

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MANEVİ BAKIM ÖLÇEĞİ'NİN  
GELİŞTİRİLMESİ: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASIDEVELOPMENT OF THE SPIRITUAL CARE SCALE IN HEALTH SERVICES: VALIDITY  
AND RELIABILITY STUDYArzu BULUT<sup>1</sup> Halil ŞENGÜL<sup>2</sup> Oğuz ÖZYARAL<sup>3</sup><sup>1</sup> Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Balıkesir, Türkiye<sup>2</sup> Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye<sup>3</sup> Antalya Belek Üniversitesi, Sanat ve Tasarım Fakültesi, Antalya, Türkiye

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, yetişkin bireylerin manevi iyi oluşunu, hastanelerde manevi bakım hizmet sunumu ve bireysel insani duyarlılıklarına yönelik algılarının değerlendirilmesinde kullanılacak Sağlık Hizmetlerinde Manevi Bakım Ölçeği'nin (SHMBÖ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesidir.

**Yöntem:** Bu çalışma, SHMBÖ'nin psikometrik testi ve doğrulanması için metodolojik bir tasarıma sahiptir. Çalışma İstanbul ilinde Ekim 2022 ile Şubat 2023 tarihleri arasında 18 yaş ve üzeri yetişkin bireyler üzerinde yürütülmüştür. Çalışmanın ilk aşamasında ölçek maddelerinin yazılması ve denemelik formun oluşturulması sonrasında kapsam geçerliği sağlanmıştır. Yapı geçerliğini test etmede Açıklayıcı Faktör Analizi için IBM SPSS İstatistik 24.0 sürümü ve JASP 0.9.0.1 versiyonu paket programı kullanıldı. Ölçeğin Doğrulamalı Faktör Analizi R 4.2.2 sürümü ile yapılmıştır.

**Bulgular:** AFA sonucuna göre SHMBÖ, 21 madde ve üç boyutlu bir yapı göstermektedir. Ölçeğin yapısını test etmek için yapılan DFA sonrası elde edilen uyum indeksleri kabul edilebilir düzeydedir ( $\chi^2/sd=1,62$ , RMSEA=0,06, SRMR=0,05 ve CFI=0,95). Ölçeğin madde faktör yükleri 0.590 ile 0.900 arasındadır. Güvenirlik analizleri sonucunda Cronbach's alpha katsayısı ölçeğin alt faktörleri için 0.83 ile 0.94, McDonald's omega katsayıları 0.89 ile 0.95 arasındadır.

**Sonuç:** SHMBÖ, bireylerin manevi iyi oluşunu, hastanelerde manevi bakım hizmet sunumu ve bireysel insani duyarlılıklarına yönelik algılarını ölçebilecek özelliklere sahip, yüksek kapsam geçerliliği ve iç tutarlılığı olan bir araçtır. Ölçek, 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin sağlık hizmetlerinde manevi destek/bakıma yönelik algı düzeylerinin belirlenmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine başvuran hastaların manevi destek/bakım ihtiyacının göz ardı edilme deneyimini azaltmaya yardımcı olacak bir yönetim aracı olarak da kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Geçerlik, Güvenirlik, Manevi Bakım, Manevi Destek, Sağlık Hizmetleri.

## ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study was to develop and test the reliability and validity of the Spiritual Care in Health Services Scale (SCSHS), which will be used to assess the spiritual well-being of adult individuals, their perceptions of spiritual care service provision in hospitals and their individual humanitarian sensitivities.

**Method:** This study has a methodological design for the psychometric testing and validation of the SHMBS. The study was conducted in İstanbul province between October 2022 and February 2023 among adults aged 18 years and older. In the first stage of the study, content validity was ensured after the scale items were written and a trial form was created. IBM SPSS Statistics version 24.0 and JASP version 0.9.0.1 package program were used for Exploratory Factor Analysis to test construct validity. Confirmatory Factor Analysis of the scale was performed with R 4.2.2 version.

**Results:** According to the EFA results, the SHMBS shows a three-dimensional structure with 21 items. The fit indices obtained after CFA to test the structure of the scale were acceptable ( $\chi^2/sd=1.62$ , RMSEA=0.06, SRMR=0.05 and CFI=0.95). The item factor loadings of the scale are between 0.590 and 0.900. As a result of the reliability analyses, Cronbach's alpha coefficient is between 0.83 and 0.94 for the sub-factors of the scale and McDonald's omega coefficients are between 0.89 and 0.95.

**Conclusion:** The SHMBS is a tool with high content validity and internal consistency that has the ability to measure individuals' spiritual well-being and their perceptions of spiritual care service provision in hospitals and individual humanitarian sensitivities. The scale can help determine the perception levels of adults aged 18 and over towards spiritual support/care in health services. It can also be used as a management tool to help reduce the experience of ignoring the spiritual support/care needs of patients applying to health services.

**Keywords:** Health Services, Reliability, Spiritual Care, Spiritual Support, Validity.

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Arzu BULUT, Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Balıkesir, Türkiye E-mail: [abulut@bandirma.edu.tr](mailto:abulut@bandirma.edu.tr)

**Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article:** Bulut A., Şengül H., Özyaral O. (2023). Sağlık Hizmetlerinde Manevi Bakım Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 8(Özel Sayı), 772-786. <http://doi.org/10.5281/zenodo.8415533>

## GİRİŞ

Maneviyat ve din, insanların büyük çoğunluğunun yaşamlarının her zaman merkezinde olan iki olgudur. Maneviyat ve din kavramları iç içe geçmiş ve çoğu zaman birlikte kullanılan kavramlar olsalar da maneviyat ile din kavramlarını birbirinden ayırmak gerekmektedir. İnsanlar dindar olmadan da manevi eğilimleri ya da birtakım manevi uygulamaları olabilir (Koenig, 2009). Başka bir deyişle, din birçok insanın maneviyatını ifade etme yollarından biridir, ancak tek yol değildir. Din daha çok inançları veya değerleri paylaşan insanların sistemleri veya sosyal kurumları hakkındadır (Emblen, 1992). Örneğin, insanlar diğer insanlarla ilişkilerinde, doğa ile olan bağlarında veya bilimsel yöntemler gibi bir dizi inançta manevi bağlantılar bulabilirler ve bu onların bir inanç topluluğuna veya kurumsal bir dini sisteme ait olduklarını göstermez. Dinden farklı olarak maneviyatı tanımlamak daha zordur. Tıp doktorları, psikologlar ve manevi destek uzmanlarının katıldığı uluslararası bir panelde, maneviyat tanımı için fikir birliğine varılmıştır. Buna göre maneviyat; “insanların nihai anlam, amaç ve aşkınlık aradıkları bir kavramdır. Maneviyat insanların öz benlikleri, aileleri, toplum, doğa ve kutsal saydıkları kavramlarla kurduğu ilişki yani insanlığın dinamik ve içsel bir yönüdür. Maneviyat inançlar, değerler, gelenekler ve uygulamalar yoluyla ifade edilir” şeklinde tanımlanmıştır (Puchalski, 2014). Din toplumlara ve toplumsal uygulamalara atıf yaparken Maneviyat daha kişisel olarak kabul edilir, insanların kendileri için tanımladıkları, din ile ilgili kurallardan, düzenlemelerden ve sorumluluklardan büyük ölçüde özgür olan bir şeydir. Aslında, din ile herhangi bir bağlantıyı inkâr eden ve maneviyatı tamamen bireysel, laik terimlerle anlayan, manevi ama dini olmayan şekilde kategorize edilen büyük bir grup insan vardır (Koenig, 2009).

Maneviyat, kişinin insanlığının özüdür ve bu nedenle insanların hastalıklarla başa çıkmalarında ve iyileşmelerinde de kilit bir faktördür (Norris et al., 2013). İnanmak yani bir inanç sistemine tabi olmak insanları özellikle zor durumda olduklarında aşkın bir güce sığınma ondan yardım isteme gibi eylemlere yönlendirir. Bu alanda yapılan çalışmalar, dini inanışların ve maneviyatın hem fiziksel sağlık hem de zihinsel sağlık üzerindeki olumlu etkisi olduğunu göstermiştir (Kharitonov, 2012; Unterrainer et al., 2014). Araştırmalar, pek çok kişinin çok çeşitli hastalıklarla ve hastaneye yatış deneyimleriyle başa çıkmak için manevi ve/veya dini inançlarına ve kaynaklarına yöneldiğini göstermektedir (Cole & Pargament, 1999; Dein & Stygall, 1997). Geriatrik hastalarda yapılan çalışmalarda (Hodge et al., 2016; Jackson & Capon, 2016), demans hastalarında (Daly et al., 2016), HIV/AIDS hastalarında (Trevino et al., 2010; Oji et al., 2017), kanser hastalarında (George & Park, 2017; Mesquita, 2017) ve daha birçok sağlık hizmeti ihtiyacı doğuran durumda bu eğilim doğrulanmaktadır. Bir kişi herhangi bir hastalıktan muzdarip olduğunda, yaşamında amaç, anlam ve umut bulma ihtiyacı gibi çeşitli etkinliklerde ve sosyal ilişkilerde meydana gelen değişikliklerde sınırlamalarla karşı karşıya kalacaktır (Bekelman et al., 2008). Bu koşullar altında, maneviyat, insanın hayatta önemli ve amaçlı hissedebileceği bireysel bir duygudur (Vallurupalli et al., 2012). Bu duygu hastaların başa çıkma stratejilerini kullanılmasını yani dayanıklılığını artırır (El-Awad et al., 2022). Bu hastalar için, fiziksel ve zihinsel ihtiyaçların yanı sıra maneviyata özel önem veren kapsamlı bir bakım planının sağlanması esastır. Bu çerçevede karşımıza “Sağlık hizmetlerinde manevi bakım” kavramı çıkmaktadır. Manevi bakım, insanların hastalık, yaralanma, geçiş dönemleri ve kayıplarında umudu, dayanıklılığı ve içsel gücü (yeniden) keşfetmesine yardımcı olmayı amaçlayan kişi merkezli bakımdır (Pal et al., 2015). Manevi bakımın temel amacı “sağlık çalışanlarına hastalarıyla bağlantı kurmaları, korkularını, hayallerini ve acılarını dinlemeleri için bir çerçeve sunmak; hasta bakım süreçlerinde hastalarıyla iş birliği yapmak ve terapötik ilişki yoluyla iyileşme fırsatı sağlamaktır” (Puchalski & Romer, 2000). Yapılan araştırmalar, genel olarak sağlık hizmetlerinde manevi ihtiyaçların genellikle göz ardı edildiğini ve manevi bakımın günlük bakım ve hastalık yönetiminin bir parçası olarak entegre edilmesinin zor olduğunu da göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü manevi bakım sağlamanın yaşam kalitesini artırmak için hayati önem taşıdığını ve tedaviye dahil edilmesi gerektiğini vurgulayarak manevi bakımın önemine dikkat çekmiştir (Nissen et al., 2021).

