06±6,38	F=2,013	108,44±18,69	F=0,373

Lisans	65,79±12,79	p=0,619	55,76±8,41	p=0,719	26,77±4,99	p=0,638	18,17±6,50	p=0,135	107,29±16,74	p=0,689
Yüksek lisans	66,66±12,76		57,60±7,69		27,22±3,76		16,53±7.16		109,60±14,45	
Ekonomik durum										
Düşük	65,04±13,88	F=1,205	58,39±13,39	F=3,671	30,62±5,52	F=0,454	19,07±6,92	F=1,549	108,81±18,24	F=1,744
Orta	66,43±12,59	p=0,300	59,10±12,66	p=0,026*	30,34±4,59	p=0,635	18,46±6,32	p=0,213	107,16±17,38	p=0,176
Yüksek	68,72±12,86		64,69±11,91		31,06±5,38		16,87±6,59		112,63±17,52	

t: independent t test, F: Anova testi

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile BİFÖ ve spirituel iyi oluş ölçeği alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.5’de yer almaktadır. Hemşirelerin yaş aralığı, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, sosyoekonomik durum ile BİFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0.05$).

Hemşirelerin yaş aralıkları ile spirituel iyi oluş ölçeği toplam puan, alt boyutlarından “aşkınlık” ve “doğayla uyum” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sadece hemşirelik yaş grupları ile “anomi” alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Anomi alt boyut puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki farkın hangi yaş grubundan kaynaklandığı belirlemek için yapılan Tukey HSD post-hoc testine göre anlamlı farklılığın 18-25 yaş grubu ile 31-40 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Anomi alt boyutunda hemşirelerin yaş grubu artıkça anomi puan ortalamalarının azaldığı görülmektedir (Tablo 4,5). Hemşirelerin cinsiyet ve öğrenim durumları ile spirituel iyi oluş ölçeği ve alt grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin medeni durumları ile spirituel iyi oluş ölçeği toplam puanı, “aşkınlık” ve “doğayla uyum” alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0,05$), “anomi” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar olan hemşirelerin anomi puan ortalamaları ($19,07\pm6,47$) evli olan hemşirelerin anomi puan ortalamalarına ($16,94\pm6,25$) göre anlamlı olarak yüksektir.

Hemşirelerin ekonomik durumları ile spiritel iyi oluş ölçeği toplam puanı, “doğayla uyum” ve “anomi” alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0,05$), “aşkınlık” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığın yapılan Tukey HSD post-hoc testine göre; düşük ekonomik durum ile yüksek ekonomik durum arasında kaynaklandığı görülmektedir. Ekonomik durumu düşük olan hemşirelerin aşkınlık puan ortalamaları düşük ($58,39\pm13,39$), ekonomik durumu yüksek olan hemşirelerin aşkınlık puan ortalamaları ($64,69\pm11,91$) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 6 Hemşirelerin çalışma özelliklerine ile bilinçli farkındalık ölçeği, spirituel iyi oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları

Değişkenler	BİFÖ	Spiritüel iyi oluş			Ölçek toplam $\bar{x}\pm SD$
		Aşkınlık $\bar{x}\pm SD$	Doğayla Uyum $\bar{x}\pm SD$	Anomi $\bar{x}\pm SD$	
Çalıştığı birim					
Klinikler	66,08±13,03	58,32±12,95	30,50±4,71	17,94±6,33	106,76±17,05
Yoğun Bakım Üniteleri	66,49±12,80	59,36±13,07	30,31±4,94	19,44±6,64	109,08±18,22
Gündüz Tedavi Merkezi	66,38±12,70	60,52±12,97	30,72±4,55	17,90±6,33	109,14±17,52
Test	F=0,069	F=0,842	F=1,823	F=3,733	F=1,227
	p=0,934	p=0,431	p=0,833	p=0.024*	p=0,280
Meslekte çalışma süresi					
0-5 yıl	65,84±12,80	58,11±13,04	30,22±4,91	19,25±6,48	107,59±18,07
6-10 yıl	63,51±14,19	59,84±11,40	30,00±5,33	18,91±6,76	108,75±16,95
11-15 yıl	70,52±11,06	62,26±13,14	31,67±3,48	15,84±5,47	109,79±15,10
16-20 yıl	67,70±11,98	60,12±13,13	31,05±4,28	15,78±5,56	107,00±16,42
21-25 yıl	69,21±14,73	60,69±14,12	31,30±4,00	14,73±5,42	106,73±16,85
Test	F=2,596	F=1,545	F=1,525	F=7,598	F=0,268

	0,036*	p=0,188	p=0,193	p=0,000*	p=0,899
Haftalık çalışma süresi					
44 saat altı	68,77±10,16	57,66±12,64	31,22±4,37	17,02±5,20	105,91±15,78
45 saat üstü	66,09±13,05	58,98±13,00	30,39±4,82	18,06±6,54	107,76±17,63
Test	t=1,207	t=0,673	t=1,000	t=1,414	t=0,679
	p=0,228	p=0,556	p=0,318	p=0,158	p=0,494
Çalıştığı birimi kendi seçme durumu					
Evet, ben seçtim	67,57±12,84	59,07±13,57	30,47±4,68	18,59±6,19	108,44±18,69
Hayır, ben seçmedim	63,75±12,67	58,81±12,66	30,43±4,84	18,45±6,63	107,29±16,74
Test	t=3,443	t=0,225	t=0,750	t=0,240	t=0,373
	p=0,001*	p=0,719	p=0,940	p=0,811	p=0,689

* t:Independet t testi, F: ANOVA testi

Tablo 4.6. Hemşirelerin çalışma özelliklerine ile bilinçli farkındalık ölçeği, sprituel iyi oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları- devamı

Değişkenler	BİFÖ	Spirituel iyi oluş			Ölçek toplam $\bar{x}\pm SD$
		Aşkınlık $\bar{x}\pm SD$	Dogayla Uyum $\bar{x}\pm SD$	Anomi $\bar{x}\pm SD$	
Çalıştığı birimde memnun olma durumu					
Evet, memnunum	66,60±12,57	58,94±13,04	30,51±4,72	18,11±6,37	107,55±17,30
Hayır, memnun değilim	63,67±15,06	58,53±12,46	29,91±5,25	21,58±6,53	110,02±19,11
Test	t=1,751	T=0,245	T=0,976	t=4,189	t=1,089
	p=0,800	P=0,807	P=0,328	P=0,000*	p=0,277
Çalıştığı birimle ilgili olarak eğitim alma durumu					
Evet, aldım	67,04±12,77	57,78±13,42	30,53±4,74	18,07±6,42	106,32±18,09
Hayır, almadım	65,88±12,96	59,44±12,72	30,40±4,81	18,71±6,50	108,56±17,21
Test	t=-1,016	t=-1,459	t=0,316	t=-1,116	t=-1,449
	p=0,310	p=0,145	p=0,752	p=0,265	p=0,148
Hemşire olarak çalışmaktan memnun olma durumu					
Çok memnunum ^a	68,99±13,04	60,19±12,91	31,07±4,80	16,54±6,51	107,80±17,16
Memnunum ^b	67,20±12,17	59,19±12,73	30,39±4,52	17,91±6,04	107,46±16,67
Kararsızım ^c	62,25±12,76	56,69±13,00	30,31±4,93	21,37±6,07	108,38±17,75

Memnum değilim ^d	60,98±14,39	57,94±14,32	29,50±5,88	21,80±6,97	109,24±22,89
Test	F=8,521	F=1,454	F=1,445	F=8,545	F=0,184
	p=0,000*	p=0,226	p=0,241	p=0,000*	p=0,907
	a>b>c>d			d>c>b>a	

*t: independent t test, F: Anova testi

Hemşirelerin çalışma özelliklerine ile bilinçli farkındalık ölçeği, sprituel iyi oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.6’da sunulmaktadır. Hemşirelerin çalıştığı birim, haftalık çalışma süresi, çalıştığı birimden memnun olma durumu, çalıştığı birimle ilgili eğitim alma durumu ile BİFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelerin meslekte çalışma süresi, çalıştığı birimi kendi seçme durumu ve hemşire olarak çalışmaktan memnun olma durumu ile BİFÖ ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz Bonferroni testine göre BİFÖ’de farkı oluşturan grubun “6-10 yıl ve 11-16 yıl arasında kaynaklı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmamızda hemşirelerden çalıştığı birimi kendi seçenlerin BİFÖ puan ortalamalarının ($67,57\pm12,84$), çalıştıkları birimi kendi seçmeyenlerin BİFÖ puan ortalamasına ($63,75\pm12,67$) göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmada hemşire olarak çalışmaktan memnun olma durumu ile BİFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analiz Bonferroni testine göre BİFÖ’de farkı oluşturan grubun çalışmaktan memnun olan grup ile memnun olmayan grup ve memnun olan grup ile kararsızım olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Çok memnun olan grubun BİFÖ puanı yüksek ($68,99\pm13,04$), memnun olmayan grubun ise BİFÖ puan ortalaması düşük ($60,98\pm14,39$) olarak saptanmıştır (Tablo 4,6).

Hemşirelerin haftalık çalışma süresi, çalıştığı birimi kendi seçme, çalıştığı birimle ilgili eğitim alma durumları ile sprituel iyi ölçek toplam puan ve ölçek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$)(Tablo 4,6).

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile sprituel iyi oluş ölçeği toplam puan, “aşkınlık” ve “dogayla uyum” puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamış olup, “anomi” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu fark yapılan Bonferroni post hoc test sonucuna göre anomi alt boyutunda 0-5 çalışma yılı ile 11-15 çalışma yılının puan ortalamalarında anlamlılık görülmüştür. Hemşirelerin 0-5 yıl arasında olanların anomi boyut puan ortalaması en yüksek olup meslekte çalışma yılı artıkça puan ortalaması azaldığı saptanmıştır (Tablo 4,6).

Hemşirelerin çalıştıkları birimden memnun olma durumları ile “anomi” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ($p<0,05$), spirituel iyi oluş ölçeği toplam puan, “aşkınlık” ve “doğayla uyum” puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalıştıkları birimden memnun olmayan hemşirelerin anomi puan ortalaması ($21,58\pm6,53$), çalıştıkları birimden memnun olan hemşirelerin anomi puan ortalamasına ($18,11\pm6,37$) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Hemşirelerin hemşire olarak çalışmaktan memnun olma durumu ile spiritüel iyi oluş ölçeği toplam puanı, “aşkınlık” ve doğayla uyum” alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup, “anomi” alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz Bonferroni testine göre anomi alt ölçeğinde farkı oluşturan grubun “çok memnun olma - kararsızım” arasında ve “çok memnun olma- memnun olmama” arasında olanlardan kaynaklı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çok memnun olan hemşirelerin anomi alt boyut ortalamaları ($16,54\pm6,51$) en düşük ve memnun olmayan hemşirelerin anomi alt boyut ortalamaları ($21,80\pm6,97$) yüksek bulunmuştur (Tablo 4,6).

