



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE
DUYGUSAL BULAŞMA VE MANEVİ
BAKIM YETERLİLİĞİ DÜZEYİNİN
İNCELENMESİ**

Sevgi KÖROĞLU

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI PSİKİYATRİ
HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ARALIK 2022

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE DUYGUSAL BULAŞMA VE
MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİ DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği
Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARALIK 2022



TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında/Programında Sevgi Köroğlu tarafından hazırlanan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Duygusal Bulaşma ve Manevi Bakım Yeterlilik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan/Üye: Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ

İMZA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

.....

Danışman/Üye: Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL

İMZA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

.....

Üye: Doç. Dr. Gülgün DURAT

İMZA

Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.

.....

Tez Savunma Sınavı Tarihi: 01/12/2022

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Vekili

Tezin Teslim Edildiği Tarih: / /

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Sevgi KÖROĞLU

01/12/2022

ÖZET

Yoğun Bakım Hemşirelerinde Duygusal Bulaşma ve Manevi Bakım Yeterlilik Düzeyinin İncelenmesi

Amaç: Yoğun bakım üniteleri, stres etkenlerini barındıran ve holistik bakımın önemli olduğu özellikli birimlerdir. Holistik bakımın bir bileşeni olan manevi bakımın verilebilmesi için hemşirelerin belirli klinik becerilere ve özel kişilik özelliklerine sahip olması beklenmektedir. Bir kişilik özelliği olarak duygusal bulaşmaya yatkınlık, hemşirelerin hasta bakımında ve iş ortamında verimliliğini olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. Literatürde duygusal bulaşmanın hasta bakımını olumsuz etkileyebileceğine dair çalışmalar olmasına rağmen, yoğun bakım hemşirelerinde duygusal bulaşma ve manevi bakım yeterliliğini araştıran bir çalışma bulunamamıştır. Bu araştırmada; yoğun bakım hemşirelerinde duygusal bulaşma ve manevi bakım yeterlilik düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım ünitelerinde Aralık 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, yoğun bakım ünitesinde çalışan ve hasta bakımına katılan 199 hemşire dahil edilmiştir. Veriler Tanımlayıcı Bilgi Formu, Duygusal Bulaşma Ölçeği (DBÖ) ve Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği (MBYÖ) aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin analizi IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 paket programı ile yapılmıştır. Üç veya daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılmıştır. Gruplar arası farkı tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc analizinde ise Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişki boyutunun incelenmesinde Spearman korelasyon testinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki yoğun bakım hemşirelerinin DBÖ puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, haftalık çalışma saati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelerin MBYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, haftalık çalışma saati arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir.

($p<0,05$). Ayrıca hasta-hemşire etkileşimine ve manevi bakıma ilişkin bazı algıların duygusal bulaşma ve manevi bakım yeterliliğini etkilediği saptanmıştır. DBÖ ile MBYÖ toplam ve MBYÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre erkek ve evli olan hemşirelerin duygusal bulaşma yatkınlığı daha fazla ve manevi bakım yeterliliği daha yüksek, hastalık çalışma saati 61 saat ve üstü olan hemşirelerin ise duygusal bulaşma yatkınlığı daha az ve manevi bakım yeterliliği daha düşüktür. Hemşirelerin hasta hemşire etkileşimine ve manevi bakıma ilişkin bazı algıları duygusal bulaşma ve manevi bakım yeterliliğini etkilemektedir. Ayrıca duygusal bulaşma yatkınlığı arttıkça manevi bakım yeterliliği de artmaktadır. Bu araştırma sonuçlarının yoğun bakım hemşirelerinin yaşam kalitelerinin ve verdikleri bakımın kalitesinin artmasını sağlayacak girişimlere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Duygusal Bulaşma, Hemşire, Manevi bakım, Yoğun bakım

ABSTRACT

Investigation of Emotional Contagion and Spiritual Care Competence Level in Intensive Care Nurses

Objective: Intensive care units are specialized units that harbor stress factors and where holistic care is important. In order to provide spiritual care, which is a component of holistic care, nurses are expected to have certain clinical skills and special personality traits. As a personality trait, susceptibility to emotional contagion positively or negatively affects the efficiency of nurses in patient care and work environment. Although there are studies in the literature that emotional contagion can cause burnout and negatively affect patient care, there is no study investigating emotional contagion and spiritual care competence in intensive care nurses. This study aimed to determine the level of emotional contagion and spiritual care competence in intensive care nurses.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted in the intensive care units of Sakarya University Training and Research Hospital between December 2021 and June 2022. The study included 199 nurses working in the intensive care unit and participating in patient care. Data were collected using the Descriptive Information Form, Emotional Contagion Scale and Spiritual Care Competence Scale. Data were analyzed using IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 package program. Kruskal Wallis test was used for comparisons of three or more groups, Mann Whitney U test was used for comparisons of two groups, and chi-square test was used for comparisons of categorical data. Tamhane's T2 test was used in the Post Hoc analysis to determine the difference between the groups. Spearman correlation test was used to examine the relationship dimension between variables.

Findings: A statistically significant difference was found between the mean scores of the Emotional Contagion Scale and gender, marital status, and weekly working hours of the intensive care nurses in the study ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found between the total and subscale mean scores of the Spiritual Care Competence Scale and gender, marital status, and weekly working hours ($p < 0.05$). In addition, some perceptions of patient-nurse interaction and spiritual care were found to affect emotional contagion and spiritual care competence. There was a statistically significant positive relationship between the Emotional Contagion Scale and the Spiritual Care Competence Scale total and Spiritual Care Competence Scale's sub-dimensions ($p < 0.05$).

Result: According to the results of the study, nurses who are male and married have a higher tendency to emotional contagion and higher spiritual care competence, while nurses who work 61 hours or more have a lower tendency to emotional contagion and lower spiritual care competence. Some perceptions of nurses regarding patient-nurse interaction and spiritual care affect emotional contagion and spiritual care competence. In addition, as emotional contagion predisposition increases, spiritual care competence also increases. The results of this study will guide initiatives to increase the quality of life of intensive care nurses and the quality of care they provide.

Keywords: Emotional Contagion, Nurse, Spiritual care, Intensive care



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca alandaki bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan, tez çalışmam boyunca rehberliğini ve desteğini benden esirgemeyen değerli tez danışmanım Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ’e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli görüşleri ile katkıda bulunan ve bilgileriyle ışık tutan değerli hocalarım Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL ve Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ’a

Tez çalışmam boyunca bilgisini, deneyimini benden esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Gülgün DURAT’a,

Hayatımın her döneminde maddi ve manevi olarak bana destek olan, zorlandığım her an yanımda olan ve beni motive eden biricik babam Mehmet KÖROĞLU’na, biricik annem Emine KÖROĞLU’na ve sevgili kardeşim Sema KÖROĞLU’na,

Hayatımın her alanında olduğu gibi tez çalışmamı hazırlarken de varlığını hep hissettiğim, bana her zaman güvenen sevgilim Orhan Enes GÖKBEL’e,

Tez çalışmam boyunca tecrübeleriyle yanımda olan ve beni cesaretlendiren sevgili arkadaşlarım Nilgün SERT BAŞ ve Ahsen DEMİRHAN’a, bana her zaman güvenen sevgili arkadaşlarım Ebru KARA, Özlem YILMAZ’a

Çalışmamın uygulanması ve yürütülmesi için katkıda bulunan başta Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Sayın Yavuz BİNGÖL olmak üzere değerli yoğun bakım hemşirelerine en içten sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sevgi KÖROĞLU

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLO LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
1.3. ARAŞTIRMA SORUSU	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DUYGUSAL BULAŞMA	3
2.1.1. Duygu Kavramı.....	3
2.1.2. Duyguların Oluşumu	4
2.1.3. Bilinç ve Bilinçaltında Duygu.....	4
2.1.4. Duygunun İşlevleri	5
2.1.5. Duygusal Bulaşma Kavramı	6
2.1.6. Duygusal Bulaşma Süreci	6
2.1.7. Duygusal Bulaşmayı Etkileyen Faktörler.....	7
2.1.8. Duygusal Bulaşmanın Olumlu ve Olumsuz Yönleri	8
2.1.9. Duygusal Bulaşma Türleri	9
2.1.9.1. Açık Duygusal Bulaşma	9
2.1.9.2. Örtük Duygusal Bulaşma	9
2.1.10. Duygusal Bulaşmayla İlişkili Kavramlar	10
2.1.11. Duygusal Bulaşma ve Hemşirelik	11
2.2. MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİ	12
2.2.1. Bütüncül Bakım	12
2.2.2. Maneviyat Kavramı	13
2.2.3. Manevi Bakım.....	14
2.2.3.1. Manevi Bakım Sağlayıcılar	14
2.2.3.2. Manevi Bakım ve Hemşirelik	15
2.2.3.3. Manevi Bakımda Hemşirelik Süreci.....	16

2.2.3.4. Manevi Bakımı Engelleyiciler ve Kolaylaştırıcılar	20
2.2.3.5. Manevi Bakımın Sonuçları.....	20
2.2.4. Manevi Bakım Yeterliliği Kavramı	21
2.3. MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİ VE DUYGUSAL BULAŞMA	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	24
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	24
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	25
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	25
3.5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerini Tanıtıcı Bilgi Formu (Bk. Ek 3)	26
3.5.2. Duygusal Bulaşma Ölçeği (Bk. Ek 4).....	26
3.5.3. Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği (Bk. Ek 5)	26
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	27
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	28
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	28
4. BULGULAR	29
4.1. YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	29
4.2. YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARI	33
4.3. DUYGUSAL BULAŞMA VE MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ	42
5. TARTIŞMA	43
5.1. DUYGUSAL BULAŞMAYA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	43
5.2. MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI ...	46
5.3. DUYGUSAL BULAŞMA VE MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI	48
6. SONUÇLAR	50
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER	63
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ.....	74

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	29
Tablo 4.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Hayatı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	30
Tablo 4.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta-Hemşire Etkileşimine İlişkin Algılarına Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.1.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Manevi Bakıma İlişkin Algılarına Göre Dağılımı.....	32
Tablo 4.2.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Manevi Bakım Yeterliliği Ölçeği ve Duygusal Bulaşma Ölçeği Puan Ortalamaları.....	33
Tablo 4.2.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin MBYÖ ve DBÖ Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.2.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin MBYÖ ve DBÖ Puan Ortalamalarının İş Hayatı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.2.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin MBYÖ ve DBÖ Puan Ortalamalarının Hemşire-Hasta Etkileşimine İlişkin Algılarına Göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.2.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin MBYÖ ve DBÖ Puan Ortalamalarının Manevi Bakıma İlişkin Algılarına Göre Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.3.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin DBÖ ile MBYÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	42

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANHA: The American Holistic Nurses Association (Amerikan Holistik Hemşireler Birliği)

DBÖ: Duygusal Bulaşma Ölçeği

EMG: Elektromiyografi

LIWC: Linguistic Inquiry and Word Count (Dilbilimsel Araştırma ve Kelime Sayımı)

MBYÖ: Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği

NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association International (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)

TDK: Türk Dil Kurumu

TJC: The Joint Commission (Uluslararası Ortak Komisyon)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Yoğun bakım üniteleri, karmaşık yapıları ve dinamik ilişkileri barındıran stresli ortamlardır. Hastaların durumunun ağır ve kritik olması, burada çalışmanın yüksek düzeyde bilgi ve beceri gerektirmesi, teknik ekipman kullanımı, acil olaylara hızlı cevap verme, ağır iş yükü, ekip üyeleri arasındaki iletişim çatışmaları gibi bir çok stresörü barındırır (Günüşen, 2017; Uçar et al., 2016). Bunun yanında yoğun bakım üniteleri ortamın aydınlatılmasının doğal olmaması, düşük ya da yüksek ses düzeyi, doğal hava akışının sağlanamaması gibi fiziksel yapıdan kaynaklanan stresörler de içermektedir (Tunçay & Uçar, 2010). Yoğun bakım ünitelerinin bu özelliklerinden dolayı burada çalışan hemşirelerde stres, sık görülen bir durumdur (Gelsema et al., 2005). Literatürde, yoğun bakım hemşirelerinde stresin önemli yordayıcılarından birinin “duygusal bulaşma” olduğu belirtilmektedir (Omdahl & O'Donnell, 1999). Duygusal bulaşma; alıcının, göndericinin yüz ifadelerini, sözlü veya postüral ifadelerini otomatik, istemsiz taklit etmesi yani afferent geri bildirimler aracılığıyla duygusal ifadenin alıcıda da ortaya çıkmasıdır (Hatfield et al., 1994). Duygusal taklit olmaksızın bireylerin, diğerlerinin duygusal ifadelerini yakalayabileceği ve sosyal karşılaştırma ile duruma uygun yanıt verebileceğinin açığa çıkması; duygusal bulaşmanın sosyal bağlamını da görünür hale getirmiştir (Parkinson, 2011). Duygusal bulaşmaya duyarlı hemşirelerin daha iyi empati kurabildiği, hastanın sadece öfkesini değil, endişe ve korkusunu da algılayabildiği, böylece daha kaliteli bakım verebildiği vurgulanmaktadır (Tee, 2015). Bu kapsamda yoğun bakım hemşirelerinin duygusal bulaşma düzeylerinin bakım rollerini etkileyeceği söylenebilir.

Bilinçli veya bilinçsiz hastaların holistik bakımını üstlenen yoğun bakım hemşirelerinin önemli rollerinden biri de manevi bakım sağlamaktır. Manevi bakım; hastaların kriz dönemlerinde bir amaç ve anlam bulmalarında, zorlu yaşam olaylarıyla başa çıkmada rehberlik etmektir (Karagül, 2012). Hemşirelikte manevi bakımın amacı ise endişeyi azaltmak, umut aşlamak ve hastaların iç huzurunu güçlendirmek adına yaşamdaki zorlukları irdelemektir (Weathers et al., 2016). İnsan ruhuna gösterilen bu özen hemşirelik uygulamalarının önemli bir parçasıdır (Carr, 2008). Manevi bakımın hem hasta hem de

hemşirenin bakımdan memnun olma düzeyini artırdığı bilinmektedir (Gallison et al., 2013). Literatürde manevi bakımla ilgili çalışmalar sınırlı sayıda (Carr, 2010; Ergül et al., 2004) olup, yoğun bakım hemşirelerinde manevi bakım ve duygusal bulaşmayı araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma yoğun bakım hemşirelerinde manevi bakım yeterlilik ve duygusal bulaşma düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Duygusal bulaşma ve manevi bakım yeterlilik düzeyinin belirlenmesi bakımın kalitesini artırmaya yönelik girişimlerin planlanmasında yol gösterici olacaktır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, yoğun bakım hemşirelerinde duygusal bulaşma ve manevi bakım yeterlilik düzeyini belirlemektir.

1.3. ARAŞTIRMA SORUSU

1. Yoğun bakım hemşirelerinde duygusal bulaşma düzeyi nedir?
2. Yoğun bakım hemşirelerinde duygusal bulaşma düzeyini etkileyen faktörler nedir?
3. Yoğun bakım hemşirelerinde manevi bakım yeterlilik düzeyi nedir?
4. Yoğun bakım hemşirelerinde manevi bakım yeterlilik düzeyini etkileyen faktörler nedir?
5. Yoğun bakım hemşirelerinde duygusal bulaşma ile manevi bakım yeterlilik düzeyi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DUYGUSAL BULAŞMA

2.1.1. Duygu Kavramı

Duygusal bulaşma kavramını anlayabilmek için öncelikle ‘‘duygu’’ kavramını ele alınması gerekmektedir. Duygular ve duygu kavramı, psikoloji, felsefe ve sosyoloji bilim dallarında sıklıkla incelenmiştir; ve insan davranışlarının yordayıcısı olan duygular, bilim dünyasının ilgisini çekmiş ve tanımı, kavramsal çerçevesi araştırma konusu haline gelmiştir (Winter, 2018). Farklı disiplinlerin, duyguları açıklama çabasından doğan çatışmalar sebebiyle tanımda fikir birliği sağlanamamış (Izard, 2010), farklı disiplinler ve otoriteler duygunun tanımında farklı yönler odaklanmışlardır. Türk Dil Kurumu (TDK), duyguyu ‘‘belirli nesne, olay veya bireylerin iç dünyasında uyandırdığı izlenim; duyularla algılama, his; önsezi; kendine özgü bir ruhsal hareket ve hareketlilik; nesneleri veya olayları ahlaki ve estetik yönden değerlendirme yeteneği’’ tanımıyla açıklamıştır (*Duygu Ne Demek TDK Sözlük Anlamı*, n.d.). Lindsley tarafından, nörolojik ve kimyasal bütünleşmenin sonucunda ortaya çıkan bir davranış fenomeni olarak tanımlanmıştır (Lindsley, 1951). Scherer ise; duyguları bilişsel, nörofizyolojik, motivasyonel, motor ifade ve öznel duygu bileşenlerinin bir ürünü olarak değerlendirmiştir ve bu bileşenlerin alt sistemlerinin, bağımsız fakat koordineli bir şekilde çalıştığını vurgulamıştır. Bağımsız fakat koordineli bileşenlerin sosyal, bilişsel, klinik ve sinirbilimcilerin işbirliğiyle izlenmesi ise ‘‘duygu’’ kavramının multidisipliner olması gerektiğini belirtmiştir (Russell, 2009; Scherer, 2009).

Duygular, ‘‘sosyal-tarihsel bağlamların bir parçası olarak işlemler sırasında hedeflere ulaşmada veya standartlar veya inançları sürdürmede algılanan başarılarla ilişkin bilinçli ve / veya bilinçsiz yargılardan ortaya çıkan sosyal olarak yapılandırılmış, kişisel olarak hayata geçirilmiş varoluş biçimleridir’’ (Schutz et al., 2006). Duyguların, davranışta kendini gösterdiği yollar sosyal uzlaşmalar tarafından koşullandırılmıştır. Bir sosyal grup içerisinde neyin sevgi veya nefret, minnettarlık veya kızgınlık olduğunu belirleyen sosyal uzlaşmalardır. Bu yüzden, doğal bir temeli olsa da kültürden kültüre, toplumdan topluma zaman içerisinde değişiklik gösterebilmektedir. Dolayısıyla, duygular ve duygusal deneyimler kişinin etkileşime girdiği çevreden ayrı düşünülmemektedir. Duygular, tartışmalarda ağır basan

nedenlerin, arzuların, nesneyle ilişkili düşüncelerin ürünüdür. Öyleyse, kişinin duyguları arzularından, özlemlerinden, hayal dünyasından doğmaktadır (Hacker, 2004).

2.1.2. Duyguların Oluşumu

Duyguların oluşumu ile ilgili çalışmalar son dönemlerde, nörogörüntülemenin de gelişimiyle artmış olsa da erken dönem çalışmaları günümüz duygusal beynin tanımlanmasında önemini korumaktadır. Erken dönem çalışmalarından Cannon ve Bard'ın 1920'de başlayan çalışmaları, duygusal beynin merkez üssü olarak hipotalamusu işaret etmiştir (Ross, 2021). Duygusal beynin, beynin farklı bölgelerinde dağıtılmış bir mekanizma olduğu fikri de aynı dönemde tartışılmıştır. Erken dönem çalışmalarında da duyguların oluşması ve somutlaştırılmasının beynin bölgesel aktivasyonu ile mi ağ yapısıyla mı sağlandığı ikilemi araştırmacılar tarafından tartışma konusu olmuştur. 1930 yılında Papez, hipotalamus, hipokampus, anterior talamus ve singulat girusu da içeren dağılmış bir mekanizma önermiştir (Esperidião-Antonio et al., 2017). MacLean'ın viseral beyin veya "limbik sistem" önerisi (Ross, 2021), Pankseep'in temel duygular için özelleşmiş subkortikal devre çerçevesi (Panksepp, 2004) günümüz duygusal beynin tanımlanmasında önemini korumaktadır. Günümüzde, duyguların beyin temelinin vücut sinyallerine duyarlı ve dağılmış kortikal-subkortikal ağları içerdiği görüşü sıklıkla bildirilmektedir (Pessoa, 2017).

Davranışsal ve duygusal cevabımızı düzenleyen limbik sistem, beynin derinliklerinde, ventriküllere paralel, amigdala ve hipokampusu bulunduran köprü sistemleridir. Duyguların gülme, durgunluk, saldırganlık gibi davranışlarla dışavurumunda yardımcıdır. Yeme-içme isteği, huzursuzluk, heyecan, seksüel istek veya isteksizlik gibi fonksiyonları bulunmaktadır (Nazlıkul, 2015).

2.1.3. Bilinç ve Bilinçaltında Duygu

Her bir duygu bağımsız mekanizmalar tarafından harekete geçirilmekte ve duygunun gerektirdiği çeşitli bileşen değişikliklerine (bilişler, yüz ifadeleri vb.) yol açmaktadır (Brown et al., 2020). Örneğin; gözyaşları üzüntüye işaret etmektedir (Cordaro et al., 2016). Duygu deneyimleri, olumlu-olumsuz duygu spektrumunda değerlendirilmekte ve farklılık göstermektedir. Temel olumsuz duygular, minimal birinci dereceden bilişsel aktivasyonu

gerektirir ve gelişim dönemlerindeki zorlanmaların, tehditlerin bir sonucu olarak hayatta kalma güdüsüyle ortaya çıkar; otomatik, hızlı ve bilinçsizdir (Izard, 2007, 2009; Izard et al., 2011). Duygusal şemalar, yaşamsal olaylar sayesinde zenginleşmekte ve duygusal hafızaya kaydedilmektedir (Taylor & Uchida, 2019). Temel duygulara tezat olarak duygu şemaları üst düzey bilişsel aktivasyon gerektirir, ortaya çıkması için uyarının şiddetli olması gerekli değildir (Ellsworth & Scherer, 2003; Izard, 2009; Izard et al., 2007). Var olan duygusal şemaların harekete geçmesi ise duygulara sebep olmaktadır (Taylor & Uchida, 2019). Duyguları, farkındalık seviyesinde, potansiyel olarak erişilebilir, rapor edilebilir deneyimler olarak düşündüğümüzde düşük ve orta seviyedeki olumlu duygular bilinç seviyesinde işlenmemektedir (Izard et al., 2007). Bağımsız mekanizma ve bileşen anlayışına rağmen, tüm duyguların birden fazla bileşen değişikliğini paylaştığı ve ortak payda da buluştuklarına dair görüşler de bulunmaktadır (Siegel et al., 2018; Witkower & Tracy, 2019). Aynı duygusal sözcüklerin bazen farklı duyguları işaret etmesi örnek olarak verilebilmektedir (Weidman et al., 2017).

Birey, olumlu ya da olumsuz tüm duyguları barındırmakta ve yaşamsal olaylarla birlikte duyguların tümünü deneyimleyebilmektedir. Fakat bireyin bu duyguları kendi ve diğerleri için yapıcı, anlaşılabilir hale getirmesi önem arz etmektedir. Sonucunda, daha verimli ve üretken olan insanoğlunun yaşam kalitesinin artması da kaçınılmaz olacaktır (Lewis, 1993).

2.1.4. Duygunun İşlevleri

Duyguların, motivasyon ve düzenleyici işlevlerinin olduğu iyi bilinmektedir. Öfkenin üzüntüden farklı olarak saldırganlığa yol açma olasılığının yüksek olması, farklı duyguların farklı motivasyonlara yol açmasıyla açıklanmaktadır (Harmon-Jones, 2019). Kişiyi motive eden duygular, eyleme geçmesine de sebep olmaktadır. Tehlikeli bir nesneden korkmak ve korkuyla nesneden uzaklaşmak örnek olarak verilebilmektedir. Kişiyi eyleme geçirmekle kalmayıp duyguya özel, spesifik fizyolojik tepkileri de ortaya çıkarmaktadır (Hacker, 2004).