Özetlemek gerekirse, din, maneviyat ve sağlık çağlar boyunca hep bir arada zikredilmiştir (Zyga, 2015). Birçok insan için dini ve manevi bileşenler çok önemlidir. Ayrıca birçoğu, iyileşme süreci boyunca varlıklarının bu yönlerinin dikkate alınmasını isterler. Sonuç olarak fiziksel ve ruhsal esenliğin birbiriyle bağlantılı olduğu ve birbirini etkileyebileceği görülmektedir. Pek çok hasta, hastanede yattıkları süre boyunca birisiyle dini veya manevi kaygılarını tartışmak ister. Aslında çoğu hasta dinsel inançlarını doktorlarla daha sık tartışmak isterler. Hastanede kaldıkları süre boyunca dini ve manevi tartışmalara giren hastaların bakımlarını olumlu değerlendirme olasılıkları daha yüksektir (Williams et

al., 2011). Hastalara verilen manevi destek ya da manevi bakım bir rahatlık ve umut kaynağı olarak, hastalıkların kabulüne, onlarla baş etme yeteneğine yardımcı olabilir.

Türkiye çok kültürlü ve çok inanışlı bir toplum yapısına sahiptir. Türk toplumunda Alevi ve Sünni olarak ayrılrsa bile İslamiyet çoğunluk tarafından kabul edilmektedir. İslam dininde maneviyat, insan evriminin temelidir (Isgandarova, 2014). Maneviyat, müslüman hastaların insan doğasının anlamını ve Allah ile olan ilişkisini anlamada manevi ihtiyaçlarının en önemli yönü olarak kabul edilir (Cobb et al., 2012). Toplumların düşünce yapısını anlamak istediğimizde genel olarak onların insana bakış açıları üzerinden bir değerlendirme yapma eğiliminde oluruz. Doğu toplumlarında yani oryantalist felsefenin hâkim olduğu toplumlarda maneviyat ön plana çıkarken, Batı toplumlarında ise rasyonalizm yani akılcılık ve buna bağlı olarak da materyalizm ön plana çıkmaktadır (Küçük, 2008). Türkiye'de yapılan çalışmalarda manevi destek/bakım kavramları araştırmacılar tarafından araştırılmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda manevi bakım/destek konusunda sağlık çalışanlarının algılarının belirlenmesinde kullanılan ölçme araçları bulunmaktadır ve sağlık çalışanlarının manevi bakım/destek algı düzeyleri araştırmacılar tarafından yoğun bir şekilde incelenmiştir. Ancak toplumun sağlık hizmetlerinde manevi bakım konusundaki algı düzeylerini ölçecek bir ölçme aracı bulunmamaktadır. Bu nedenle yetişkin bireylerin bütüncül anlamda manevi iyi oluşunu, hastanelerde manevi bakım hizmet sunumu ve bireysel insani duyarlılıklarına yönelik algılarının değerlendirilmesine, dolayısıyla bu amaçla geliştirilen ölçme aracına ihtiyaç vardır. Bu eksiklikten dolayı çalışmada Türk yetişkin bireyler için Sağlık Hizmetlerinde Manevi Bakım Ölçeği'nin (SHMBÖ) geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması ve ulusal literatüre kazandırılması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin manevi iyi oluşlarının ve manevi bakım gereksinimlerinin anlaşılmasına ilişkin çalışmalara öncülük etmek ve alanda yaşanan eksikliğe katkıda bulunmak araştırmanın diğer bir amacıdır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, SHMBÖ'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği amacı ile metodolojik türde bir çalışmadır. Bu başlık altında, çalışma grubuna, verilerin toplanmasına, araştırmada izlenen ölçek geliştirme aşamalarına ve verilerin analizine ilişkin bilgiler detaylı olarak açıklanmıştır.

### Çalışma Grubu

Denemelik ölçek formu, İstanbul ilinde 18 yaş ve üzeri bireyler üzerinde uygulanmış ve denemelik ölçeğin çözümlenmeleri yapılmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterleri; araştırmaya katılmaya gönüllü olma, İstanbul ilinde ikamet etme ve 18 yaş ve üzeri olmasıdır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılamayan bireyler araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur. Araştırmada katılımcıları seçerken olasılıksız örnekleme tekniklerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan katılımcıların çevrelerinde yönlendirebileceği 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylere anket bağlantı adresini iletmesi ve yanıtlamaları sağlanmıştır. Bu araştırmada ölçek geliştirmek amacıyla üç farklı örneklem kullanılmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında 323 kişi Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) için birinci çalışma grubunu oluşturmaktadır. AFA sonrası faktör yapısının belirlenmesi amacıyla yapılan Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) için bu kez ilk çalışma grubundan farklı 226 kişi çalışmanın ikinci çalışma grubunu oluşturmaktadır. Son olarak ölçeğin birden fazla zamanda ölçüm ile güvenilirliği için yapılan test-tekrar test için 29 kişi çalışmanın üçüncü çalışma grubunu oluşturmaktadır. Ölçek geliştirme sürecinde AFA ve DFA için örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde literatürde çok farklı yaklaşımlar öne sürülmektedir. Bazı araştırmacılar madde sayısının 4 katı örneklem sayısı olması gerektiğini savunurken (MacCallum et al., 2001) bazı araştırmacılar ise bu sayının 10 katı olması gerektiğini savunmuşlardır (Nunnally, 1978). Madde sayısının en az 5 katı olması gerektiği ise araştırmacılar tarafından genel kabul gören yaklaşımdır (Tavşancıl, 2019) Tabachnick ve Fidell (1996) ve DeVellis (2014), örneklem büyüklüğünde 200'ü orta, 300'ü iyi, 500'ü çok iyi, 1000 ve üzerini mükemmel olarak nitelendirmişlerdir (DeVellis, 2014; Tabachnick & Fidell, 1996). AFA için çalışma grubuna 42 maddelik anket formu, DFA için çalışma grubuna ise 21 maddelik bir anket formu uygulandığı dikkate alındığında çalışmadaki örneklem hacminin istatistikî analizler için yeterli sayıda olduğu söylenebilir. Çalışma gruplarına ait tanımlayıcı özellikler aşağıda Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1.** Katılımcıların Özellikleri

		AFA (N=323)		DFA (N=226)		Test-Tekrar Test (N=29)	
Yaş (Yıl) $\bar{X} \pm SS$		41.95 $\pm$ 11.09 (Min-Max: 18-71)		38.09 $\pm$ 16.52 (Min-Max: 18-89)		41.86 $\pm$ 10.54 (Min-Max: 26-64)	
		N	%	N	%	N	%
Cinsiyet	Erkek	185	57.3	95	42.0	14	48.3
	Kadın	138	42.7	131	58.0	15	51.7
Medeni Durum	Bekar	81	25.1	111	49.1	22	78.9
	Evli	242	74.9	115	50.9	7	21.1
Eğitim Durumu	İlköğretim	29	9.0	4	1.8	2	6.9
	Lise	57	17.6	30	13.3	4	13.8
	Ön lisans	36	11.1	25	11.1	2	6.9
	Lisans	118	36.5	130	57.5	4	13.8
	Lisans üstü	83	25.7	37	16.4	17	58.6

SS: Standart sapma,  $\bar{X}$ : Ortalama.