Tablo 4. 7 Hemşirelerin bilinçli farkındalık ve spritüel iyi oluş ile ilgili özellikleri ile bilinçli farkındalık ölçeği, sprituel iyi oluş ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Değişkenler	BİFÖ $\bar{x} \pm SD$	Aşkınlık $\bar{x} \pm SD$	Doğayla Uyum $\bar{x} \pm SD$	Anomi $\bar{x} \pm SD$	Ölçek toplam $\bar{x} \pm SD$
Spiritüel hakkında eğitim alma durumu					
Evet, aldım	65,22±14,07	59,80±12,15	30,62±4,65	17,38±6,33	107,80±16,27
Hayır, almadım	66,32±12,92	58,70±13,14	30,41±4,81	18,75±6,49	107,84±17,80
Test	t=-0,771	t=0,789	t=0,412	t=-1,970	t=-0,019
	p=0,441	p=0,430	p=0,681	p=0,049	p=0,985
Bilinçli farkındalık hakkında eğitim alma durumu					
Evet, aldım	66,18±14,20	58,68±11,93	31,13±4,64	17,38±6,84	107,21±16,02
Hayır, almadım	66,11±13,02	58,92±13,09	30,37±4,80	18,62±6,43	107,90±17,69
Test	t=-0,039	t=-1,131	t=1,155	t=-1,375	t=-0,285
	p=0,441	p=0,896	p=0,249	p=0,170	p=0,776
Daha önce meditasyon ya da yoga yapma durumu					
Evet, yaptım	67,00±13,14	57,27±13,95	31,20±4,97	18,10±6,78	106,48±18,32
Hayır, yapmadım	63,04±13,00	59,38±12,64	30,22±4,71	18,62±6,39	108,23±17,28
Test	t=-3,141	t=-1,649	t=2,072	t=0,801	t=-1,002
	p=0,002*	p=0,100	p=0,039*	p=0,424	p=0,317
Şu anda meditasyon ya da yoga yapma durumu					
Evet, yapıyorum	64,43±13,98	57,41±14,68	31,52±4,86	17,37±6,93	106,31±18,25
Hayır	66,27±13,05	59,03±12,81	30,35±4,77	18,60±6,43	107,97±17,46

Test	t=-0,929	t=-828	t=1,621	t=-1,264	t=0,866
	p=0,353	p=0,408	p=0,106	p=0,207	p=0,529
Daha önce psikolojik danışmanlık alma durumu					
Evet, aldım	65,17±12,30	58,93±12,94	31,39±3,95	19,52±6,79	109,86±16,04
Hayır, almadım	66,36±13,33	58,89±12,99	30,20±4,95	18,24±6,38	107,32±17,85
Test	t=-0,877	t=-0,028	t=2,421	t=1,917	t=1400
	p=0,038	p=0,978	p=0,006*	p=0,056	p=0,162

t: independent t test

Tablo 4.7. Hemşirelerin bilinçli farkındalık ve spritüel iyi oluş ile ilgili özellikleri ile bilinçli farkındalık ölçeği, sprituel iyi oluş ölçeği alt boyut puan ortalamaları (devamı)

Değişkenler	BİFÖ x̄±SD	Aşkınlık x̄±SD	Dogayla Uyum x̄±SD	Anomi x̄±SD	Ölçek toplam x̄±SD
Gün içerisinde çalışırken kendini dalgın hissetme durumu					
Evet	60,89±12,35	58,41±12,07	30,20±4,72	21,37±5,86	106,93±17,03
Hayır	69,28±12,58	59,19±13,49	30,59±4,82	16,78±6,22	109,57±17,71
Test	t=-7,842	t=-0,708	t=-0,961	t=8,800	t=2,244
	p=0,000*	p=0,479	p=0,337	p=0,000*	p=0,024*
Kendinizi inançlı olarak tanımlama durumu					
Çok fazla	69,95±15,12	66,97±11,74	32,02±5,47	16,73±8,10	115,73±19,03
Oldukça	66,57±12,89	62,96±10,25	30,91±4,51	18,32±6,39	112,24±15,31
Kısmen	65,14±12,57	53,53±11,61	29,41±4,61	18,97±6,38	101,88±16,20
Çok az	60,00±14,09	43,22±9,93	28,61±5,74	20,70±4,91	92,54±14,78

Hiç	69,90±11,86	35,90±22,60	31,90±5,46	15,72±4,94	83,54±25,46
Test	F=3,257	F=7,257	F=5,582	F=2,526	F=7,916
	p=0,012*	p=0,000*	p=0,000*	p=0,052	p=0,000*
Kendinizi spiritüel bir insan olarak tanımlama durumu					
Çok fazla	68,58±11,80	62,38±12,29	31,44±5,81	17,19±7,98	111,02±18,79
Oldukça	67,57±12,84	61,47±11,42	31,01±4,28	17,23±6,03	109,70±14,86
Kısmen	64,24±12,95	57,08±12,95	29,76±4,84	19,57±6,18	106,43±18,20
Çok az	66,30±14,06	50,80±14,52	29,85±5,09	20,12±6,51	100,77±19,52
Hiç	64,69±16,74	57,30±18,35	30,52±6,38	20,95±8,53	108,78±26,83
Test	F=2,345	F=8,709	F=2,611	F=6,016	F=3,067
	p=0,054	p=0,000*	p=0,035*	p=0,000	p=0,016*

t: independent t test, F: Anova testi

Hemşirelerin bilinçli farkındalık ve spiritüel iyi oluş ile ilgili özellikleri ile bilinçli farkındalık ölçeği, spiritüel iyi oluş ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.7’de yer almaktadır. Hemşirelerin spiritüel hakkında eğitim alma durumları ile BİFÖ puan ortalamaları, spiritüel iyi oluş ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelerin bilinçli farkındalık hakkında eğitim alma durumu ile BİFÖ puan ortalamaları, spiritüel iyi oluş ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin daha önce meditasyon ya da yoga yapma durumu ile BİFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Hemşirelerden daha önce meditasyon ya da yoga yapanları BİFÖ puan ortalamaları (67,00±13,14), daha önce meditasyon ya da yoga yapmayanların BİFÖ puan ortalamalarından (63,04±13,00) daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelerden daha önce meditasyon ya da yoga yapanların doğayla uyum puan ortalaması (31,20±4,97), daha önce meditasyon ya da yoga yapmayanları puan ortalamasından (30,22±4,71) anlamlı olarak

yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Daha önce meditasyon ya da yoga yapan hemşirelerin spiritüel iyi oluş ölçek puan ortalamaları, “anomi alt boyut” ve “aşkınlık alt boyut” ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelerin şu anda meditasyon ya da yoga yapma durumu ile BİFÖ puan ortalamaları, spiritüel iyi oluş ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo: 4.7).

Hemşirelerden daha önce psikolojik danışmanlık alanların “doğayla uyum” puan ortalaması ($31,39\pm3,95$), daha önce psikolojik danışmanlık almayanların puan ortalamalarına göre ($30,20\pm4,95$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelerden daha önce psikolojik danışmanlık alma durumları ile BİFÖ puan ortalamaları spiritüel iyi oluş ölçek puan ortalamaları, “anomi alt boyut” ve “aşkınlık alt boyut” ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Gün içerisinde çalışırken hemşirelerin kendilerini dalgın hissetme durumları ile BİFÖ puan ortalamaları, spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalaması ve “anomi” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Gün içerisinde çalışırken hemşirelerin kendilerini dalgın hissetmeyenlerin BİFÖ puan ortalaması ($69,28\pm12,58$), dalgın hisseden hemşirelerin BİFÖ puan ortalamasından ($60,89\pm12,35$) daha yüksektir ($p<0,05$). Gün içerisinde kendisini dalgın hissetmeyen hemşirelerin spiritüel iyi oluş puan ortalamaları ($109,57\pm17,71$), dalgın hisseden hemşirelerin spiritüel iyi oluş puan ortalamalarından ($106,93\pm17,03$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Gün içerisinde çalışırken kendini dalgın hisseden hemşirelerin “anomi” alt boyut puan ortalamaları ($21,37\pm5,86$), dalgın hissetmeyen hemşirelerin “anomi” alt boyut puan ortalamalarından ($16,78\pm6,22$) daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Hemşirelerin gün içerisinde çalışırken kendini dalgın hissetme durumları ile “aşkınlık” alt boyut ve “doğayla uyum” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo: 4.7).

Hemşirelerin kendini inançlı olarak tanımlama durumu ile BİFÖ puan ortalamaları, spiritüel iyi oluş ölçeği ve ölçek alt boyut puan ortalamalarından “aşkınlık” ve “doğayla uyum” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Kendini “çok fazla inançlı” olarak tanımlayan hemşirelerin BİFÖ puan ortalaması ($69,95\pm15,12$), diğer ifadeler olan “oldukça inançlı”, “kısmen inançlı” “çok az inançlı” ve “hiç” ifadelerinin puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu aralarındaki fark yapılan Bonferroni post hoc test sonucuna göre BİFÖ puan ortalamasında “çok fazla inançlı” ile “çok az inançlı” arasında puan

ortalamalarında anlamlılık görülmüştür ($p<0,05$). Kendinizi “çok fazla inançlı” olarak tanımlayan hemşirelerin spiritüel iyi oluş puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Aralarında bu fark yapılan Bonferroni post hoc test sonucuna göre spiritüel iyi oluş ölçeği puan ortalaması” çok fazla inançlı olma ile kısmen inançlı olma” arasında ve “çok fazla inançlı olma ile çok az inançlı olma” arasındaki puan ortalamalarında anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelerin kendilerini inançlı olarak tanımlama durumları ile aşkınlık alt boyutu arasındaki anlamlı fark yapılan ileri analiz Bonferroni testine göre; “çok fazla ile kısmen inançlı” ve “çok fazla ile çok az” inançlı olan gruplardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin kendilerini inançlı olarak tanımlama durumları ile doğayla uyum alt boyutu arasındaki anlamlı fark yapılan ileri analiz Bonferroni testine göre; “oldukça fazla inançlı ile kısmen inançlı” olan gruplardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin kendini inançlı olarak tanımlama durumu ile anomi alt boyu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4.7).

Hemşirelerin kendilerini spiritüel bir insan olarak tanımlama durumları ile BIFÖ ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelerin kendilerini spiritüel bir insan olarak tanımlama durumları ile spiritüel iyi oluş ölçeği ve ölçek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Kendilerini “çok fazla spiritüel” olarak tanımlayanların spiritüel iyi oluş puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin kendilerini spiritüel olarak tanımlama durumları ile spiritüel iyi oluş ölçeği arasındaki anlamlı fark yapılan ileri analiz Bonferroni testine göre; “oldukça fazla spiritüel ile çok az spiritüel” olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin kendilerini spiritüel olarak tanımlama durumları ile aşkınlık alt boyut ölçeği arasındaki anlamlı fark yapılan ileri analiz Bonferroni testine göre; “çok fazla spiritüel ile çok az spiritüel” olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin kendilerini spiritüel olarak tanımlama durumları ile doğayla uyum alt boyut ölçeği arasındaki anlamlı fark yapılan ileri analiz Bonferroni testine göre; “çok fazla spiritüel ile çok az spiritüel” olan ve “oldukça fazla spiritüel ile kısmen spiritüel” grupları arasında kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin kendilerini spiritüel olarak tanımlama durumları ile anomi alt boyut ölçeği arasındaki anlamlı fark yapılan ileri analiz Bonferroni testine göre; “oldukça spiritüel ile kısmen spiritüel” olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Kendilerini oldukça spiritüel olarak tanımlayan hemşirelerin anomi puan ortalamaları en düşük ($17,19\pm7,98$), kendilerini hiç spiritüel olarak tanımlamayan hemşirelerin anomi puan ortalamaları ($20,95\pm8,53$) yüksek olduğu görülmüştür(Tablo 4.7).

Tablo 4. 8 Bilinçli farkındalık ölçeği ve spiritüel iyi oluş ölçeği korelasyon

			BİFÖ	Aşkınlık	Doğayla uyum	Anomi	Spritüel iyi oluş
BİFÖ		r	1	0,111**	0,201**	-0,333**	0,015
		p		0,000	0,000	0,000	0,750
Spritüel iyi oluş alt boyut	Aşkınlık	r		1	0,570**	0,054	0,917**
		p			0,000	0,193	0,000
	Doğayla Uyum	r			1	-109**	0,656**
		p				0,0000	0,000
	Anomi	r				1	0,380**
		p					0,000
Spritüel iyi oluş		r					1
		p					

** $p < 0,01$

Bilinçli farkındalık ölçeği, spiritüel iyi oluş ölçeği ve ölçek alt grupları arasında korelasyon Tablo 4.8’de sunulmaktadır. Çalışmamızda BİFÖ ile spiritüel iyi oluş ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. BİFO ile spiritüel iyi oluş ölçeği alt boyutlarından anomi alt boyutu ile aralarında orta seviyede negatif yönde ($r = -0,333$; $p < 0,01$) bir ilişki vardır. Bilinçli farkındalık düzeyi arttıkça anomi alt boyut azalmaktadır. BİFO ile aşkınlık ($r = 0,111$, $p < 0,01$) ve doğayla uyum ($r = 0,201$, $p < 0,01$) arasında zayıf, pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Spiritüel iyi oluş ölçeği ile ölçeğin alt boyutlarında aşkınlık ile aralarında yüksek düzeyde ($r = 0,917$; $p < 0,01$), pozitif yönde bir ilişki, doğayla uyum ($r = 0,656$; $p < 0,01$) ve anomi alt boyutu ($r = 0,380$; $p < 0,01$) arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

Spiritüel iyi oluş ölçeğinin doğayla uyum alt boyutu ile anomi alt boyutu arasında zayıf negatif yönde ($r=-0,109$; $p<0,01$) ilişki, aşkınlık ile doğayla uyum alt boyutu arasında ise orta düzeyde pozitif yönde ($r=0,570$; $p<0,01$) bir ilişki belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmaya dahil olan hemşirelerden elde edilen bulgular literatür çerçevesinde iki bölümde tartışılmıştır.