2.1.5. Duygusal Bulaşma Kavramı

Göndericinin duygusal ifadelerinden etkilenen alıcının duygusal deneyimi için literatürde pek çok terim kullanılmıştır. Bunlardan en dikkat çeken, “duygusal bulaşma” terimi olmuştur (Wróbel & Imbir, 2019). Adam Smith’in içinde bulunduğu erken dönem araştırmacıları, duygusal bulaşmayı bilinçli akıl yürütme, analiz ve hayal gücünden oluşan kompleks bir süreç olarak değerlendirmişlerdir. Fakat, daha incelikli ve otomatik bir süreç olduğu 1990’ lı yıllara gelindiğinde anlaşılmıştır (Decety & Ickes, 2013). Duygusal bulaşma, alıcının, göndericinin yüz ifadelerini, sözlü veya postüral ifadelerini otomatik, istemsiz taklit etmesi yani afferent geri bildirimler aracılığıyla duygusal ifadenin alıcıda ortaya çıkması olarak tanımlanmıştır (Hatfield et al., 1994).

2.1.6. Duygusal Bulaşma Süreci

Hatfield ve arkadaşları (1994), duygusal bulaşmayı tanımlamak adına enfeksiyon yayılımını metafor olarak kullanmışlardır. Duyguları mikroplara benzetmişlerdir ve tıpkı enfeksiyonun yayılması gibi duyguların da yayılmasının otomatik bir süreç olduğunu vurgulamışlardır. İki aşamadan oluştuğunu savundukları “ilkel duygusal bulaşma” sürecini; alıcının bilinçsiz, istem dışı göndericinin duygusal ifadelerini taklit etmesi ve afferent geri bildirimler aracılığıyla duygusal ifadenin alıcı da ortaya çıkışı olarak açıklamışlardır (Hatfield et al., 1994). Duygusal taklit, etkileşime girilen bireylerin yüz ifadeleri, sözlü veya postüral ifadelerinin taklididir. Afferent geri bildirim süreçleriyle kişinin öznel duygularında, göndericinin duygularına yaklaşma mümkündür. Nihayetinde kişi, bu duyguların farkına varabilir ancak süreç, bilinçaltında işler ve otomatiktir (Hess & Fischer, 2013; Shaw et al., 2021). Fakat, ilkel duygusal bulaşmanın özünde duygusal taklit olmasına rağmen bazı çalışmalar; duygusal taklit olmaksızın alıcının, göndericinin duygularının yakalayabileceği ortaya çıkarmıştır (Herrando & Constantinides, 2021; van der Schalk et al., 2011). Duygusal bulaşmanın bilişsel yönüne eğilen araştırmacılar; kişilerin gösterilecek dikkati belirlemesinin ardından çevresindekilerle kendi ruh hallerini karşılaştırmaları ve duruma uygun görünen şekilde yanıt verilmesine olanak sağlayan sosyal karşılaştırmanın “sosyal değerlendirmeye dayalı duygusal bulaşma”nın mekanizması olduğunu savunmuşlardır (Deng, 2018; Parkinson, 2011). Bruder ve ark. (2014), bir bireyin duygu deneyiminin kolektif duyguya dönüşümünü gösterdiği uçak türbülansı örneğinde; uçuşun güvenliği konusunda soru işareti

yaratarak kişiyi, diğer yolcuların duygusal ifadelerini değerlendirmeye itmesi, sosyal değerlendirmeye dayalı duygusal bulaşmanın kavranması bağlamında önemlidir (Bruder et al., 2014). Evrimsel bir bakış açısından bakıldığında duygusal bulaşmanın sosyal bağlamda değerlendirilmemesi mümkün değildir. Çevresel bilgileri başkalarından öğrenmenin yollarından biri olarak duygusal bulaşma, ‘‘sosyal öğrenme’’ yöntemi olarak görülebilmektedir. Örneğin; bir birey korku duygusunu gösteriyorsa, bu duyguya sebep olan bir tehlike olabilir. Dolayısıyla gözlemcide korku duygusunu uyanır ve kendisini korumak adına eyleme geçebilir (Nakahashi & Ohtsuki, 2015).

İlkel duygusal bulaşma ve sosyal değerlendirmeye dayalı duygusal bulaşma birbirlerinden bağımsız değildir. Taklit doğası gereği sosyal olmasına karşın, yapılan çalışmalar laboratuvarlardaki duygusal uyaranlara maruz kalan pasif katılımcının elektromiyografi (EMG) ile izlenmesidir (Mui et al., 2018). Duygusal bulaşma çalışmalarında, duygu temelli içerik sunumu (görsel uyaranlar) (Hanjalic, 2006), video stimülasyonu ve filmlerin kullanımı yaygındır (Arifin & Cheung, 2008). Dahası, duygusal bulaşmayı değerlendirmek için yüz ifadelerinin izlendiği yüz EMG’lerinden yararlanan çalışmalar, yapay ortamlarda yapılmaktadır (Deng & Hu, 2018; Tamietto & De Gelder, 2008). Son yıllarda yapılan çalışmalar ise alana yenilik katacak niteliktedir. Beck ve arkadaşları (2018), 2012 yılı boyunca bir psikiyatri koğuşunda yatan hasta grubunda saldırganlık ve kendine zarar verme davranışının belirli zaman dilimlerine kümелendiğini ve ‘‘tetikleyen’’ olayın etkisinin 48 saate kadar hissedildiğini gözlemlemişlerdir (Beck et al., 2018). Park ve Conway (2017) ise, çevrimiçi depresyon topluluğunda duygusal bulaşmayı, dilbilimsel araştırma ve kelime sayımı (LIWC) programını kullanarak araştırmıştır. Çevrimiçi depresyon topluluğuna uzun süreli katılımın yeni iç görüler sağladığı ve olumlu duygusal değişikliğe yol açtığı gözlemlenmiştir (Park & Conway, 2017). Doğal ortamlarda ve otomatikliğin minimize edildiği deneysel kanıtlar, duygusal bulaşmanın sosyal bağlamının anlaşılmasında alana katkı sağlamaktadır.

2.1.7. Duygusal Bulaşmayı Etkileyen Faktörler

Duygusal bulaşma, bireysel farklılıklar nedeniyle her zaman yaşanmamaktadır. Başkalarının duygusal ifadelerinin farkında olan, kendilerini başkalarıyla ilişkili olarak yorumlayan, çevresel geri bildirimlerden güçlü şekilde etkilenen, taklit etme eğilimi yüksek,

duygusal açıdan duyarlı kimseler duygusal bulaşmaya daha yatkındır (Hatfield et al., 1994). Kadın cinsiyetin erkek cinsiyete göre daha fazla duygusal bulaşmaya maruz kaldığı (Kevrekidis et al., 2008; Lundqvist, 2006), bireyci kültürlerdeki insanların, kolektivist kültürlerdeki insanlardan daha az taklit ve bulaşmaya eğilimli olduğu (Hatfield et al., 2014) ve icra edilen mesleğin de duygusal bulaşmaya etkilediği bilinmektedir. Örneğin; Doherty ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada, henüz kariyer seçimini yapmamış öğrenciler, deniz piyadeleri ve doktorlara göre daha fazla duygusal bulaşmaya maruz kalmıştır (Doherty et al., 1995).

Kişilerarası ilişkilerde, bağlılıkla duygusal bulaşmanın pozitif ilişki gösterdiği (Kimura et al., 2008); sosyal gücü düşük olan kişilerin, sosyal gücü yüksek olan kişilerin duygularına daha duyarlı oldukları bilinmektedir (Hatfield et al., 2014). Literatürde, kişilik bozuklukları ile duygusal bulaşmayı irdeleyen çalışmalar da mevcuttur. Czarna ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmalar sonucunda narsisizm seviyesi yüksek olan bireylerin, narsisizm seviyesi düşük olan bireylere göre “duyguları yakalama” olasılığı daha düşüktür (Czarna et al., 2015).

2.1.8. Duygusal Bulaşmanın Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Duygusal bulaşma; kişi, grup, toplum bazında duyguların yayılımı ile ilişkilidir. Uyarılara maruziyet, duygunun niteliği gibi pek çok faktör kişilerin olumlu ya da olumsuz etkilenmesinde rol oynamaktadır. İşyerinde sevinç gibi olumlu duyguların bulaşması, iş kazalarına yol açacak bilişsel hataları en aza indirmektedir (Fredrickson, 2001; Petitta et al., 2019). İşyerindeki sorumluluk ve görevlerin yerine getirilmesinde bilişsel süreçleri olumsuz etkileyen olumsuz duygusal bulaşma ise güvenlik sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. İşyeri kazalarının artışına yol açmaktadır (Petitta et al., 2019; Wallace & Chen, 2005). İş dünyasının önemli bir sorunu olan tükenmişliğin, duygusal bulaşmadan etkilendiğini söylemek mümkündür. ABD’ de 367 çalışan elde edilen veriler, iş güvensizliğinin eşlik ettiği olumsuz duygular (korku) ile tükenmişlik arasında pozitif ilişki; olumlu duygular (sevinç) ile tükenmişlik arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir (Petitta & Jiang, 2020). Toplam 289 hemşire arasında yapılan bir çalışmada; duygusal bulaşma, işyeri refahının ve mesleki bağlılığın azalmasının önemli bir belirleyicisi olarak bildirilmiştir (Liu et al., 2021).

2.1.9. Duygusal Bulaşma Türleri

Duygular, algı, tutum ve davranışlarda ve kişilerarası ilişkilerin vazgeçilmez ögesidir. Duygularımızın, tutum ve davranışlarımızın temeli olduğunu söylemek mümkündür (Kervanci, 2008). İlişkilerimizin vazgeçilmezi olan duyguları edinmede diğerlerinden nasıl etkileniriz? Kişilerin ya da grupların duygu yakınsamasını gerçekleştirmesi açık ve örtük duygusal bulaşma olarak iki başlık altında incelenmektedir.

2.1.9.1. Açık Duygusal Bulaşma

Açık duygusal bulaşma, duygusal bulaşmanın sosyal yönünü içeren bir mekanizmadır. Kişinin, duygu uyaran olayların ayrıntıları, kendi duyguları, duygusal tepkileri ile ilgili olarak açık ve daha çok sözel uyaranları barındıran bir iletişim kurmasıyla açıklanan mekanizmadır (Barsade et al., 2009). Grubun içerisindeki aktif katılımcının duygusal iletişimi sayesinde, diğer grup üyelerine bir duygu akışı olacaktır. Sonuçta, grubun diğer üyeleriyle aktif katılımcı arasında duygusal yakınsama görülecektir (Rhee et al., 2020).

2.1.9.2. Örtük Duygusal Bulaşma

Örtük duygusal bulaşma, ilkel bulaşma kavramından yola çıkarak anlaşılabilmektedir; kişilerin istem dışı başkalarının duygusal ifadelerini taklit ettiği örtük, otomatik bir süreçtir (Barsade et al., 2009). Kişi, bir başkasının yüz ifadelerini, seslendirmelerini, vücut postürlerini, hareketlerini taklit eder. Kendi duygusal ifadeleri ile bir başkasının duygusal ifadesini senkronize eder ve sonucunda duygusal yakınsama görülür (Hatfield et al., 1994). Pasif katılım kavramı hem ince hem de açık olmayan duygusal ifadelerin gözlemlenmesini içermektedir. Grubun içindeki pasif katılımcının duygusal iletişimin bir izleyicisi olduğunda bile grubun ortak duygularına yakınlaşması mümkündür (Rhee et al., 2020).

Açık ya da örtülü duygusal bulaşma mekanizmalarında, duyguları paylaşma derecesi duygusal etkileşimlerin uzunluğu ve sıklığından etkilenmektedir (Lanaj & Jennings, 2020). Kişiler, etkileşime ne kadar uzun süre ve daha sık katılırsa duygusal ifadelerini o denli fazla gözlemlene olasılığı olacaktır. Dolayısıyla, kişiler daha fazla benzer duygulara sahip olacaktır.

2.1.10. Duygusal Bulaşmayla İlişkili Kavramlar

Duygusal bulaşma ve duygu düzenleme arasındaki ilişkinin niteliği tartışmalı bir konu olmuştur. Üç katmanlı duygu sistemi; duygusal bulaşma, duygu düzenleme ve sonucunda ruh hali oluşumunu izleyen bir süreç olarak açıklanmıştır (Kuang et al., 2019). Duygusal zekanın bileşeni olarak duygu düzenleme, amaç doğrultusunda duygusal tepkileri izleme, duygunun ifade edilişini etkileme ve ayarlama sürecidir (Gross, 2015). Üç katmanlı duygu sisteminde, duygu düzenleme ve duygusal bulaşmanın tamamlayıcı olduğu ve aralarındaki pozitif ilişkinin varlığı çıkarımları yapılabilmektedir. Fakat, Papousek ve ark. (2008), duygu düzenleme ile duygusal bulaşma arasındaki negatif ilişkiyle ilgili deneysel kanıtlar sunmuşlardır. Hüzünlü film izleyen katılımcıların, duygu düzenleme yeteneği yüksek ve duygu algısında zayıf olanlar ile duygusal bulaşmayı en zayıf yaşayanların aynı katılımcılar olduğu gözlemlenmiştir (Papousek et al., 2008).

Duygusal bulaşma, “empati”nin kökenini anlamak adına araştırmacıların yoğun ilgi gösterdiği bir kavram olmuştur (Panksepp & Panksepp, 2013). Bugün bile empatinin tanımını yapmada bir fikir birliği sağlanamamıştır. Fakat, klinik psikologlar empatinin üç beceri gerektirdiği konusunda hemfikirdir. Bunlar; diğer kişilerin duygularını paylaşma yeteneği, başka birinin ne hissettiğini anlamaya yönelik bilişsel yetenek, sosyal olarak yarar sağlamak adına kişinin duygularına şefkatle cevap verme yeteneğidir (Decety & Jackson, 2004). Diğer insanların duygularını paylaşma ve hissetme, duygusal bulaşmanın özüdür. Dolayısıyla, empati ve duygusal bulaşma farklı kavramlar olsa da empatinin gelişebilmesi için duygusal bulaşmanın olması gerekmektedir. Rymarczyk ve arkadaşları (2016) tarafından, duygusal empati ve otomatik taklitin ilişkisi araştırılmış ve otomatik taklitin, duygusal empatinin önemli bir bileşeni olduğu bulunmuştur. Katılımcıların taklit etme davranışını ölçmek için elektromiyografik aktivite kullanılmış ve duygusal empati düzeyi yüksek katılımcıların; dinamik (videolar) ve statik (fotoğraflar) uyaranlardaki yüzlerin duygularıyla, uyumlu yüz kasları hareketi ve öznel deneyimler gösterdikleri açığa çıkarılmıştır (Rymarczyk et al., 2016). Bu bulguların ışığında, empati için gerekli olan en düşük seviyeli yeteneğin duygusal bulaşma ve dolayısıyla motor taklit olduğu söylenebilmektedir (Drimalla et al., 2019).

2.1.11. Duygusal Bulaşma ve Hemşirelik

Hemşireler; hasta, hasta yakını, sağlık ekibi, kurumun diğer personelleriyle iletişimi yoğun olan bir meslek grubudur. Duygusal bulaşmanın otomatikliği de göz önüne alındığında hemşireler, duygusal bulaşmanın olumlu veya olumsuz sonuçlarını yaşamaktadırlar.

Hemşirelerde duygusal bulaşma, duygusal tükenmenin ve mesleki bağlılığın azalmasının önemli belirleyicisi olarak bildirilmiştir (Omdahl & O'Donnell, 1999). Bu, sağlık bakım ortamlarında yıkıcı sonuçlara yol açmaktadır. Büyük tıbbi hatalar, bakım kalitesinde düşüş (Czeglédi & Tandari Kovács, 2019), işten ayrılma (Dougherty et al., 2009), duyarsızlaşma, hasta ihmal ve istismarı (Natan et al., 2010), yaşamdan ve yapılan işlerden doyum alınmaması (Van Bogaert et al., 2010) gibi olumsuz sonuçlar duygusal bulaşmanın neden olduğu tükenmişlikle ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Duygusal bulaşmaya duyarlı hemşireler, hasta-hemşire iletişimde hastanın olumsuz duygularını yansıtan yüz ifadesini veya ses tonunu taklit etme eğiliminde olabilmektedir (Pugh, 2001). Fakat bu, hemşire-hasta iletişimini negatif etkileyeceği için hemşire, olumsuz duygusal ifadesini ve davranışını bastırmaktadır. Bu zorunluluk, hemşirenin mesleğine yönelik olumsuz tutumuna sebep olmaktadır (Liu et al., 2021). Duygusal bulaşmaya duyarlı hemşireler, başkalarıyla daha iyi empati kurabildiğinden hastanın sadece öfkesini değil, endişesi ve korkusunu da algılayabilmektedir (Tee, 2015). Dolayısıyla hemşire, hasta ile arasındaki terapötik ilişkiyi tehlikeye atmayacaktır ve mesleğine yönelik tutumu olumsuz etkilenmeyecektir (Liu et al., 2021).

Duygusal bulaşmanın olumlu etkileri de görülmektedir. Olumlu, destekleyici bir sağlık kurumunda olumsuz duygusal bulaşmanın etkisinin daha az olması beklenmektedir ve memnuniyetin, performansın artmasına yol açacaktır (Natan et al., 2010; Omdahl & O'Donnell, 1999). Duygusal bulaşma ile empatinin ilişkili olduğu bilinmektedir ve empati, güven içeren terapötik hemşire-hasta ilişkisinin yaratılmasında rol oynamaktadır (Williams & Stickley, 2010). Hemşirelerin hasta ile empati kurabilmesi, hastaların aldıkları bakımdan memnun olmasını ve iyilik hali algısının oluşmasını (Williams & Stickley, 2010), hemşirenin özgecil eylemlerinin artmasını ve hemşirelerde duygusal tükenmenin önüne geçilmesini sağlamaktadır (Omdahl & O'Donnell, 1999).

2.2. MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİ

2.2.1. Bütüncül Bakım

Hemşirelik teorilerinin ve bilgisinin gelişimine rehberlik eden bütüncül bakım anlayışı, modern hemşireliğin yapı taşlarından (Chinn & Kramer, 2018). Holizm kavramı; Eski Yunanca’ da bütün, tüm anlamlarına gelen “holos” sözcüğünden türemiştir (Papathanasiou et al., 2013). Holizm; bütünün kendini oluşturan parçalardan fazla ve bağlantılı olduğunu, bütünden bağımsız var olamayacaklarını ifade etmektedir (Korkut Bayındır & Biçer, 2019).

Bütüncül hemşirelik bakımı, teorisyenlerin çabasıyla hemşirelik tarihi boyunca gelişmiştir. Fiziksel, zihinsel ve ruhsal bakımı hemşireliğe dahil etmek için bütüncül bakım anlayışının benimsenmesi gerekliliği doğmuştur (Cohen & Boni, 2018). Modern hemşireliğin öncüsü Nightingale beden, zihin, ruh bakımı için hemşirenin ellerini, kalbini ve düşünce gücünü terapötik ortam oluşturmak için kullanması gerektiğini vurgulamıştır (Karami et al., 2017). 20. yy. gelindiğinde, “bütüncül” terimi henüz kullanılmamasına rağmen halk sağlığı hemşireliği alanına nüfuz etmiştir; hemşireler, fiziksel, sosyal ve toplumun etkilerini göz önüne alarak halk sağlığını iyileştirmeyi amaçlamışlardır (Boschma, 1994). Rogers, Newman ve Parse gibi birçok hemşirelik teorisyeni, bütüncül bakım anlayışı çerçevesinde teorilerini şekillendirmişlerdir (Frisch & Rabinowitsch, 2019). The American Holistic Nurses Association (ANHA), bütüncül bakımı hemşirelik uygulamasının her alanına yerleştirmek amacıyla 1992 yılında kapsam ve standartları belirlemiştir. ANHA, üyelerinin “her bireyin fiziksel, zihinsel, duygusal, ruhsal ve çevresel güçlerine ve zorluklarına değer vererek ve her bir kişinin değerlerini, sağlık inançlarını ve sağlık deneyimi ile bütünlüğü, huzuru ve şifayı yordadığını” bildirmektedir (Cohen & Boni, 2018). Bütüncül bakım üzerinde yükselen hemşirelik, günümüzde her alanda bakım sağlama konusunda yetkin ve kendinden emin hemşireleri bünyesinde barınmaya ihtiyaç duymaktadır. “Zihin-beden-ruh, ilişki merkezli bakım” konusunda istikrarı sağlamak isteyen hemşirelik bilimi, üyelerinin “ruh” bakımını sağlayacak becerilerinde eksiklik sebebiyle bütüncül bakımı sağlama konusunda zorluklar yaşamaktadır (Southard, 2020). Hemşireler, manevi bakım ihtiyaçlarının karşılanmasının zor olduğunu bildirmesine rağmen manevi bakımın hemşirelik bakımı için önemli olduğunu vurgulamışlardır (Hawthorne & Gordon, 2020).

2.2.2. Maneviyat Kavramı

İçsel bir bileşen olarak maneviyat, tedavi ve bakımdaki önemi sebebiyle son yıllarda artan bir ilgi görmüştür (Markani et al., 2015). Maneviyat, Latince kökenli “spiritus”tan türetilmiş olup “nefes almak”, “canlı olmak” anlamına gelmektedir (Karasu, 2020). Maneviyat; bireylerin anlam, amaç arama ve ifade etme biçimlerine, şu ana, kendine, başkalarına, doğaya, önemli olana veya kutsala bağlılıklarını deneyimleme biçimlerine yüklenen bir insanlık yönüdür (Puchalski et al., 2009). Klinik kullanışlılığı olan bir dizi parametre sağlayan bu tanımın, sağlık hizmetlerinin maneviyatla ilgili tartışmalarında kullanılması gerektiği düşünülmektedir (Appleby et al., 2018). Manevi meseleler, maddi dünyanın nesnelerinden bağımsız ve üstün olarak ele alınmaktadır. Sonuç olarak, manevi bir boyutumuzun ve kapasitemizin olması insan ırkının bir tamamlayıcısıdır. Hemşirelik bakımının öznesinin insan olduğu düşünüldüğünde hastaların ruh sağlığıyla –özellikle ciddi hastalıkları olan hastalar veya terminal dönem hasta grubu- ilgilenilmesi pek şaşırtıcı değildir (O’Connell-Persaud & Isaacson, 2022). Sonuç olarak, hemşirelik bakımının holistik doğası sebebiyle hemşirelik kuramcıları da maneviyatı ve manevi bakımın öğelerini anlamaya çalışmışlardır.