Çalışmanın üç farklı çalışma grubuna ait tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde AFA için katılımcıların %42.7'sinin (n=138) kadın olduğu, yaşlarının 18 ile 71 yıl arasında değiştiği ( $\bar{X}_{Yaş} = 41.95 \pm 11.09$ ), %74.9'unun (n=242) evli olduğu, %36.5'inin (n=118) eğitim durumunun lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın ikinci çalışma grubu olan DFA için katılımcıların %58.0'nun (n=131) kadın olduğu, yaşlarının 18 ile 89 yıl arasında değiştiği ( $\bar{X}_{Yaş} = 38.09 \pm 16.52$ ), %50.9'unun (n=115) evli olduğu, %57.5'inin (n=130) eğitim durumunun lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın üçüncü çalışma grubu olan test-tekrar test için katılımcıların %51,7 (n=15) ile kadın olduğu, yaşlarının 26 ile 64 yıl arasında değiştiği ( $\bar{X}_{Yaş} = 41.86 \pm 10.54$ ), %78.9'unun (n=22) bekar olduğu, %58.6'inin (n=17) eğitim durumunun lisans üstü mezunu olduğu belirlenmiştir.

### Verilerin Toplanması

Araştırma Ekim 2022 ile Şubat 2023 tarihleri arasında İstanbul ilinde çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaş ve üzeri yetişkin bireyler ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı, elektronik ortamda (docs.google.com adresi, Google Form ara yüzü) hazırlanmıştır. Çevrim içi anketlerin, maliyet, zaman, daha fazla kişiye erişim, veri kaybı ve veri girişi hatalarının önlenmesi ve araştırmacı etkisinin azalması gibi avantajları bulunmaktadır (Cohen et al., 2013). Hazırlanan kişisel bilgi formu ve denemelik ölçek formu bağlantı adresi telefon numaralarına ulaşılabilen WhatsApp uygulaması aracılığı ile katılımcılara gönderilmiştir ve çevrelerinde araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan katılımcılara bağlantı linkini göndermeleri istenmiştir. Çevrimiçi anketin ilk sayfasında katılımcılara, sağlık hizmetlerinde manevi destek/bakıma ve araştırmanın amacına dair bilgilendirme yapılmış, araştırma ekibine dair iletişim bilgileri sunulmuş ve ardından çevrimiçi bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Bu bilgilerin ardından gönüllü katılımı onaylayan bireyler araştırmaya katılabilmıştır. Çevrimiçi ankette denemelik ölçek formunda tüm soruların yanıtlanması zorunlu tutulmuştur. Böylece herhangi bir soruya yanıt vermeyen katılımcının anket sorularında ilerlemesi engellenmiştir. Bu nedenle denemelik ölçek formunda eksik yanıt bulunmamaktadır. Çalışmanın ilk aşamasında kapsam geçerliliği sonrası kişisel bilgi formu ve denemelik ölçek formunun yanıtlanma süresi ortalama 10 ile 15 dakika arasındadır. Çalışmanın ikinci aşamasında AFA sonrası kişisel bilgi formu ve denemelik ölçek formunun yanıtlanma süresi ise ortalama 8 ile 10 dakika arasındadır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olup geri dönüş sağlayan bireyler çalışma kapsamına alınmıştır.

### Ölçek Maddelerinin Yazılması ve Denemelik Formun Oluşturulması

Çalışmanın ilk aşamasında öncelikle maneviyat kavramı ve algının ölçülmesine ilişkin literatür taraması yapılmıştır (Bekelman et al., 2008; Daly et al., 2006; Hodge et al., 2016; Jackson & Capon, 2016; Koenig, 2009; Norris et al., 2013; Puchalski 1992; Oji et al., 2017; Zyga, 2015). Denemelik ölçek maddeleri yazılırken manevi destek/bakım ve algıya ilişkin kuramsal yapı ve bu yapıya uygun hususlar dikkate alınmış ve bu özellikler göz önünde bulundurularak, temsil edilmeye çalışılmıştır. Gerekli incelemeler sonucunda, sağlık hizmetlerinde manevi destek/bakıma ilişkin algıyı ölçmeye yönelik 94 maddeden oluşan denemelik madde havuzu oluşturulmuştur. Daha sonra maddelerin kapsam geçerliliği



açısından uzman görüşlerine başvurularak, her bir madde için kapsam geçerlik oranı elde edilerek maddelerin kalitesi belirlenmiştir. Ölçek maddelerinin ölçülmesi hedeflenen özelliği kapsama (kapsam geçerliği) ya da maddenin ilgili yapıyı yorma (yapı geçerliği) gücünü belirlemek amacıyla önsel çalışmalara ihtiyaç vardır (Rubio et al., 2003). Yine ölçme aracının geçerliğini etkileyen diğer faktörler de ölçek geçerliği için göz önüne alınması gereken hususlardır. Ölçek maddesinin anlaşılabilir olması, hedef kitleye uygunluğu vb. önsel çalışmalarda elde edilen uzman görüşleri arasındaki uyum veya uyumsuzluk kapsam ya da yapı geçerliği için birer kestirim niteliğinde kullanılmaktadır (Yurdugül, 2005).

### **Kapsam Geçerliği**

Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında, bir ölçeğin maddelerinin ölçülecek alanı içerip içermediğini değerlendirmek için kapsam geçerliği kullanılmaktadır. Uzman görüşlerinin alınmasında Davis (1992) tekniği kullanılmıştır. Nihai forma alınacak olan maddelerin toplam Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) ortalamalar üzerinden elde edilir. Elde edilen KGO değeri istatistiksel bir ölçütle karşılaştırmak yerine 0.80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (Yurdugül, 2005). Denemelik ölçek formu kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmesi için uzman görüşüne sunulmuştur. Bu değerlendirme için araştırmacılar tarafından bir "Uzman Değerlendirme Formu" geliştirilmiştir. Bu doğrultuda belirlenen 94 sorunun yer aldığı form Rehberlik ve Psikolojik Danışman, Din Psikolojisi, Psikoloji, Din ve Felsefe Bilimleri alanından uzmanlara (1 Profesör, 2 Doçent Doktor, 3 Dr. Öğretim üyesi) araştırmacı tarafından elden dağıtılarak, kendilerinden her bir soruyu değerlendirerek, görüşlerini "uygun", "madde hafifçe gözden geçirilmeli", "ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve "madde uygun değil" şeklinde dördümlü derecelendirmeleri istenmiştir. Tüm uzmanlardan gelen yanıtlar bir araya toplandı ve her bir maddeye ilişkin "Uygun" ve "Madde hafifçe gözden geçirilmeli" görüşünü belirten uzman sayıları, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına bölünerek KGO elde edilmiştir. KGO değeri  $\geq 0.80$  ölçüt olarak kabul edilmiştir. KGO değeri  $< 0.80$  altında kalan 52 madde, madde havuzundan çıkarılmıştır. KGO 42 madde için 0.83-1 arasında değişmekte olup, Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) 0.87 bulunmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda denemelik ölçek maddelerinde gerekli düzenlemeler yapılarak, ön deneme için forma son şekli verilmiştir. Ayrıca maddeler, dil ve anlatım bakımından uygunluğunu değerlendirmek için Türkçe dil bilgisi alanında doktora derecesine sahip bir öğretim elemanı ile incelenmiştir.

### **Ön-Test**

Uzman görüşü sonrası KGO ölçütünü karşılayan 42 denemelik maddelerin, gerçek çalışma grubuna uygulamadan önce, katılımcılar tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek amacıyla 25 katılımcıya ön deneme yapılmıştır. Bu kapsamda çalışmada ölçek derecelemesi; (1) "kesinlikle katılmıyorum", (5) "kesinlikle katılıyorum" şeklinde 5'li Likert tipi bir ölçek olarak tasarlanmıştır. Maddeler rastgele sıralanmıştır. Denemelik madde havuzu, 40 olumlu, 2 olumsuz maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin puanlanması aşamasında, olumlu maddeler "kesinlikle katılıyorum" kategorisinden başlayarak 5'ten 1'e doğru; olumsuz maddeler ise "kesinlikle katılmıyorum" kategorisinden başlayarak 1'den 5'e doğru puanlanmıştır. Ön testte katılımcılardan her bir maddeyi açıklamaları istenmiş ve katılımcıların ilgili maddeyi anlayıp anlamadıkları araştırmacılar tarafından not alınmıştır. Ön çalışmada araştırmacılar, gelen yanıtlar doğrultusunda derlenen versiyon üzerinde herhangi bir değişiklik yapmamıştır. Ön denemenin ardından maddeler yeniden gözden geçirilerek, ölçek çalışması öncesi madde havuzuna son şekli verilmiştir.

### **Verilerin Analizi**

Çalışmada kapsam geçerliği için uzman görüşleri alınmıştır. Ölçeğin faktör yapısını keşfetmek amacıyla AFA kullanılmıştır. AFA için Temel Eksenler Faktör (Principles Axis Factoring) çıkarma yöntemi ile faktör sayısını belirlemek amacıyla paralel analiz kullanılmıştır (Hayton et al., 2004). Ölçekteki tüm maddeler manevi bakımla ilgili olduğu için faktör analizi sonrasında ortaya çıkacak olan faktörler arasında ilişkili olacağı düşünüldü ve bu nedenle Oblique döndürme yöntemlerinden olan oblimin döndürme seçilmiştir (Çokluk et al., 2018). AFA sonrasında madde seçimi için her bir maddenin temsil ettiği faktör yükünün 0.60 ve üzerinde olması temel kriter olarak kullanılmıştır. Faktör yükü olarak 0.60 değerinin seçilmesinin sebebi faktör yükü yüksek, daha tutucu bir ölçek elde etmektir (Matsunaga, 2010). Faktör yükü 0.60'ın altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Her bir madde çıkarma işlemi sonrasında faktör analizi yeninde yürütülmüştür. Bu işlem her bir maddenin bir faktörde 0.60 ve üzerinde faktör yükü göstermesine kadar devam etmiştir. Bu işlemler sırasında aynı zamanda ortaya çıkan faktörlere ait Cronbach's alfa ( $\alpha$ ) iç tutarlık katsayıları da gözden geçirilmiştir. Araştırmanın ilk

aşamasında AFA için analizler Windows için IBM SPSS İstatistik (Statistical Package for the Social Sciences) 24.0 sürümü ve Windows için JASP (Just Another Stats Package) 0.9.0.1 versiyonu paket programı ile yapılmıştır. İkinci aşamasında DFA için analizler Windows için R 4.2.2 sürümü ile yapılmıştır.