1. Hemşirelerin bilinçli farkındalık durumlarına ilişkin bulguların tartışılması
2. Hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

5.1.Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Meslekleri nedeniyle zorlu çalışma koşullarında görev yapan hemşirelerin sağlığı korumak ve artırmak, hasta bakımının kalitesini artırmak için en önemli hususlardan biridir. Hasta ve ailesi için optimum sonuçlara ulaşmak, hemşirelerin hem fiziksel hem de psikolojik olarak en yüksek sağlık düzeyinde çalışmasını gerektirir. Amerikan Hemşireler Derneği'nin Sağlık Riski Değerlendirme raporu hemşirelerin% 82'sinin işyeri stresi nedeniyle önemli bir hastalık riski altında olduklarını bildirmiştir [107]. Bu nedenle hemşirelerin kişisel sağlığına katkıda bulunmak hemşirelerin iyi oluş durumlarını artırmasının yanında meslekte uzun yıllar kalmasına da yardımcı olur. Literatürde hemşirelerin farkındalıklarını artırmada stres ve tükenmişlik gelişimini önlemek, öz şefkati geliştirme, spiritüel iyi oluş durumlarını artırmak için bir dizi uygulama yer almaktadır [101,102,104-106,108]. Bu uygulamalardan biri bilinçli farkındalık durumlarının artırılmasıdır. Bu çalışmada hemşirelerin bilinçli farkındalık durumları incelenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin bilinçli farkındalık puan ortalaması $66,26 \pm 12,90 / 4,41 \pm 0,86$ olup hemşirelerin bilinçli farkındalıklarının orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Literatürde Aşık ve Albayrak'ın [109] bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptıkları çalışmada BİFÖ puan ortalaması $63,98 \pm 12,41$ olarak belirlenmiş olup çalışmamızın sonucuna benzer bulunmuştur. Çalışmamızın sonucundan farklı olarak Özyayın'ın [110] çalışmasında; hemşirelerin BİFÖ puan ortalamaları $46,07 \pm 12,77$ olarak düşük bulunmuştur. Özyayın'ın çalışması yoğun bakım ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise pediatri bölümleri hariç dâhili birimler, cerrahi birimler, yoğun bakım üniteleri, gündüz ayaktan tedavilerde görev yapan hemşireler de araştırma kapsamına alınmıştır. Literatürde hemşirelerin bilinçli farkındalık

durumlarını inceleyen çalışmalardan ziyade bilinçli farkındalık müdahale programlarının hemşirelerin farkındalık durumlarına etkisini inceleyen çalışmalar daha fazladır. Bu nedenle müdahale öncesi hemşirelerin bilinçli farkındalık durumlarına bakıldığında; Penque [111] çalışmasında hemşirelerin bilinçli farkındalık puan ortalamalarının düşük (33.2 ± 6.22); Gauthier ve arkadaşları [112] hemşirelerin BİFÖ puan ortalamalarını orta düzeyde ($3,72 \pm 0,82$), Horner ve arkadaşlarının [113] hemşirelere bilinç farkındalık müdahale öncesi girişim grubunun BİFÖ puan ortalamalarını orta düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmalar göstermektedir ki hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri düşük ve orta düzeydedir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin farkındalıklarının artırılmasına yönelik uygulamaların hemşirelere kazandırılmasının hemşireler için faydalı olacağını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda, farklı klinik ortamlarında çalışan hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri incelenmekle beraber, hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerinde sosyo-demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, ekonomik durum arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Literatür incelendiğinde; Özaydın'ın [110] çalışmasında hemşirelerin yaşlarına göre bilinçli farkındalık puan ortalamaları arasında fark görülmemiştir. Benzer şekilde palyatif bakım veren sağlık personelinde yapılan bir çalışmada yaş ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [114]. Westphal ve arkadaşlarının acil serviste çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirenin bilinçli farkındalık durumları ile yaş arasında anlamlı fark bulunmamıştır [115]. Hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada [116] yaş ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda hemşirelerin cinsiyetlerine göre bilinçli farkındalık düzeylerinin benzer seviyelerde olduğu görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.5). Bizim çalışmamıza benzer olarak Westphal ve arkadaşları [115]; Ricci-Allegre [116]; Eun-Hwi [117]; Özaydın [110] çalışmalarında cinsiyet ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırma sonucumuza benzer şekilde bilinçli farkındalık düzeyinin cinsiyete göre anlamlı farklılaşmadığı sonucuna ulaşan araştırmalar olduğu gibi cinsiyet değişkenine göre bilinçli farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulan çalışmalarda vardır. Aşık ve Albayrak'ın [109] hemşire ($n=170$) ile yaptıkları bir çalışmada erkek hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Araştırmamızda ise evren birçok bir merkezde çalışan hemşire grubu olması nedeniyle yeterli heterojenlik sağlanmış olması olabilir. Jung ve Myung [117]; çalışmalarında

erkek hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyinin kadınlara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmada hemşirelerin öğrenim durumları ve sosyo-ekonomik düzeylerine göre bilinçli farkındalık düzeylerinin farklı seviyelerde olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.5) ($p>0,05$). Çalışmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğu lisans ve yüksek lisans mezunuyken, %72,6'sı ekonomik düzeyini orta ve üstü olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak Eun-Hwi [117]; hemşireler ile yaptığı çalışmasında hemşirelerin eğitim durumu ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında anlam farklılaşma olmadığını belirtmişlerdir. Literatürde hemşirelerle yapılan çalışmaların sınırlı olmasından dolayı farklı gruplarla yapılan çalışma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında, hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada çalışmamızdan farklı olarak, orta düzeyde geliri olan katılımcıların bilinçli farkındalık puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [119]. Benzer şekilde öğrencilerde yapılan başka bir çalışmada bilinçli farkındalık durumu ve algılanan sosyo ekonomik düzeyleri karşılaştırıldığında; sosyo ekonomik düzeyi yüksek öğrencilerin bilinçli farkındalık durumlarının, sosyo ekonomik düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir [120]. Bu farklılıklar çalışmamıza katılan grupların farklı pozisyon ve yaşlarda olmasından kaynaklanabileceği gibi literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda bilinçli farkındalık düzeyi ile sosyoekonomik durum değişkeninin birlikte alındığı araştırmalarda kesin bir yargı belirlenememektedir.

Çalışmada katılımcıların bilinçli farkındalık düzeylerine çalışma özellikleri açısından bakıldığında; haftalık çalışma süresi, çalıştığı birim, çalıştığı birimden memnun olma, çalıştığı birimle ilgili eğitim alma durumlarına göre anlamlı bir farklılaşma olmazken, meslekte çalışma süresi, çalışılan birimi seçme, hemşire olarak çalışmaktan memnun olma durumu arasında anlamlılık görülmüştür. Hemşirelerin çalışma süresi açısından bakıldığında; 6-10 yıl arasında bilinçli farkındalıkları düşük ve 11-15 yıl arasında bilinçli farkındalıkları yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre meslekte çalışma süresi arttıkça hemşirelerin farkındalıklarının arttığını söylenebilir. Benzer şekilde literatürde Penque [111]; Ricci-Allegra [116]; çalışmalarında meslekte çalışma yılı arttıkça farkındalığın arttığını belirtmişlerdir. Bu sonuçlardan farklı olarak Aşık ve Albayrak'ın [109] ve Özaydın [110]; Eun-Hwi [117] çalışmalarında hemşirelerde meslekte çalışma süresi ile bilinçli farkındalık düzeyi arasında ilişki bulmadıklarını belirtmişlerdir [109]. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin meslekte çalışma yılı arttıkça bilinçli farkındalık durumuna yönelik yorum yapılması için çok daha fazla çalışma sonucuna ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz. Çünkü

meslekte çalışma yılı artıkça hemşirelerde stres, mental sağlık sorunları, tükenmişlik ve işten ayrılmaların arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur [111, 115,118,121,122].

Çalışmamızda hemşirelerin çalıştığı birimini seçenlerin, çalıştığı birimini seçmeyenlere göre bilinçli farkındalıkları daha yüksek bulunmuştur [$p<0,05$; Tablo 4.6]. Hemşire mesleğinden çok memnun ve memnun olan hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyinin daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür ($p<0,05$; Tablo 4.6). Bu sonuçlar meslek seçiminde bilinçli karar verme ve yapılan işten doyum sağlama ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Meslek seçimi, bireyin meslek grupları içerisinde en iyi yapabileceğini düşündüğü mesleği tercih etmesidir [123]. Bireyin meslek seçiminde verdiği karar, bireyin gelecek hayattaki yaşam biçimini, çalışma performansını ve çalıştığı işten tatmin olma durumunu etkileyecektir [124]. Çalışmamızın veri toplama aşaması pandemi sürecinde gerçekleşmiş olup çok ağır koşullarda çalışan hemşirelerden bu sonucun elde edilmiş olması bilinçli olarak meslek seçme ve tercih edilen meslekten memnun olma açısından çok önemlidir. Ancak çok memnun ya da memnun olan hemşireleri BİFö puan ortalaması yüksek olmasına rağmen ölçek genelinde hemşirelerin farkındalıkları orta düzeydedir. Bu sonuç hemşire olarak çalışmaktan veya bulundukları klinikten memnun olan hemşirelerin dahi farkındalık düzeylerini artırıcı müdahalelere gereksinim olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bu sonuç literatürde iş tatmini çerçevesinde tartışılmaya çalışılmıştır. Yapılan bir araştırmada iş tatmini hem stres hem de tükenmişlik ile olumlu bir şekilde ilişkili olduğu, hemşirelerin iş tatminleri yüksek olanların bilinçli farkındalık düzeylerinin de yüksek olduğu görülmüştür [112]. Yapılan başka bir çalışmada; iş hayatındaki mutluluk olarak değerlendirilen işten doyum sonuçlarına göre bilinçli farkındalık ile meslek memnuniyeti arasında çalışmamızla benzer bulgular saptanmıştır [26]. Meslekte memnuniyet çalışılan birimin seçilmesiyle de doğru orantılıdır. Çalışmamızda çalıştıkları birimleri kendileri seçen hemşirelerin, çalıştıkları birimi kendileri seçmeyen hemşirelere göre bilinçli farkındalık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$; Tablo 4.6). Literatür bilgisinde hemşirelerle ilgili bu konu hakkında çalışmaya ulaşılamamakla birlikte işten memnuniyetle, birimi seçme arasındaki pozitif ilişki bilinmektedir [26].