Modern hemşireliğin kurucusu olarak bilinen Florence Nightingale; “Sağlık için manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir” söylemi ile manevi gereksinimlerin var olduğunu ve meslektaşlarının bu gereksinimlere duyarlı olması gerektiğini vurgulamıştır (Erişen & Sivrikaya Karaca, 2017). Benlik kuramının geliştiricisi Martha Rogers, üniter insan kavramını hemşirelik bilimine dahil etmiştir. İnsanların üniter bütünlüğünü anlama tutkusunun eşlik ettiği kuramında, maneviyatı sağlayan öğelerden birinin de din olduğunu savunmaktadır (Phillips, 2016). İnsan bakım modelinin geliştiricisi Watson, beden, zihin ve ruh arasındaki denge durumunu sağlık; var olan dengenin bozulmasını ise hastalık olarak nitelendirmiştir. İnsan ruhunun, manevi enerjinin özü olduğunu savunan ve bakımda Henderson’ın bütüncül anlayış geleneğini sürdüren anlayışıyla hemşirelik bakımında ve iyilik halinde manevi boyutu tanımlamıştır (Pajnkihar et al., 2017). Kişiyi psikolojik, fizyolojik, sosyokültürel, gelişimsel ve manevi olarak beş boyutta ele alan Betty Neuman, doğuştan gelen manevi enerji potansiyelini tohuma benzetmiştir. Yaşam döngüsü boyunca var olan bu tohum, zihni ve bedeni erişilebilir kılıp kişinin sistemini esenliğe doğru

güçlendirmektedir (Martsolf & Mickley, 1998). Yaratılış maneviyatından ve kozmik birlik kavramından yararlanan Callista Roy, adaptasyon modelinde fizyolojik, rol fonksiyon, benlik kavram, karşılıklı bağlılık olmak üzere dört alan tanımlamıştır. Kişinin benlik kavramı alanında ise ahlaki-etik-manevi yönünü uyarlanabilir bir sistem olarak belirlemiştir (Malinski, 2002).

Kültürlerarası hemşireliğin önemli temsilcilerinden Leininger'in gün doğuşu modelinde, kültürel bakımın dini ve felsefi faktörleri de içerdiği görüşüne yer vermiştir. Dini ve felsefi faktörler, modelin maneviyat kategorisini yansıtmaktadır. İnsan olma kuramında ise Parse, doğrudan maneviyattan bahsetmemekle beraber anlam, değer verme, gerçek mevcudiyet gibi maneviyatın niteliklerine yer vermektedir. Bu sebeple kuram, maneviyatı tek başına kullanmasa bile maneviyatın yansımalarını barındırmaktadır (Martsolf & Mickley, 1998).

2.2.3. Manevi Bakım

Günümüz toplumlarında, dini ve manevi manzara; bireyselleşme, küreselleşme, çağdaşlaşma gibi faktörler nedeniyle hızla değişmektedir. Bu bağlamda, maneviyatın ve dindarlığın ayıt edilmesinin önemi artmıştır. Hasta bireyler, sağlık profesyonelleri tarafından sıklıkla karıştırılan kavramların ayırt edilmesi, manevi bakımın anlaşılmasında önem arz etmektedir. Maneviyat, yaşamla ilişkili soruları ve kutsalla veya değerli olan ilişkisini anlamaya yönelik kişisel girişimleri ifade eder. Sonucunda, dini uygulamaların gelişmesi şart değildir. Din ise kutsal ile olan bağlantıyı güçlendirmeyi amaçlayan örgütlü inançlar, uygulamalar ve ritüeller sistemidir (Koenig et al., 2001). Manevi ihtiyaçları, özellikle kritik yaşam olaylarında, deneyimlemenin evrensel olduğu düşünüldüğünde sadece dini fikirleri ve uygulamaları içermediği anlaşılmaktadır. Manevi alan; varoluşsal zorlukları (kimlik, anlam, ölüm, suçluluk, umut, özgürlük, uzlaşma gibi) ve değer temelli düşünceleri ve tutumları (kendisi, ailesi, arkadaşları, işi, sanatı ve kültürü, etik ve ahlak anlayışı gibi) da kapsamaktadır (Paal & Lorenzl, 2020). Manevi bakım, birey merkezli bakımı yansıtmaktadır ve manevi ihtiyaçları karşılamaya odaklanmış uygulamaları kapsamaktadır (Wisessrith et al., 2021).

2.2.3.1. Manevi Bakım Sağlayıcılar

Manevi bakım sağlayıcılar, maneviyatın varoluşsal, ilişkisel ve dini boyutlarına yönelik bakım sağlamakla yükümlüdür. Dini ritüeller/uygulamalar aracılığıyla ya da din dışı

kaynaklar kullanarak anlam bulmalarına, hastaların kabullenmelerine ya da uzlaşmalarına yardımcı olmaktadır (Koper et al., 2019). Türkiye’ de ve dünyada sıklıkla manevi bakım sağlayıcıların öncelikle bir din adamı olduğu görüşü kabul görmektedir. ABD’de “chaplaincy” denilen manevi bakım hizmetleri, chaplain isimli hastanenin din görevlisi tarafından yürütülmektedir (Mollaoğlu, 2013). Belçika’da ise hasta, hastaneye yatışı sırasında manevi bakım alma isteği ve hangi dine mensup olduğuyla ilgili bilgilerin yer aldığı formlar doldurmaktadır. Bu doğrultuda talep ettikleri hizmet, hastalara sunulmaktadır. Bir diğer Avrupa ülkesi olan Fransa’ da hastanelerde “Aumonerie” olarak adlandırılan birimler aracılığıyla hastalar, dini danışmanlık hizmeti verilmektedir (Akay & Şahin, 2017). Türkiye’de, Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında 07 Ocak 2015 tarihinde imzalanan “hastanelerde manevi bakım ve dini danışmalık” hizmeti sunulmasına yönelik iş birliği protokolünün de imzalanmasıyla bu protokol çerçevesinde, maneviyat psikolojisi alanında eğitilmiş Diyanet İşleri Başkanlığı uzmanları hizmet vermeye başlamıştır. Manevi Destek Biriminde, hasta ve hasta yakınlarına dini motifleri de içeren sabır, şükür, tefekkür, dua pratiği, kader anlayışı ve inancı gibi dinsel – tinsel temaların yer aldığı bilgilerle manevi olarak yardım sağlanmaktadır. İşbirliğinde, herhangi bir inanç farkı gözetmeksizin, her türlü inancın sahibine bu hakkın verilmesi gerektiği belirtilmiştir (Manevi Destek Birimi, 2020). Manevi bakım sağlayıcılarının din adamı olduğu görüşü yaygınlık gösterse de hastaların, bu konudaki görüşleri çok çeşitlidir. Birçok hasta tarafından doktorlar, hemşireler, sağlık asistanları, manevi bakım uzmanları manevi bakımı üstlenen gruplar olarak bildirilse de hemşirelik, hastayla etkileşimin daha yoğun olması sebebiyle birçok kişi için ilk tercih olma özelliğine sahiptir (Selman et al., 2018).

2.2.3.2. Manevi Bakım ve Hemşirelik

Hemşirelik; duyarlılık, açık fikirlilik ve hoşgörü değerlerini barındıran birtakım beceriler dizisidir. Hemşirelerde dinleme, uygun şekilde yanıt verme, empati gösterme, etkili iletişim kurma, problem çözme gibi becerilerin olması beklenmektedir. Duyarlılık, hastanın incelikli, belirsiz ipuçlarını yakalamasını sağlayacaktır; açık fikirlilik, hastayı kendi penceresinden yorumlamasını engelleyecektir; hoşgörü ise hemşirenin dünya görüşüne aykırı gelen hasta inançlarını, isteklerini hoş görmesini sağlayacaktır (Hussey, 2009). Manevi bakım, hemşirelerin sayılan değerleri barındıracak becerilere sahip olmasını zorunlu

kılmaktadır. Manevi bakımın ön koşulu olan insan bağlantısı; açıklık, saygı, içtenlik, yargılamama, empati, farkındalık, dürüstlüğü içermektedir. Dini bakım olarak algılanmayan manevi bakım, güvenli alan sağlama, dinleme, danışmanlığı kapsayan; kalıp yargılardan ve kişileri kategorize etmekten sakınılan kişiye özel olarak belirtilmektedir (Selman et al., 2018).

Hemşire, manevi bakımı sağlamak için bireyin manevi ihtiyaçlarını gidermeye odaklanmalıdır. Manevi ihtiyaçlar, bireylerin anlam, amaç ve değer bulması gereken ihtiyaç ve beklentiler olarak tanımlanmaktadır. Manevi ihtiyaçlar dini olabileceği gibi dini inancı olmayan/farklı dine mensup bireyler için hayatına anlam, amaç ve değer katan farklı inanç sistemleri olabilmektedir (Murray et al., 2004). Manevi ihtiyaçlara, yaşamda anlam ve amaç bulma, sevgi, ait olma, bağışlanma örnek olarak verilebilmektedir (Flannelly et al., 2013). Sağlık kuruluşlarında, manevi ihtiyaçların değerlendirilmesi ve uygun girişimlerde bulunulması hemşirelerin önemli bir rolüdür.

2.2.3.3. Manevi Bakımda Hemşirelik Süreci

Hemşirelik süreci; birey, aile ve toplumun gereksinimlerini belirlemek, bu gereksinimleri karşılamak için bakımın planlamasının, uygulanmasının ve değerlendirilmesinin sistematik bir biçimde yürütülmesine olanak sağlayan bir araçtır. Hemşirelik süreci; sınıflandırma sistemleriyle uyumlu, hesap verilebilir, hastaların maneviyatlarını anlamaya yardımcı olarak manevi bakımı da görünür kılmaktadır (Erer et al., 2017). Manevi bakımı sağlamak isteyen hemşire; manevi değerlendirme; manevi ihtiyaçları tanıma, uygun müdahaleleri doğru zamanda verme adımlarını hemşirelik süreci aracılığıyla gerçekleştirebilmektedir (Ílvía Caldeira & Timmins, 2017).

Hemşirelerin, hastaların manevi bakım ihtiyaçlarına duyarlı bir bakım planı yapabilmesi için manevi değerlendirme vazgeçilmezdir (Ílvía Caldeira & Timmins, 2017). İlk olarak hemşirelerin kendi maneviyat algılarını anlama becerilerinin gelişmiş olması önemlidir (Barber, 2008). Bu beceri, hastaların manevi kaygılarına duyarlı, maneviyatla ilgili bilinci yüksek hemşireleri doğurmaktadır. Daha sonra kişinin ruhsal/dini inançlarını, ritüellerini, uygulamalarını belirleyerek ve gözlem yaparak manevi değerlendirme sağlanmalıdır. Sağlık durumunda değişiklik olan hasta; bu değişikliğin anlamını, nedenini ve nasıl baş edeceğini sorgulayarak hastalığının manevi yönünü irdelemektedir. Bu sorgulama, hastanın sözel ifadelerinde belirgin olabilmektedir ve manevi değerlendirme kapsamında

önemlidir (Ílvia Caldeira & Timmins, 2017). Manevi değerlendirme, resmi araçlarla veya gayri resmi sorularla sağlanabilmektedir. Manevi Değerlendirme Kılavuzu, Dossey'nin Manevi Değerlendirme Aracı, HOPE Yaklaşımı, FICA Manevi Geçmiş Ölçeği, Jarel Manevi Refah Ölçeği hemşirelerin kullanabileceği manevi değerlendirme araçlarıdır. Manevi değerlendirme araçları, ölçülebilen ve belgelenebilen manevi bakımı sağlayarak hemşireliği görünür kılmaktadır. Fakat, pratikte konunun hassasiyeti göz önüne alındığında manevi değerlendirme araçları uygun olmayabilir. Bu durumda, uygunsa ve hastayla terapötik bir ilişki kurulmuşsa, tarama sorularıyla manevi değerlendirme yapılabilir (Timmins & Caldeira, 2017). The Joint Commission (TJC), manevi değerlendirme için bazı tarama soruları önermiştir. Bazıları:

- Hastaya güç ve umut veren kim veya ne?
- Hasta hayatında duayı kullanıyor mu?
- Hasta maneviyatını nasıl ifade ediyor?
- Hasta kendi yaşam felsefesini nasıl tarif ederdi?
- Hasta ne tür bir manevi veya dini destek ister?
- Hastanın din adamlarının, papazlarının, hahamının adı nedir?
- Acı çekmek hasta için ne anlama gelir?
- Hasta için ölmek ne anlama gelir?
- Hastanın ruhsal hedefleri nelerdir?
- Hastanın hayatında kilisenin veya sinagogun bir rolü var mı?
- İman, hastanın hastalıkla başa çıkmasına nasıl yardımcı olur?
- Hasta günden güne nasıl devam ediyor?
- Hastanın bu sağlık hizmeti deneyimini yaşamasına ne yardımcı olur?
- Hastalık hastayı ve ailesini nasıl etkiledi?

Manevi değerlendirme, bireye özgü maneviyat algısının anlaşılmasını sağlamaktadır ve manevi ihtiyaçların belirlenmesinde kilit rol oynamaktadır (The Joint Commission, 2021).

Manevi sıkıntı, kişinin manevi yönüyle ilgili duyulan ıstıraptır ve sadece maneviyatın dini boyutunu içermemektedir. Anlamsızlık, umutsuzluk gibi maneviyatın varoluşsal bileşeninin örneklerini de kapsamaktadır (Selman et al., 2018). Ayrıca yabancılaşma, kaygı, endişe, korku, uykusuzluk, ağlama manevi sıkıntıyı yansıtan bazı tanımlayıcı özellikler olarak tarif edilmektedir (Caldeira et al., 2014; de Cássia Lopes Chaves et al., 2010; Ílvia Caldeira &

Timmins, 2017). Manevi sıkıntı yaşayan hasta, manevi ihtiyaçlarını dolaylı olarak ya da açıkça ifade edebileceği gibi hasta da ailesi de manevi yardım istediklerinin farkında bile olmayabilirler (Connerton & Moe, 2018). Bu sebeple North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), hastanın çektiği acının hangi noktada manevi sıkıntıya dönüştüğünün anlaşılmasında hemşirelerin sorumluluğuna dikkat çekmektedir (Timmins & Caldeira, 2017). Hastalar, sözel ya da sözel olmayan ifadelerle manevi ihtiyaçlarını yansıtabilmektedir. Manevi konuları gündeme getirmek, ölümle ilgili soruları dile getirmek, dini öğelere saygı göstermek (Timmins & Caldeira, 2017), ağlamak veya uzun süren sessizlik ifade yollarından bazılarıdır (Ílvía Caldeira & Timmins, 2017).

Manevi ihtiyaçları belirlenen hasta için özel manevi müdahaleler uygulamak, manevi bakımı hasta merkezli kılmaktadır ve hemşirenin önemli rollerinden biridir. Özel manevi müdahaleler; hastaya eşlik etmek, birlikte yapmayı içermektedir ve manevi bakımın özelliklerini taşımalıdır (Vincensi & Solberg, 2017). Manevi müdahalelerin özellikleri, Ramezani ve diğerleri (2014) tarafından sınıflandırılmıştır. Bu nitelikler;

- Manevi perspektifin keşfi: Manevi değerlendirme, hastanın umut kaynaklarının ve manevi ihtiyaçlarının değerlendirilmesi kapsamaktadır.
- İyileştirici mevcudiyet: Tamamen şefkatli mevcudiyetini ve fedakarlığı kapsamaktadır.
- Kendiliğin terapötik kullanımı: Terapötik ilişki kurmayı, aktif dinlemeyi, yargılayıcı olmamayı ve koşulsuz kabulü kapsamaktadır.
- Sezgisel duyu – Kişinin kendi varlığını sezmesini, hastayla duygusal özdeşleşmesini, hastanın durumunu anlamasını, hastaya ruhsal konuşma fırsatını tanımasını kapsamaktadır.
- Hasta merkezlilik – Hastanın gerçekliğinin yansımaları ve her hastanın benzersizliğinin tanınmayı kapsamaktadır.
- Anlam merkezli terapötik müdahaleler – Anlamli ilişkiler geliştirmeyi, umut aşılmasını, dini müdahale ve tamamlayıcı müdahaleleri (yoga, egzersiz) kapsamaktadır.
- Manevi anlamda besleyici bir çevrenin yaratılması – Hastanın manevi inançlarına saygı gösterilmesini, etik ilkelerin ihlal edilmemesini ve hastanın kültürel ve dini değerlerine saygı gösterilmesini kapsamaktadır (Ramezani et al., 2014).

Bu nitelikler çerçevesinde manevi bakım müdahaleleri (Ílvia Caldeira & Timmins, 2017);

- Aktif dinleme
- Affetmeyi kolaylaştırma
- Yas sürecini kolaylaştırma
- Umut aşılama
- Mizahın kullanımı
- Müzik terapisi
- Terapötik mevcudiyet
- Terapötik hatıralar
- Din adamları/diğer sağlık uzmanlarına sevk
- Basit rehberli imgeleme
- Öz farkındalık geliştirme
- Masaj
- Gevşeme terapisi, aromaterapi
- Hastanın talebi doğrultusunda dua veya diğer dini ritüeller
- Terapötik dokunuş olarak sıralanmaktadır.

Literatürde kişinin maneviyatını destekleyecek ve manevi refahı arttıracak çeşitli tedaviler ve müdahalelere de yer verilmiştir. Örneğin, sanat terapisi; kil işi, resim veya çizim gibi sanat dallarını içermektedir, hastalıklarla baş etmeye ve ağrı, keder ve can sıkıntısını hafifletmeye yardımcıdır (Glenister, 2012). Hasta, özellikle terminal dönemde ise, kontrolü kaybettiğini düşünerek endişe yaşamaktadır. Bu, hasta tarafından saygınlığını ve umudunu yitirdiği yönünde yorumlanabilmektedir. Anlam merkezli psikoterapi ile manevi kaynaklara ulaşımı sağlanan hasta, yitirdiklerini geri kazanma ve anlamlı ilişkileri, ritüelleri onaylanma konusunda desteklenmektedir (Rothstein, 2021).

Uygulanan manevi bakım müdahalelerini ve sonuçlarını kaydetmek, manevi bakımın somutlaştırılması için oldukça önemlidir (Ripamonti et al., 2018; Walker & Waterworth, 2017). Belgelendirme, multidisipliner ekip arasında iletişimi kolaylaştırmakla kalmayıp standartları karşılama konusunda ekibe yardımcı olmaktadır (Hennequin, 2020). Önemli bir diğer nokta ise manevi bakımın etkinliğinin anlaşılması amacıyla hemşire, hastayla birlikte manevi bakımın sonuçlarını değerlendirmelidir. Bu, hastanın manevi durumları tartışabilmesi

için gerekli ortamı yaratmaktadır (Govier, 2000). Hastanın güncel manevi ihtiyaçlarının belirlenmesi ve sürecin dinamik kalmasının sağlanması açısından hemşireler tarafından özen gösterilmelidir.

2.2.3.4. Manevi Bakımı Engelleyiciler ve Kolaylaştırıcılar

Hemşirelerin çoğunluğu maneviyatı, hemşireliğin temel unsuru ve ayrılmaz bir parçası olarak düşünmektedir (Hawthorne & Gordon, 2020). Çoğunluğunun, manevi bakımı sağlamayla ilgili niyeti ve motivasyonu olmasına (Timmins et al., 2015) rağmen birçoğunun manevi bakımı yeterli düzeyde sağlayamadığı ve ihmal ettiği belirlenmiştir (Koenig et al., 2017; Selman et al., 2018). Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastalarda karşılanmamış manevi ihtiyaçları tespit eden çalışmalar, manevi bakımın göz ardı edildiğini doğrular niteliktedir (Delgado-Guay, 2014; Mesquita et al., 2017; Vilalta et al., 2014). Hemşireler, manevi bakımı sağlama konusunda birtakım güçlükler yaşamaktadır. İş yükünün fazla olması, hemşire istihdamının az olması, zaman kısıtlılığı, hastanın maneviyatının kişisel olduğunun düşünülmesi, hemşire ve hastanın din uyumsuzluğu gibi faktörler manevi bakımın sağlanmasına engellemektedir (Edwards et al., 2010; Giezendanner et al., 2017; Kociszewski, 2004; Minton et al., 2017; Van Leeuwen et al., 2006; Vermandere et al., 2011). Birçok hemşirelik müfredatının manevi bakım eğitiminden yoksun olması, hemşirelerin manevi bakım vermeyle ilgili yeteneklerini sınırlandırmaktadır (Wu et al., 2016). Bu sebeple hemşireler, manevi bakımın hemşirelik uygulamalarına entegrasyonuna dair düşük öz yeterlilik tanımlamaktadır (Balboni et al., 2017).

Hemşireler, hasta için kutsal alanların kullanımını teşvik ederek ve hastanın destek kaynaklarıyla iş birliği yaparak manevi bakımın sağlanmasına olanak tanımaktadır (Giske & Cone, 2015; Taylor et al., 2017). Ayrıca, diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastayla iletişim, hasta ile güven ilişkisi, dini ve manevi müdahaleleri destekleyen kurum politikası, din adamları dışında psikolog veya sosyal hizmet uzmanı barındıran sağlık kurumları diğer kolaylaştırıcılar olarak bilinmektedir (Burkhart et al., 2019; Giske & Cone, 2015).

2.2.3.5. Manevi Bakımın Sonuçları

Hemşireler, manevi ihtiyaçları giderdiklerinde hastaların yaşam kalitesinin yükselmesine ve acılarının azalmasına yardımcı olabilmektedirler (Barber, 2008). Manevi ihtiyaçlar karşılanmadığında ise yaşam kalitesi ve iyilik halini olumsuz etkilemektedir (Bai et

al., 2016; Delgado-Guay, 2014; Selman et al., 2018). Ayrıca, hastaların tedavi hakkında karar vermesini (Peteet & Balboni, 2013), baş etmesini, hastalığa uyum sağlamasını etkilemektedir (Koenig et al., 2017). Manevi bakımı sağlayarak hasta ve ailesinin manevi esenliğini gözlemlemek, hemşirenin içsel memnuniyetini, huzurunu (Govier, 2000) ve mesleki memnuniyetini arttırmaktadır (Kitchener, 2016).

2.2.4. Manevi Bakım Yeterliliği Kavramı

Yeterlilik, uygun performansın oluşmasında etkili bir dizi özellik olarak tanımlanmaktadır (Van Leeuwen & Cusveller, 2004). Sağlık bakım ortamlarında yeterlilik, bilgi, iletişim, karar verme ve psikomotor beceriler boyutlarında değerlendirilmektedir (Adib-Hajbaghery et al., 2017). Manevi bakım yeterliliği ise hemşirenin kendi maneviyatı ile ilgili rahat olmayı, manevi değerlendirme yapmayı, manevi bakım müdahaleleri planlamayı, uygulamayı ve sonuçlarını değerlendirmeyi içermektedir (Van Leeuwen et al., 2006, 2009). Manevi bakımın hemşirelik sürecinde terapötik ilişki kurma, erişilebilir olma, aktif dinleme, empati kurma ve şefkat gösterme gibi bir dizi becerinin kullanılması gerekmektedir. Manevi bakım yeterliliği olan hemşire, bakımın kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırmaktadır (Adib-Hajbaghery et al., 2017).

Manevi bakımı sağlayabilmek için hemşirede olması gereken yeterlilikler üç alanı içermektedir. Bu üç alan; öz farkındalık ve iletişimi, hemşirelik sürecindeki manevi boyutları ve kalite ve uzmanlık güvencesini kapsamaktadır (Van Leeuwen & Cusveller, 2004). Bu manevi bakım yeterliliği boyutlarında altı alt yeterlilik boyutu belirlenmiştir Bunlar:

Öz farkındalık ve iletişim:

1. Hemşirelerin farklı inanç veya dinlere sahip olan hastalarla kurduğu mesleki ilişkilerinde kendi değer, duygu ve kanaatlerini ele alması gerekmektedir.
2. Hemşirelerin farklı kültürlerden gelen hastalara, maneviyat konusunda özenli davranması gerekmektedir.