SHMBÖ'nin yapı geçerliğini farklı bir örneklem grupta test etmek için DFA yapılmıştır. DFA yapılmadan önce madde korelasyon matrisinin faktörlenebilirliğini test etmek için Kaiser-Meyer-Okin (KMO) örneklem yeterlilik testi ve Bartlett küresellik testi kullanılmıştır. Maddelerin faktör yükü 0.60'tan büyük olan maddeler değerlendirilmeye alınmıştır (Baumgartner & Homburg, 1996). DFA öncesi çoklu normallik varsayımı için çok değişkenli basıklık katsayısı incelenmiş ve bu değer 53.852 olarak bulunmuştur. Bu değer 10'dan büyük olduğu için veri seti çoklu normallik varsayımını karşılamamıştır (Kline, 2011). Bu nedenle verilerin analizinde robust DFA kullanılmıştır. Bu amaçla R programında yer alan lavaan paketi ile DFA yapılırken, DFA modelinin görselleştirilmesi için lavaanPlot paketi kullanılmıştır (Lishinski, 2018; Rosseel, 2012). Ölçeğin güvenilirlik analizi için iç tutarlılık ölçümü için Cronbach's  $\alpha$  katsayısı, McDonald's Omega ( $\omega$ ) ve madde-toplam korelasyon ölçümü yapılmıştır. Değişkenlerin korelasyon derecesi Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak belirlenmiştir. Anlamlılık düzeyi  $\alpha=0,05$  olarak belirlenmiştir.

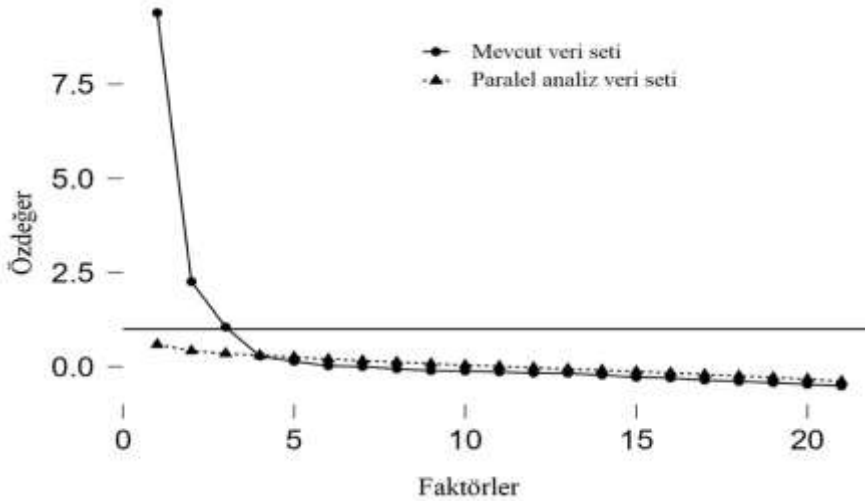
### Araştırmanın Etiği

Araştırmada, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi bilimsel araştırma ve yayın etiği kurulundan 26.05.2022 tarih ve 2022/05 sayı ile etik kurul onayı alınmıştır. Çevrim içi anketin ilk sayfasında katılımcılara araştırmanın amacı ve araştırmacılara ait bilgiler sunularak çevrimiçi onamları alınmıştır. Araştırma süreci Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

## BULGULAR

### Açımlayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

AFA geçmeden önce örneklem büyüklüğünün faktör analizine yeterli olup olmadığını belirlemek için Kaiser-Meyer-Okin (KMO) değeri ve korelasyon matrisinin, birim matristen farklı olup olmadığını incelenmesi amacı ile Bartlett küresellik testi sonuçları incelenmiştir. KMO değeri 0.937 olarak bulunmuştur ve Bartlett Küresellik testi sonucu anlamlıdır ( $\chi^2=8920.172$ ,  $sd=861$ ,  $p<0.001$ ). AFA sonucunda faktör yükü 0.60'ın altında olan maddeler çıkarıldığı zaman 21 madde ve 3 faktörden oluşan bir yapı ortaya çıkmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Paralel Analiz Sonrasında Ortaya Çıkan Faktör Yapısı

Şekil 1'de görülen 3 faktörlü yapı üzerinde 21 maddenin dağılımı Tablo 2'de yer almaktadır. Tablo 2'de yer alan madde ve faktörler incelendiğinde, 10 maddeden oluşan birinci faktör için açıklanabilir varyans %45'tir ve maddelerin faktör yükleri 0.621 ile 0.898 arasındadır. 7 maddeden oluşan ikinci faktör için açıklanabilir varyans %12'dir ve maddelerin faktör yükleri 0.610 ile 0.841 arasındadır. 4 maddeden oluşan üçüncü faktör için açıklanabilir varyans %7'dir. Ölçeğin üç faktörüne ilişkin toplam açıklanan varyansı %64'tür. Yapılan AFA sonrası maddelerin faktör yükleri 0.683 ile 0.871 arasındadır.

**Tablo 2.** AFA Sonrası Maddelerin Faktörlere Dağılımı ve Madde Faktör Yükleri

		Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
M50	Manevi iyi oluşun, geçmişin hüznü ve kederleri ile başa çıkmada yardımcı olduğuna inanırım.	0.898		
M 49	Manevi iyi oluşun, geleceğe ilişkin korku ve kaygının giderilmesini sağladığına inanırım.	0.896		
M52	Manevi iyi oluşun, geçmiş hayatımız ile ilgili olumlu düşüncelere sevk ettiğine ve memnuniyet duygusunu geliştirdiğine inanırım.	0.887		
M47	Manevi iyi oluşun, beden bir emanet olarak algılandığından olumlu sağlık davranışlarını (sağlıklı beslenme, egzersiz vb.) arttırdığına inanırım.	0.851		
M53	Manevi iyi oluşun, psikolojik uyum potansiyelini arttırdığına inanırım.	0.838		
M48	Manevi iyi oluşun, hasta ve hasta yakınlarının ruhsal sağlıklarının iyiye gitmesini sağladığına inanırım.	0.803		
M51	Manevi iyi oluşun, iyimserlik ve umut kaynağı olduğuna ve stresi azalttığına inanırım.	0.789		
M54	Manevi iyi oluşun, kişiyi adaletli ve hakkaniyetli davranışa yönlendirdiğine inanırım.	0.747		
M46	Manevi iyi oluşun, insanların yaşam tarzlarını değiştirmesine (uyku ve aktivite düzeni, sağlıklı beslenme) ve herhangi bir bağımlılıktan kaçınmasına yardımcı olduğuna inanırım.	0.744		
M45	Manevi iyi oluşun, korku, endişe, öfke gibi duyguları yönetmeye yardımcı olduğuna inanırım.	0.621		
M6	Hastanın değerleri ve inançları doğrultusunda manevi bakım ihtiyaçlarının bakım planlarında yer alması gerektiğini düşünürüm.		0.841	
M10	Manevi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesinden elde edilen bilgilerin hastanın bakım planına dâhil edilmesi gerektiğini düşünürüm.		0.811	
M9	Tüm hastaların hastaneye kabulü sırasında manevi bakım ihtiyaçları konusunda değerlendirilmesi gerektiğini düşünürüm.		0.793	
M5	Tüm hastalara dini-manevi kaygıları hakkında konuşma fırsatı sunulması gerektiğini düşünürüm.		0.694	
M8	Her inançtan din görevlilerinin, hastanelerde manevi bakım ekibinin bir parçası olarak tanınması gerektiğini düşünürüm.		0.652	
M7	Tüm sağlık profesyonellerinin manevi bakım konusunda eğitim alması gerektiğini düşünürüm.		0.646	
M4	Manevi bakımın, inancima uygun din görevlileri tarafından verilmesi gerektiğini düşünürüm.		0.610	
M40	Diğer insanlara karşı sevgi, şefkat ve merhamet doluyumdur.			0.871
M39	Duyarlı bir vicdana sahibim.			0.806
M42	İnsanlara yardım etmekten hoşlanırım.			0.732
M36	Başkalarının haklarını ihlal etmekten ve onları incitmekten kaçınırım.			0.683
Açıklanan varyans		0.45	0.12	0.07
Açıklanan toplam varyans %64				
KMO=0.937				
Barlet küresellik testi $\chi^2= 8920.172$ , $sd=861$ , $p<0.001$ .				

Faktör 1: Manevi iyi oluş, Faktör 2: Manevi bakım sunumu, Faktör 3: İnsani duyarlılık.

### Madde Analizine İlişkin Bulgular

Çalışmada düzeltilmiş madde-toplam korelasyonunu ve madde çıkarıldığında Cronbach's  $\alpha$  değerleri incelenmiştir (Tablo 3). Ölçeğin güvenilirliğinde iç tutarlılık için Cronbach's  $\alpha$  değerleri hesaplanmıştır. Çalışmada düzeltilmiş madde-toplam korelasyon değerleri 0.32 ile 0.88 arasındadır.