Son yıllarda, mevcut sağlığı korumanın bir yöntemi ve bütünsel refahı sürdürmenin bir yolu olarak yogaya ilginin arttığı görülmektedir [125]. Türkiye’de hemşirelik müfredatına yeni entegre edilen yoga dersinin hemşirelik öğrencilerinin farkındalıkları ve öz şefkatleri üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada, yoga derslerinin etkisiyle hemşirelik

öğrencilerinin bilinçli farkındalıklarının dönem sonunda arttığı belirlenmiştir. On iki hafta boyunca yoga yapan hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri, yogaya yeni başlayanlara göre daha yüksek bulunmuştur [126]. Literatürde benzer şekilde çalışmalarda yoganın bilinçli farkındalığı artırdığı belirtilmiştir [127,128]. Çalışmamızda daha önce ve şu anda meditasyon/yoga yapanların bilinçli farkındalık puanlarının daha önce ve şuanda yoga yapanlara göre daha yüksek olduğunu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.6). Bu sonuç literatür sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada hemşirelerin daha önce bilinçli farkındalık eğitimi alma durumuna göre bilinçli farkındalık düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p=0,96$, $p>0,05$). Ancak çalışmamızda hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerini belirlemede kullandığımız bilinçli farkındalık ölçeğinin puan ortalaması $66,29\pm12,90$ olarak bulunmuştur. Ölçekten en yüksek alınabilecek puan 90 olup bizim çalışmamızda hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerinin orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Literatürde bilinçli farkındalık halinin ve eğitimlerinin farkındalık düzeyini artırma ile ilişkili olumlu sonuçları, hemşirelerin çeşitli stres faktörleriyle mücadele etmeleri için önemli bir kavram olduğunu göstermektedir [106,118,129-131]. Farkındalık durumları yüksek olan hemşireler çalışma koşullarının neden olduğu stres durumları ile başetmede daha başarılı olacaklardır. Bu başarının onların uyku, dinlenme ve beslenme durumlarını olumlu etkileyerek hasta bakımına da olumlu yansımaları olacağını söyleyebiliriz. Bu nedenle hemşireler için farkındalıklarını geliştirici, güçlendirici uygulamalara gereksinim önemli olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda kendini inançlı ve spiritüel olarak tanımlayan hemşirelerin bilinçli farkındalıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür [Tablo 4.7]. Yapılan bir çalışmada spiritüel iyi oluş haline bilinçli farkındalık durumunun pozitif etkisi açıklanmıştır. Bilinçli farkındalık hali spiritüel boyutun da farkındalığını sağlayarak, spiritüelliği ve inancı etkilediği saptanmıştır [116]. Yapılan başka bir araştırmada spiritüel temelli bir araç olarak bilinçli farkındalık durumu hemşirelerin yaşamda ve ölümden acı çekmeye daha derin bir anlam ve spiritüel bir çözüm bulmasına yardımcı olarak spiritüel boyutlarına katkı sağlayacağı bildirilmiştir [112]. Bu bulgular sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

5.2.Hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

Hemşirelerin bütüncül bakım verebilmeleri için, hasta bakımındaki spiritüel boyutların farkına varmaları ve spiritüel temelli bakımı sunmaları için yeterli bilgi ve becerilere sahip olmaları çok önemlidir [132]. Spiritüel boyut görmezden gelinemez, ancak sıklıkla gözden kaçırılır Hemşireler, insanlarla yaşamlarının farklı noktalarında (doğum, ciddi yaralanma ve ölüm gibi) karşılaşır. Sekülerleşmenin artmakta olduğu çağımızda, hemşirelerin hastaların dini ve spiritüel ihtiyaçlarını en iyi şekilde nasıl karşılayacaklarının farkında olmaları gereklidir [6,7,9]. Karşılanan spiritüel boyut spiritüel iyiliği de beraberinde getirecektir. Spiritüel iyi oluş, kişiliğin farklı yönleriyle önemli ölçüde ilişkili olmakla beraber insan kişiliğin önemli yönlerini temsil etmektedir [34,39,133]. Yeterli spiritüel hemşirelik bakımının sağlanması için iki kritik ögeye ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. İlk öge, spiritüel bir kişisel benliğin gelişimidir. Bir hastanın spiritüel ihtiyaçlarını anlama, değerlendirme becerisi, hemşirenin kendini yansıtmaya yoluyla kendi spiritüel değerlerine dair kendi farkındalığına bağlıdır. Farkındalık, aktif dinleme ve hastanın spiritüel ihtiyaçlarının dile getirilmesi yoluyla değerlendirme becerisi için bir ön koşuldur. İkinci öge bu ihtiyaçları karşılayabilecek kültürel olarak ilgili spiritüel müdahaleler hakkında var olan bilgi birikimidir [6,8,9,12]. Yapılan bir çalışma, hemşirelerin lisans veya yüksek lisans eğitimi sırasında mesleki gelişim seçeneği olarak spiritüel eğitime almaları ihtiyaç olduğunu öne sürerek bu önemli unsurları doğrulamıştır [134]. Hemşirelerin kendi spiritüel refahı, sunacakları bakımın kalitesini ve bakımının sunulma biçimini etkileyebileceğinden önemlidir.

Hemşirelerin spiritüel iyi oluş ile yaş arasındaki ilişkiye bakıldığında, sadece anomi alt boyutu ile farklılık görülmüştür. Yaş gruplarına bakıldığında; 18-25 ve 31-40 yaş grubunda olan hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeylerinden anomi alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç hemşirelerin yaşlarının ilerledikçe onları mutsuz eden durumların azaldığını, tutum ve davranışlarında tutarlı ve kararlı olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızla ilişkili olarak literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında, Brown ve arkadaşları (2013) orta yaşlı bireylerin spiritüelliklerinin daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmişlerdir [83]. Ekşi ve Kardaş [58] çalışmalarında spiritüel iyilik durumuna göre yaş grubunun analizinde, spiritüel iyilik ölçeği aşkınlık, doğa ile uyum ve anomi alt boyutları ile karşılaştırıldığında, sadece doğayla uyum alt boyutu ile anlamlı bulunmuştur. Elde edilen bulgular incelendiğinde farklı sonuçların yer aldığı bir başka araştırma karşımıza çıkmaktadır. İranlı hemşirelerde yapılan bir çalışmada yaş ile spiritüel iyi oluş arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır [135]. Riskli birimlerde

alışan hemşirelerde yapılan bir çalışmada yaş grubunun, Spirituel İyi Oluş leği alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır [136]. Ricci-Allegra [116] onkoloji kliniklerinde görev yapan hemşirelerin yaş gruplarına göre spirituelite arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Jahandideh ve arkadaşları [134] çalışmalarında hemşirelerin yaşı artıkça spirituel iyi oluşlarının azaldığını belirtmişlerdir.

Çalışmada hemşirelerin cinsiyetlerine göre spirituel iyi oluş düzeylerinin benzer seviyede olduğu görülmüştür. ($p>0,05$). Azarsa ve arkadaşları [137]; Mazaheri ve arkadaşları [138] hemşirelerin cinsiyetleri ile spirituel iyilik durumu ve spirituel bakım verme arasında bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Kim-Sook ve Hye-Ah [139] yoğun bakımda çalışan hemşirelerin cinsiyetleri ile spirituel iyi oluşları arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin spirituel iyi oluş durumlarının cinsiyete göre etkilenmediğini söyleyebiliriz.

Literatürde spirituelite, evlilik yaşamında kritik ve olumlu bir bileşen olarak ifade edilir ve spirituel iyi oluş düzeyi yüksek olan bireylerin eşlerine daha çok bağlı oldukları belirtilmektedir [135]. Çalışmamızda spirituel iyi oluş toplam puan ortalaması ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen, bekar olan hemşirelerin spirituel iyi oluş düzeyinin anomi alt boyutunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir [Tablo: 4.5]. İranlı hemşirelerde yapılan bir çalışmada, bulgularımızla benzer şekilde bekar hemşirelerin, evli meslektaşlarına göre daha az spirituel iyi oluş seviyelerinin olduğunu görülmüştür [135]. Kim-Sook ve Hye-Ah [139] yoğun bakımda çalışan hemşirelerden evli olanların spirituel iyi oluşlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde başka çalışmalarda spirituel iyi oluş düzeyi yüksek olan bireylerin evli oldukları belirlenmiştir [136,139]. Çalışmamızın bu bulgusu doğrultusunda evli hemşirelerin spirituel iyi oluş bakımından evliliklerinden ve eşlerinden destek aldığını düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin, spirituel iyi oluş durumları algılanan sosyo ekonomik düzeyleri ile karşılaştırıldığında; sosyo ekonomik düzeyi yüksek hemşirelerin aşkınlık alt boyut puanları bakıldığında, sosyo ekonomik düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bunun nedeni ekonomik durumu yüksek olanların toplumsal imkanlardan yararlanma olasılıklarının fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu imkanların sayesinde, birey huzur, mutluluğu artırıcı aktivitelere ve eğitim programlarına (yoga, farkındalık, spor merkezleri vb) katılabilir.

Çalışmamızda hemşirelerin meslekte çalışma sürelerinin artmasına paralel olarak spiritüel iyi oluş anomi alt boyutunun puan ortalamasının düştüğü görülmektedir (Tablo:4.6). Bu bulgu doğrultusunda çalışma yılı artıkça hemşirelerin spiritüel iyi oluşlarının arttığını kararsız, olumsuz davranışların azaldığını söyleyebiliriz. Wong ve Yau çalışmalarında hemşirelerin iş deneyimlerinin hastalarının spiritüel refahı tahmin etmede önemli bir faktör olduğunu göstermiştir [140]. Başka bir çalışmada da hemşirelerin çalışma yılı artıkça spiritüel iyi oluşlarının arttığını belirtilmiştir [139]. Cho ve arkadaşları [141] hemşirelerin çalışma yılları artıkça spiritüel iyi oluşlarının arttığını bildirmiştir. Anomi, suç ve suçluluk konularında araştırmalar üzerine kurulmuş bir teori olup, toplumun bireylerinin az kültürel ve ahlaki rehberlik almasını tarif eder. Daha çok bireysel ve grup standartları arasındaki farktan, sosyal standartların aşırı genel olmasından ve sosyal etiğin eksikliğinden kaynaklanır. Toplumun bireyle olan sosyal bağının kopması tanımıdır.

Çalışmada hemşirelerin hemşirelik mesleğinden memnun olma durumlarına göre spiritüel iyi oluş ölçeğinin puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir. Çalışmada hemşire mesleğinden çok memnun ve memnun olan hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeyinin anomi alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı ve daha düşük seviyelerde olduğu görülmüştür [Tablo 4.6]. Bulgularımızla benzer olarak, yapılan bir çalışmada iş memnuniyetinin hemşirelerin spiritüel iyi oluş durumunu etkileyebilecek bir faktör olduğunu tespit etmiştir. İşten memnun olma tatmini seviyeleri ne kadar yüksekse, spiritüel iyi oluş seviyeleri de o kadar yüksek çıkmıştır. Çünkü spiritüelitenin iş memnuniyeti kadar mutluluğa ulaşmada kilit bir faktör olduğu savunulmuştur [135]. Çalışmalarla benzer şekilde hemşirenin spiritüel iyi oluş seviyelerinin, motivasyon, iş memnuniyeti, hemşirelik hizmetleri ve bakımı sağlama becerisini etkileyebileceği gösterilmiştir. Kurumlar, sağlığı ve spiritüeliteyi geliştirebilirse, personelin memnuniyet düzeyi artırabilir, stres düzeylerini azaltabilir [135,142,143]. Çalışmayı destekler şekilde Samadifard ve Narimani [143] yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeyleri ile işe uyumları arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Hemşirelerin iş uyumları ve ahlaki kimlikleri spiritüel iyi oluş ile yükseltilebilir. Bu nedenle eğitimcilerin ve kurumların spiritüel iyi oluş halinin hemşirelerin iş uyum düzeyini yükseltmek için dikkate almaları önemlidir.

Çalışmada hemşirelerin haftalık çalışma saatlerine göre spiritüel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir [Tablo 4.6]. Çalışmada haftalık çalışma saatleri 44 saat altında ve 45 saat üzerinde olan hemşirelerin Spiritüel İyi Oluş düzeyinin benzer seviyelerde

olduğu ifade edilebilir ($p>0,05$). Bunun nedeni hemşirelerin büyük bir kısmının 45 saat ve üzeri çalışıyor olması olabilir. Hemşirelerin çalıştıkları birimi seçme durumlarına göre Spiritüel İyi Oluş düzeylerinin farklı seviyelerde olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmada birimlerini seçen veya seçemeyen hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeyleri benzer bulunmuştur [Tablo 4.6]. Bunun nedeni hemşirelerin çalıştıkları birimlere adaptasyonlarının hızlı gelişmesi veya kurumun benimsediği politikasından kaynaklı olarak hizmet içi eğitimlerin etkisinde kaynaklanıyor olabilir.