Hemşirelik sürecindeki manevi boyutlar:

1. Hemşire, hastanın maneviyatı hakkında bilgi toplar ve manevi ihtiyaçlarını belirler.
2. Hemşireler, ekip üyeleri ve hasta ile manevi bakımın nasıl sağlandığını, planlandığını ve raporlandığını tartışır.

3. Manevi bakımı sağlayan hemşire, diğer ekip üyeleri ve hasta ile manevi bakımı değerlendirir.

Kalite ve uzman güvencesi:

1. Hemşire, kurum içinde manevi bakımda kalite güvencesine ve uzmanlığın geliştirilmesine katkıda bulunur.

Van Leeuwen ve Cusveller (2004) tarafından geliştirilen manevi bakım yeterliliği profilinden yola çıkılarak manevi bakım yeterliliğinin altı temel alt boyutu belirlenmiştir. Bunlar (Van Leeuwen et al., 2009):

- Manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması,
- Manevi bakımın profesyonelleştirilmesi ve kalitesinin iyileştirilmesi,
- Kişisel destek ve hasta danışmanlığı,
- Profesyonellere sevk,
- Hastanın maneviyatına yönelik tutum,
- İletişim şeklinde sıralanmaktadır.

Yoğun bakım üniteleri gibi özellikli birimlerde de çalışan hemşireler, yeterli bilgi birikiminin dışında klinik beceriler ve özel kişilik özelliklerine sahip olduğunda manevi bakımı sağlayabilmektedir. Hemşirelerin maneviyata ve hasta maneviyatına yönelik tutumları, manevi iyi oluşu, maneviyat/manevi bakım algıları manevi bakım yeterliliğini önemli ölçüde etkilemektedir (Ross et al., 2016, 2018). Hemşirelere gerekli klinik becerilerin kazandırılmasında ise hemşirelik eğitimlerinin manevi farkındalığı sağlayacak ve geliştirecek biçimde tasarlanması gerekmektedir (Timmins et al., 2015). Kapsamlı bir maneviyat ve manevi bakım eğitime dahil olan katılımcıların, manevi bakım yeterliliğinde, manevi bakımda güven ve rahatlık seviyelerinde artış olduğu gözlemlenmiştir (Jones et al., 2020; Meredith et al., 2012). Klinik beceriler dışında hemşirelerin kişilik özellikleri de manevi bakım yeterliliğini etkilemektedir. Yaş, deneyim, yetiştirilme, manevi katılım, kültürel yönler gibi faktörlerin manevi bakım yeterliliğinde rol oynadığı bilinmektedir (Van Leeuwen et al., 2006).

2.3. MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİ VE DUYGUSAL BULAŞMA

Empati, diğer kişilerin duygularını paylaşma, ne hissettiğini anlama ve şefkatle cevap verme becerilerini içermektedir. Bu, empatinin gerçekleşebilmesi için duygusal bulaşmanın şart olduğunu göstermektedir (Decety & Jackson, 2004). O'Connell-Persaud ve Isaacson'ın (2022) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada, hastanın manevi ihtiyaçlarının tanımak için empati becerisinin gerekliliği öğrenciler tarafından vurgulanmaktadır (O'Connell-Persaud & Isaacson, 2022). Yüksek duygusal zekâ ise diğerlerinin duygularını ve ihtiyaçlarını anlamayı öngörmektedir ve duygusal bulaşma üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Mindeguia et al., 2021). Duygusal zekâ, hemşirelerin maneviyat düzeyini etkilemektedir (Sabancıoğulları et al., 2020). Manevi bakım yeterliliği ve duygusal bulaşma kavramlarının empati ve duygusal zekâ ile ilişkisi, manevi bakım yeterliliği ile duygusal bulaşmanın ilişkisinin anlaşılması ihtiyacını doğurmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırma yoğun bakım hemşirelerinin duygusal bulaşma ve manevi bakım yeterlilik düzeylerinin ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Bu araştırma, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkez binasındaki anestezi, kardiyovasküler cerrahi, cerrahi, göğüs hastalıkları, koroner, nöroloji, inme, dahiliye, COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilmiştir.

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde iki adet cerrahi yoğun bakım ünitesi, bir adet anestezi yoğun bakım ünitesi, bir adet kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, bir adet göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesi, bir adet koroner yoğun bakım ünitesi, bir adet nöroloji yoğun bakım ünitesi, bir adet inme ünitesi, dört adet dahiliye yoğun bakım ünitesi, iki adet COVID-19 yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Bu yoğun bakım ünitelerinde; hemşire, hekim, yardımcı destek ve temizlik personeli ile kritik hastalara sağlık hizmeti sunulmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Aralık 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin anestezi, kardiyovasküler cerrahi, cerrahi, göğüs hastalıkları, koroner, nöroloji, inme, dahiliye ve COVID-19 yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 222 hemşire oluşturmaktadır.

Araştırmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için G*Power 3.1.9.4 programı kullanılmıştır. Buna göre 0,5 etki büyüklüğü, 0,05 anlamlılık düzeyi ve 0,95 örneklem gücü baz alındığında minimum örneklem büyüklüğü 180 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya 199 hemşire dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az bir yıldır yoğun bakım ünitesinde çalışmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Hasta bakımından sorumlu olmak

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Yönetici/sorumlu hemşire olarak görev yapmak

3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma, etik açıdan uygunluğu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 25.10.2021 tarihli, 71522473-050.01.04-74695 protokol numarasıyla onaylanmıştır (Bk. Ek 1).

Araştırmanın Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yürütülebilmesi amacıyla Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (Bk. Ek 2). Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerine, çalışmanın amacıyla ilgili yazılı onam formu aracılığıyla bilgi verilmiş ve yazılı izinleri alınmıştır.

Araştırmada kullanılan Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmış olan Prof. Dr. Şafak Dağhan 'dan yazılı izin alınmıştır (Bk. Ek 6).

Araştırmada kullanılan Duygusal Bulaşma Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmış olan Prof. Dr. Ahmet Akın' dan yazılı izin alınmıştır (Bk. Ek 7).

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tanıtıcı bilgilerini içeren Tanıtıcı Bilgi Formu, duyguları yakalama ve duygusal bulaşmaya ne kadar yatkın olduğunun değerlendirilmesi amacıyla Duygusal Bulaşma Ölçeği (DBÖ), manevi bakımla ilgili yetkinliğin değerlendirilmesi amacıyla Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği (MBYÖ) kullanılmıştır.

3.5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerini Tanıtıcı Bilgi Formu (Bk. Ek 3)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen tanıtıcı bilgi formu; yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik ve iş hayatı özellikleri ile hasta-hemşire etkileşimine ve manevi bakıma ilişkin algılarını belirlemeye yönelik 19 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Duygusal Bulaşma Ölçeği (Bk. Ek 4)

Duygusal Bulaşma Ölçeği, bireylerin neşe, korku, öfke, kaygı, üzüntü gibi duygularını anlamak ve duygusal bulaşmaya ne kadar yatkın olduklarını değerlendirmek amacıyla Doherty (1997) tarafından geliştirilen bir ölçme aracıdır. Ölçek beş temel duyguyu (sevgi, mutluluk, korku, kaygı ve üzüntü) taklit etme eğilimini değerlendirmektedir (Doherty, 1997). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Akın ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Toplam 15 maddeden oluşan ölçeğin soruları dörtlü likert skalasına göre, 1 “Asla” ve 4 “Her zaman” arasında değerlendirilmektedir. Puanlama, asla (1) puan, nadiren (2) puan, sık sık (3) puan, her zaman (4) puan şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan 15’tir. Yüksek puan yüksek düzeyde duygusal bulaşma yatkınlığını, düşük puan düşük düzeyde duygusal bulaşma yatkınlığını göstermektedir. Akın ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayı 0,75 olarak bulunmuştur (Akın et al., 2015). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği (Bk. Ek 5)

Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği, van Leeuwen ve arkadaşları (2009) tarafından hemşirelerin manevi bakımla ilgili yetkinlik düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Van Leeuwen et al., 2009). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dağhan ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır. Toplam 27 maddeden oluşan ölçeğin soruları dörtlü likert skalasına göre, 1 “Kesinlikle katılmıyorum” ve 5 “Tamamen katılıyorum” arasında değerlendirilmektedir. Puanlama, kesinlikle katılmıyorum (1) puan, katılmıyorum (2) puan, kararsızım (3) puan, katılıyorum (4) puan, tamamen katılıyorum (5) puan şeklindedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 135, en düşük puan 27’dir. Alınan puanın yüksek olması manevi bakımla ilişkili hemşirelik yeterliliğinin olduğunu göstermektedir (Daghan et al., 2019). Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği’nin üç alt boyutu vardır:

Manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu (1, 2, 3, 4, 5, 6. maddeler); hastanın manevi ihtiyaçlarının, maneviyatına ilişkin bilgilerinin tanınmasında ve bu bilgiler ışığında hemşirelik bakımının şekillendirilmesinde hemşirenin yeterliliğini tanımlamaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan ise 5'tir.

Manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21. maddeler); manevi ihtiyaçlar doğrultusunda hasta ve yakınlarını uygun kaynaklara yönlendirme, hasta maneviyatının tanınması ve manevi bakım uygulamalarının sürdürülmesinde hastaya destek olma, manevi bakımla ilgili politika, proje, eğitime katılım ile kalite güvencesine katkıda bulunmaya yönelik hemşire yeterliliğini tanımlamaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 75, en düşük puan ise 15'tir.

Hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu (22, 23, 24, 25, 26, 27. maddeler); hastanın manevi/dini inançlarına yönelik önyargısız yaklaşım ve etkin iletişime yönelik hemşire yeterliliğini tanımlamaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 30, en düşük puan ise 6'tir.

Dağhan ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutları için Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları sırasıyla 0,94, 0,96 ve 0,97 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tamamının ise Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,97 olarak bulunmuştur (Dağhan et al., 2019). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması için 0,97, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı için 0,98, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi için 0,97 ve toplam için 0,99 olarak bulunmuştur.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerden yüzyüze ve Google Forms aracılığıyla toplanmıştır. Yüzyüze görüşmeler, hemşirelerin çalıştıkları birimlerde bulunan hemşire odalarında ve dinlenme saatlerinde yapılmıştır. Araştırmacı tarafından ölçekler tanıtılarak hemşireler bilgilendirilmiştir. Google Forms ile oluşturulan ölçek soruları ise sağlık bakım hizmetleri müdürü aracılığıyla birim sorumlu hemşirelerine iletilmiş, birim

sorumlu hemşireleri, Whatsapp aracılığı ile biriminde bulunan hemşirelere formları göndermiştir.

3.7. VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde, IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 paket programından yararlanılmıştır. Sürekli sayısal değişkenler ortalama, standart sapma ile kategorik değişkenler ise sayı ve yüzdelerle ifade edilmiştir. Sürekli sayısal değişkenlerin, Kolmogorov Smirnov testi ile normal dağılıma uygunlukları incelenmiş ve normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Üç veya daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi, iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplar arası farkı tespit etmek amacıyla yapılan Post Hoc analizinde ise Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişki boyutunun incelenmesinde Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 ($p < 0,05$) olarak belirlenmiştir.

3.8. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın tek bir merkezde yapılmış olması ve ölçüm araçlarının öz bildirime dayalı olması bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırma, Sakarya'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan ve yetişkin hasta bakımından sorumlu hemşirelerle yürütüldüğünden araştırma sonuçları, sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırma bulguları; “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular”, “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular” ve “Duygusal Bulaşma ve Manevi Bakım Yeterliliği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” olmak üzere üç başlıkta verilmiştir.

4.1. YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine, iş hayatına, hasta-hemşire etkileşimine ilişkin algılarına ve manevi bakıma ilişkin algılarına ait bulgular yer almaktadır.

4.1.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Ort.±SS	Min-Max
Yaş		26,96±4,87	19-49
		n	%
Cinsiyet	Kadın	123	61,8
	Erkek	76	38,2
Eğitim Durumu	Lise mezunu	45	22,6
	Lisans mezunu	138	69,3
	Lisansüstü mezun	16	8,0
Medeni Durum	Evli	99	49,7
	Bekar	100	50,3
Aile Tipi	Çekirdek Aile	163	81,9
	Geniş Aile	36	18,1

Yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalaması 26,96±4,87’dir. Hemşirelerin %61,8’i kadın, %69,3’ü lisans derecesine sahip, %50,3’ü bekar, %81,9’u çekirdek aileye sahiptir (Tablo 4.1.1.).

4.1.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Hayatı Özelliklerine Göre Dağılımı

		Ort.±SS	Min-Max
Hemşirelik Deneyimi (Yıl)		5,86±5,27	1-30
Yoğun Bakım Deneyimi (Yıl)		4,11±3,63	1-18,9
		n	%
Çalışılan Yoğun Bakım Üniteleri	İnme YB	12	6,0
	Dahiliye YB	45	22,6
	Koroner YB	28	14,1
	Kardiyovasküler Cerrahi YB	20	10,6
	Göğüs Hastalıkları YB	15	7,5
	Cerrahi YB	19	9,5
	Anestezi ve Reanimasyon YB	41	20,6
	Genel YB	18	9,0
	40 saat	35	17,6
Haftalık Çalışma Saati	41-50 saat	91	45,7
	51-60 saat	35	17,6
	61 saat ve üstü	38	19,1

Yoğun bakım hemşirelerinin hemşirelik deneyiminin yıl olarak ortalaması 5,86±5,27; yoğun bakım deneyiminin yıl olarak ortalaması ise 4,11±3,63'tür. Katılımcıların %22,6'sı dahiliye yoğun bakım ünitelerinde çalışırken %45,7'sinin haftalık çalışma saati 41-50 saat olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.2.).

4.1.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hasta-Hemşire Etkileşimine İlişkin Algılarına Göre Dağılımı

		n	%
Hasta ile iletişimde dikkat edilen öğeler*	Hastanın jest ve mimikleri	98	49,2
	Hastanın postürü	51	25,6
	Hastanın sözcükleri	126	63,3
	Hastanın sesi/ses tonu	46	23,1
Hasta görüşmelerinin zamanlaması*	Hasta bakımı ile eş zamanlı	120	60,3
	Hastaya özel belirli görüşme saatleri	94	47,2
Bilinçsiz hasta ile iletişim kurma isteği	İstekli	123	61,8
	İsteksiz	76	38,2
Bakım verirken hissedilen baskın duygu**	Mutlu/neşeli	84	42,2
	Üzgün	42	21,1
	Nötr	20	10,1
	Öfkeli	16	8,0
	Diğer***	37	18,6
Hastanın duygularını anlamayı zorlaştıran unsurlar*	Yoğun bakımın fiziksel ortamı	78	39,2
	Hasta odasındaki tıbbi ekipmanların sesi ve ışıkları	49	24,6
	Koruyucu ekipman kullanımı	38	19,1
	Hastaya bağlı kateter, dren, tüp gibi medikal malzemeler	50	25,1
	Hastanın duyusal, nörolojik sorunlarının olması	89	44,7
	İş yoğunluğu ve mesai saatlerinin uzun olması	93	46,7
	Hasta tarafından sözel ve fiziksel şiddete maruz kalmak	52	26,1

*Birden fazla seçeneekli sorular

**Açık uçlu sorular

***(Şefkatli, merhametli, stresli, endişeli, sakin, meraklı, sevecen, empatik, heyecanlı)

Hasta ile iletişimlerinde yoğun bakım hemşirelerinin %63,3'ünün hastanın sözcüklerine dikkat ettiği, %60,3'ünün görüşmeleri hasta bakımı ile eş zamanlı yürüttüğü, %61,8'inin ise bilinçsiz hastayla iletişimi başlatma isteğinin olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %42,2'si hastaya bakım verirken mutlu hissettiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %46,7'si iş yoğunluğu ve mesai saatlerinin uzun olması, %44,7'si ise hastanın duyusal ve

nörolojik sorunlarının olması nedeniyle hastalarının duygularını anlamada zorlandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.1.3.).

4.1.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Manevi Bakıma İlişkin Algılarına Göre Dağılımı

		n	%
Maneviyat kavramında din dışındaki öğelerin varlığı	Var	124	62,3
	Yok	75	37,7
Maneviyatın önemi	Evet, önemlidir.	134	67,3
	Kısmen önemlidir.	65	32,7
	Hayır, önemsizdir.	0	0
Manevi bakım eğitimi alma durumu	Evet	56	28,1
	Hayır	143	71,9
Hasta bakımında uygulanan manevi bakım teknikleri*	Dua etmeye teşvik	68	34,2
	Birlikte dua etmek	48	24,1
	Dini ritüellerini kolaylaştırmak	36	18,1
	Hastaya dini/manevi okumalar yapmak	32	16,1
	Hastaya dini/manevi okumalar getirmek	28	14,1
	Dini veya manevi konular hakkında konuşmak	38	19,1
	Terapötik dokunuşu uygulamak	59	29,6
	Psikolojik açıdan desteklemek	106	53,3
	Hiçbiri	46	23,1
Bakmakta olunan hastaya manevi bakım verme durumu	Evet	111	55,8
	Hayır	88	44,2

*Birden fazla seçenekli sorular

Katılımcıların %62,3'ü maneviyatın sadece dinsel öğeleri içermediğini, %67,3'ü maneviyatın hayatlarında önemli olduğunu ifade etmektedir. Hemşirelerin %71,9'u manevi bakım eğitimi almadığını bildirmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %53,3'ü en sık uyguladıkları manevi bakım tekniğinin hastayı psikolojik açıdan desteklemek olduğunu bildirmiş ve %55,8'i bakmakta olduğu hastaya manevi bakım verebildiğini ifade etmiştir (Tablo 4.1.4).

4.2. YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARI

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinin Manevi Bakım Yeterliliği Ölçeği (MBYÖ) ve Duygusal Bulaşma Ölçeği (DBÖ) puan ortalamalarına ilişkin bulgular verilmiştir.

4.2.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Manevi Bakım Yeterliliği Ölçeği ve Duygusal Bulaşma Ölçeği Puan Ortalamaları

	Minimum	Maksimum	Ort±SS
Manevi Bakım Yeterliliği Ölçeği			
Manevi Bakımın Değerlendirilmesi ve Uygulanması	7	30	19,73±6,74
Manevi Bakımda Profesyonellik ve Hasta Danışmanlığı	18	75	49,3±16,5
Hastanın Maneviyatına Karşı Tutumu ve İletişimi	6	30	21,25±7,17
Toplam	30	135	90,29±29,53
Duygusal Bulaşma Ölçeği	19	69	50,29±15,36

Yoğun bakım hemşirelerine uygulanan MBYÖ toplam puan ortalaması 90,29±29,53, alt boyut puan ortalamaları ise; “manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması” 19,73±6,74, “manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı” 49,3±16,5, “hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi” 21,25±7,17 olarak saptanmıştır (Tablo 4.2.1.).

Katılımcıları DBÖ puan ortalaması ise 50,29±15,36 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin MBYÖ ve DBÖ Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	MBYÖ			DBÖ	
	Manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu	Manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu	Hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu	MBYÖ Toplam	
Cinsiyet					
Kadın (n=123)	18,82±6,65	47,45±16,02	20,64±7,40	86,91±29,23	47,4±15,15
Erkek (n=76)	21,15±6,69	52,18±16,91	22,19±6,73	95,53±29,41	54,77±14,7
	Z: -2,482 p: 0,013*	Z: -2,179 p: 0,029*	Z: -1,656 p: 0,098	Z: -2,416 p: 0,016*	Z: -3,667 p: 0,000*
Eğitim Durumu					
Lise (n=45)	18,8±7,20	46,84±18,5	20,09±7,85	85,73±32,47	49,84±16,92
Lisans (n=138)	20,14±6,55	50,08±15,83	21,63±6,95	91,85±28,53	50,27±14,89
Lisansüstü (n=16)	18,87±7,17	49,56±16,51	21,19±7,13	89,62±29,96	51,69 ±15,8
	X ² : 1,940 p: 0,379	X ² : 0,603 p: 0,740	X ² : 1,088 p: 0,580	X ² : 1,175 p: 0,556	X ² : 0,099 p: 0,952
Medeni Durum					
Evli (n=99)	21,75±5,91	54,42±13,60	23,55±5,52	99,72±24,02	53,83±13,12
Bekar (n=100)	17,74±6,95	44,24±17,58	18,97±7,87	80,95±31,56	46,78±16,64
	Z: -3,85 p: 0,000*	Z: -4,02 p: 0,000*	Z: -4,10 p: 0,000*	Z: -4,06 p: 0,000*	Z: -2,66 p: 0,008*
Aile Tipi					
Çekirdek Aile (n=163)	19,8±6,45	49,34±15,64	21,42±7,02	90,56±28,2	49,97±14,63
Geniş Aile (n=36)	19,42±8,04	49,17±20,18	20,44±7,86	89,03±35,37	51,72±18,5
	Z: -0,194 p: 0,846	Z: -0,058 p: 0,954	Z: -0,421 p: 0,674	Z: -0,157 p: 0,875	Z: -1,169 p: 0,242

Z= Mann Whitney U test, X²=Kruskal Wallis test, *p<0,005

Yoğun bakım hemşirelerinin cinsiyete göre MBYÖ, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu ve DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). Erkek katılımcıların manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutları, MBYÖ toplam ve DBÖ puan ortalamaları kadın katılımcılara göre daha yüksektir (Tablo 4.2.2).

Katılımcıların eğitim durumuna göre MBYÖ toplam ve alt boyutları ile DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.2.2).

Katılımcıların medeni duruma göre MBYÖ toplam, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyu ve DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Evli katılımcıların manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutları, MBYÖ toplam ve DBÖ puan ortalamaları bekar katılımcılara göre daha yüksektir (Tablo 4.2.2).

Katılımcıların aile tipine göre MBYÖ toplam ve alt boyutları ile DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.2.2).

Tabloda verilmeyen bir bulgu olarak yaş ile MBYÖ toplam ($p: 0,251$, $r_s: -0,082$), manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu ($p: 0,276$, $r_s: -0,078$), manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu ($p: 0,117$, $r_s: -0,111$), hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu ($p: 0,944$, $r_s: 0,005$) ve DBÖ ($p: 0,106$, $r_s: -0,115$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin MBYÖ ve DBÖ Puan Ortalamalarının İş Hayatı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

İş Hayatı Özellikleri	MBYÖ			DBÖ	
	Manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu	Manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu	Hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu	MBYÖ Toplam	
Haftalık Çalışma Saati					
40 saat (n=35)	18,91±7,44	45,8±17,87	20,37±8,09	85,06±32,56	48,77±17,79
41-50 saat (n=91)	20,99±5,63	52,67±12,86	22,47±5,80	96,13±23,10	53,74±12,69
51-60 saat (n=35)	21,23±4,92	52,77±12,35	23,31±5,07	97,31±20,75	52,63±11,30
61 saat ve üstü (n=38)	16,10±8,54	41,29±22,44	17,21±9,18	74,60±39,86	41,26±18,52
	X²: 9,193 p: 0,027*	X²: 7,940 p: 0,047*	X²: 9,741 p: 0,021*	X²: 7,555 p: 0,048*	X²: 12,559 p: 0,006*

X² =Kruskal Wallis test, *p<0,005

Yoğun bakım hemşirelerinin haftalık çalışma saatlerine göre MBYÖ toplam, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu ve DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 4.2.3.). Gruplar arası farkı tespit etmek amacıyla yapılan post hoc analizi sonucu haftalık 61 saat ve üstü çalışan hemşirelerin; DBÖ, MBYÖ toplam ve MBYÖ alt boyut puan ortalamaları daha düşük olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.2.3.).