**Tablo 3.** Maddelere Ait Ortalama, Standart Sapma, Düzeltilmiş Madde Toplam Puan Korelasyonu ve Madde Çıkarıldığında Elde Edilen Cronbach's  $\alpha$  Katsayısı

Maddeler	Ortalama	Standart sapma	Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu	Madde çıkarıldığında Cronbach's $\alpha$
Madde 1	4.40	0.90	0.32	0.96
Madde 2	4.28	0.91	0.45	0.96
Madde 3	4.41	0.75	0.52	0.96
Madde 4	3.89	1.12	0.45	0.96
Madde 5	4.58	0.67	0.49	0.96
Madde 6	4.37	0.82	0.70	0.96
Madde 7	4.31	0.84	0.79	0.95
Madde 8	4.36	0.79	0.81	0.95
Madde 9	4.33	0.79	0.58	0.96
Madde 10	4.30	0.86	0.83	0.95
Madde 11	4.25	1.09	0.75	0.95
Madde 12	4.44	0.94	0.86	0.95
Madde 13	4.23	1.04	0.84	0.95
Madde 14	4.26	1.08	0.85	0.95
Madde 15	4.47	0.97	0.73	0.96
Madde 16	3.88	1.37	0.71	0.96
Madde 17	4.29	1.18	0.88	0.95
Madde 18	4.43	1.17	0.87	0.95
Madde 19	4.13	1.38	0.82	0.95
Madde 20	4.53	1.26	0.74	0.96
Madde 21	4.57	1.30	0.84	0.95

**Doğrulaıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular**

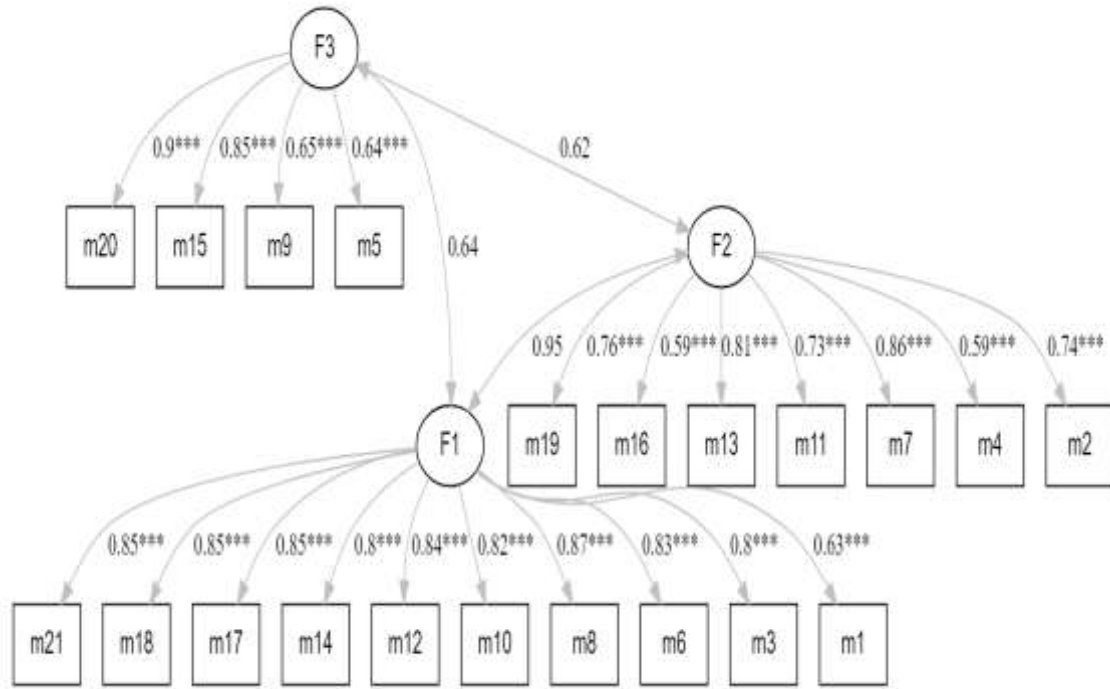
SHMBÖ'nin 3 faktörlü ve 21 maddeli halini test etmek için yapılan DFA sonrası elde edilen ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı ( $\chi^2/df$ ), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index-CFI), TLI (Tucker-Lewis Index-TLI), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation- RMSEA) ve Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü (Standardized Root Mean Square-SRMR) uyum indeksleri Tablo 4'te yer almaktadır. Tablo 4'te görüldüğü gibi DFA sonucunda  $\chi^2/df=1,623$  mükemmel uyum değeri CFI=0.946, TLI=0.939, RMSEA=0.064 ve SRMR=0.051 olmak üzere kabul edilebilir uyum değerlerine ulaşılmıştır (Browne & Cudeck, 1993; Kline, 2011; Marsh et al., 2006). DFA sonrası elde edilen yapısal model Şekil 2'de yer almaktadır.

**Tablo 4.** DFA Uyum İndeksleri

	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Model
$\chi^2$	-		301,928
df	-		186
$\chi^2/df$	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	1.623
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1.00$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$	0.946
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1.00$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$	0.939
RMSEA	$0.00 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0.064
SRMR	$0.00 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,051

\*\*\* $p < 0.001$





Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinde Manevi Bakım Ölçeği Yapısal Model

Tablo 5'te DFA sonrasında ölçek maddelerinde elde edilen faktör yükleri, standart hata, z ve p değerleri yer almaktadır. Madde faktör yükleri 0.590 ile 0.900 arasında, standart hatalar 0.059 ile 0.094 arasındadır. Maddelere ait z değerleri ise 4.519 ile 12.370 arasındadır ve tüm maddelere ait z değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.001$ ).

Tablo 5. Ölçek Maddelerine Ait Faktör Yükleri, Standart Hata, z ve p Değerleri

	Faktör Yüğü	Standart hata	z değeri	p değeri
<b>Manevi iyi oluş</b>				
M21	0.851	0.073	8.121	0.000
M18	0.853	0.069	9.153	0.000
M17	0.850	0.066	10.601	0.000
M14	0.802	0.064	10.879	0.000
M12	0.837	0.074	8.883	0.000
M10	0.820	0.069	9.240	0.000
M8	0.871	0.065	10.140	0.000
M6	0.834	0.069	9.833	0.000
M3	0.805	0.076	7.822	0.000
M1	0.631	0.085	6.516	0.000
<b>Manevi bakım sunumu</b>				
M19	0.765	0.059	12.370	0.000
M16	0.590	0.078	8.343	0.000
M13	0.805	0.065	10.679	0.000
M11	0.725	0.071	10.128	0.000
M7	0.863	0.065	10.946	0.000
M4	0.592	0.063	10.618	0.000
M2	0.743	0.074	8.918	0.000
<b>İnsani duyarlılık</b>				
M20	0.900	0.080	8.036	0.000
M15	0.849	0.078	7.330	0.000
M9	0.651	0.073	6.416	0.000
M5	0.636	0.094	4.519	0.000

\*Tüm p değerleri  $< 0.001$ .

### İç Tutarlılık Analizi

Çalışmada test-tekrar test yöntemi kullanarak ölçeğin birden fazla zamanda ölçüm ile güvenirliliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin kararlılığını değerlendirmek amacıyla uygulanan test-tekrar test güvenirliliği için 3 hafta ara ile elde edilen eşleştirilmiş puanlar arasındaki korelasyon katsayısı ve sınıf içi korelasyon katsayıları incelenmiştir. Ölçümler arasındaki korelasyon katsayıları, Faktör 1 (manevi iyi oluş) için 0.71, Faktör 2 (manevi bakım sunumu) için 0.77 ve Faktör 3 (insani duyarlılık) için 0.80 bulunmuştur ve tüm korelasyon katsayıları anlamlıdır ( $p < 0.01$ ). Test tekrar test güvenirliliği için hesaplanan sınıf için korelasyon katsayıları ise Faktör 1 için 0.83, Faktör 2 için 0.87 ve Faktör 3 için 0.89 olarak bulunmuştur.

Tablo 6'da ölçek faktörlerine ait tanımlayıcı istatistikler, Cronbach's  $\alpha$  iç tutarlık katsayıları ve faktörler arası korelasyon katsayıları yer almaktadır. SHMBÖ alt boyutlarının güvenirlilik analizleri sonucunda Cronbach's  $\alpha$  katsayıları 0.83 ile 0.94 arasında hesaplanmıştır. McDonald's Omega ( $\omega$ ) katsayıları 0.89 ile 0.95 arasında hesaplanmıştır. (Tablo 6). Faktörler arasındaki korelasyon katsayısı ise 0.29 ile 0.60 arasındadır ve korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.01$ ).