Palyatif bakım hemşireleri ve acil servis hemşirelerinde yapılan bir çalışmada, palyatif bakım hemşirelerinin spiritüel bakım uygulamalarının daha gelişmiş olduğu ve spiritüel bakış açılarının daha güçlü olduğu bulunmuştur. Buna karşılık acil servis hemşirelerinde ise hasta mahremiyeti algısı daha yaygın bulunmuştur. Çalışılan birim spiritüelite bakış açısında etkili olduğu görülmüştür. Her iki hemşire grubu da spiritüel bakım uygulamasının önündeki en yaygın engel olarak, 'yetersiz zaman' tanımı yapmışlar [143]. Çalışmamızda hemşirelerin görev yaptığı birimlere göre spiritüel iyi oluş düzeylerinin farklı seviyelerde olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda klinik, yoğun bakım ve polikliniklerde görev yapan hemşirelerin aşkınlık, doğa ile uyum ve spiritüel iyi oluş düzeyinin benzer seviyelerde olduğu ifade edilebilir ($p>0,05$). Ancak yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin anomi puan ortalamaları daha yüksek olması önemli bir bulgudur ($p<0,05$). Anomi olumsuz tutumları, mutsuzluğu, yalnızlığı, tatminsizliği göstermektedir. Spiritüel iyi oluşları yüksek olan hemşireler, sağlıklı bir yaşam fırsatına daha fazla değer verecek ve karşılaştıkları zorluklara daha fazla tolerans göstereceklerdir. Hastaların yaşamda anlam bulmalarına yardımcı olabilecek hem hastasının hem kendisinin spiritüel gereksinimlerini önemseyecek ve zorlukların üstesinden gelebileceklerdir. Yoğun bakım ortamlarının çalışma koşulları hemşireler için spiritüel açıdan daha zorlayıcı olabilir. Bu nedenle literatürde yoğun bakım hemşirelerinin primer bakımlarından sorumlu oldukları kritik hastalar üzerinde olumlu etkileri olabileceğinden, kendi spiritüel iyilik durumlarının sürekli değerlendirmeleri gerektiği belirtilmektedir [144,145]. Bir çalışmada yoğun bakım hemşirelerinde spiritüel iyi oluş ile meslekte tükenmişlik arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, spiritüel iyi oluşları yüksek olanların tükenmişlik durumlarının daha az olduğu belirtilmiştir [139]. Çalışmanın bu bulgusuna dayalı olarak özellikle yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşlarının artırılmasının tükenmişlik, işten ayrılmanın önlenmesi, hastaların spiritüel gereksinimlerinin farkında olunması ve karşılanması açısından önemli olduğunu belirtmek istiyoruz. Hastaların manevi ihtiyaçlarına yönelik farkındalık ve duyarlılığı artırmanın ilk adımı, hemşirelerin huzura, manevi refaha ve olumlu

tutumuna ulaşmasını sağlamaktır. Araştırmamızda yoğun bakım hemşirelerin anomi alt boyutun yüksek olması bu duygularda eksiklik olduğunu gösterdiğini düşünüyoruz.

Hemşirelik mesleğinin, her boyutta sağlıklı veya hasta bireylerin bütünlüğünü koruma ve sürdürme merkezlidir bu nedenle spiritüel boyut unutulmamalıdır. Bu durumda hemşireler tarafından sağlanan spiritüel bakım düzeyini iyileştirmenin önemini ortaya çıkmaktadır. Hemşirelerin sahip olduğu dini inançlar ve kültürel değerler gibi faktörler, onların spiritüel düzeylerini, spiritüel iyi oluşlarını ve spiritüel bakım algılarını etkileyebilir. Bu nedenle hemşirelerin spiritüelite ve spiritüel bakım algılarını iyileştirmek, algılarını etkileyen faktörleri belirlemek için araştırmalara ihtiyaç duyulmakta ve bu tür çalışmalardan elde edilen sonuçların hemşireler için eğitimsel müdahalelerin geliştirilmesinde kullanılması gerekmektedir [6,7,39]. Çalışmamızda hemşirelerin, sadece %18,2’i spiritüelite hakkında herhangi bir eğitim aldığını belirtmiştir ki bu da konuyla ilgili eğitim eksikliklerinin bir göstergesidir diyebiliriz. Bulgularımıza benzer şekilde Karaman ve arkadaşları [146] ile Eğlence ve Şimşek [147] çalışmalarında hemşirelerin sırasıyla %41,1 ve %40,6’ sının maneviyat ve manevi bakım konusunda bilgili olmadığını bildirerek hemşirelerin önemli bir kısmının spiritüel bakımla ilgili herhangi bir eğitim almadıkları bildirilmiştir. Ayrıca çalışmalar hemşirelerin eğitimleri sırasında yeterli bilgiyi alamadıkları, zor şartlar altında çalıştıklarını ve yeterli zamana sahip olmadıkları nedenleriyle spiritüel bakım sağlamada kendilerini yetersiz gördükleri belirlenmiştir [33,37,146]. Literatürle uyumlu olarak çalışmamızdaki hemşirelerin %81,8 inin çoğunluğu spiritüel bakım konusunda eğitim almadıkları belirtmişlerdir [Tablo 4.3].

Yoga, spiritüel uygulama, nefes alma egzersizleri, fiziksel aktivite ve meditasyonu içeren bir yöntemdir. Vücudun her bölgesine egzersiz yaptırmak üzere tasarlanmıştır. Yoga iş stresini azaltmada önerilen önemli araçtır [127,148,149]. Bir çalışmada yoganın iyilik halini geliştiren bir yöntem olduğu, sağlık çalışanlarda kullanılabileceği, kişilerarası ilişkileri, spiritüel iyilik halini, uykuyu olumlu etkilediği belirtilmiştir [150]. Hemşirelerle yapılan başka bir çalışmada; yoganın hemşirelerin başetme yeteneklerini geliştirdiği, stresi azaltarak hemşireliğin zor yönlerinde (ölmekte olan hastaya bakım vermek, iş ortamında akranları ile sorun yaşama vb.) onlara yardımcı olduğu belirtilmiştir [151]. Çalışmada yoga/meditasyon yapanların ve daha önce psikolojik danışmanlık alan hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeylerinden doğayla uyum alt boyutlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [Tablo 4.7]. Bu sonuç yoga egzersizinin amacıyla paraleldir. Yoga

yapmak doğayla uyum için olmaktır. Doğayla uyum içerisinde olmak kendisiyle ve çevresiyle barış, huzur içerisinde olmayı sağlar ve manevi esenliği artırır.

Spiritüel, hemşirelerin iç huzura kavuşmasına yardımcı olur ve stresi etkili bir şekilde yönetme yeteneklerini artırır [6,8]. Spiritüel inanç ve değerler ile organize bir din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Ayrıca güçlü dini inançları olmayan insanların da spiritüel boyutları vardır. Spiritüel değerler ve inançlar bir varlık ya da güce inancın çok ötesindedir..Sağlık, hastalık, ölüm, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları içerir [63,66]. Bu araştırmada hemşirelerin kendilerini inançlı bir birey olarak tanımlama durumları ile spiritüel iyi oluş ölçek puan ortalaması, aşkınlık ve doğayla uyum alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [Tablo 4.7] Çalışmamızın bu bulgusu literatür ile benzerlik göstermektedir [60,61,63,66,134,143]. Ürdünlü hemşirelerde yapılan bir çalışmada, spiritüel iyilik hali yüksek olan hemşirelerin, spiritüel bakım müdahalesi sağlama sıklıklarının da yüksek olduğunu belirtmişlerdir [152]. Jahandideh ve arkadaşları [134] yaptıkları bir çalışmada, dini esenliğe sahip hemşirelerin hastalarının spiritüel ihtiyaçlarını fark etme eğiliminde olduklarını ifade etmişlerdir. İranlı hemşirelerle yapılan bir çalışmada, hemşirelerin orta düzeyde spiritüel iyi oluş seviyesi bildirdikleri görülmüştür [135]. Benzer şekilde İran'da Zare ve Jahandideh [153] çalışmasında hemşireler arasında orta ile yüksek seviyelerde spiritüel iyi oluş seviyesi bulunmuştur. Uygur [154] hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeyinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Kim-Sook ve Hye-Ah [139]; Cho ve arkadaşları [141]; Ricci-Allegre [116] çalışmalarında hemşirelerin spiritüel iyi oluşlarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda hemşirelerin spiritüel iyi oluş puan ortalamasına bakıldığında spiritüel iyi oluşlarının ortanın üzerinde olduğu ve literatürdeki sonuçlardan benzer olduğunu söyleyebiliriz.

Bu araştırmada yapılan korelasyon analizleri sonucunda elde edilen bulgulara göre hemşirelerin bilinçli farkındalık ile spiritüel iyi oluşları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu sonucun nedeninin çalışmamızda bilinçli farkındalık konusunda hemşirelerin büyük bir bölümünün eğitim almamasından kaynaklandığı kanısındayız. Ancak literatür bilinçli farkındalık ile spiritüel iyi oluş arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğunu vurgulamakta olup bilinçli farkındalık eğitimleri ya da müdahale programları ile hemşirelerin spiritüel iyi oluş düzeyini artırabileceğini belirtmektedir [108,111,116 127,131]. Bu çalışmalara bakıldığında bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir. Çünkü çalışmalarda hemşirelerin bilinçli farkındalık

durumlarını belirlemeden ziyade, bilinçli farkındalıklarını artırıcı müdahaleler sonrasında spiritüel iyi oluşların arttığı belirlenmiştir. Ancak araştırmamızda ise hemşirelerin bilinçli farkındalık ve spiritüel iyi oluş düzeylerini belirledik. Bunun sonucunda hemşirelerin bilinçli farkındalıklarının orta düzeyde olduğu ancak artırılması ve güçlendirilmesi için farkındalık eğitim ya da müdahale programları ile katkı verilmesinin hem hemşirelerin spiritüel iyi oluşlarını artırmada, hemde hastasının spiritüel gereksinimlerini farkedip hemşirelik tanısı olan” Spiritüel iyilik halini güçlendirmeye hazır oluş” tanısı ile etkili hasta bakımı verebileceği kanısındayız.

Bilinçli farkındalık ve spiritüel iyi oluşun hemşirelerin stresi yönetmesi için etkili bir yöntem olabileceği belirtilmektedir [155]. Bir çalışmada hemşirelerin, bilinçli farkındalığı spiritüel gelişimleri için temelli olduğunu düşündüklerini belirtmişler ve hemşirelerin spiritüel boyutlarının gelişmesiyle iş ortamında ortaya çıkan stres ve ikilemler karşısında başa çıkma mekanizmalarını derinleştirmesine yardımcı olabileceği belirtilmiştir [112]. Yapılan başka bir çalışma spiritüel iyi oluşun gelişimde bilinçli farkındalığın önemli olduğunu, yaşamdan anlam bulmanın, özşefkat spiritüel iyiliğin aşkın alanında önemli bir belirleyicisi olduğu belirtmiştir [156].

Çalışmamızda spiritüel iyi oluş ölçeğinin alt boyutlarından “Aşkılık”, “Doğayla uyum”, arasında çok güçlü düzeyde pozitif yönde, “Anomi” ile orta düzeyde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Değişkenlerden birindeki artış diğerini de artış olarak yansıtmakta ve bu yönde birbirlerini olumlu etkilemektedir. Başka bir ifadeyle, hemşirelerin aşkılık ve doğayla uyumları artıkça spiritüel iyi oluş düzeylerinin artacağını düşünmekteyiz. Ayrıca ölçeğin alt boyutları olan anomi ile doğayla uyum arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu doğrultuda hemşirelerin doğayla uyumu artıkça olumsuz duygulara kapılma, mutsuzluk, yalnızlık doyumsuzluk hisleri azalacaktır, ifade edilebilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Başkent Üniversitesi'ne bağlı merkez hastanelerin erişkin klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile spiritüel iyi oluşlarını inceleyen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Araştırma Hemşirelerin Spritüel İyi oluş puan ortalamalarının $107,83 \pm 17,52$ olarak elde edilmiş olup spritüel iyi oluşları ortanın üzerindedir.
2. Yaş değişkeninin hemşirelerde spiritüel iyi oluş düzeyini etkilemiştir. Yaş artıkça spiritüel iyi oluş düzeyleri arttığı belirlenmiştir.
3. Cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, algıladıkları sosyoekonomik düzey, çalıştığı birim, meslekte çalışma yılı hemşirelerde spiritüel iyi oluş düzeyini etkilememiştir.
4. Hemşire olarak çalışmaktan memnun olma durumu spiritüel iyi oluş düzeyini etkilemiştir. Çalışmaktan oldukça memnun ya da memnun olan hemşirelerin spiritüel iyi oluşları daha yüksektir.
5. Hemşirelerin spiritüel olarak kendilerini tanımlama durumu spiritüel iyi oluş düzeyini etkilemiştir. Kendileri oldukça spiritüel ya da spiritüel olarak tanımlayanların spiritüel iyi oluşları daha yüksektir.
6. Hemşirelerin inanç durumlarından spiritüel iyi oluş düzeyini etkilenmiştir. Kendileri oldukça inançlı ya da inançlı olarak tanımlayanların spiritüel iyi oluşları daha yüksek olarak belirlenmiştir.
7. Araştırmada hemşirelerin bilinçli farkındalık puan ortalaması $66,26 \pm 12,90$ olarak elde edilmiş olup bilinçli farkındalıkları orta düzeyde olduğu bulunmuştur.
8. Hemşirelerin yaş değişkeninin bilinçli farkındalık durumunu etkilemediği belirlenmiştir.
9. Cinsiyetin hemşirelerde bilinçli farkındalık durumunu etkilemediği görülmüştür.
10. Hemşirelerin sosyo-ekonomik durumları bilinçli farkındalık durumunu etkilememektedir.