Tabloda verilmeyen bir bulgu olarak hemşire olarak çalışma yılı ile MBYÖ toplam (p: 0,535, *r_s*: -0,044), manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu (p: 0,370, *r_s*: -0,064), manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu (p: 0,426, *r_s*: -0,057), hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu (p: 0,819, *r_s*: -0,016) ve DBÖ (p: 0,184, *r_s*: -0,095) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Tabloda verilmeyen bir bulgu olarak katılımcıların yoğun bakımda çalışma yılı ile MBYÖ toplam (p: 0,257, *r_s*: -0,081), manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu (p: 0,287, *r_s*: -0,076), manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu

(p: 0,250, r_s : -0,082), hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu (p: 0,208, r_s : 0,208) ve DBÖ (p: 0,134, r_s : -0,107) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.2.4. Yoğun Bakım Hemşirelerinin MBYÖ ve DBÖ Puan Ortalamalarının Hemşire-Hasta Etkileşimine İlişkin Algılarına Göre Karşılaştırılması

Hasta-Hemşire Etkileşimine İlişkin Algılar	MBYÖ			DBÖ	
	Manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu	Manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu	Hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu	MBYÖ Toplam	
Hasta ile iletişimde dikkat edilen öğeler*					
<i>Hastanın jest ve mimikleri</i>					
Evet (n=98)	21,98±5,84	54,5±13,77	23,26±5,75	99,74±24,46	53,67±13,45
Hayır (n=101)	17,55±6,87	44,27±17,4	19,29±7,86	81,11±31,2	47,0±16,43
	Z: -4,509 p: 0,000*	Z: -4,145 p: 0,000*	Z: -3,579 p: 0,000*	Z: -4,330 p: 0,000*	Z: -2,822 p: 0,005*
<i>Hastanın postürü</i>					
Evet (n=51)	22,37±8,18	55,37±21,17	22,8±8,54	100,5±37,47	54,82±19,89
Hayır (n=148)	18,82±5,94	47,22±14,03	20,71±6,58	86,75±25,45	48,72±13,18
	Z: -0,661 p: 0,445	Z: -0,755 p: 0,454	Z: -0,899 p: 0,329	Z: -0,709 p: 0,477	Z: -0,349 p: 0,728
<i>Hastanın sözcükleri</i>					
Evet (n=126)	20,41±5,88	51,55±13,78	22,22±5,95	94,19±24,58	53,63±13,08
Hayır (n=73)	18,56±7,93	45,42±19,86	19,56±8,67	83,55±35,73	44,52±17,29
	Z: -0,978 p: 0,328	Z: -1,656 p: 0,098	Z: -1,454 p: 0,146	Z: -1,270 p: 0,204	Z: -3,438 p: 0,001*
<i>Hastanın sesi/ses tonu</i>					
Evet (n=46)	19,41±9,52	47,61±23,91	19,78±9,91	86,8±42,93	48,48±21,74
Hayır (n=153)	19,83±5,69	49,82±13,57	21,69±6,09	91,33±24,20	50,83±12,9
	Z: -1,013 p: 0,311	Z: -0,707 p: 0,479	Z: -0,270 p: 0,787	Z: -0,901 p: 0,368	Z: -0,353 p: 0,724
Hasta görüşmelerinin zamanlaması*					
<i>Hasta bakımı ile eş zamanlı</i>					
Evet (n=120)	18,04±6,6	45,27±16,5	19,57±7,46	82,87±29,54	47,2±15,17
Hayır (n=79)	22,3±6,16	55,44±14,57	23,8±5,88	101,54±25,88	54,97±14,53
	Z: -4,777 p: 0,000*	Z: -4,470 p: 0,000*	Z: -4,285 p: 0,000*	Z: -4,746 p: 0,000*	Z: -3,772 p: 0,000*

Tablo 4.2.4. (devamı)

<i>Hastaya özel belirli görüşme saatleri</i>					
Evet (n=94)	22,2±6,1	55,29±14,46	23,5±5,95	100,99±25,81	54,39±14,61
Hayır (n=105)	17,52±6,54 Z: -5,221 p: 0,000*	43,95±16,43 Z: -5,242 p: 0,000*	19,23±7,58 Z: -4,201 p: 0,000*	80,7±29,47 Z: -5,304 p: 0,000*	46,61±15,15 Z: -3,896 p: 0,000*
<i>Bilinçsiz hasta ile iletişim kurma isteği</i>					
İstekli (n=123)	22,7±4,76	56,20±11,0	24,59±4,42	103,5±18,56	55,0±12,14
İsteksiz (n=76)	14,93±6,75 Z: -7,453 p: 0,000*	38,14±17,81 Z: -6,710 p: 0,000*	15,83±7,47 Z: -7,969 p: 0,000*	68,91±31,5 Z: -7,319 p: 0,000*	42,66±16,98 Z: -4,882 p: 0,000*
<i>Bakım verirken hissedilen baskın duygu*</i>					
Mutlu/neşeli (n=84)	22,42±4,44	55,59±9,91	23,97±4,61	101,99±17,3	54,93±12,21
Üzgün (n=42)	19,36±6,98	47,9±17,18	20,55±7,77	87,81±31,13	48,81±15,51
Nötr (n=20)	17,85±7,36	44,4±18,49	18,7±7,14	80,95±32,6	49,3±16,49
Öfkeli (n=16)	13,81±6,39	36,81±15,68	16,19±6,99	66,81±28,21	43,56±15,18
Diğer*** (n=37)	17,65±8,04 X ² : 5,644 p: 0,130	44,67±21,25 X ² : 3,639 p: 0,303	19,4±9,01 X ² : 3,799 p: 0,284	81,73±37,62 X ² : 3,861 p: 0,277	44,86±18,38 X ² : 1,596 p: 0,660
<i>Hastanın duygularını anlamayı zorlaştıran unsurlar*</i>					
<i>Yoğun bakımın fiziksel ortamı</i>					
Evet (n=78)	19,99±7,49	50,18±18,72	20,85±7,48	91,01±33,2	51,67±16,52
Hayır (n=121)	19,57±6,24 Z: -0,822 p: 0,411	48,74±14,94 Z: -1,272 p: 0,203	21,5±6,98 Z: -0,444 p: 0,657	89,82±27,04 Z: -0,900 p: 0,368	49,4±14,58 Z: -1,334 p: 0,182
<i>Hasta odasındaki tıbbi ekipmanların sesi ve ışıkları</i>					
Evet (n=49)	21,61±6,19	54,26±15,19	22,94±6,0	98,82±26,61	56,06±13,2
Hayır (n=150)	19,12±6,82 Z: -1,139 p: 0,255	47,69±16,63 Z: -1,652 p: 0,099	20,69±7,45 Z: -0,982 p: 0,326	87,5±29,98 Z: -1,541 p: 0,123	48,4±15,59 Z: -1,150 p: 0,250
<i>Koruyucu ekipman kullanımı</i>					
Evet (n=38)	19,26±8,05	48,18±20,01	20,39±8,13	87,84±35,63	47,3±19,57
Hayır (n=161)	19,84±6,42 Z: -0,133 p: 0,894	49,57±15,59 Z: -0,088 p: 0,930	21,45±6,93 Z: -0,388 p: 0,698	90,86±27,1 Z: -0,088 p: 0,930	50,99±14,18 Z: -0,763 p: 0,445
<i>Hastaya bağlı kateter, dren, tüp gibi medikal malzemeler</i>					
Evet (n=50)	19,68±8,13	49,5±20,44	20,7±8,32	89,88±36,36	52,02±18,79
Hayır (n=149)	19,75±6,24 Z: -0,394 p: 0,693	49,24±15,02 Z: -0,763 p: 0,446	21,43±6,76 Z: -0,077 p: 0,939	90,42±26,91 Z: -0,461 p: 0,645	49,7±14,05 Z: -1,741 p: 0,082
<i>Hastanın duyuşsal, nörolojik sorunlarının olması</i>					
Evet (n=89)	17,98±6,63	45,66±16,43	19,59±7,17	83,24±29,36	47,99±14,81
Hayır (n=110)	19,68±4,88 Z: -4,515 p: 0,000*	50,23±10,97 Z: -3,840 p: 0,000*	21,70±5,01 Z: -4,301 p: 0,000*	91,61±19,42 Z: -4,465 p: 0,000*	39,82±7,53 Z: -2,780 p: 0,005*

Tablo 4.2.4. (devamı)

<i>İş yoğunluğu ve mesai saatlerinin uzun olması</i>					
Evet (n=93)	19,4±6,12	48,25±14,78	21,02±6,88	88,68±26,74	50,98±16,52
Hayır (n=106)	20,11±7,41	50,5±18,26	21,5±7,51	92,12±32,47	49,68±14,32
	Z: -1,943	Z: -2,096	Z: -1,854	Z: -2,145	Z: -3,030
	p: 0,052	p: 0,036*	p: 0,064	p: 0,032*	p: 0,002*
<i>Hasta tarafından sözel ve fiziksel şiddete maruz kalmak</i>					
Evet (n=52)	19,09±6,81	47,82±16,84	20,45±7,39	87,36±30,22	53,23±15,67
Hayır (n=147)	21,54±6,26	53,52±14,83	23,5±6,01	98,56±26,02	49,24±15,17
	Z: -2,321	Z: -1,708	Z: -2,829	Z: -2,228	Z: -1,843
	p: 0,020*	p: 0,088	p: 0,005*	p: 0,026*	p: 0,065

Z= Mann Whitney U test, *p<0,005

*Birden fazla seçenekli sorular

Yoğun bakım hemşirelerinin hasta ile etkileşimde dikkat ettiği öğelerden hastanın jest ve mimiklerine dikkat etme ile MBYÖ toplam, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu ve DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.2.4).

Yoğun bakım hemşirelerin hastalarıyla iletişimde dikkat ettiği öğelerden hastanın sözcükleri ile DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş (p<0,05) olup, MBYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05) (Tablo 4.2.4).

Yoğun bakım hemşirelerin hastalarıyla iletişimde dikkat ettiği öğelerden hastanın postürü ve hastanın sesi/ses tonu ile MBYÖ toplam ve alt boyutları ile DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.2.4).

Katılımcıların hasta görüşmelerinin zamanlamasından özel zaman ayırma ve hasta bakımıyla eş zamanlı iletişim ile MBYÖ toplam, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu ve DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.2.4).

Katılımcıların bilinçsiz hastayla iletişimi başlatma konusunda isteği ile MBYÖ toplam, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu ve DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).

Yoğun bakım hemşirelerinin bakım verirken hissettikleri baskın duygu ile MBYÖ toplam ve alt boyutları ile DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2.4).

Katılımcıların hastanın duygularını anlamayı zorlayan unsurlardan hastanın duysal, nörolojik sorunlarının olması ile MBYÖ toplam, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu ve DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).

Katılımcıların hastanın duygularını anlamayı zorlayan unsurlardan iş yoğunluğu ve mesai saatlerinin uzun olmasını ile MBYÖ toplam, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu ve DBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).

Yoğun bakım hemşirelerinin hastanın duygularını anlamayı zorlayan unsurlardan hasta tarafından sözel ve fiziksel şiddete maruz kalmak ile MBYÖ toplam, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu ve DBÖ puan ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.2.4).

Yoğun bakımın fiziksel ortamı, hasta odasındaki tıbbi ekipmanların sesi ve ışıkları, koruyucu ekipman kullanımı, hastaya bağlı kateter, dren, tüp gibi medikal malzemeler ile MBYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.2.4).

4.2.5. Yoğun Bakım Hemşirelerinin MBYÖ ve DBÖ Puan Ortalamalarının Manevi Bakıma İlişkin Algılarına Göre Karşılaştırılması

Manevi Bakıma İlişkin Algılar	MBYÖ			DBÖ	
	Manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu	Manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu	Hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu	MBYÖ Toplam	
Maneviyat kavramında din dışındaki öğelerin varlığı					
Evet (n=124)	20,43±7,11	51,06±17,40	22,15±7,31	93,64±30,91	51,77±16,12
Hayır (n=75)	18,58±5,96	46,4±14,53	19,75±6,70	84,73±26,37	47,83±13,83
	Z: -2,449 p: 0,014*	Z: -2,776 p: 0,006*	Z: -3,154 p: 0,002*	Z: -2,860 p: 0,004*	Z: -2,324 p: 0,020*
Maneviyatın önemi					
Evet, önemlidir. (n=134)	22,1±5,28	54,72±12,70	23,73±5,29	100,55±22,03	53,84±13,45
Kısmen önemlidir. (n=65)	14,86±6,85	38,14±17,84	16,12±7,83	69,12±31,84	42,95±16,53
Hayır, önemsizdir. (n=0)	-	-	-	-	-
	Z: -6,867 p: 0,000*	Z: -6,516 p: 0,000*	Z: -6,358 p: 0,000*	Z: -6,806 p: 0,000*	Z: -4,555 p: 0,000*
Manevi bakım eğitimi alma durumu					
Evet (n=42)	23,23±4,42	58,5±9,89	24,16±4,52	105,89±17,47	55,46±11,61
Hayır (n=107)	18,36±7,01	45,71±17,18	20,1±7,69	84,17±31,05	48,26±16,2
	Z: -4,509 p: 0,000*	Z: -5,293 p: 0,000*	Z: -3,112 p: 0,002*	Z: -4,751 p: 0,000*	Z: -2,581 p: 0,010*
Bakmakta olunan hastaya manevi bakım verme durumu					
Evet (n=111)	23,26±4,54	58,25±10,1	25,08±4,14	106,59±17,1	56,22±11,65
Hayır (n=88)	15,28±6,45	38,02±16,1	16,41±7,27	69,72±29,12	42,81±16,25
	Z: -8,299 p: 0,000*	Z: -8,772 p: 0,000*	Z: -8,408 p: 0,000*	Z: -8,989 p: 0,000*	Z: -5,837 p: 0,000*

Z= Mann Whitney U test, *p<0,005

Maneviyat kavramında din dışı öğelerin varlığını düşünme, kişisel yaşamında maneviyatı önemli bulma ve manevi bakım eğitimi alma ile MBYÖ toplam, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu ve DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4.2.5).

Bakmakta olunan hastaya manevi bakım verme durumu ile MBYÖ toplam, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu ve DBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2.5).

4.3. DUYGUSAL BULAŞMA VE MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tablo 4.3.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin DBÖ ile MBYÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		DBÖ
Manevi Bakımın Değerlendirilmesi ve Uygulanması	r_s	0,535
	p	0,000*
Manevi Bakımda Profesyonellik ve Hasta Danışmanlığı	r_s	0,539
	p	0,000*
Hastanın Maneviyatına Karşı Tutumu ve İletişimi	r_s	0,495
	p	0,000*
MBYÖ Toplam	r_s	0,538
	p	0,000*

r_s : Spearman korelasyon katsayısı, * $p<0,05$

Yoğun bakım hemşirelerinin DBÖ puanı ile manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu ($r_s = 0,535$, $p<0,05$), manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu ($r_s = 0,539$, $p<0,05$), hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu ($r_s = 0,495$, $p<0,05$) ve MBYÖ toplam puanları ($r_s = 0,538$, $p<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.3.1.).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinde manevi bakım yeterliliği ve duygusal bulaşmanın belirlenmesine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

5.1. DUYGUSAL BULAŞMAYA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre duygusal bulaşmaya yatkınlığa ilişkin anlamlı bulunan bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki yoğun bakım hemşirelerinin DBÖ puanları $50,29 \pm 15,36$ olarak bulunmuştur. Teja Sree'nın 50 kadın ve 50 genç ile yaptığı çalışmada (2021), araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde DBÖ toplam puanı kadınlar için $47,26 \pm 6,74$, gençler için ise $51,6 \pm 8,4$ olarak saptanmıştır (Teja Sree, 2021). Zhang ve Zhang'ın 448 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada (2021), DBÖ toplam puanı $94,98 \pm 22,25$ olarak bulmuştur (Zhang & Zhang, 2021). Bu farklılık, kullanılan ölçüm aracının, çeşitli uluslarda farklı güvenilirlik ve geçerlilik sonucu vermesinden kaynaklanmaktadır (Zhang et al., 2017).

Bu araştırmada, erkek yoğun bakım hemşirelerinin duygusal bulaşmaya yatkınlığı, kadın hemşirelerden daha fazla bulunmuştur. Duygusal bulaşmaya yatkınlığı, cinsiyet yönünden inceleyen yurtdışı çalışmalarının bazıları ise cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olmadığı yönünde sonuca ulaşmıştır (Lin et al., 2008; Pinilla et al., 2020; Wild et al., 2001). Ancak literatürde duygusal kırılganlık ve duygusal boyutta empatinin olduğu kadın cinsiyetinde, özellikle aşk, mutluluk, hüzn gibi duygularının duygusal bulaşmaya yatkınlık yarattığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Kevrekidis et al., 2008; Lo Coco et al., 2014). Sonnby-Borgström ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan 51 erkek 51 kadının katıldığı yüz EMG'si ve sözlü duygusal bulaşma bildiriminin kullanıldığı çalışmada, kadınların uyarılara maruz kaldığında hem yüz taklitini hem de duyguların sözel ifadesini gösterdikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada erkeklerin üzgün yüze taklit tepkilerinin arttığı, kadınların dışa vurumcu tepkilerine karşılık erkeklerde içselleştirmenin ve bastırmanın daha yoğun olduğu, tehdit edici durumlarda erkek cinsiyetinde fiziksel aktivasyonunun artışı bildirilmiştir (Sonnby-Borgström et al., 2008). Bu bağlamda, yoğun bakım ünitelerinin yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaların ve kayıpların yaşandığı yerler olduğu

düşünüldüğünde, bu ortamın daha fazla üzgün yüz ifadesi doğurarak erkeklerin üzgün yüze taklit tepkilerini arttırmış olabilir. Ayrıca, erkeklerin duygularını bastırmaya iten toplumsal cinsiyet rolleri, hemşirelik gibi kadın cinsiyetine atfedilmiş mesleği seçen erkek hemşirelerde daha az görülebilir (Cho & Jang, 2021). Araştırmamızda erkek hemşirelerin duygusal bulaşma yatkınlığının daha fazla olmasında hemşirelik mesleğini seçmenin toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklı duyguları maskeleyen zorunluluğunu azaltmış olmasının da etkili olabileceği düşünülebilir.

Araştırma kapsamındaki evli hemşirelerin duygusal bulaşmaya yatkınlığı, bekar hemşirelere göre daha fazladır. Araştırma sonucumuz ile benzer şekilde Mazzuca ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, uzun süreli evli çiftlerin bilişsel yeniden değerlendirme süreçlerini kullanarak duygularını senkronize etme çabasının olduğu ve bu çabanın, evli çiftlerin duygusal bulaşmaya yatkınlığını artırdığı bulunmuştur (Mazzuca et al., 2019).

Bu araştırmada cinsiyet ve medeni durum dışında diğer sosyodemografik özelliklerin duygusal bulaşmaya yatkınlığı etkilemediği bulunmuştur. Ancak Türkiye’de yapılan bir çalışmada; lisansüstü eğitim derecesine sahip olma, 15 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olma ve yönetici olma gibi bazı değişkenlerin hemşirelerde duygusal bulaşmaya yatkınlığı artırdığı saptanmıştır (Demirkaya & Sönmez, 2020). Bu farklılığın örneklem grubundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin iş ile ilgili özelliklerinden haftalık çalışma saatinin duygusal bulaşma yatkınlığını etkilediği bulunmuştur. Haftalık çalışma saati 61 saat ve üstü olan hemşirelerin duygusal bulaşma yatkınlığı daha azdır. Demirkaya’nın 357 hemşire ile yaptığı tez çalışmasında (2022), haftalık çalışma saatinin duygusal bulaşmaya yatkınlığı etkilemediği bulunmuştur. Bu farklılığın örneklem grubundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Demirkaya, 2022).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %63,3’ü iletişimde hastanın sözcüklerine, %49,2’si hastanın jest ve mimiklerine, %25,6’si hastanın postürüne, %23,1’i hastanın ses/ses tonuna dikkat ettiğini bildirmiştir. Hastanın sözcükleri ile jest ve mimiklerine dikkat eden hemşirelerin etmeyenlere göre duygusal bulaşmaya daha yatkın oldukları bulunmuştur. Prochazkova ve Kret (2017) duygusal sinyallerin otomatik taklitini araştırdıkları bir çalışmada; duygusal bulaşma için jest ve mimiklerin gerekli olduğunu vurgulamıştır

(Prochazkova & Kret, 2017). Kramer ve arkadaşları ise (2014) duygusal bulaşma için jest ve mimik gibi sözsüz iletişim öğelerine gerek olmadığını, tek başına sözlü iletişimin de duygusal bulaşmayı sağlayabileceğini belirtmiştir (Kramer et al., 2014). Araştırma sonucumuz hastanın sözcük, jest ve mimiklerinin yoğun bakım hemşirelerinde duygusal bulaşma yatkınlığını artırdığına dikkat çekmektedir.

Bu araştırmada hasta ile görüşmeyi hasta bakımı sırasında yapmayan, özel bir saatte yaptığını belirten ve bilinci kapalı hasta ile iletişime istekli olan hemşirelerin bulaşma yatkınlığı daha fazla olarak belirlenmiştir. Bu sonuç hasta ile etkileşimin hemşirelerde duygusal bulaşma yatkınlığını etkilediğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Araştırma kapsamındaki yoğun bakım hemşirelerinin %42,2'si, hastayla iletişim halinde olumlu duygulardan biri olan mutluluğu deneyimlediğini belirtmektedir. Olumlu bir duygu olan mutluluğun bulaşmasının olumsuz duygulara göre daha hızlı ve otomatik olarak gerçekleştiği ve iletişimi kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Deng & Hu, 2018; Falkenberg et al., 2008). Yoğun bakım üniteleri gibi özellikli birimlerde çalışan hemşireler, eşik altı depresyonu olan hastalarla karşılaşabilmektedir. Hemşirelerin gülümseme gibi olumlu yüz ifadeleri, hastaların ruhsal sıkıntılarını gidermesine ve olumlu duyguyu taklit etme eğilimlerinin artmasına yardımcı olabilir (Yamashita & Yamamoto, 2021). Bu bağlamda hemşireler, hasta-hemşire uyumunu artırarak daha iyi hasta çıktılarına sebep olduğu için hasta bakımı sırasında daha çok mutluluk duygusunu hissediyor olabilir.

Hastanın duygularını anlamada hastanın duygusal/nörolojik sorunlarını ve iş yoğunluğu/mesai saatlerinin uzunluğunu zorlayıcı bir unsur olarak bildiren katılımcıların, bildirmeyenlere göre duygusal bulaşmaya daha yatkın olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Gosselin ve arkadaşları (2016) çalışma saatlerinin fazla olması, kritik hasta ile çalışmak gibi mesleki stres faktörlerini deneyimleyen hemşirelerin hastaların duygularına daha duyarlı hale geldiğini belirtmektedir (Gosselin et al., 2016). Ancak, mesleki stres faktörlerinin kronikleşmesi durumunda duygusal bulaşmanın bir bileşeni olan empatiyi azaltabileceği ve bunun da tükenmişliğe yol açabileceği belirtilmektedir (Stavropoulou et al., 2020). Ayrıca hastayla iletişim kuramama, duygunun dışavurumunda uyumsuzluk, ajitasyon ve hemşireye yöneltilmiş öfke gibi durumların duygusal bulaşmaya yatkın olan hemşirelerde olumsuz duyguları açığa çıkararak yayılmasını hızlandırabileceği belirtilmektedir (LeBlanc et al.,

2018; Zamoscik et al., 2017). Bu kapsamda yoğun bakım hemşirelerinde olumsuz duyguların etkilerini araştıran daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülebilir.