**Tablo 6.** Faktörlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler, İç Tutarlık Katsayıları ve Faktörler Arası Korelasyon

	Madde sayısı	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$	McDonald's $\omega$	Korelasyonlar	
						Faktör 1	Faktör 2
Faktör 1	10	3.49	0.50	0.94	0.95		
Faktör 2	7	3.09	0.59	0.88	0.89	0.44**	
Faktör 3	4	3.57	0.46	0.83	0.90	0.60**	0.29**

\*\* $p < 0.01$

### TARTIŞMA

Maneviyat insanlara sorunları ile başa çıkabilmeleri için umut, güç, rahatlama ve huzur verir (Gümüş et al., 2014). Sağlık hizmeti sunumunda en kapsamlı yaklaşım olan bütüncül yaklaşıma göre birey; fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyo-kültürel ve ruhsal boyutlarıyla bir bütündür. Bu boyutların her biri birbirleriyle ilişkilidir (Daştan & Buzlu, 2010). Dünyada ve Türkiye'de maneviyat ve manevi bakım ile ilgili çalışmaların son yıllarda arttığı görülmektedir. Buna rağmen manevi bakım kavramının uygulamada hak ettiği ilgiyi görmediğini ve göz ardı edildiği de bilinmektedir. Başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık bakım profesyonelleri hastaların manevi gereksinimlerinin karşılanmasında önemli role sahiptir. Hastaların manevi bakım gereksinimlerinin karşılanmasında sağlık profesyonellerinin maneviyat ve manevi bakım konusunda bilgi ve eğitim eksiklikleri de manevi bakım sunumunda önemli engellerden bazılarıdır (Kavak et al., 2014).

Sağlık hizmet sunumunda sağlık profesyonellerinin manevi bakıma yönelik algı ve yetkinliklerinin incelendiği birçok çalışma bulunmasına rağmen sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sağlık hizmetlerinde manevi bakıma yönelik algı ve gereksinimlerinin belirlenmesinde kullanılabilecek psikometrik olarak geçerli ve güvenilir çok az ölçme aracı bulunmaktadır. Galek ve ark. (2005) tarafından geliştirilen Hastaların Manevi İhtiyaçlarını Değerlendirme Ölçeği, hastaların manevi iyilik durumlarının iyileştirilmesi için sağlık ekibi üyeleri tarafından kullanılabilecek bir ölçektir (Galek et al., 2005). Taylor ve ark. (2005) tarafından geliştirilen Hastalık İlişkili Manevi Gereksinimler Ölçeği, kanser hastalarının ve bakım vericilerinin manevi gereksinimlerini tanılamak için geliştirilmiş bir ölçektir (Taylor et al., 2005). Büssing ve ark. (2010) tarafından geliştirilen Manevi Gereksinimler Anketi ise hastaların manevi iyilik hallerinin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçektir (Büssing et al., 2010). Yong ve ark. (2008) tarafından geliştirilen bir başka ölçek ise Manevi Gereksinimler Ölçeği'dir (Yong et al., 2008). Ancak bu ölçek hastalara yönelik bir ölçekten ziyade kanser veya yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hastaların manevi iyilik durumlarının yükseltilmesi amacı ile sağlık profesyonelleri üzerinde uygulanabilecek bir ölçektir. Görüldüğü üzere literatürde hastaların manevi gereksinimleri ve manevi iyilik hallerinin tanımlanması için hastalara ve sağlık profesyonellerine özgü psikometrik olarak test edilmiş, geçerli ve güvenilir ölçekler bulunmaktadır.

Türkiye'de literatür incelendiğinde daha çok sağlık profesyonellerinin manevi destek/bakıma yönelik algı düzeylerinin belirlenmesine yönelik araştırmalar olduğu görülmektedir (Erenoğlu & Can, 2019; Esendir & Kaplan, 2018; Kavas & Kavas, 2014; Macit & Karaman, 2019; Tambağ ve ark. 2018). Manevi destek/bakımın değerlendirilmesinde kullanılabilecek psikometrik olarak test edilmiş ölçekler bulunmaktadır ancak bu ölçekler doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algı düzeylerinin belirlenmesine yönelik ölçek geliştirme çalışmalarıdır (Aslan et al., 2020; Ergül & Bayık Temel, 2007;

Dağhan, Kalkım & Sağkal Midilli, 2018; Kavas & Kavas, 2014). Bilindiği kadarı ile Türkiye'de bireylerin sağlık hizmetlerinde manevi bakıma yönelik algılarının belirlenmesine din ve mezhep ayrımı yapılmaksızın 18 yaş ve üzeri tüm bireylere özgü bir ölçek bulunmamaktadır. Bu eksiklikten hareketle sağlık hizmet sunumunda manevi bakıma yönelik algı düzeylerinin ölçümünde kullanılabilir Türk yetişkin bireylere özgü SHMBÖ'nin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur. SHMBÖ'nin geliştirilmesinin amaçlandığı bu çalışmanın literatürdeki bu boşluğu dolduracak olması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Türkiye'de 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin sağlık hizmetlerinde manevi bakıma yönelik algı düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılabilir bir ölçek geliştirme çalışması olarak yürütülen bu araştırma sonunda 21 madde ve 3 alt boyuttan oluşan bir ölçek geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri belirlenirken ölçek geliştirme çalışmaları için uluslararası kabul gören ölçek geliştirme aşamaları esas alınarak sağlık hizmetlerinde manevi bakım ile ilgili kapsamlı bir literatür incelemesi yapılmıştır. Mevcut çalışma sonucunda ortaya çıkan SHMBÖ, yetişkin bireylerin sağlık hizmetlerinde manevi bakıma yönelik algı düzeylerini ölçebilecek özelliklere sahip, yüksek kapsam geçerliliği ve iç tutarlılığı olan bir ölçüm aracıdır.

SHMBÖ faktör yapısının keşfedilmesi amacı ile AFA yapılmıştır. AFA öncesi örneklem büyüklüğünün uygunluğu KMO ve Barlett istatistiği ile onaylanmıştır (KMO = 937;  $\chi^2$ 8920.172, sd=861, p<0.001). Bu sonuçlar veri setinin faktör analizine uygun olduğuna kanıt oluşturmaktadır (Çokluk ve ark., 2018). Yapılan AFA sonucunda SHMBÖ'nin 3 faktörüne ilişkin açıklanan toplam varyans %64 bulunmuştur. Bu değer %40 ile %60 arasında olması yeterli olarak kabul edilmektedir (Tavşancıl, 2019). Bu değer SHMBÖ için oldukça yeterli bir değer olarak değerlendirilebilir. Yapılan AFA sonrası maddelerin faktör yükleri 0.683 ile 0.871 arasındadır. Güriş ve Astar (2015) faktör yüklerinin en az 0.50 olması ve maddenin iki faktöre yüklendiği değerlerin arasında en az 0.1'lik bir fark olması gerektiğini önermektedir. Bu değerler maddelerin faktör yüklerinin yeterli faktör değerine sahip olduğu göstermektedir. Ayrıca her alt faktörde toplanan maddeler incelendiğinde maddelerin oldukça mantıklı kümelendiği görülmektedir.

Bir ölçekten elde edilen verilere DFA yapmadan önce maddeler arasındaki ilişkilerin ortaya konulması gerekmektedir. Yapılan madde analizleri sonucunda SHMBÖ'nin maddelerinin düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayılarının 0.32 ile 0.88 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçek maddelerinin madde-toplam korelasyon katsayılarının negatif olmaması ve genel olarak 0.30 ve/veya üzeri değerler olması beklenmektedir (Field, 2009; Huck, 2012). SHMBÖ'nin maddelerinin düzeltilmiş madde toplam korelasyon katsayılarının literatürde önerilen değerlere göre uygun olduğu görülmüştür.

AFA yardımıyla belirlenen faktör yapısının farklı örneklem grubundan alınan veri seti ile doğrulama işlemi yapmak için DFA'dan yararlanılmaktadır. DFA'da amaç AFA ile belirlenen faktörlerin ve bu faktörler altında toplanan maddelerin ilişkilerini test etmek ve ölçekte bulunan maddelerin faktörleri ve genel çerçevede teorik yapıyı açıklamadaki yeterliliklerini test etmektir (Özdamar, 2013). SHMBÖ'nin faktör yapısını farklı bir örnekleme test etmek için DFA yapılmıştır. Yapısal eşitlik modeli kapsamında DFA'nda uyum indekslerini niteleyen belli kriterler vardır. Buna göre uyum indeksinin kabul edilebilir düzeyde olması için  $\chi^2/df$  3'ten küçük olmalı (Kline, 2011), CFI ve TLI değerlerinin 0.90'a eşit ya da üstünde olması (Marsh et al., 2006), RMSEA değerinin 0.080'e eşit ya da küçük olması ve SRMR değerinin maksimum 0.10 olması (Browne & Cudeck, 1993) verilerin modele iyi uyum sağladığına kanıt oluşturmaktadır. Yapılan birinci düzey DFA sonucunda kabul edilebilir uyum değerlerine ulaşılmıştır. Bu modelin iyi uyum gösterdiğine kanıt oluşturmaktadır.