11. Hemşirelerin eğitim durumuna göre bilinçli farkındalık düzeyinin etkilenmediği belirlenmiştir.
12. Hemşirelerin çalıştıkları birim ve meslekte çalışma yılı ve haftalık çalışma süresi bilinçli farkındalık durumlarını etkilemediği görülmüştür.
13. Hemşirelerin çalıştıkları birimi seçme durumu bilinçli farkındalık durumunu etkilemiştir. Ancak çalıştıkları birimi kendisinin seçmeyen hemşirelerin bilinçli farkındalıkları daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
14. Hemşirelerin hemşire olarak çalışmaktan memnun olma durumları bilinçli farkındalık durumunu etkilemiştir. Hemşire olarak çalışmaktan memnun olanların bilinçli farkındalıkları daha iyidir.
15. Klinikte çalışırken kendisi dalgın hissetmeyen hemşirelerin bilinçli farkındalıkları daha yüksektir.
16. Hemşirelerin bilinçli farkındalıkları ile spiritüel iyi oluşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
17. Hemşirelerin spiritüel iyi oluş ölçeği ile ölçeğin alt boyutlarından anomi, aşkınlık ve doğayla uyum arasında güçlü pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile spiritüel iyi oluş düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda aşağıda bazı önerilere yer verilmiştir.

1. Hemşirelerin bilinçli farkındalıkları artırıcı eğitim ya da uygulamalar yapılarak bulguların zenginleştirilmesi ve desteklenmesi,
2. Hemşireler için bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin, eğitimlerin hizmet içi eğitim programlarına entegre edilmesi,
3. Hemşirelerin spiritüel iyi oluşlarını artırıcı eğitimlerin hizmet içi programlara dahil edilmesi, konu ile ilgili kongre, sempozyum ve toplantılara katılmaları için teşvik edici olunulması
4. Araştırmanın konusuna benzer nitel müdahale programlarının eklenerek, farklı hastanelerde ve birimlerde tekrarlanması, bu konudaki araştırmaların zenginleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Steihauser KE, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, Puchalski CM, Sinclair S, Taylor EJ, Balboni TA. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *J Pain Symptom Manage*. 2017 54(3):428-440. doi: 10.1016/j.jpainsymman.
2. Chirico F. Spiritual well-being in the 21st century: It is time to review the current WHO's health definition. *J.Health Soc Sci*. 2016 1(1):1-16.
3. Seaward B.L. Spiritual well-being: A health education model. *Journal of Health Education*. 1991 22(3): 166–169
4. Rovers M, Kocum, L. Development of a holistic model of spirituality. *Journal of Spirituality in Mental Health*. 2010. 12:2–24.
5. Erickson HL, Erickson, ME, Sandor MK, Brekke, M. E. The holistic worldview in action: evolution of holistic nurses certification programs. *Journal of Holistic Nursing*. 2013 31(4):303–313.
6. Ramezani M, Ahmadi, F, Mohammadi E, Kazemnejad, A. Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review*. 2014 61(2): 211–219.
7. Velioğlu P Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul, 1999 54-75, 93-116.
8. Potter AP, Perry GA Basic Nursing Theory and Practice. Third Edition, Mosby-Year Book, Toronto, 1995 3-5.
9. Carron, S. A. Cumbie, Development of a Conceptual Nursing Model for the Implementation of Spiritual Care in Adult Primary Healthcare Settings by Nurse Practitioners, AANP. 2011 23(10) ;552-560.
10. Zakaria Kiaei M, Salehi A, Moosazadeh Nasrabadi, A, Whitehead, D, Azmal, M., Kalhor R, Shah Bahrami, E. Spirituality and spiritual care in Iran: Nurses' perceptions and barriers. *International Nursing Review*, 2015 62(4), 584–592.
11. Abbasi M, Farahani-Nia M, Mehrdad N. Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014 19(3):242.

12. Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. Hong Kong. enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review*. 2008 55(3):333-40.
13. Wu Lf, Koo M, Tseng HC, Liao YC, Chen YM. Concordance between nurses' perception of their ability to provide spiritual care and the identified spiritual needs of hospitalized patients: A cross-sectional observational study *Nursing and Health Sciences* 2015 17, 426–433.
14. Mamier, I., & Taylor, E. J. Psychometric Evaluation of the Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale. *Western Journal of Nursing Research*. 2015 37.
15. Ronaldson S. Hayes L, Aggar C, Green J, Carey, M. Spirituality and spiritual caring: Nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal of Clinical Nursing*. 2012 21, 2126-2135.
16. Vincensi, B. B. Interconnections: Spirituality, spiritual care, and patient-centered care. *AsiaPacific Journal of Oncology Nursing*. 2019 6(2), 104.
17. White L. Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2014 70(2):282-94.
18. Atalay Z. Mindfulness: farkındalıkla anda kalabilme sanatı. 4. basım. İstanbul: İnkılap Yayınevi. 2020.
19. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006 11(3): 230-41.
20. Proulx K. Integrating mindfulness-based stress reduction. *Holistic Nursing Practice* 2003 17(4), 201–208.
21. Stranahan S. Spiritual Perception, Attitudes About Spiritual Care Practices Among Nurse Practitioners, *Western Journal of Nursing Research*. 2001 23(1):90-104.
22. Sanko J, MacKay M, Rogers S. Exploring the impact of mindfulness meditation training in pre-licensure and post graduate nurses. *Nurse Education Today*. 2016 45: 142-7
23. Horner JK, Piercy BS, Eure L, Woodard EK. A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research*. 2014 27(3): 198-201.
24. Karaca A, Şişman N. Effects of a stress management training program with mindfulness-based stress reduction. *The Journal of Nursing Education*. 2019 58(5): 273-80.

25. Pipe TB, Bortz JJ, Dueck A, Pendergast D, Buchda V, Summers J. Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: a randomized controlled trial. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2009 39(3):130-7.
26. Van der Riet P, Levett-Jones T, Aquino-Russell C. The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse education today*. 2018 65:201-211.
27. Lazaridou A, Pentaris P. Mindfulness and spirituality: therapeutic perspectives. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2016 15(3):235-44.
28. Lundmark, M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *Journal of Clinical Nursing*, 2006 15, 863-874.
29. Katie E. Cherry, Loren D. Marks, Tim Benedetto, Marisa C. Sullivan & Alyse Barker Perceptions of Longevity and Successful Aging in Very Old Adults, *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 2013 25:4, 288-310.
30. Turan T, Yavuz Karamanoğlu A. Determining intensive care unit nurses' perceptions and practice levels of spiritual care in Turkey. *Nursing in Critical Care*. 2013 18(2):70-8.
31. Dhamani KA. Spirituality and nursing: an Ismaili perspective on holistic nursing care. *Journal of Holistic Nursing*. 2014 32(4):341-6.
32. Kostak MA, Celikkalp U. Nurses and Midwives Opinions about Spirituality and Spiritual Care. *International Journal of Caring Sciences*. 2016 9(3).
33. Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı*. 2010 218-25.
34. Erişen M, Sivrikaya SK. Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017 6(3):184-90.
35. Türk Dil Kurumu Sözlükleri 2021 Available from: <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim tarihi: 10.11.2020.
36. Jacobs A. Spirituality: history and contemporary developments. An evaluation, *Koers. Bulletin for Christian Scholarship*. 2013 78(1), 445-457.
37. Amy LA. Spiritual Well-Being, Spiritual Growth, and Spiritual Care for the Aged: A Cross-Faith and Interdisciplinary Effort, *Journal of Religious Gerontology*. 2000 11:(2); 3-28.

38. Carroll B. A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality*. 2001 6(1):81-98.
39. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of clinical nursing*. 2006 15(7):885-96.
40. Ross L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud*. 1995 32(5):457-68.
41. Unruh AM. Spirituality and Occupation: Garden Musings and the Himalayan Blue Poppy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1997 64(1):156-160.
42. Tanyi RA Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of advanced nursing*. 2000 39(5):500-509.
43. Zinnbauer BJ, Pargament KI, Cole B, Rye MS, Butter EM, Belavich TG. Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the scientific study of religion*. 1997 549-64.
44. Murray RB, Zentner JP. *Nursing concepts for health promotion*. London: Prentice Hall; 1989.
45. World Health Organization [Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. Erişim tarihi: 03.01.2021
46. McDowell L, South RM. Christians' perceptions of receiving spiritual care in the bible belt of the United States: A qualitative study of care provided in the healthcare setting. *Religions*. 2017 8(7):127.
47. Sankhe A, Dalal K, Agarwal V, Sarve P. Spiritual care therapy on quality of life in cancer patients and their caregivers: a prospective non-randomized single-cohort study. *Journal of religion and health*. 2017 56(2):725-31.
48. Alling FA. The healing effects of belief in medical practices and spirituality. *Explore*. 2015 11(4):273-80.
49. Salsman JM, Pustejovsky JE, Jim HSL, Munoz AR, Merluzzi TV, George L, et al. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*. 2015 121(21):3769-78.
50. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009 54(5):283-91.
51. Gijsberts MJ, Liefbroer AI, Otten R, Olsman E. Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. *Medical Sciences*. 2019 7(2):25.

52. Moberg DO. The development of social indicators for quality of life research. *Sociology of Religion*. 1979 40(1), 11–26.
53. Gomez, R. Fisher JW. Item response theory analysis of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2005 38(5), 1107–1121.
54. Asarrodi AG, Golafshani A, Akaberi A. The relationship between spiritual health and quality of life in nurses. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2011) 3: 81–88.
55. Craven, RF. *Fundamentals of nursing: human health and function* (Craven and Hirnle's nursing fundamentals and procedures online). 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2009.
56. Abbasi MAF, Shamsi E, Naserirad M. Conceptual and operational definition of spiritual health: a methodological study. *J Med Ethics*. 2013 6: 11–44.
57. Miner MH. Healthy questing and mature religious reflection: critique, antecedents, and relevance of attachment theory? *J Psychol Theol*. 2008 36: 222–233.
58. Ekşi H, Kardaş S. Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*. 2017 2(1):73-88.
59. Jorfi H, Marashian SF. A Causal Model of Chronic Fatigue in Nurses: The mediating role of organizational spirituality. *Iranian Journal of Health Sciences*. 2019 7(4):38-47.
60. Yong J. Kim J, Park J, Seo I, Swinton J. Effects of a Spirituality Training Program on the Spiritual and Psychosocial Well-Being of Hospital Middle Manager Nurses in Korea. 2010 42:6-8.
61. Harris S, Tao H. The Impact of US Nurses' Personal Religious and Spiritual Beliefs on Their Mental Well-Being and Burnout: A Path Analysis. *J Relig Health*. 2021 <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01203-y>.
62. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*. 1995 9(5):371-378.
63. Hu Y, Jiao M, Li F. Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC palliative care*. 2019 18(1):1-8.
64. Gaur KL, Sharma M. Measuring spiritual health: spiritual health assessment scale (SHAS). *International Journal of Innovative Research and Development*. 2014 3(3):63-65.