Bu araştırmada maneviyat kavramında din dışı öğelerin varlığını düşünen, kişisel yaşamında maneviyatı önemli bulan, manevi bakım eğitimi alan ve hastalarına manevi bakım veren hemşirelerin duygusal bulaşmaya daha fazla yatkın olduğu bulunmuştur. Bu sonuç hemşirelerin manevi bakım ile ilgili algılarının duygusal buluşmayı etkilediğini göstermektedir.

5.2. MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinin tanımlayıcı özelliklerine göre manevi bakım yeterliliğine yönelik anlamlı bulunan bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki yoğun bakım hemşirelerinin MBYÖ toplam puanının $94,17 \pm 18,07$ olduğu saptanmıştır. Karaman ve Sagkal Midilli'nin (2022) 700 Türk hemşiresiyle yaptıkları çalışmada da araştırma sonucumuza benzer şekilde MBYÖ toplam puanı $94,93 \pm 13,55$ olarak saptanmıştır (Karaman & Sagkal Midilli, 2022). Aynı ölçüm aracının kullanıldığı uluslararası diğer çalışmalara bakıldığında; MBYÖ puanları, Cheng ve arkadaşları (2021) 2970 Çinli hemşireyle yaptıkları çalışmada 58.5 ± 16.05 (Cheng et al., 2021), Jafari ve Fallahi-Khoshknab (2021) 158 İranlı hemşireyle yaptıkları çalışmada 101 ± 12.6 (Jafari & Fallahi-Khoshknab, 2021), Li ve arkadaşları (2021) 326 Çinli onkoloji hemşiresiyle yaptıkları çalışmada 61.62 ± 16.10 olarak bulmuştur (Li et al., 2021). Bu farklılıklar, örneklem grubundaki hemşirelerin farklı sosyodemografik ve kültürel özelliklere sahip olmalarından kaynaklanmış olabilir (Hellman et al., 2015).

Araştırma kapsamındaki hemşireler tarafından sıklıkla uygulanan manevi bakım müdahalelerinin; psikolojik açıdan desteklemek (%53,3), dua etmeye teşvik etmek (%34,2), ve terapötik dokunuş (%29,6) olduğu belirlenmiştir. Bakır ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada; benzer şekilde terapötik dokunuş uygulamak, hastaları dinleme, psikolojik destek sağlamak sık kullanılan hemşirelik uygulamaları olarak belirlenmiştir (Bakır et al., 2017).

Bu araştırmada, erkek yoğun bakım hemşirelerinin manevi bakım yeterliliğinin kadın hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde manevi bakım yeterliliğinde

cinsiyetler arası farkın bulunmadığı gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (Azarsa et al., 2015; Vogel & Schep-Akkerman, 2018). Melhem ve arkadaşları (2016) maneviyat ve manevi bakım algılarının daha yüksek olmasında hastanın duygularına ve hislerine odaklanma yatkınlığının etkili olduğunu vurgulamıştır (Melhem et al., 2016). Bu bağlamda araştırmamızda erkek hemşirelerin manevi bakım yeterliliğinin kadınlara göre daha yüksek olması araştırmamızda erkek hemşirelerin duygusal bulaşmaya daha yatkın olması ile açıklanabilir.

Araştırma kapsamındaki evli hemşirelerin manevi bakım yeterliliği bekar hemşirelerden daha yüksek olarak bulunmuştur. Abusafia ve arkadaşlarının (2021) hemşireler ile yaptıkları çalışmada medeni durumun manevi bakım yeterliliğini etkilemediği bulunmuştur (Abusafia et al., 2021). Kang ve arkadaşları (2021) ise araştırma sonucumuza benzer şekilde evli hemşirelerin manevi bakım yeterliliğini daha yüksek bulmuştur (Kang et al., 2021).

Araştırmamızda cinsiyet ve medeni durum dışında hemşirelerin diğer sosyodemografik özelliklerin manevi bakım yeterliliğini etkilemediği belirlenmiştir. Literatürde manevi bakım yeterliliğinin yaş (Azarsa et al., 2015), mesleki deneyim (Azarsa et al., 2015; Seid & Abdo, 2022), eğitim düzeyi (Ebrahimi et al., 2017; Seid & Abdo, 2022) gibi değişkenlere göre değişmediğini belirten çalışmalar mevcuttur. Bu kapsamda araştırma sonucumuz literatür ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca araştırmamızda haftalık mesai saati 61 saat ve üzeri olan hemşirelerin manevi bakım yeterliliği daha düşüktür. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin manevi bakım vermesini engelleyen en önemli faktörlerin ağır iş yükü ve zaman kısıtlılığı olduğu belirtilmektedir (Bnurs et al., 2020; Willemse et al., 2018, Adib-Hajbaghery et al., 2017; DeKoninck et al., 2016; Keall et al., 2014). Bu durum hastalara verilen bakımın kalitesini de etkileyeceğinden hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili daha ileri çalışmalar yapılması önerilebilir.

Araştırmada hasta ile iletişimde jest ve mimiklere dikkat eden, hasta ile görüşmeyi hasta bakımı sırasında yapmayan, özel bir saatte yaptığını belirten ve bilinçsiz hasta ile iletişime istekli olan hemşirelerin manevi bakım yeterliliği daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucumuz hasta ile iletişimin manevi bakım yeterliliğini etkilediğine dikkat çekmektedir.

Bu araştırmada hastanın duygularını anlamayı zorlaştıran unsurlar olarak hastanın duyuşal/nörolojik sorunlarının olması, iş yoğunluğu/mesai saatlerinin uzun olması ve hasta

tarafından sözel/ fiziksel şiddete maruz kalmayı düşünen hemşirelerin manevi bakım yeterliliği daha düşüktür. Bu sonucun duyguları anlamanın manevi bakım yeterliliğini etkilediğini göstermesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada maneviyat kavramının yalnızca dinsel çağrışımlar içermediğini düşünen hemşirelerin manevi bakım yeterliliğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşireler ile yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin maneviyatı din ve dini uygulamalar ile eş değer gördüğü bulunmuştur (Abu-El-Noor, 2016; Akgün et al., 2016). Bazı çalışmalarda ise hemşirelerin maneviyatı aşkınlık, amaç, anlam ve değerler kavramları ile maneviyatı tanımladıkları belirlenmiştir (Bnurs & Bailey, 2020; Melhem et al., 2016).

Bu araştırmada maneviyatı önemli bulan, manevi bakım eğitimi alan ve manevi bakım veren yoğun bakım hemşirelerinin manevi bakım yeterliliği daha yüksektir. Maneviyatı yüksek olan hemşirelerin manevi bakıma yönelik tutumlarını ve manevi bakım sağlama yeteneklerini geliştirdikleri, bunun da manevi bakım yeterliliğinde artışa yol açtığı belirtilmektedir (Azarsa et al., 2015; Vogel & Schep-Akkerman, 2018).

5.3. DUYGUSAL BULAŞMA VE MANEVİ BAKIM YETERLİLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, yoğun bakım hemşirelerinin duygusal bulaşmaya yatkınlık ile manevi bakım yeterliliği arasındaki ilişkiye ait bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamında yoğun bakım hemşirelerinin duygusal bulaşmaya yatkınlıkları ile manevi bakım yeterliliği arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, hemşirelerin duygusal bulaşmaya yatkınlığı arttıkça manevi bakım yeterliliği de artmaktadır. Araştırmamızda hemşirelerin manevi bakıma ilişkin bazı algılarının duygusal bulaşma yatkınlığını etkilediği ve hastanın duygularını anlamayı zorlaştıran bazı unsurların da manevi bakım yeterliliğini etkilediğinin bulunması bu sonucumuzu destekler niteliktedir. Way ve Tracy'nin (2012) darülaceze ve palyatif bakım çalışanları ile yaptığı çalışmada, çalışanlar duyarsız ve duygusuz olduklarında duygusal bulaşmanın azaldığı ve bunun sonucunda da hastanın manevi bakım ihtiyaçlarının anlaşılmasında azalma görülebildiği bulunmuştur (Way & Tracy, 2012). Sabancıoğulları ve arkadaşlarının (2020) manevi bakım ve duygusal zekâ ilişkisi üzerine yaptığı çalışmada; hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ile maneviyat düzeyleri arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Sabancıoğulları et al., 2020). Duygusal zekanın, duygusal bulaşma üzerindeki olumlu etkisi de düşünüldüğünde (Cox et al., 2021),

maneviyatın ve duygusal bulaşmanın da ilişkili olabileceği düşünülebilir. Bu bulgular, duygusal bulaşma ve manevi bakım yeterliliğinin pozitif yönlü ilişkisini gösteren araştırma sonucumuzla uyumludur.



6. SONUÇLAR

Yoğun bakım hemşirelerinin duygusal bulaşma ve manevi bakım yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi ve aradaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma, 199 hemşire ile yürütülmüştür.

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalaması $26,96 \pm 4,87$ 'dür. Yoğun bakım hemşirelerinin %61,8'i (n=123) kadın, %69,3'ü (n=138) lisans mezunu, %50,3'ü (n=100) bekar ve %20,6'sı (n=41) ise anestezi ve reanimasyon yoğun bakım biriminde çalışmaktadır. Katılımcıların mesleki deneyim sürelerinin ortalaması (yıl) $5,86 \pm 5,27$, yoğun bakım deneyimlerinin ortalaması (yıl) $5,86 \pm 5,27$ 'dir.

Araştırma kapsamında;

- Erkek, evli hemşirelerin duygusal bulaşmaya yatkınlık ve manevi bakım yeterlilik puanlarının daha yüksek olmasına rağmen haftalık çalışma saati 61 saat ve üstü olan hemşirelerin duygusal bulaşmaya yatkınlık ve manevi bakım yeterlilik puanlarının daha düşük olduğu,
- Hasta görüşmeleri için özel bir zaman dilimi ayıran, bilinçsiz hasta ile iletişim kurmaya istekli ve hasta ile iletişimde hastanın jest ve mimiklerine, sözcüklerine dikkat ettiğini bildiren hemşirelerin duygusal bulaşmaya yatkınlık puanlarının yüksek olduğu,
- Hasta duygularını anlamayı zorlaştıran unsurların hastanın duygusal/nörolojik sorunlarının olması ve iş yoğunluğu/mesai saatlerinin uzun olması olarak bildiren hemşirelerin duygusal bulaşmaya yatkınlık puanlarının yüksek olduğu,
- Maneviyat kavramında din dışı öğelerin varlığını düşünen, kişisel yaşamında maneviyatı önemli bulan, manevi bakım eğitimi alan ve hastalarına manevi bakım veren hemşirelerin duygusal bulaşmaya yatkınlık puanlarının yüksek olduğu,
- Hasta görüşmeleri için özel bir zaman dilimi ayıran, bilinçsiz hasta ile iletişim kurmaya istekli ve hasta ile iletişimde hastanın jest ve mimiklerine dikkat ettiğini bildiren hemşirelerin manevi bakım yeterlilik puanlarının yüksek olduğu,
- Hasta duygularını anlamayı zorlaştıran unsurların hastanın duygusal/nörolojik sorunlarının olması, iş yoğunluğu/mesai saatlerinin uzun olması ve hasta tarafından

sözel ve fiziksel şiddete maruz kalınması olarak düşünen hemşirelerin manevi bakım yeterlilik puanlarının düşük olduğu,

- Duygusal bulaşmaya yatkınlık ile manevi bakım yeterliliği arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hastalarının duygularının anlaşılması ve manevi bakımın verilebilmesi için hemşire başına düşen hasta sayısının azaltılması ve çalışma saatlerinin azaltılması,
- Duyusal ve nörolojik sorunları olan hasta grubuyla çalışan yoğun bakım hemşirelerine gerekli yardımcı cihazların teminin sağlanması,
- Hasta tarafından sözel ve fiziksel şiddete maruz kalan yoğun bakım hemşirelerinin ruh sağlığı uzmanları tarafından desteklenmesi,
- Manevi bakımının sağlanabilmesi amacıyla olumsuz duygularla baş etme ve düzenleme becerilerini kazandıracak eğitimlerin sağlık kurumları ve hemşirelik okulları tarafından verilmesi,
- Manevi bakım yeterliliğini etkileyen kişisel faktörlerin araştırılması ile manevi sıkıntıyı tanıyacak hemşire gruplarının oluşturulması sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Günüşen, N. P. (2017). Hemşirelerin ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 3(1), 12–18.
2. Uçar, N., Aygin, D., & Uzun, E. (2016). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumunun değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 18–37.
3. Tunçay, G. Y., & Uçar, H. (2010). Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 17(2), 33–46.
4. Gelsema, T. I., Van Der Doef, M., Maes, S., Akerboom, S., & Verhoeven, C. (2005). Job stress in the nursing profession: The influence of organizational and environmental conditions and job characteristics. *International Journal of Stress Management*, 12(3), 222–240. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.3.222>
5. Omdahl, B., & O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1351–1359. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.1999.01021.X>
6. Hatfield, E., Cacioppo, J., & Rapson, R. (1994). *Emotional contagion*. New York: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1080/00029157.1997.10403399>.
7. Parkinson, B. (2011). Interpersonal emotion transfer: Contagion and social appraisal. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(7), 428–439. <https://doi.org/10.1111/J.1751-9004.2011.00365.X>
8. Tee, E. Y. J. (2015). The emotional link: Leadership and the role of implicit and explicit emotional contagion processes across multiple organizational levels. *Leadership Quarterly*, 26(4), 654–670. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2015.05.009>
9. Karagül, A. (2012). Manevi bakım: Anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi (Hollanda örneği). *Dini Araştırmalar*, 15(40), 5–27.
10. Weathers, E., McCarthy, G., & Coffey, A. (2016). Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*, 51(2), 79–96. <https://doi.org/10.1111/NUF.12128>
11. Carr, T. (2008). Mapping the processes and qualities of spiritual nursing care. *Qualitative Health Research*, 18(5), 686–700. <https://doi.org/10.1177/1049732307308979>
12. Gallison, B. S., Xu, Y., Jurgens, C. Y., & Boyle, S. M. (2013). Acute care nurses' spiritual care practices. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 95–103. doi:10.1177/0898010112464121).
13. Carr, T. J. (2010). Facing existential realities: exploring barriers and challenges to spiritual nursing care. *Qualitative Health Research*, 20(10), 1379–1392. <https://doi.org/10.1177/1049732310372377>
14. Ergül, Ş., & Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve Manevi Bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 37–45.
15. Winter, E. (2018). *Akıllı hissetmek : Duygularımız neden düşündüğümüzden daha rasyonedir?* (2. Baskı). (P. Onur, Çev.). İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları (Orijinal eserin basım tarihi 2014).
16. Izard, C. E. (2010). The many meanings/aspects of emotion: Definitions, functions, activation, and regulation. *Emotion Review*, 2(4), 363–370. <https://doi.org/10.1177/1754073910374661>
17. Türk Dil Kurumu Sözlükleri (2011). Duygu. <https://sozluk.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 16 Kasım 2021
18. Lindsley, D. B. (1951). Emotion. In S. S. Stevens (Ed.), *Handbook of experimental psychology* (pp. 473–516). Wiley.
19. Russell, J. A. (2009). Emotion, core affect, and psychological construction. *Cognition and Emotion*, 23(7), 1259–1283. <https://doi.org/10.1080/02699930902809375>
20. Scherer K. R. (2009). Emotions are emergent processes: they require a dynamic computational architecture. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 364(1535), 3459–3474. <https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0141>
21. Schutz, P. A., Hong, J. Y., Cross, D. I., & Osbon, J. N. (2006). Reflections on investigating emotion in educational activity settings. *Educational Psychology Review*, 18(4), 343–360. <https://doi.org/10.1007/S10648-006-9030-3>
22. Hacker, P. M. (2004). The conceptual framework for the investigation of emotions. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 16(3), 199–208. <https://doi.org/10.1080/09540260400003883>
23. Ross, E. D. (2021). Differential hemispheric lateralization of emotions and related display behaviors: Emotion-type hypothesis. *Brain Sciences*, 11(8). <https://doi.org/10.3390/brainsci11081034>

24. Esperidião-Antonio, V., Majeski-Colombo, M., Toledo-Monteverde, D., Moraes-Martins, G., Fernandes, J. J., Bauchiglioni de Assis, M., Montenegro, S., & Siqueira-Batista, R. (2017). Neurobiology of emotions: An update. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 293–307. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285983>
25. Panksepp, J. (2004). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions (Series in Affective Science)*. Oxford University Press.
26. Pessoa, L. (2017). A Network model of the emotional brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(5), 357–371. <https://doi.org/10.1016/J.TICS.2017.03.002>
27. Nazlıkul, H. (2015). Nazlıkul'a göre limbik sistemin nörojenik yanıtının, nöralterapi ve uygulamalı kineziyoloji (AK) bütünlüğü içinde çözümü. *Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi*, 9(2), 1–6.
28. Brown, C. L., Van Doren, N., Ford, B. Q., Mauss, I. B., Sze, J. W., & Levenson, R. W. (2020). Coherence between subjective experience and physiology in emotion: Individual differences and implications for well-being. *Emotion (Washington, D.C.)*, 20(5), 818–829. <https://doi.org/10.1037/emo0000579>
29. Cordaro, D. T., Keltner, D., Tshering, S., Wangchuk, D., & Flynn, L. M. (2016). The voice conveys emotion in ten globalized cultures and one remote village in Bhutan. *Emotion*, 16(1), 117–128. <https://doi.org/10.1037/EMO0000100>
30. Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 2(3), 260–280. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x>
31. Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review of Psychology*, 60, 1–25. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163539>
32. Izard, C. E., Woodburn, E. M., Finlon, K. J., Krauthamer-Ewing, E. S., Grossman, S. R., & Seidenfeld, A. (2011). Emotion knowledge, emotion utilization, and emotion regulation. *Emotion Review*, 3(1), 44–52. <https://doi.org/10.1177/1754073910380972>
33. Taylor, P. M., & Uchida, Y. (2019). Awe or horror: Differentiating two emotional responses to schema incongruence. *Cognition and Emotion*, 33(8), 1548–1561. <https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1578194>
34. Ellsworth, P. C., & Scherer, K. R. (2003). Appraisal processes in emotion. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 572–595). Oxford University Press.
35. Izard, C. E., Quinn, P. C., & Most, S. B. (2007). Many ways to awareness: A developmental perspective on cognitive access. *Behavioral and Brain Sciences*, 30(5–6), 506–507. <https://doi.org/10.1017/S0140525X07002877>
36. Siegel, E. H., Sands, M. K., Van den Noortgate, W., Condon, P., Chang, Y., Dy, J., Quigley, K. S., & Barrett, L. F. (2018). Emotion fingerprints or emotion populations? A meta-analytic investigation of autonomic features of emotion categories. *Psychological Bulletin*, 144(4), 343–393. <https://doi.org/10.1037/BUL0000128>
37. Witkower, Z., & Tracy, J. L. (2019). Bodily communication of emotion: Evidence for extrafacial behavioral expressions and available coding systems. *Emotion Review*, 11(2), 184–193. <https://doi.org/10.1177/1754073917749880>
38. Weidman, A. C., Steckler, C. M., & Tracy, J. L. (2017). The jingle and jangle of emotion assessment: Imprecise measurement, casual scale usage, and conceptual fuzziness in emotion research. *Emotion (Washington, D.C.)*, 17(2), 267–295. <https://doi.org/10.1037/EMO0000226>
39. Lewis, M. D. (1993). Emotion-cognition interactions in early infant development. *Cognition and Emotion*, 7(2), 145–170. <https://doi.org/10.1080/02699939308409182>
40. Harmon-Jones, E. (2019). On motivational influences, moving beyond valence, and integrating dimensional and discrete views of emotion. *Cognition and Emotion*, 33(1), 101–108. <https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1514293>
41. Wróbel, M., & Imbir, K. K. (2019). Broadening the perspective on emotional contagion and emotional mimicry: The correction hypothesis. *Perspectives on Psychological Science*, 14(3), 437–451. <https://doi.org/10.1177/1745691618808523>
42. Decety, J., & Ickes, W. (2013). *The social neuroscience of empathy*. The MIT Press. <https://doi.org/10.7551/MITPRESS/9780262012973.001.0001>
43. Hess, U., & Fischer, A.H. (2013). Emotional mimicry as social regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 17(2), 142–157. <https://doi.org/10.1177/1088868312472607>

44. Shaw, P. V., Wilson, G. A., & Antony, M. M. (2021). Examination of emotional contagion and social anxiety using novel video stimuli. *Anxiety, Stress and Coping*, 34(2), 215–227. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1839729>
45. Herrando, C., & Constantinides, E. (2021). Emotional contagion: A brief overview and future directions. *Frontiers in Psychology*, 12(July), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.712606>
46. van der Schalk, J., Fischer, A., Doosje, B., Wigboldus, D., Hawk, S., Rotteveel, M., & Hess, U. (2011). Convergent and divergent responses to emotional displays of ingroup and outgroup. *Emotion*, 11(2), 286–298. <https://doi.org/10.1037/A0022582>
47. Deng, H., & Hu, P. (2018). Matching your face or appraising the situation: Two paths to emotional contagion. *Frontiers in Psychology*, 8, 2278. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02278>
48. Bruder, M., Fischer, A., & Manstead, A. S. R. (2014). Social appraisal as a cause of collective emotions. In C. Von Scheve & M. Salmela (Eds.), *Collective emotions* (pp. 141–155). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/ACPROF:OSO/9780199659180.003.0010>
49. Nakahashi, W., & Ohtsuki, H. (2015). When is emotional contagion adaptive? *Journal of Theoretical Biology*, 380, 480–488. <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2015.06.014>
50. Mui, P. H. C., Goudbeek, M. B., Roex, C., Spierts, W., & Swerts, M. G. J. (2018). Smile mimicry and emotional contagion in audio-visual computer-mediated communication. *Frontiers in Psychology*, 9, 2077. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02077>
51. Hanjalic, A. (2006). Extracting Moods from. *IEEE Signal Processing Magazine*, 23(2), 90–100.
52. Arifin, S., & Cheung, P. Y. K. (2008). Affective level video segmentation by utilizing the pleasure-arousal- dominance information. *IEEE Transactions on Multimedia*, 10(7), 1325–1341. <https://doi.org/10.1109/TMM.2008.2004911>
53. Tamietto, M., & de Gelder, B. (2009). Emotional contagion for unseen bodily expressions: Evidence from facial EMG. In *Proceedings of the FG 2008 meeting* Unknown Publisher.
54. Beck, N. C., Tubbesing, T., Lewey, J. H., Ji, P., Menditto, A. A., & Robbins, S. B. (2018). Contagion of violence and self-harm behaviors on a psychiatric ward. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 29(6), 989–1006. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1516230>
55. Park, A., & Conway, M. (2017). Longitudinal changes in psychological states in online health community members: Understanding the long-term effects of participating in an online depression community. *Journal of Medical Internet Research*, 19(3), e71. <https://doi.org/10.2196/JMIR.6826>
56. Kevrekidis, P., Skapinakis, P., Damigos, D., & Mavreas, V. (2008). Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: A systematic review. *Annals of General Psychiatry*, 7(14), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-7-14>
57. Lundqvist, L. O. (2006). A Swedish adaptation of the Emotional Contagion Scale: Factor structure and psychometric properties. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47(4), 263–272. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00516.x>
58. Hatfield, E., Bensman, L., Thornton, P. D., & Rapson, R. L. (2014). New perspectives on emotional contagion: A review of classic and recent research on facial mimicry and contagion. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 8(2), 159–179. <https://doi.org/10.5964/ijpr.v8i2.162>
59. Doherty, R. W., Orimoto, L., Singelis, T. M., Hatfield, E., & Hebb, J. (1995). Emotional contagion: Gender and occupational differences. *Psychology of Women Quarterly*, 19(3), 355–371. <https://doi.org/10.1111/J.1471-6402.1995.TB00080.X>
60. Kimura, M., Daibo, I., & Yogo, M. (2008). The study of emotional contagion from the perspective of interpersonal relationships. *Social Behavior and Personality*, 36(1), 27–42. <https://doi.org/10.2224/SBP.2008.36.1.27>
61. Czarna, A. Z., Wróbel, M., Dufner, M., & Zeigler-Hill, V. (2015). Narcissism and emotional contagion: Do narcissists “catch” the emotions of others? *Social Psychological and Personality Science*, 6(3), 318–324. <https://doi.org/10.1177/1948550614559652>
62. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.218>
63. Petitta, Laura, Probst, T. M., Ghezzi, V., & Barbaranelli, C. (2019). Cognitive failures in response to emotional contagion: Their effects on workplace accidents. *Accident Analysis and Prevention*, 125(January), 165–173. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2019.01.018>
64. Wallace, J. C., & Chen, G. (2005). Development and validation of a work-specific measure of cognitive failure: Implications for occupational safety. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(4), 615–632. <https://doi.org/10.1348/096317905X37442>