DFA sonrası SHMBÖ'nün 21 madde ve üç faktörlü yapısı doğrulanmıştır. DFA'da faktör yüklerinin 0.30 ve üstünde olması istenilen bir durumdur (Çokluk et al., 2018). Model-veri uyumunu etkileyeceği için düşük faktör yüklerinin ölçekten çıkarılmasında yarar vardır. DFA sonrası elde edilen faktör yükleri, 0.590 ile 0.900 arasında bulunmuştur. Bu değerler önerilen değerlerin üzerindedir. SHMBÖ birinci faktör 10 madde içermektedir ve faktör yükleri 0.631 ile 0.871 arasındadır. Birinci faktör 1,3, 6, 8, 10, 12, 14, 17, 18 ve 21. soruları içermektedir. Bunlar, bireyin holistik/bütüncül anlamda manen iyi oluşunun sorunlarla başa çıkma ve güçlenmesini etkileyen faktörler (bireysel sorunlar ve başa çıkma, korku, endişe, öfke, bağımlılık, psikolojik uyum, iyimserlik, umut, yaşam tarzı, adalet ve hakkaniyet) ile ilgilidir. Bu nedenle birinci faktör "manevi iyi oluş" olarak adlandırılmıştır. İkinci faktör 7 madde içermektedir ve faktör yükleri 0.590 ile 0.863 arasındadır. İkinci faktör 2, 4, 7, 11, 13, 16 ve 19. soruları içermektedir. Bunlar, dini-manevi temelli bakım ve destek hizmetlerinde hasta bireylerin inanç değerleri dikkate alınarak ilgili uzman ekipler/görevliler tarafından sunulması (Hasta değerleri ve inanç, manevi

bakım ihtiyacı ve planları, dini-manevi kaygılar, manevi bakım ekibi, inanç ve din görevlileri) ile ilgilidir. Bu nedenle ikinci faktör “manevi bakım sunumu” olarak adlandırılmıştır. Üçüncü faktör 4 madde içermektedir ve faktör yükleri 0.636 ile 0.900 arasındadır. Üçüncü faktör 5, 9, 15 ve 20. soruları içermektedir. Bunlar, insanlara karşı duyarlı yaklaşım ve sorumluluk bilinciyle davranmak (sorumluluk, sevgi, şefkat ve merhamet, duyarlılık, vicdan ve yardım severlik, hak ihlali) ile ilgilidir. Bu nedenle üçüncü faktör “insani duyarlılık” olarak adlandırılmıştır.

Çalışmada test-tekrar test yöntemi kullanarak ölçeğin birden fazla zamanda ölçüm ile güvenirliliği değerlendirilmiştir. Bir ölçme aracının güvenirliliği için aranan iki temel ölçüt “değişik zamanlarda elde edilen yanıtlar (puanlar) arasında tutarlılık” ve “aynı zamanda elde edilen yanıtlar arasında tutarlılık” olarak açıklanmaktadır (Büyüköztürk, 2019). Devamlılık veya kararlılık katsayısı olarak da bilinen bu yöntemde aynı gruba iki farklı zamanda aynı ölçek uygulanır ve aralarındaki ilişki hesaplanır (Tavşancıl, 2019). Böylece bir ölçekten elde edilen sonuçların farklı zaman dilimlerine göre ne derece genellenebilirliğine ait bilgiler elde edilir. İki uygulama arasındaki sürenin çok uzun ya da çok kısa olmaması gerekmektedir. Bu süre uzun olduğunda ölçülmek istenen özellik değişebileceği gibi çok kısa olduğunda ise maddelerin hatırlanma ihtimali ortaya çıkar. Araştırılan kavrama göre bu sürenin 3 ile 6 hafta arasında olması önerilmektedir (Tavşancıl, 2019). SHMBÖ test-tekrar test güvenirliliği için önerilen 3 hafta ara ile elde edilen eşleştirilmiş puanlar arasındaki korelasyon katsayıları Faktör 1 için 0.71, Faktör 2 için 0.77 ve Faktör 3 için 0.80 bulunmuştur ve tüm korelasyon katsayıları anlamlıdır ( $p < 0.01$ ). Test tekrar test güvenirliliği için hesaplanan sınıf için korelasyon katsayıları ise Faktör 1 için 0.83, Faktör 2 için 0.87 ve Faktör 3 için 0.89 olarak bulunmuştur. İlişki katsayısının 1'e yakın olması beklenir ve 0.70 ve üzerindeki değerler kabul edilebilir değerlerdir (Tavşancıl, 2019). SHÖBÖ elde edilen korelasyon katsayıları literatürde önerilen 0.70'in üzerindedir.

SHMBÖ iç tutarlılığını test etmek için Cronbach's  $\alpha$  ve McDonald's  $\omega$  katsayıları incelenmiştir ve sonuçlar tatminkâr bulunmuştur. SHMBÖ alt boyutlarının Cronbach's  $\alpha$  katsayıları 0.83 ile 0.94 arasındadır. Bir ölçeğin iç tutarlılığı için Cronbach's  $\alpha$  katsayısı araştırmacılar tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. Araştırmacılar Cronbach's  $\alpha$  katsayısının kullanılabilmesi için maddelerin faktör yüklerinin eşit olması varsayımının sağlanması gerektiğini ifade etmektedir. Ancak ölçek geliştiren araştırmacıların, tüm maddelerin faktör yüklerinin eşit olduğu bir durumla karşılaşmaları pek olası değildir. Yurdugül (2006), faktör yüklerinin eşit olmadığı durumda yalnızca McDonald'ın  $\omega$  katsayısının kullanılması gerektiğini ifade etmektedir (Yurdugül, 2006). SHMBÖ alt boyutlarının McDonald's  $\omega$  katsayıları 0.89 ile 0.95 arasındadır. Ölçeğin geneli için toplam puanın hesaplanması önerilmediği için ölçek toplam Cronbach's  $\alpha$  ve McDonald's  $\omega$  katsayısı verilmemiştir. Bunun nedeni olarak SHMBÖ'ye ait üç boyutun manevi bakım ile ilgili ancak birbirinden farklı kavramsal yapılar (manevi iyi oluş, manevi bakım sunumu ve insani duyarlılık) olduğu ve bu üç yapının bir araya gelerek bütüncül bir yapıyı oluşturmadığıdır. Literatürde 0.80 ile 1 arasında puan alan katsayılar, ilgili ölçeğin yüksek güvenirliliğe sahip olduğunu göstermektedir (Tavşancıl, 2019). Bu doğrultuda SHMBÖ'nin yüksek iç tutarlılığa ve güvenirliliğe sahip olduğu söylenebilir. Güvenirlik, geçerlik için her ne kadar üst sınır koyabilmekte ise de hiçbir zaman geçerliği garantileyemez. Bu nedenle çalışmamızda ölçek, bu konu ile ilgili uzman kişilere incelettirerek kapsam geçerliği de denetlenmiştir. SHMBÖ faktörler arasındaki korelasyon katsayıları (0.29 ile 0.60) genel olarak pozitif yönlü anlamlı ilişkileri göstermektedir. Faktörler arasındaki korelasyon değerlerinin 0.85 ve üzerinde olmaması gerekmektedir (Gürbüz, 2021). Böyle bir durumda iki faktörün aynı yapıları ölçtüğü kanısına varılır ve bu da faktörlerden birinin model dışı bırakılması anlamına gelir (Çokluk ve ark., 2018).

#### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın ilk sınırlılığı örneklem ile ilgilidir. Ölçme aracı 18 yaş ve üzerinde yetişkin bireyler üzerinde uygulanmıştır ve 18 yaş altı birey/çocuklarda farklı yapılar gösterebileceği akılda tutulmalıdır. Bu çalışmanın ikinci sınırlılığı, zaman ve maliyet kısıtlılığı nedeni ile çalışmada kolayda örnekleme stratejisi seçilmiştir. Rasgele seçimin olmaması nedeni ile bu durum örnekleme çerçevesindeki potansiyel bir yanlılığa neden olabilir. Üçüncü sınırlılık olarak, SHMBÖ için ölçüt bağıntılı bir geçerlik çalışması yapılmamıştır. Gelecek araştırmalarda ölçüt bağıntılı geçerlik çalışmalarının yapılması önerilmektedir. Tüm bu kısıtlılıklara rağmen, 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin ölçek sorularına verdikleri yanıtlar sağlık hizmetlerinde manevi destek/bakıma yönelik algıların anlaşılmasına katkıda bulunan faktör analizini gerçekleştirmek için yeterli veri sağlamıştır.



**SONUÇ**

SHMBÖ, bireylerin holistik/bütüncül anlamda manevi iyi oluşunu, hastanelerde manevi bakım hizmet sunumu ve bireysel insani duyarlılıklarına yönelik algılarını ölçebilecek özelliklere sahip, yüksek kapsam geçerliliği ve iç tutarlılığı olan bir araçtır. Ölçek, 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylerin sağlık hizmetlerinde manevi destek/bakıma yönelik algı düzeylerinin belirlenmesine yardımcı olabilir. Ölçekten elde edilecek puan yüksekliği, bireylerin sağlık hizmetlerinde manevi destek/bakıma yönelik olumlu algı düzeyine sahip olduklarını temsil etmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine başvuran hastaların manevi destek/bakım ihtiyacının göz ardı edilme deneyimini azaltmaya yardımcı olacak bir yönetim aracı olarak da kullanılabilir. SHMBÖ madde havuzu oluşturulurken belli bir din ve mezhebe yönelik soru hazırlanmamıştır. Bu nedenle ölçek Türkiye'de tüm din ve mezhebe mensup yetişkinlerde kullanılabilir. Sağlık hizmetlerinde manevi bakıma yönelik bireylerin algı ve tutumunu ölçecek Türkçe ölçek geliştirme çalışmalarına devam edilmesi, hastaların manevi bakım ihtiyaçları ve insan onuruna yakışır bir manevi bakım sunma konusunda yaşanan güçlükleri azaltacaktır. Bu çalışmanın sonucunda geliştirilen SHMBÖ'nin Türkiye'de bireylerin sağlık hizmetlerinde manevi bakıma yönelik algılarını değerlendirmede 18 yaş ve üzeri yetişkin bireylere özgü geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu desteklemektedir. SHMBÖ'nin 21 maddelik manevi iyi oluş, manevi bakım sunumu ve insani duyarlılık olmak üzere üç faktörlü yapısı Türkiye'deki 18 yaş üzeri bireyler için kabul edilebilir uyum indeks değerleri ortaya koymaktadır.