65. Bredle JM, Salsman JM, Debb SM, Arnold BJ, Cella D. Spiritual well-being as a component of health-related quality of life: the functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Religions*. 2011 2(1):77-94.
66. White M.L, Peters R, Schim, SM. Spirituality and spiritual self-care: Expanding self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly*. 2011 24(1);48–56.
67. Nagai-Jacobso MG, Burkhardt MA. Spirituality: Cornerstone of holistic nursing practice. *Holistic Nursing Practice*. 1989 3(3), 18–26.
68. Soeken KL, Carson VJ. Study measures nurses' attitudes about providing spiritual care. *Health Progress*. 1986 67(3); 52–55.
69. Ellis, C. Course prepares nurses to meet patients' spiritual needs. *Health Progress*. 1986 67(3), 76–77.
70. Norman, V, Rossillo, K., & Skelton, K. Creating healing environments through the theory of caring. *Aorn Journal*. 2016 104(5), 401-409.
71. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2005 23(1):19-33.
72. Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer nursing*. 2003 26(4):260-266.
73. Timmins F, Caldeira S. Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard*. 2017 31(22).
74. Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer nursing*. 2003 26(4):260-266.
75. Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Han CY, Hsiao YC. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing outlook*. 2016 64(3):215-24.
76. Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. Spirituality and spiritual care: a descriptive survey of nursing practices in Turkey. *Contemporary nurse*. 2016 52(4):454-61.
77. Mindfulness Research Guide Mindfulness Research Publications. 2011 Erişim: 1.03.2021. <http://www.mindfulexperience.org/publications.php.on>.
78. Langer EJ. Minding matters: The consequences of mindlessness–mindfulness. *Advances in experimental social psychology*. 1989 22:137-173

79. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim* 2011 36(160):225-233
80. Sun J. Mindfulness in context: A historical discourse analysis. *Contemporary Buddhism*. 2014 15(2):394-415.
81. Davis DM, Hayes JA. What are the benefits of mindfulness? a practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*. 2011 48:198.
82. Dernbecher S, Beck R. The concept of mindfulness in information systems research: a multi-dimensional analysis. *European Journal of Information Systems*. 2017 26(2):121-42.
83. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003 84(4):822.
84. Dane E. Paying attention to mindfulness and its effects on task performance in the workplace. *Journal of management*. 2011 37(4):997-1018.
85. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*. 2004 11(3):230-41
86. Marlatt GA, Kristeller JL. Mindfulness and meditation. In *Integrating Spirituality Into Treatment: Resources For Practitioners* (Eds WR Miller). Washington DC, American Psychological Association. 1999 67-84.
87. Ameli R. 25 Farkındalık Dersi: Şimdi Sağlıklı Yaşama Zamanı (Çeviri Ed. Z Atalay, K Ögel). Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık. 2016.
88. Türk Dil Kurumu. Büyük Türkçe Sözlük. Ankara, Türk Dil Kurumu 2011. Erişim tarihi: 03.01.2021.
89. Lykins Emily LB, Baer Ruth A. Psychological Functioning in a Sample of Long-Term Practitioners of Mindfulness Meditation: *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2009 23: 226-241.
90. Williams M, Penman D. Mindfulness: An Eight-Week Plan for Finding Peace in a Frantic World, Macmillan Audio. 2011 17-19.
91. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2004 57(1):35-43.
92. Atalay Z. Şefkat; Zorlayıcı duygu ve durumlarla yaşayabilme sanatı. *İnkılap Kitabevi Yayın Sanayi ve Ticaret AŞ*. 2019 58-60.

93. Özyeşil, Z. Özanelayış ve bilinçli farkındalık. Ankara: Maya Akademi Yayıncılık. 2011.
94. Valley MA., Stallones L. Effect of mindfulness-based stress reduction training on health care worker safety: A randomized waitlist controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2017 59; 935-941.
95. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 63:757-766.
96. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2017 40:739-749.
97. Hayes JB, Luoma FW, Bond A, Masuda J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes *Behaviour Research and Therapy*. 2006 44; 1-25
98. Botha E, Gwin T; Purpora C. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports: 2015 13(10); 21-29
99. Good DJ, Lyddy CJ, Glomb TM. Contemplating Mindfulness at Work: An Integrative Review. *Journal of Management*. 2016 42(1);114-142.
100. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness Based Cognitive Therapy for Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Research*. 2010;187; K41-453.
101. Kang YS, Choi SY, Ryu E. The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse education today*. 2009 29(5);538-43.
102. York M. A qualitative study into the experience of individuals involved in a mindfulness group within an acute inpatient mental health unit. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2007 14(6);603-638.
103. Song YS. Depression, stress, anxiety and mindfulness in nursing students. *Korean Journal of Adult Nursing* 2011 23(4);397-402.
104. Carmody J, Reed G, Kristeller J, Merriam P. Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of psychosomatic research*. 2008 64(4);393-403.

105. Raab K, Sogge K, Parker N, Flament MF. Mindfulness-based stress reduction and self-compassion among mental healthcare professionals: a pilot study. *Ment Health Relig Cult*. 2015 18(6):503–512.
106. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DM, Kimmel S, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holist Nurs Pract*. 2005 19(1):26-35.
107. American Nurses Association. Executive summary: American Nurses Association health risk appraisal summary 2013-2016.pdf). [www.nursingworld.org](http://www.nursingworld.org/ERisim). (Erişim: 10.03.2021).
108. Bazarko D, Cate RA, Azocar F, Kreitzer MJ. The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *J Workplace Behav Health*. 2013 28(2):107-133.
109. Aşık E, Albayrak S. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2021 11(1): 16-20.
110. Özaydın E. Kuşaklar arasındaki farklılığın hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri üzerine etkisi [Uzmanlık tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
111. Penque S. Mindfulness to promote nurses' well-being. *Nursing Management*. 2019 50(5):38-44.
112. Gauthier T, Meyer RML, Grefe D, Gold JI. An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: A pilot. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015 30(2): 402-409.
113. Horner JK, Piercy BS, Eure L, Woodard EK. A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research*. 2014 27(3): 198-201.
114. Podgurski L, Greco C, Croom A, Arnold R, Claxton R. A brief Mindfulness-Based self-care curriculum for an interprofessional group of palliative care providers. *Journal of palliative medicine*. 2019 22(5):561-565.
115. Maren W, Martina-Barbara B, Tianshu F, Melanie W, Emily B, Roland B, Birgit K. (). Protective benefits of mindfulness in emergency room personnel, *Journal of Affective Disorders*. 2015 175:79-85.

116. Ricci-Allegra P. Spiritual Perspective, Mindfulness, and Spiritual Care Practice of Hospice and Palliative Nurses, *Journal of Hospice & Palliative Nursing*; 2018 20 (2);172-179.
117. Kim, Eun-Hwi. Convergence study on the effect of self-efficacy and mindfulness of nurses in a general hospital on job satisfaction. *Journal of the Korean Convergence Society*. 2016 7 (5), 107–116.
118. Jung Im C, Myung Suk K. Relations of Job Stress, Burnout, Mindfulness and Job Satisfaction of Clinical Nurses. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*. 2015 7(3);121-128.
119. Azak A. Hemşirelik Öğrencilerinin bilinçli farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2018 15(3):170-176.
120. Kılınçoğlu B. Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık ile mental iyi oluşun incelenmesi: Yüksek lisans tezi). *Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye*. 2020.
121. Kwon K, Lee SH. Occupational Stress and Coping Styles as Factors Affecting the Burnout of Clinical Nurses”, *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2012 18(4);. 383-393.
122. Byun D, Yom YH. Factors affecting te burnout of clinical nurses-focused on emotional labor. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2009 15(3);444-454.
123. Özveren H, Gülnar E, Özden D. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. 2017 8(2):57-64.
124. Bölükbaş N. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve etkileyen faktörler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2018 1(1):10-17.
125. Miller S, Mendelson T, Lee-Winn A, Dyer NL, Khalsa SBS. Systematic review of randomized controlled trials testing the effects of yoga with youth. *Mindfulness*. 2020 11(6):1336-1353.
126. Erkin Ö, Şenuzun Aykar F. The effect of the yoga course on mindfulness and self-compassion among nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020.
127. Butterfield N, Schultz T, Rasmussen P, Proeve M. Yoga and mindfulness for anxiety and depression and the role of mental health professionals: a literature review. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. 2017 12(1):44-54.

128. Pascoe, MC, Thompson DR, Ski CF. Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2017 86: 152–168.
129. Bernstein S. Being present: Mindfulness and nursing practice. *Nursing*. 2019 49(6):14-7.
130. Said Z, Kheng GL. A review on mindfulness and nursing stress among nurses. *Analitika: Jurnal Magister Psikologi UMA*. 2018 10 (1):31-45.
131. Mahon MA, Mee L, Brett D, Dowling M. Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training. *Journal of research in nursing*. 2017 22(8):572-8.
132. Chandramohan S, Bhagwan R. Spirituality and spiritual care in in the context of nursing education in South Africa. *Curationis*. 2015 38(2).
133. Unterrainer H-F, Ladenhauf KH, Moazedi ML, Wallner-Liebmann SJ, Fink A. Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*. 2010 49(3):192-197.
134. Jahandideh S, Zare A, Kendall E, Jahandideh M. Nurses' spiritual well-being and patients' spiritual care in Iran. *COJ Nurse Healthcare*. 2018 1(3):1-5.
135. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Sheikhi MR, Panarello B, Win MTM. Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. *Nursing ethics*. 2019 26(4):1101-13.
136. Kaya R. Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve spiritüel iyi oluşlarının belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Okan Üniversitesi; 2019.
137. Azarsa, T., Davoodi, A., Khorami Markani, A., Gahramanian, A., Vargaei, A. Spiritual wellbeing, Attitude toward Spiritual Care and its Relationship with Spiritual Care Competence among Critical Care Nurses. *Journal of caring sciences*. 2015 4(4), 309–320.
138. Mazaheri M, Falahi Khoshknab M, Sadat Madah S, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh*. 2009 8(1):31-39.
139. Kim-Sook H, Hye-Ah Y. The association between spiritual well-being and burnout in intensive care unit nurses: A descriptive study, *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018 46,92-97.
140. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research*. 2010 23(4):242-4.

141. Cho OH, Han, JS, Hwang, Kyung H. The nurse's subjective health status, attitude toward death, and spiritual well-being. *Journal of the Korea Contents Association*. 2013 13 (10), 375–384.
142. Ghasemi-Pirbaloti M, Ahmadi R, Alavi-Eshkaftaki SM, Alavi-Eshkaftaki SS. The association of spiritual intelligence and job satisfaction with mental health among personnel in Shahrekord University of Medical Sciences. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2016 16-24.
143. Samadifard HR, Narimani M. The Relationship between Moral Identity, Spiritual Well-being and Religious Orientation with Job Adjustment among Nurses. *Pajouhan Scientific Journal*. 2018 17(1):1-8.
144. Attia AK, Abd-Elaziz WW, Kandeel NA. Critical Care Nurses' Perception of Barriers and Supportive Behaviors in End-of-Life Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2013 30(3):297-304.
145. Stone PW, Gershon RRM. Nurse Work Environments and Occupational Safety in Intensive Care Units. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2006 7(4):240-247.
146. Karaman E, Erkin Ö, Göl İ. The Relationship Between Spiritual Care Levels of Turkish Nurses with the Spiritual Well-Being of Their Patients: An Exploratory Study. *Journal of Religion and Health*. 2021 1-12.
147. Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014 5(1);49-53.
148. Puchalski C, Jafari N, Buller H, Haythorn T, Jacobs C, Ferrell B. Interprofessional spiritual care education curriculum: A milestone toward the provision of spiritual care. *Journal of palliative medicine*. 2020 23(6):777-84.
149. Patil NJ, Nagaratna R, Tekur P, Manohar PV, Bhargav H, Patil D. A randomized trial comparing effect of Yoga and exercises on quality of life in among nursing population with chronic low back pain. *International journal of yoga*. 2018 11(3):208.
150. Anderson R, Mammen K, Paul P, Pletch A, Pulia K. Using yoga nidra to improve stress in psychiatric nurses in a pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2017 23(6):494-495.
151. Deible S, Fioravanti M, Tarantino B, Cohen S. Implementation of integrative coping and resiliency program for nurses. *Glob Adv Health Med*. 2015 4(2):28-33.