65. Petitta, Laura, & Jiang, L. (2020). How emotional contagion relates to burnout: A moderated mediation model of job insecurity and group member prototypicality. *International Journal of Stress Management*, 27(1), 12–22. <https://doi.org/10.1037/str0000134>
66. Liu, B., Zhu, N., Wang, H., Li, F., & Men, C. (2021). Protecting nurses from mistreatment by patients: A cross-sectional study on the roles of emotional contagion susceptibility and emotional regulation ability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6331. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126331>
67. Kervancı, F. (2008). Büro çalışanlarının duygu yönetme ölçümlerinde duygu yönetimi değerlendirme sonucu etkisi: Deneyisel bir çalışma. *Journal of Human Sciences*, 11(1), 1126–1148. <https://doi.org/10.14687/ijhs.v11i1.2781>
68. Barsade, S. G., Ramarajan, L., & Westen, D. (2009). Implicit affect in organizations. *Research in Organizational Behavior*, 29, 135–162. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2009.06.008>
69. Rhee, S.-Y., Park, H., & Bae, J. (2020). Network structure of affective communication and shared emotion in teams. *Behavioral Sciences*, 10(10), 159. <https://doi.org/10.3390/bs10100159>
70. Lanaj, K., & Jennings, R. E. (2020). Putting leaders in a bad mood: The affective costs of helping followers with personal problems. *Journal of Applied Psychology*, 105(4), 355–371. <https://doi.org/10.1037/APL0000450>
71. Kuang, B., Peng, S., Xie, X., & Hu, P. (2019). Universality vs. cultural specificity in the relations among emotional contagion, emotion regulation, and Mood State: An emotion process perspective. *Frontiers in Psychology*, 10(FEB), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00186>
72. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
73. Papousek, I., Freudenthaler, H. H., & Schuler, G. (2008). The interplay of perceiving and regulating emotions in becoming infected with positive and negative moods. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 463–467. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.05.021>
74. Panksepp, J., & Panksepp, J. B. (2013). Toward a cross-species understanding of empathy. *Trends in Neurosciences*, 36(8), 489–496. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.04.009>
75. Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
76. Rymarczyk, K., Zurawski, Ł., Jankowiak-Siuda, K., & Szatkowska, I. (2016). Emotional empathy and facial mimicry for static and dynamic facial expressions of fear and disgust. *Frontiers in Psychology*, 7(NOV), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01853>
77. Drimalla, H., Landwehr, N., Hess, U., & Dziobek, I. (2019). From face to face: The contribution of facial mimicry to cognitive and emotional empathy. *Cognition and Emotion*, 33(8), 1672–1686. <https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1596068>
78. Czeglédi, E., & Tandari-Kovács, M. (2019). A kiegész előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében [Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses]. *Orvosi Hetilap*, 160(1), 12–19. <https://doi.org/10.1556/650.2019.30856>
79. Dougherty, E., Pierce, B., Ma, C., Panzarella, T., Rodin, G., & Zimmermann, C. (2009). Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 26(2), 105–111. <https://doi.org/10.1177/1049909108330027>
80. Natan, M. Ben, Lowenstein, A., & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International Nursing Review*, 57(1), 113–120. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00771.x>
81. Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: A multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11–12), 1664–1674. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03128.x>
82. Pugh, S. D. (2001). Service with a Smile: Emotional contagion in the service encounter. *The Academy of Management Journal*, 44(5), 1018–1027. <https://doi.org/10.5465/3069445>
83. Williams, J., & Stickley, T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30(8), 752–755. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.01.018>
84. Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2018). *Knowledge Development in Nursing* (10th Ed.). Mosby.
85. Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care: Theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), 1–5. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20130201.11>
86. Korkut Bayındır, S. & Biçer, S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 25–29.

87. Cohen, B. S., & Boni, R. (2018). Holistic nursing simulation: A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 36(1), 68–78. <https://doi.org/10.1177/0898010116678325>
88. Karami, A., Farokhzadian, J., & Foroughameri, G. (2017). Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management?. *PloS One*, 12(11), e0187863. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187863>
89. Boschma, G. (1994). The meaning of holism in nursing: Historical shifts in holistic nursing ideas. *Public Health Nursing*, 11(5), 324–330. <https://doi.org/10.1111/J.1525-1446.1994.TB00194.X>
90. Frisch, N. C., & Rabinowitsch, D. (2019). What's in a definition? Holistic nursing, integrative health care, and integrative Nursing: Report of an integrated literature review. *Journal of Holistic Nursing*, 37(3), 260–272. <https://doi.org/10.1177/0898010119860685>
91. Southard, M. E. (2020). Spirituality: The missing link for holistic health care. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 4–7. <https://doi.org/10.1177/0898010119880361>
92. Hawthorne, D. M., & Gordon, S. C. (2020). The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 147–155. <https://doi.org/10.1177/0898010119889704>
93. Markani, A. K., Yaghmaei, F., & Fard, M. K. (2015). Spirituality as experienced by Muslim oncology nurses in Iran. *History of Medicine Journal*, 22(2), 185–209. <https://doi.org/10.12968/BJON.2013.22.SUP2.S22>
94. Karasu, F. (2020). Spirituality ve palyatif bakım. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 231–234. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.598732>
95. Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885–904. <https://doi.org/10.1089/JPM.2009.0142>
96. Appleby, A., Wilson, P., & Swinton, J. (2018). Spiritual care in general practice: Rushing in or fearing to tread? An integrative review of qualitative literature. *Journal of Religion and Health*, 57(3), 1108–1124. <https://doi.org/10.1007/S10943-018-0581-7>
97. O'Connell-Persaud, S., & Isaacson, M. J. (2022). Undergraduate nursing students' spirituality and perceived ability to provide spiritual care: A mixed-method study. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 40(1), 36–45. <https://doi.org/10.1177/08980101211034336>
98. Erişen, M., & Sivrikaya Karaca, S. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 184–190.
99. Phillips, J. R. (2016). Rogers' Science of unitary human beings: Beyond the frontier of science. *Nursing Science Quarterly*, 29(1), 38–46. <https://doi.org/10.1177/0894318415615112>
100. Pajnkihar, M., McKenna, H. P., Štiglic, G., & Vrtnjak, D. (2017). Fit for practice: Analysis and evaluation of Watson's theory of Human Caring. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 243–252. <https://doi.org/10.1177/0894318417708409>
101. Martsof, D. S., & Mickley, J. R. (1998). The concept of spirituality in nursing theories: Differing world-views and extent of focus. *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 294–303. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00519.x>
102. Malinski, V. M. (2002). Developing a nursing perspective on spirituality and healing. *Nursing Science Quarterly*, 15(4), 281–287. <https://doi.org/10.1177/089431802320559182>
103. Koenig, H. G., Larson, D. B., & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *Annals of Pharmacotherapy*, 35(3), 352–359. <https://doi.org/10.1345/aph.10215>
104. Paal, P., & Lorenzl, S. (2020). Patients with Parkinson's disease need spiritual care. *Annals of Cardiothoracic Surgery*, 9(2), 144–148. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.11.24>
105. Wisesrith, W., Soonthornchaiya, R., & Hain, D. (2021). Thai nurses' experiences of spiritual care for older adults at end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 23(3), 286–292. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000748>
106. Koper, I., Pasman, H. R. W., Schweitzer, B. P. M., Kuin, A., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2019). Spiritual care at the end of life in the primary care setting: Experiences from spiritual caregivers-A mixed methods study. *BMC Palliative Care*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0484-8>
107. Mollaoğlu, H. (2013). *Hastane hizmetleri bağlamında manevi bakım: New York Healthcare Chaplaincy örneği* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

108. Akay, M., & Şahin, Z. (2017). Türkiye’de ve Dünya’da Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım. http://www.multicongress.net/2018Multicongress/Ornek_Calisma.pdf. Erişim Tarihi: 30 Kasım 2021.
109. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (2020). Manevi Destek Birimi. <https://Sultanabdulhamidhaneah.Saglik.Gov.Tr/TR,334231/Manevi-Bakim-ve-Dini-Danismanlik.Html>. Erişim Tarihi: 30 Kasım 2021.
110. Selman, L. E., Brighton, L. J., Sinclair, S., Karvinen, I., Egan, R., Speck, P., Powell, R. A., Deskur-Smielecka, E., Glajchen, M., Adler, S., Puchalski, C., Hunter, J., Gikaara, N., & Hope, J. (2018). Patients’ and caregivers’ needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative Medicine*, 32(1), 216–230. <https://doi.org/10.1177/0269216317734954>
111. Hussey, T. (2009). Nursing and spirituality. *Nursing Philosophy*, 10(2), 71–80. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2008.00387.x>
112. Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(1), 39–45. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm837oa>
113. Flannelly, K. J., Galek, K., Bucchino, J., & Vane, A. (2013). The relative prevalence of various spiritual needs. *Health and Social Care Chaplaincy*, 9(2), 25–30. <https://doi.org/10.1558/hssc.v9i2.25>
114. Erer, M., Akbaş, M., & Yıldırım, G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi ve hemşirelik süreci. *Lokman Hekim Dergisi*, 7(ağustos), 1–5.
115. Ílvia Caldeira, S., & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 31(34), 54–60. <https://doi.org/10.7748/NS.2017.E10313>
116. Barber, J. R. (2008). *Nursing students' perception of spiritual awareness after participating in a spirituality project* (Order No. 3315149). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global; Publicly Available Content Database. (89125115). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/nursing-students-perception-spiritual-awareness/docview/89125115/se-2>
117. Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 31(29), 47–53. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10312>
118. The Joint Commission. (19 July 2022). Spiritual Beliefs and Preferences Evaluating a Patient’s Spiritual Needs. <https://www.jointcommission.org/standards/standard-faqs/nursing-care-center/provision-of-care-treatment-and-services-pc/000001669/>. Erişim Tarihi: 4 Aralık 2021.
119. Caldeira, S., de Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2014). Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: Possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 28–34. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3073.2382>
120. de Cássia Lopes Chaves, E., de Carvalho, E. C., de Souza Terra, F., & de Souza, L. (2010). Clinical validation of impaired spirituality in patients with chronic renal disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 309–316. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000300003>
121. Connerton, C. S., & Moe, C. S. (2018). The essence of spiritual care. *Creative Nursing*, 24(1), 36–41. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.24.1.36>
122. Vincensi, B. B., & Solberg, M. (2017). Assessing the frequency nurse. *TJNP: The Journal for Nurse Practitioners*, 13, 1–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.03.005>
123. Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review*, 61(2), 211–219. <https://doi.org/10.1111/INR.12099>
124. Glenister, D. (2012). Creative spaces in palliative care facilities: Tradition, culture, and experience. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29(2), 89–92. <https://doi.org/10.1177/1049909111412581>
125. Rothstein, H. D. (2022). "No one looks for me": Spiritual care and meaning-centered psychotherapy (MCP). *Palliative & Supportive Care*, 20(2), 296–297. <https://doi.org/10.1017/S147895152100047X>
126. Ripamonti, C. I., Giuntoli, F., Gonella, S., & Miccinesi, G. (2018). Spiritual care in cancer patients: A need or an option? *Current Opinion in Oncology*, 30(4), 212–218. <https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000000454>

127. Walker, H., & Waterworth, S. (2017). New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(1), 18–26. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.1.18>
128. Hennequin, C. (2020). Charting and documenting spiritual care in health services: Victoria, Australia. In S. Peng-Keller (Eds.) et. al., *Charting Spiritual Care: The Emerging Role of Chaplaincy Records in Global Health Care*. (pp. 79–95). Springer.
129. Govier, I. (2000). Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*: 1987), 14(17), 32–36. <https://doi.org/10.7748/ns2000.01.14.17.32.c2744>
130. Timmins, F., Murphy, M., Neill, F., Begley, T., & Sheaf, G. (2015). An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. *Nurse Education Today*, 35(1), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.05.008>
131. Koenig, Harold G., Perno, K., & Hamilton, T. (2017). The spiritual history in outpatient practice: Attitudes and practices of health professionals in the Adventist Health System. *BMC Medical Education*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0938-8>
132. Delgado-Guay, M. O. (2014). Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 8(3), 308–313. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000079>
133. Mesquita, A. C., Chaves, É. C. L., & Barros, G. A. M. (2017). Spiritual needs of patients with cancer in palliative care: an integrative review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 11(4), 334–340. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000308>
134. Vilalta, A., Valls, J., Porta, J., & Viñas, J. (2014). Evaluation of spiritual needs of patients with advanced cancer in a palliative care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 17(5), 592–600. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0569>
135. Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine*, 24(8), 753–770. <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>
136. Giezendanner, S., Jung, C., Banderet, H. R., Otte, I. C., Gudat, H., Haller, D. M., Elger, B. S., Zemp, E., & Bally, K. (2017). General practitioners' attitudes towards essential competencies in end-of-life care: A cross-sectional survey. *PLoS ONE*, 12(2), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170168>
137. Kociszewski, C. (2004). Spiritual care: A phenomenologic study of critical care nurses. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, 33(6), 401–411. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.06.004>
138. Minton, M. E., Isaacson, M. J., Varilek, B. M., Stadick, J. L., & O'Connell-Persaud, S. (2017). A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 173–181. <https://doi.org/10.1111/jocn.13867>
139. Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Post, D., & Jochemsen, H. (2006). Spiritual care: Implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 875–884. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01615.x>
140. Vermandere, M., De Lepeleire, J., Smeets, L., Hannes, K., Van Mechelen, W., Warmenhoven, F., Van Rijswijk, E., & Aertgeerts, B. (2011). Spirituality in general practice: A qualitative evidence synthesis. *British Journal of General Practice*, 61(592), 749–760. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X606663>
141. Wu, L. F., Tseng, H. C., & Liao, Y. C. (2016). Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Education Today*, 38, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.001>
142. Balboni, T. A., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J., & Steinhauser, K. E. (2017). State of the science of spirituality and palliative care research part II: Screening, assessment, and interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 441–453. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.029>
143. Giske, T., & Cone, P. H. (2015). Discerning the healing path - how nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 2926–2935. <https://doi.org/10.1111/jocn.12907>
144. Taylor, E. J., Mamier, I., Ricci-Allegra, P., & Foith, J. (2017). Self-reported frequency of nurse-provided spiritual care. *Applied Nursing Research*, 35, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.019>

145. Burkhart, L., Bretschneider, A., Gerc, S., & Desmond, M. E. (2019). Spiritual care in nursing practice in veteran health care. *Global Qualitative Nursing Research*, 6, 2333393619843110. <https://doi.org/10.1177/2333393619843110>
146. Bai, M., Dixon, J., Williams, A. leila, Jeon, S., Lazenby, M., & McCorkle, R. (2016). Exploring the individual patterns of spiritual well-being in people newly diagnosed with advanced cancer: A cluster analysis. *Quality of Life Research*, 25(11), 2765–2773. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1328-0>
147. Peteet, J. R., & Balboni, M. J. (2013). Spirituality and religion in oncology. *Spirituality and Religion in Oncology*, 63(4), 280–289. <https://doi.org/10.3322/caac.21187>
148. Kitchener, B. J. (2016). Exploring the relationships between and among registered nurses' spiritual well-being, spiritual care perspectives, and their provision of spiritual care in acute care settings. *ProQuest Dissertations and Theses*, 227. <https://search.proquest.com/docview/1808831180?accountid=31533>
149. Van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234–246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03192.x>
150. Adib-Hajbaghery, M., Zehtabchi, S., & Fini, I. A. (2017). Iranian nurses' professional competence in spiritual care in 2014. *Nursing Ethics*, 24(4), 462–473. <https://doi.org/10.1177/0969733015600910>
151. Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Post, D., & Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2857–2869. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x>
152. Ross, L., Giske, T., van Leeuwen, R., Baldacchino, D., McSherry, W., Narayanasamy, A., Jarvis, P., & Schep-Akkerman, A. (2016). Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Education Today*, 36, 445–451. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.005>
153. Ross, L., McSherry, W., Giske, T., van Leeuwen, R., Schep-Akkerman, A., Koslander, T., Hall, J., Steinfeldt, V. Ø., & Jarvis, P. (2018). Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Education Today*, 67, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.002>
154. Jones, K. F., Pryor, J., Care-Unger, C., Descallar, J., & Simpson, G. K. (2020). Effectiveness of spiritual care training for rehabilitation professionals: An exploratory controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 47(4), 393–403. <https://doi.org/10.3233/NRE-203221>
155. Meredith, P., Murray, J., Wilson, T., Mitchell, G., & Hutch, R. (2012). Can spirituality be taught to health care professionals? *Journal of Religion and Health*, 51(3), 879–889. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9399-7>
156. O'Connell-Persaud, S., & Isaacson, M. J. (2022). Undergraduate nursing students' spirituality and perceived ability to provide spiritual care: A mixed-method study. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of The American Holistic Nurses' Association*, 40(1), 36–45. <https://doi.org/10.1177/08980101211034336>
157. Mindeguia, R., Aritzeta, A., Garmendia, A., Martinez-Moreno, E., Elorza, U., & Soroa, G. (2021). Team emotional intelligence: Emotional processes as a link between managers and workers. *Frontiers in Psychology*, 12, 619999. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.619999>
158. Sabanciogullari, S., Çatal, N., & Doğaner, F. (2020). Comparison of newly graduated nurses' and doctors' opinions about spiritual care and their emotional intelligence levels. *Journal of Religion and Health*, 59(3), 1220–1232. <https://doi.org/10.1007/S10943-019-00760-7>
159. Doherty, R. W. (1997). The emotional contagion scale: A measure of individual differences. *Journal of Nonverbal Behaviour*, 21, 131–154.
160. Akın, A., Uysal, R., & Akın, Ü. (2015). Duygusal Bulaşma Ölçeği'nin Türkçe Formu'nun geçerlik ve güvenirliği. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 97. <https://doi.org/10.18506/anemon.28290>
161. Daghan, S., Kalkim, A., & Sağkal Midilli, T. (2019). Psychometric evaluation of the Turkish form of the Spiritual Care Competence Scale. *Journal of Religion and Health*, 58(1), 14–27. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0594-2>
162. Teja Sree, K. (2021). Emotional contagion in teenagers and women. *International Journal of Scientific Research & Engineering Trends*, 7(2), 917–924.
163. Zhang, Q. & Zhang, Y. (2021). Emotional contagion and prosocial behavior of student teachers: The mediating effect of moral judgment. *Science Insights Education Frontiers*, 10(1), 1341–1352.

164. Zhang, Q.Y., Lu, J.M., Chen, C.H., & Yan, Z.Y. (2017). Chinese revision and reliability and validity test of emotional infection questionnaire. *Psychological Exploration*, 37(3), 241- 246.
165. Lin, M.-Q., Huang, L.-S., & Chiang, Y.-F. (2008). The moderating effects of gender roles on service emotional contagion. *The Service Industries Journal*, 28(6), 755–767. <https://doi.org/10.1080/02642060801988852>
166. Pinilla, A., Tamayo, R. M., & Neira, J. (2020). How do induced affective states bias emotional contagion to faces? A three-dimensional model. *Frontiers in Psychology*, 11, 97. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00097>
167. Wild, B., Erb, M., & Bartels, M. (2001). Are emotions contagious? Evoked emotions while viewing emotionally expressive faces: Quality, quantity, time course and gender differences. *Psychiatry Research*, 102(2), 109–124. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00225-6](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00225-6)
168. Lo Coco, A., Ingoglia, S., & Lundqvist, L. O. (2014). The assessment of susceptibility to emotional contagion: A contribution to the Italian adaptation of the Emotional Contagion Scale. *J Nonverbal Behav*, 38, 67–87. <https://doi.org/10.1007/s10919-013-0166-9>
169. Sonnby-Borgström, M., Jönsson, P., & Svensson, O. (2008). Gender differences in facial imitation and verbally reported emotional contagion from spontaneous to emotionally regulated processing levels. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), 111–122. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2008.00626.x>
170. Cho, S., & Jang, S. J. (2021). Do gender role stereotypes and patriarchal culture affect nursing students' major satisfaction? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–9. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18052607>
171. Mazzuca, S., Kafetsios, K., Livi, S., & Presaghi, F. (2019). Emotion regulation and satisfaction in long-term marital relationships: The role of emotional contagion. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(9), 2880–2895. <https://doi.org/10.1177/0265407518804452/FORMAT/EPUB>
172. Demirkaya, F., & Sönmez, B. (2020). Bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin belirlenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 802–813. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.744189>
173. Demirkaya, F. (2022). *Hemşirelerde duygusal bulaşma: Bireysel ve örgütsel sonuçlara etkisi*. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
174. Prochazkova, E., & Kret, M. E. (2017). Connecting minds and sharing emotions through mimicry: A neurocognitive model of emotional contagion. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 99–114. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2017.05.013>
175. Kramer, A. D., Guillory, J. E., & Hancock, J. T. (2014). Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(24), 8788–8790. <https://doi.org/10.1073/pnas.1320040111>
176. Falkenberg, I., Bartels, M., & Wild, B. (2008). Keep smiling! Facial reactions to emotional stimuli and their relationship to emotional contagion in patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(4), 245–253. <https://doi.org/10.1007/S00406-007-0792-5/FIGURES/5>
177. Yamashita, Y., & Yamamoto, T. (2021). Perceiving positive facial expression can relieve depressive moods: The effect of emotional contagion on mood in people with subthreshold depression. *Frontiers in Psychology*, 12, 4881. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.535980/BIBTEX>
178. Gosselin, E., Bourgault, P., & Lavoie, S. (2016). Association between job strain, mental health and empathy among intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*, 21(3), 137–145. <https://doi.org/10.1111/NICC.12064>
179. Stavropoulou, A., Rovithis, M., Sigala, E., Pantou, S., & Koukouli, S. (2020). Greek nurses' perceptions on empathy and empathic care in the Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 58, 102814. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2020.102814>
180. LeBlanc, A., Bourbonnais, F. F., Harrison, D., & Tousignant, K. (2018). The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 44, 92–98. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2017.09.002>
181. Zamoscik, K., Godbold, R., & Freeman, P. (2017). Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 94–100. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2017.01.003>
182. Karaman, A., & Sagkal Midilli, T. (2022). The relationship between nurses' perceptions and competency about spiritual care and influencing factors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 1021–1028. <https://doi.org/10.1111/ppc.12894>

183. Cheng, Q., Liu, X., Li, X., Wang, Y., Lin, Q., Qing, L., Wei, D., & Chen, Y. (2021). Spiritual care competence and its relationship with self-efficacy: An online survey among nurses in mainland China. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 326–332. <https://doi.org/10.1111/JONM.13157>
184. Jafari, M., & Fallahi-Khoshknab, M. (2021). Competence in providing spiritual care and its relationship with spiritual well-being among Iranian nurses. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1), 388. https://doi.org/10.4103/JEHP.JEHP_203_21
185. Li, L., Lv, J., Zhang, L., Song, Y., Zhou, Y., & Liu, J. (2021). Association between attitude towards death and spiritual care competence of Chinese oncology nurses: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12904-021-00846-8/TABLES/4>
186. Hellman, A. N., Williams, W. E., & Hurley, S. (2015). Meeting spiritual needs: A study using the Spiritual Care Competence Scale. *Journal of Christian Nursing*, 32(4), 236–241. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26548177/>
187. Bakır, E., Samancıoğlu, S., & Kılıç, S. P. (2017). Spiritual experiences of Muslim critical care nurses. *Journal of Religion and Health*, 5(8), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0382-4>
188. Azarsa, T., Davoodi, A., Khorami Markani, A., Gahramanian, A., & Vargaei, A. (2015). Spiritual wellbeing, attitude toward spiritual care and its relationship with Spiritual Care Competence among critical care nurses. *Journal of Caring Sciences*, 4(4), 309–320. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.031>
189. Vogel, A., & Schep-Akkerman, A. E. (2018). Competence and frequency of provision of spiritual care by nurses in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1314–1321. <https://doi.org/10.1111/SCS.12575>
190. Melhem, G. A. B., Zeilani, R. S., Zaqqout, O. A., Aljwad, A. I., Shawagfeh, M. Q., & Al-Rahim, M. A. (2016). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: A comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(1), 42. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.173949>
191. Abusafia, A. H., Mamat, Z., Rasudin, N. S., Bakar, M., & Ismail, R. (2021). Spiritual care competence among Malaysian staff nurses. *Nurse Media Journal of Nursing*, 11(1), 1–9. <https://doi.org/10.14710/NMJN.V11I1.34757>
192. Kang, K. A., Chun, J., Kim, H. Y., & Kim, H. Y. (2021). Hospice palliative care nurses' perceptions of spiritual care and their spiritual care competence: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7–8), 961–974. <https://doi.org/10.1111/JOCN.15638>
193. Seid, K., & Abdo, A. (2022). Nurse's spiritual care competence in Ethiopia: A multicenter cross-sectional study. *PLOS ONE*, 17(3), e0265205. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0265205>
194. Ebrahimi, H., Areshtanab, H. N., Jafarabadi, M. A., Khanmiri, S. G., Ebrahimi, H., Areshtanab, H. N., Jafarabadi, M. A., & Khanmiri, S. G. (2017). Health care providers' perception of their competence in providing spiritual care for patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(1), 57–61. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.197957>
195. Bnurs, E. B., & Bailey, C. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *J Clin Nurs*, 29, 3609–3624. <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>
196. Willemse, S., Smeets, W., van Leeuwen, E., Janssen, L., Foudraïne, N., & Foudraïne, N. (2018). Spiritual care in the ICU: Perspectives of Dutch intensivists, ICU nurses, and spiritual caregivers. *J Relig Health*, 57, 583–595. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0457-2>
197. DeKoninck, B., Ann Hawkins, L., Fyke, J. P., Neal, T., & Currier, K. (2016). Spiritual care practices of advanced practice nurses: A multinational study. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(8), 536–544. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.05.023>
198. Keall, R., Clayton, J. M., & Butow, P. (2014). How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), 3197–3205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12566>
199. Abu-El-Noor N. (2016). ICU nurses' perceptions and practice of spiritual care at the end of life: Implications for policy change. *Online Journal of Issues in Nursing*, 21(1), 6. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01PPT05>
200. Akgün Şahin, Z., & Kardaş Özdemir, F. (2016). Spirituality and spiritual care: A descriptive survey of nursing practices in Turkey. *Contemporary Nurse*, 52(4), 454–461. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1221324>
201. Way, D., & Tracy, S. J. (2012). Conceptualizing compassion as recognizing, relating and (re)acting: A qualitative study of compassionate communication at hospice. *Communication Monographs*, 79(3), 292–315. <https://doi.org/10.1080/03637751.2012.697630>

202. Cox, J. D., Mitcheva, C., & Cole, M. L. (2021). The impact of emotional intelligence on emotional contagion: Implications for teams. *Journal of Organizational Psychology*, 21(3), 10–22.



8. EKLER

EK 1: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni

EK 2: T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü İzni

Ek 3: Yoğun Bakım Hemşirelerini Tanıtıcı Bilgi Formu

Ek 4: Duygusal Bulaşma Ölçeği

Ek 5: Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği

Ek 6: Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği Kullanma İzni

Ek 7: Duygusal Bulaşma Ölçeği Kullanma İzni

**EK 1: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul İzni**



Evrak Tarih ve Sayısı: 25.10.2021-74695



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-74695-478
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

25.10.2021

Sayın Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi

İlgi : 05.10.2021 tarihli 478 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Yoğun Bakım Hemşirelerinde Duygusal Bulaşma ve Manevi Bakım Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
25.10.2021

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSM58HUE9S Pin Kodu :15972

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5783&eD=BSM58HUE9S&eS=74695>

Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk,

Adapazarı/Sakarya

Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629

e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Yücel Demir

Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu

Telefon No: 2953129



EK 2: T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAKARYA SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRİMİ
08/12/2021 13:29 - E-18343338 - 604.02.02 - 2451
00153948290

Sayı : E-18343338-604.02.02
Konu : Bilimsel Araştırmalar (Sevgi
KÖROĞLU)

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Gülhane Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığında Arş.Gör.Sevgi KÖROĞLU'nun Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmesi planlanan “**Yoğun Bakım Hemşirelerinde Duygusal Bulaşma ve Manevi Bakım Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi**” Klinik Çalışması için hazırlanmış olan dosya incelenmiş olup, Başkanlığımızca ilgili çalışmanın yapılması uygun görülmüştür. Çalışmanın Müdürlüğümüze bağlı İlimiz Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmesi için gerekli iznin verilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr.Serdar DEĞİRMENCİ
Sağlık Hizmetleri Başkanı

OLUR
.../.../2021

Prof. Dr. Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Dışındaki Kısımları İle Sağıık ve Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğüne Ait Birim Adresleri: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bilgi İçin: Mevlude ÇAM

Telefon: Faks No:

e-Posta: mevlude.alkan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Resmi Daireler Kampüsü-İl
Sağlık Müdürlüğü- Özel Yataklı Sağlık Kuruluşları Birimi

Telefon No: (0 264) 251 35 50

EBE



Ek 3: Yoğun Bakım Hemşirelerini Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

Yönerge: Değerli katılımcı, bu çalışma; “yoğun bakım hemşirelerinde duygusal bulaşma ve manevi bakım yeterlilik düzeyinin incelenmesi” amacıyla planlanmıştır.

Size yöneltilecek olan ifadeler sosyodemografik özelliklerinizi; iş hayatınız ve hasta bakımına yönelik bilgilerinizi içermektedir. Soruları içtenlikle cevaplamanız, araştırma sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliği yönünden önemlidir. Elde edilen veriler, yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır.

Araştırmamıza verdiğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

A) SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız: 2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Eğitim durumunuz:

() Lise-ön lisans mezunu

() Lisans mezunu

() Lisansüstü mezun (yüksek lisans, doktora)

4. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar

5. Aile tipiniz: () Çekirdek aile () Geniş aile

B) İŞ HAYATI VE HASTA BAKIMINA YÖNELİK BİLGİLER

6. Hemşirelik deneyimi süreniz (ay ve yıl olarak belirtiniz):

7. Çalıştığınız yoğun bakım birimi:

8. Yoğun bakım deneyimi süreniz (ay ve yıl olarak belirtiniz):

9. Haftalık çalışma saatiniz: () 40 () 41-50 () 51-60 () 61 saat ve üstü

10. Bilinçli yoğun bakım hastalarınızla iletişim kurarken hastanızda en çok neye dikkat edersiniz?

() Jest ve mimikler () Postür () Kelimeler () Hastanın sesi () Diğer (.....)

11. Bilinçli hastanız sizinle iletişim kurarken çoğunlukla;

() Hasta odasında bakımımı yaparken eş zamanlı olarak hastayı dinlerim.

() Acilen yapmam gereken bir şey yoksa işlerimi erteler ve hastayı dinlerim.

() Diğer (.....)

12. Bilinçsiz hastanızla iletişimi başlatmak konusunda istekli olur musunuz?

() Evet () Hayır

13. Hastalarınızla iletişimde çoğunlukla kendinizi nasıl (öfkeli, üzgün, mutlu vb.) hissedersiniz?

.....

14. Hastanızın duygularını anlamada sizi zorlayan unsur yoğunlukla hangisidir?

- ☐ Yoğun bakımın fiziksel ortamı
- ☐ Hasta odasındaki tıbbi ekipmanların sesi ve ışıkları
- ☐ Koruyucu ekipman kullanımı
- ☐ Hastaya bağlı olan kateter, dren, tüp gibi medikal malzemeler
- ☐ Hastanın duyuşal, nörolojik sorunlarının olması
- ☐ İş yoğunluğu ve mesai saatlerinin uzun olması
- ☐ Hasta tarafından kötü muamele görmek
- ☐ Diğer (.....)

15. Maneviyat kavramı, size dinsel öğeler dışında başka bir şey çağırıştırıyor mu? (“Evet” ise belirtiniz.)

- ☐ Evet (.....)
- ☐ Hayır

16. Yaşamınızı düşündüğünüzde maneviyat, sizin için önemli midir?

- ☐ Evet, önemlidir.
- ☐ Kısmen önemlidir.
- ☐ Hayır, önemsizdir.

17. Manevi bakım eğitimi aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

18. Manevi bakım tekniklerinden hangisini uyguladınız?

- ☐ Dua etmeye teşvik
- ☐ Birlikte dua etmek
- ☐ Dini ritüellerini kolaylaştırmak
- ☐ Hastaya dini/manevi okumalar yapmak
- ☐ Hastaya dini/manevi okumalar getirmek
- ☐ Dini veya manevi konu hakkında konuşmak
- ☐ Terapötik dokunuşu uygulamak
- ☐ Psikolojik açıdan desteklemek
- ☐ Hiçbiri
- ☐ Diğer (.....)

19. Şu an bakmakta olan hastaya manevi bakım verdiğinizi düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Ek 4: Duygusal Bulaşma Ölçeği

<i>Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyarak kendinize en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.</i>	Asla (1)	Nadiren (2)	Sık sık (3)	Her zaman (4)
Konuştuğum birisi ağlamaya başlarsa benim de gözlerim dolar.				
Kötü hissettiğimde, mutlu bir insanla birlikte olmak moralimi düzeltir.				
Biri bana sıcak bir şekilde gülümsediğinde ben de ona gülümserim ve içimde sıcaklık hissedirim.				
İnsanlar sevdikleri kişilerin ölümlerinden bahsettikleri zaman üzüntüye boğulurum.				
Haberlerde öfkeli yüzler gördüğümde dişlerimi sıkarım ve omuzlarımı kasarım.				
Sevdiğim kişinin gözlerinin içine baktığımda zihnim romantik düşüncelerle dolar.				
Öfkeli insanların etrafında olmak beni rahatsız eder.				
Haberlerde başına kötü şeyler gelen insanların korkulu yüzlerini izlediğimde onların nasıl hissettiklerini hayal ederim.				
Sevdiğim kişi bana yakın durduğunda içim erir.				
Bir ağız dalaşına kulak misafiri olmak beni gerer.				
Mutlu insanların etrafında olmak zihnimi mutlu düşüncelerle doldurur.				
Sevdiğim kişi bana dokunduğunda kalbimin çarptığını hissedirim.				
Stresli insanların yakınında olduğumda gerildiğimi fark ederim.				
Hüzünlü filmlerde ağlarım.				
Bir dışının bekleme odasında korkmuş bir çocuğun acı çığlıklarını duymak beni gergin yapar.				

Ek 5: Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği

<i>Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyarak kendinize en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.</i>	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Manevi Bakımın Değerlendirilmesi ve Uygulanması					
Bir hastanın manevi ihtiyaçlarını sözlü veya yazılı olarak raporlayabilirim.					
Hastaya danışarak, hastanın manevi ihtiyaçlarına/ sorunlarına göre hemşirelik bakımını şekillendirebilirim.					
Multidisipliner danışma yoluyla, hastanın manevi ihtiyaçlarına/ sorunlarına göre hemşirelik bakımını şekillendirebilirim.					
Bir hastanın manevi bakımındaki hemşirelik bileşenlerini, hemşirelik bakım planında raporlayabilirim.					
Bir hastanın maneviyatına ilişkin bilgilerini yazılı olarak raporlayabilirim.					
Bir hastanın maneviyatına ilişkin bilgilerini sözlü olarak aktarabilirim.					
Manevi Bakımda Profesyonellik ve Hasta Danışmanlığı					
Hemşirelik hizmetleri içerisinde, manevi bakım alanındaki kalite güvencesine katkıda bulunabilirim.					
Hemşirelik hizmetleri içerisinde, manevi bakım alanındaki mesleki gelişime katkıda bulunabilirim.					
Hemşirelik hizmetleri içerisinde, meslektaşlarımla oluşturduğum tartışma toplantılarında manevi bakımla ilgili sorunları tanımlayabilirim.					
Hastalara manevi bakım verme alanıyla ilgili diğer bakım çalışanlarına eğitmenlik yapabilirim					
Hemşirelik hizmetleri yönetimine, manevi bakımla ilgili politika oluşturmalarında önerilerde bulunabilirim.					
Hemşirelik hizmetlerinde bir manevi bakım geliştirme projesini yürütebilirim.					
Bir hastaya manevi bakım verebilirim.					
Disiplinler arası ekip içinde ve hastaya danışarak verdiğim manevi bakımı değerlendirebilirim.					
Bir hastaya bakım aldığı kurum bünyesindeki manevi imkanlar hakkında bilgi verebilirim (manevi bakım, meditasyon					

merkezi, dini hizmetleri içeren).					
Bir hastaya kendi günlük manevi uygulamalarına devam etmesi konusunda yardımcı olabilirim (Kuran / İncil okunması, ibadet edilmesi, ritüeller için imkanlar sağlanması, meditasyon, müzik dinlemeyi içeren).					
Günlük bakım sırasında, bir hastanın maneviyatına dikkatimi verebilirim (örneğin fiziksel bakım).					
Bir hastanın aile üyeleri, bana soru sorarlarsa ve/veya manevi ihtiyaçlarını ifade ederlerse, kendilerine maneviyat konusunda yardımcı olacak bir uzmana/danışmana yönlendirebilirim.					
Bir hastanın manevi ihtiyaçlarıyla ilgili bakımını, bir diğer bakım vericisine etkili biçimde devredebilirim.					
Manevi ihtiyaçları olan bir hastanın ricası üzerine, kendisini tam vaktinde ve etkin biçimde bir diğer bakım vericisine (örneğin, bir din görevlisine, hastanın kendi imamına/papazına) yönlendirebilirim.					
Bir hastanın manevi bakımı ile ilgili olarak, bir manevi danışmana ne zaman danışacağımı biliyorum.					
Hastanın Maneviyatına Karşı Tutumu ve İletişimi					
Hastanın manevi/dini kökenine bakmaksızın, kendisinin manevi/dini inançlarına önyargısız saygı gösteririm.					
Bir hastanın manevi/dini inançlarına, benim kendi inançlarımdan farklı olsa bile önyargısız olurum.					
Bir hastaya, kendi manevi/dini inançlarımı zorla kabul ettirmeye çalışmam.					
Bir hastanın manevi/dini inançlarıyla ilgilenirken kendi kişisel sınırlarımdan farkındayım.					
Bir hastanın kendi hastalığı/engeli ile ilgili olarak hayat hikayesini etkin bir şekilde dinleyebilirim.					
Bir hastayla ilgilenirken benimseyici bir tutumum vardır (ilgili, sempatik, güven veren, açık ve net konuşan, içten, duyarlı, samimi ve kişiye özel).					

Ek 6: Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği Kullanma İzni



SEVGİ KÖROĞLU <sevgikoroğlu@sakarya.edu.tr>

Manevi Bakım Yeterliliği Ölçeği Kullanım İzni

aslı kalkım <aslikalkim@gmail.com>
Alıcı: SEVGİ KÖROĞLU <sevgikoroğlu@sakarya.edu.tr>

5 Kasım 2021 12:49

Merhaba
Çalışmasını yaptığımız ölçeğin araştırmanızda kullanabilirsiniz.
Ekte yer alan ölçek sözleşmesini doldurmanız ve mail yoluyla bize göndermeniz gerekmektedir.
Araştırma sonuçlarınızı merakla bekliyoruz olacağız
İyi çalışmalar dilerim.

Doç Dr. Aslı KALKIM
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği AD.
Bornova/İZMİR
Email: aslikalkim@gmail.com
asli.kalkim@ege.edu.tr
İş Tel: 0232-3115587

Assoc.Prof. Aslı KALKIM, RN, PhD
Ege University Faculty of Nursing
Public Health Nursing Department
Bornova-Izmir/ TURKEY

SEVGİ KÖROĞLU <sevgikoroğlu@sakarya.edu.tr>, 5 Kas 2021 Cum, 12:07 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Aslı Kalkım Hocam,
Ben Sevgi Köroğlu, SBÜ Hemşirelik Fakültesinde Yüksek Lisans Öğrencisiyim.
Manevi bakım yeterliliği ile ilgili yaptığım akademik taramada, sorumlu yazarı olduğunuz "Manevi Bakım Yeterliliği Ölçeği" isimli çalışmanızı inceledim. Müsadeniz olursa, Türkiye geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "Manevi Bakım Yeterliliği Ölçeği"ni sizi referans göstererek, yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Eğer ölçeği kullanmama izin verirsiniz, ölçek yönergesini de benimle paylaşabilir misiniz?
Şimdiden teşekkür ederim, saygılar.

2 eklenti

EK-Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği.docx
24K

ölçek kullanim.docx
16K

Ek 7: Duygusal Bulaşma Ölçeği Kullanma İzni



SEVGİ KÖROĞLU <sevgikoroglu@sakarya.edu.tr>

Duygusal Bulaşma Ölçeği İzni

AHMET AKIN <ahmet.akin@medeniyet.edu.tr>
Alıcı: SEVGİ KÖROĞLU <sevgikoroglu@sakarya.edu.tr>

5 Kasım 2021 14:12

Kullanabilirsiniz iyi çalışmalar

Gönderen: SEVGİ KÖROĞLU <sevgikoroglu@sakarya.edu.tr>

Gönderildi: 5 Kasım 2021 Cuma 12:04:12

Kime: AHMET AKIN

Konu: Duygusal Bulaşma Ölçeği İzni

Sayın Ahmet Akin Hocam,
Ben Sevgi Köroğlu, SBÜ Hemsirelik Fakültesinde Yüksek Lisans Öğrencisiyim.
Duygusal bulaşma ilgili yaptığım akademik taramada, sorumlu yazarı olduğunuz "Duygusal Bulaşma Ölçeği" isimli çalışmanızı inceledim. Müsadeniz olursa, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "Duygusal Bulaşma Ölçeği"ni size referans göstererek, yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Eğer ölçeği kullanmama izin verirsiniz, ölçek yönergesini de benimle paylaşabilir misiniz?
Şimdiden teşekkür ederim, saygılar.

E-Posta ile ŞİFRE, TC KİMLİK NUMARASI ve benzeri bilgilerinizi ASLA PAYLAŞMAYINIZ. Kaynağından emin olmadığınız e-postalarda bulunan bağlantılara ASLA TIKLAMAYINIZ. İMÜ 2020

147. Duygusal Bulaşma Ölçeği.doc
243K HTML olarak görüntüle [İndir](#)

ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Sevgi KÖROĞLU

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: T.C

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu:

II. Eğitimi

Lisans: Hacettepe Hemşirelik Fakültesi (2014-2019)

Lise: Sincan Fatih Anadolu Lisesi (2010-2014)

İlkokul: Nasreddin Hoca İlköğretim Okulu (2002-2010)

III. Unvanları

Araştırma Görevlisi (Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

IV. Mesleki Deneyimi

Ankara Şehir Hastanesi- Genel Cerrahi Servisi (10.2019- 03.2020)

Ankara Şehir Hastanesi- COVID-19 Yoğun Bakım (04.2020- 05.2020)

Ankara Şehir Hastanesi- COVID-19/Palyatif Servis (06.2020- 07.2020)

Ankara Şehir Hastanesi- COVID-19 Yoğun Bakım (08.2020- 10.2020)

Ankara Şehir Hastanesi- VIP Servis (11.2020- 02.2021)

V. Yayınları

Köroğlu, S. ve Durat, G., COVID-19 Nedeniyle Damgalandığını Düşünen Sağlık Çalışanlarının, COVID-19 Hastalarına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi, Uluslararası Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım, 2021, Erzurum, Türkiye (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)

Köroğlu, S., Şen Tepe, Ç. ve Durat, G. Obsesif-Kompulsif Bozukluğu Olan Bireylerde COVID-19 Pandemisi Esnasında Semptomlarının Şiddetinin ve Yordayıcılarının Belirlenmesi, Uluslararası Pandeminin Ruh Sağlığına Yansımaları ve Psikososyal Bakım, 2021, Erzurum, Türkiye (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)

Köroğlu, S., & Şen Tepe, Ç. (2021). Stresle başa çıkma yolları-II: Bedenle ilgili teknikler: Gevşeme egzersizleri ve nefes egzersizleri. D. Şarlak (Ed), *Stres ve stresle başa çıkma yolları* (1. Baskı). Eğitim Yayınevi.

Köroğlu, S. ve Öksüz, E. Kanseri Yenen Bireylerde Hayatta Kalma Suçluluğu: Sistematik Derleme, Onkoloji Hemşireliği Kongresi, 2022, Ankara, Türkiye (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)

Köroğlu, S., & Durat, G. (2022). Damgalanmaya karşı savunmasız sağlık çalışanlarının, COVID-19 hastalarına yönelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 5(2), 153-165. doi: 10.54803/sauhsd.1067517

VI. Diğer Bilgiler

2022 Dinamik Yönelimli Bütüncül Psikoterapi Sertifikası