152. Ronaldson S., C. A. Spirituality and spiritual caring Nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal of Clinical Nursing*. 2012 21(15):2126-35.
153. Zare A, Jahandideh S. The impact of special wards nursing spiritual well-being upon patients' spiritual care. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2014 9(3):30-8.
154. Uygur D. Hemşirelerin spiritüel ve spiritüel bakım algısının belirlenmesi ve iş doyumu ile arasındaki ilişkinin incelenmesi: Yüksek lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri. 2016.
155. Kemper K, Bulla S, Krueger D, Ott MJ, McCool JA, Gardiner P. Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress. *BMC complementary and alternative medicine*. 2011 11(1):1-9.
156. Mathad MD, Rajesh SK, Pradhan B. Spiritual well-being and its relationship with mindfulness, self-compassion and satisfaction with life in baccalaureate nursing students: a correlation study. *Journal of religion and health*. 2019 58(2):554-65.

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma Başkent Üniversitesi tarafından desteklenen bir yüksek lisans çalışmasıdır. Araştırmanın amacı bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri ve spiritüel iyi oluşlarını belirlemektir. Bilinçli farkındalık; kişinin şu anda her ne oluyorsa, yargılamamanın süzgeci veya merceği olmaksızın tamamıyla farkında olmasıdır. Spiritüel iyi oluş; bireyin algıladığı yaşam kalitesinin önemli bir göstergesi olup, psikososyal ve dini unsurları da içerir. Spiritüel iyi oluş, kişiler arasında uyumlu ve entegre bir ilişki oluşmasına yardımcı olurken, bireyin hayatında istikrar, barış, uyum özelliklerinin gelişmesini sağlayarak kişinin kendisiyle, ilahıyla ve toplumuyla yakınlık duygusunu artırır.

Aşağıdaki ankette kişisel bilgileriniz hakkında sorular yer almaktadır. Lütfen tüm soruları ve açıklamaları dikkatlice okuyunuz ve içtenlikle cevap veriniz. Hiçbir sorunun boş bırakılmaması ve cevapların gerçeği yansıtması araştırma sonuçları açısından kritik bir önem taşımaktadır. Cevaplarınız gizli kalacak, araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup; araştırma sonrasında herhangi bir sorunuz olduğu takdirde aşağıdaki adresten araştırmacı ile irtibata geçebilirsiniz.

İlginiz ve katılımınız için sonsuz teşekkürler.

☐ Yukarıdaki açıklamayı okudum.

Araştırmacı: E. Tuğba Yorulmaz

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

E-posta:

EK 2: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

I. Tanımlayıcı Özellikler

1. Cinsiyet

☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaş:

3. Medeni durum

☐ Evli ☐ Bekar

4. Öğrenim durumu:

☐ Lisans ☐ Yüksek lisans ☐ Doktora

5. Çalıştığınız birim:

☐ Erişkin Klinikler ☐ Yoğun bakım üniteleri ☐ Poliklinik

6. Algılanan Sosyo-ekonomik Düzeyiniz:

☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

7. Meslekte çalışma süreniz?

.....

8. Bulunduğunuz birimdeki çalışma süreniz?

.....

9. Haftalık çalışma süreniz?

☐ 44 saat ve altı ☐ 45 saat ve üstü

10. Çalıştığınız birimi kendiniz mi seçtiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Çalıştığınız birimden memnun musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Çalışılan birim ile ilgili eğitim veya sertifika aldınız mı?

☐ Evet (açıklayınız) ☐ Hayır

13. Hemşire olarak çalışmaktan memnun musunuz?

☐ Çok memnunum ☐ Memnunum ☐ Kararsızım ☐ Memnun değilim

II. Spiritüel İyi Oluş ve Bilinçli Farkındalığa İlişkin Özellikler

1. Spiritüel iyi oluş hakkında eğitim aldınız mı? (Cevabınız hayır ise,3. soruya geçiniz)
☐Evet, aldım ☐Hayır, almadım
2. Spiritüel eğitimi nerede aldınız?
☐ Hemşirelik eğitimim sırasında
☐ Hizmet içi eğitim programlarında
☐ Kongre ve sempozyum vb. toplantılardan
☐ Okuduğum araştırma ve makale vb. yayınlardan
☐ Kitle iletişim ve basın yayın (televizyon, radyo, internet, gazete vb) organlarından
3. Daha önce hiç meditasyon veya yoga yaptınız mı?
☐Evet ☐Hayır
4. Şu anda meditasyon ya da yoga yapıyor musunuz?
☐Evet ☐Hayır
5. Daha önce psikolojik danışmanlık (psikiyatrist/psikolog/psikolojik danışman/akran danışmanlığı/yaşam koçu) hizmeti aldınız mı?
☐Evet ☐Hayır
6. Bilinçli farkındalık hakkında eğitim aldınız mı?
☐Evet ☐Hayır
Cevabınız evet ise eğitimi nerede ne zaman aldınız?.....
7. Sorumlu olduğunuz işler dışında gelişen olaylara karşı tepkiniz nasıldır?
.....
8. Çalıştığınız klinikte yapacağınız her işin neden sonuç ilişkisini düşünür müsünüz?
☐Evet ☐Hayır
9. Gün içinde klinikte çalışırken, kendinizi dalgın hisseder misiniz?
☐Evet ☐Hayır
10. Kendinizi ne kadar inançlı/dindar bir insan olarak tanımlarsınız?
☐Çok fazla ☐Oldukça ☐Kısmen ☐Çok az ☐Hiç
11. Kendinizi ne kadar spiritüel bir insan olarak tanımlarsınız?
☐Çok fazla ☐Oldukça ☐Kısmen ☐Çok az ☐Hiç

EK 3: Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça seyrek	Hemen hemen Hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim						
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.						
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım						
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.						
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.						
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum						
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatik bağlanmış gibi yapıyorum.						
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.						
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.						
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.						
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.						
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.						
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.						
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum						
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.						

EK 4: Spirituel İyi Oluş Ölçeği

	Bana hiç uygun değil	Bana uygun değil	Bana biraz uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen uygun
1. İlahi bir güce bağlı olmak bana güven verir					
2. Doğaya saygı duyulması gerektiğini düşünürüm					
3. Hayata dair bir hoşnutsuzluk duygusu hissedirim					
4. Bir problemle karşılaştığımda Allah'ın yardımını hissedirim					
5. Allah'ın gizli ve açık tüm duygu ve düşüncelerimi bildiğine inanırım					
6. Bütün canlıların saygıyı hak ettiğini düşünürüm					
7. Hayatımda büyük bir boşluk var					
8. Günlük hayatta Allah'ın kudretine şahit olurum					
9. Allah'ın beni sevdiğine ve önemseydiğine inanırım					
10. Yeryüzündeki tüm canlılara iyi davranırım					
11. Hayattan zevk almam					
12. Hayatımın her anında Allah'ın varlığını hissedirim					
13. Daha güçlü bir varlığa sığınma duygusu beni rahatlatır					
14. Kendimi doğanın bir parçası olarak görürüm					
15. Hayatımın amacını halen bulabilmiş değilim					
16.Yaşadığım her olayda bir hayır olduğuna inanırım					
17.İnancım, nasıl bir hayat süreceğime dair bana yol gösterir					

18.Yeryüzündeki bütün canlıların hakları benim için önemlidir					
19.Sorunlarımı çözmeye nereden başlayacağımı bilemem					
20.Yalnız kaldığımda Allah'ı ve yarattıklarını düşünürüm (tefekkür ederim)					
21.İnanç ve değerlerim, zorluklar karşısında dayanabilme gücümü artırır					
22.Doğayla uyum içinde yaşarım					
23.Zorluklar yaşadığımda bunalmış hissedirim					
24.İnancım, yaşadığım sıkıntılarda dahi olumlu tarafların olabileceğini görmemi sağlar					
25.Hayatta hiçbir şey sebepsiz değildir					
26.Hayatın beni mutsuz eden olaylardan ibaret olduğunu düşünürüm					
27.Her şeyin elimde olmadığını bilmek üzüldüğüm olaylar karşısında bir teselli kaynağıdır					
28.Yeryüzündeki her doğal varlığın eşsiz olduğuna inanırım					
29.Dünya hayatının geçici olduğuna inanmak beni hırslarımdan arındırır					

EK 5: Proje Onay

 1993 BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu	 T.C. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Sayı : 94603339-604.01.02/ Kamu Proje Onay	17459
	33.06.2020

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Hemşirelik Bölümünde görev yapmakta olan Dr. ~~Özge~~ Dyesi Banu Çevik'in danışmanlığında Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine Tuğba ~~Yorulmaz~~ sorumluluğunda yürütülecek olan KA20/264 ~~gala~~ "Hemşirelerde ~~girişimci~~ iyi oluş ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sonukluğa kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildirisi ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne ~~girişimci~~ ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje ~~no: 90~~) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonu'na desteklenmiştir.

— ~~This study was approved by Başkent University Institutional Review Board (Project no: 90) and supported by Başkent University Research Fund.~~

DAĞITIM

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

EK 6: Kurum İzni



Sayı : 92018189-604.01.03/ 19049
Konu : Anket Uygulama İzni Hk.

07/07/2020

ANKARA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Fakültemiz Hemşirelik Bölümü Öğretim Elemanlarından Dr.Öğr. Üyesi Banu Çevik' in yürütücüsü olduğu Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Emine Tuğba Yorulmaz'ın sorumluluğunda yürütülecek olan KA20/264 nolu "Hemşirelerde spiritüel iyi oluş ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile uygun görülmüştür.

Proje yürütücülerinin ekte sunulan araştırma soru formunu Üniversitemiz hastane ve merkezlerinde çalışan tüm hemşirelere 20 Temmuz -01 Kasım 2020 tarihleri arasında uygulayabilmesi hususunda gereğini bilgilerinize rica ederim.

Ek :

- 1- Proje Onayı
- 2- Proje Özeti
- 3- Anket

DAĞITIM

Ankara Hastanesi Başhekimliğine
Adana Dr.Turgut Noyan Uygulama ve
Araştırma Merkez Müdürlüğüne
Alanya Uygulama ve Araştırma Merkez
Müdürlüğüne
İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma
Merkez Müdürlüğüne
İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma
Merkez Müdürlüğüne
Konya Uygulama ve Araştırma Merkez
Müdürlüğüne

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 7: Bilinçli Farkındalık Ölçek Kullanım İzni

ölçek kullanım izni

Gelen Kutusu x



com>

26 May 2020 Sal 15:17

☆

Alıcı: edeniz ▾

Hocam iyi günler, iyi bayramlar dilerim. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim.

Hemşirelerde Spiritüel İyi Oluş ile Bilinçli Farkındalık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi isimli çalışmam için Bilinçli Farkındalık Ölçeğinizi (BİFÖ) kullanabilir miyim?

Saygılarımla E. 1

Teşekkür ederim.



.edu.tr

30 May 2020 Cmt 01:37

☆

Alıcı: den ▾

Tuğbe merhaba, ölçek ekli dosyada başarılar dilerim.

Yıldız Technical University

EK 8: Spiritüel İyi Oluş Ölçek Kullanım İzni

ölçek kullanımı izni



t

Alıcı: halileksi ▾

17 May 2020 Paz 19:36



Hocam iyi günler. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Hemşirelerde Spiritüel İyi Oluş ile Bilinçli Farkındalık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi isimli çalışmam için Spiritüel İyi Oluş Ölçeğinizi (SWBS) kullanabilir miyim?

Saygılarımla E

Teşekkür ederim.

Spiritüel İyi Oluş Ölçeği hk

Gelen Kutusu x



Merhabalar, size t

ı yönlendirmesiyle yazıyorum. Estağfurullah, ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili tüm bilgiler şu linkte: <https://toad>.

18 May 2020 02:19



t

Çok teşekkür ederim. Sonuçtan sizleri de haberdar ederim. 18 May 2020 Pzt 02:19 tarihinde Selami Kardaş <

_lgmail.com> şunu yazdı:

18 May 2020 02:21