**Teşekkür**

Araştırmaya desteklerinden dolayı katılımcılara teşekkür ederiz.

**Çıkar Çatışması**

Bu çalışmada her hangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

**Yazar Katkıları**

**Plan, tasarım:** AB, HŞ, OÖ; **Gereç, yöntem ve veri toplama:** AB, HŞ, OÖ; **Veri analizi ve yorumlar:** AB; **Yazım ve düzeltmeler:** AB, HŞ.

**Finansman**

Bu araştırma için her hangi bir finansal destek alınmamıştır.

**KAYNAKLAR**

- Aslan, H., Aktürk, Ü., Erci, B. (2020). Validity and reliability of the Turkish version of the nurse spiritual care therapeutics scale. *Palliative & Supportive Care*, 18(6), 707–712.
- Aydın, G. Z., Yılmaz, O. (2021). Hastanelerde manevi destek hizmetleri üzerine bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 472–488.
- Baumgartner, H.R., Homburg, C. (1996). Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. *International Journal of Research in Marketing*, 13, 139–161.
- Bekelman, D. B., Hutt, E., Masoudi, F. A., Kutner, J. S., Rumsfeld, J. S. (2008). Defining the role of palliative care in older adults with heart failure. *International Journal of Cardiology*, 125(2), 183–190.
- Browne, M. W., Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. Bollen, K. A., Long, J. S. (Eds.). (1993). (Eds.), *Testing structural equation models* (ss. 136–162). Newbury Park, CA: Sage.
- Büssing, A., Balzat, H.J., Heusser, P. (2010). Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res.*, 15(6), 266–73.
- Büyüköztürk, Ş. (2019). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El kitabı*. Pegem A Yayıncılık. 29. Baskı Ankara.
- Cobb, M., Dowrick, C., Lloyd-Williams, M. (2012). What can we learn about the spiritual needs of palliative care patients from the research literature?. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(6), 1105–1119.
- Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2013) *Research Methods in Education*. New York, London: Routledge.
- Cole, B. S., Pargament, K. I. (1999). *Spiritual surrender: A paradoxical path to control*. In: Miller WR, editor. *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 179–198.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., Büyüköztürk, Ş. (2018). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi.
- Dağhan, Ş., Kalkım, A., Sağkal Midilli, T. (2018). Psychometric evaluation of the Turkish form of the Spiritual Care Competence Scale. *Journal of Religion and Health*, 59, 14–27.
- Daly, L., Fahey-McCarthy, E., Timmins, F. (2019). The experience of spirituality from the perspective of people living with dementia: A systematic review and meta-synthesis. *Dementia*, 18(2), 448–470.



- Daştan, N.B., Buzlu, S. (2010) The effects of spirituality in breast cancer patients and spiritual care. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 73–79.
- Dein, S., Stygall, J. (1997). Does being religious help or hinder coping with chronic illness? A critical literature review. *Palliative Medicine*, 11(4), 291–298.
- DeVellis, R. F. (2014). Ölçek geliştirme: Kuram ve uygulamalar (Çev. Ed. T. Totan). Ankara: Nobel
- El-Awad, U., Fathi, A., Lohaus, A., Petermann, F., Reinelt, T. (2022). Different relations of religion and mental health: Comparing Middle Eastern Muslim refugee and immigrant adolescents. *European Journal of Health Psychology*, 29(1), 26–37.
- Emblen, J. D. (1992). Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *Journal of Professional Nursing*, 8(1), 41–47.
- Erenoğlu, R., Can, R. (2019). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin manevi destek algıları ve etkileyen faktörler. *JAREN*, 5(1), 23–30
- Ergül, Ş., Bayık Temel, A. (2007). Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 23(1), 75–87.
- Esendir, N. İ., Kaplan, H. (2018). Sağlık çalışanlarının maneviyat ve manevi destek algısı: İstanbul örneği. *Ekev Akademi Dergisi*, (73), 317–332.
- Galek, K., Flannelly, K.J., Vane, A., Galek, R.M. (2005). Assessing a patient's spiritual needs. *Holistic Nursing Practice*, 19(2), 62–69.
- George, L. S., Park, C. L. (2017). Does spirituality confer meaning in life among heart failure patients and cancer survivors?. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(1), 131–136.
- Gümüş, F., Baran, G., Zengin, L. (2014) Spiritual care in nursing. *International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS)* 3(1), 102–106.
- Gürbüz, S. (2021). AMOS ile yapısal eşitlik modellemesi (2. Basım). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Güriş, S., Astar, M. (2015). Bilimsel Araştırmalarda SPSS ile İstatistik. İstanbul: Der Yayınları.
- Hayton, J. C., Allen, D. G., Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. *Organizational Research Methods*, 7(2), 191–205.
- Hodge, D. R., Salas-Wright, C. P., Wolosin, R. J. (2016). Addressing spiritual needs and overall satisfaction with service provision among older hospitalized inpatients. *Journal of Applied Gerontology*, 35(4), 374–400.
- Huck, SW. (2012). *Reading Statistics and Research*. New York, NY: Pearson.
- Isgandarova, N. (2014). The evolution of Islamic spiritual care and counseling in Ontario in the context of the college of registered psychotherapists and registered mental health therapists of Ontario. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 4(3), 143.
- Jackson, D., Doyle, C., Capon, H., Pringle, E. (2016). Spirituality, spiritual need, and spiritual care in aged care: What the literature says. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 28(4), 281–295.
- Kavak, F., Mankan, T., Polat, H., Sarıtaş, S. Ç., Sarıtaş, S. (2014) Nurses comments on the maintenance of spiritual care. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3(1), 21–24.
- Kavas, E., Kavas, N. (2015). Hastalarda manevi bakım ihtiyacı konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği. *Electronic Turkish Studies*, 10(14), 449–460.
- Kharitonov, S. A. (2012). Religious and spiritual biomarkers in both health and disease. *Religions*, 3(2), 467–497.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. (3. Baskı). New York, NY: Guilford Press.
- Koenig, HG. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychiatry*, 54, 283–91.
- Koenig, H. G., Koenig, H. G. (2008). *Medicine, religion, and health: Where science and spirituality meet*. Pennsylvania: Templeton Foundation Press.
- Küçük, S. (2008). Batı ve doğu düşünce sistemlerinde insan anlayışı ve sömürgeci zihniyet. *Fırat Üniversitesi Orta Doğu Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 181–189.
- Lishinski, A. (2018). lavaanPlot: Path diagrams for Lavaan models via DiagrammeR. R package. Erişim Adresi: <https://cran.r-project.org/web/packages/lavaanPlot/index.html> Erişim Tarihi: 15.06.2022.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84–99.
- Macit, M., Karaman, M. (2019). Hemşirelerde manevi destek algısının incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 293–302.
- Marsh, H.W., Hau, K.T., Artelt, C., Baumert, J., Peschar, J.L. (2006). OECD's brief self-report measure of educational psychology's most useful affective constructs: Cross-cultural, psychometric comparisons across 25 countries. *International Journal of Testing*, 6(4), 311–360
- Matsunaga, M., (2010). How to Factor-Analyze Your Data Right: Do's, Don'ts, and How-To's. *International Journal of Psychological Research*, 3(1), 97–110.
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94–104.

- Mesquita, A. C., Chaves, É. D. C. L., Barros, G. A. M. D. (2017). Spiritual needs of patients with cancer in palliative care: an integrative review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 11(4), 334–340.
- Nissen, R. D., Viftrup, D. T., Hvidt, N. C. (2021). The process of spiritual care. *Frontiers in Psychology*, 12, 674453, 1–11.
- Norris, L., Walseman, K., Puchalski, C.M. (2013). Communicating about Spiritual Issues with Cancer Patients. In: Surbone, A., Zwitter, M., Rajer, M., Stiefel, R. (Eds) *New Challenges in Communication with Cancer Patients*. Boston, MA.: Springer.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.
- Oji, V. U., Hung, L. C., Abbasgholizadeh, R., Terrell Hamilton, F., Essien, E. J., Nwulia, E. (2017). Spiritual care may impact mental health and medication adherence in HIV+ populations. *HIV/AIDS-Research and Palliative Care*, 9, 101–109.
- Özdamar, K. (2013). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi-1: SPSS-MINITAB*. Eskişehir: Nisan Kitapevi.
- Paal, P., Helo, Y., Frick, E. (2015). Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 69(1), 19–30.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656.
- Puchalski, C., Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*, 3(1), 129–137.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36.
- Sharma, R. K., Astrow, A. B., Texeira, K., Sulmasy, D. P. (2012). The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(1), 44–51.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics*. (3 Ed.). New York: Harper Collins.
- Tambağ, H., Mansuroğlu, S., Yıldırım, G. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: Bir pilot çalışma. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2), 159–164.
- Tavşancıl, E. (2019). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. (6. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Taylor, E. J. (2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 729–735.
- Trevino, K. M., Pargament, K. I., Cotton, S., Leonard, A. C., Hahn, J., Caprini-Faigin, C. A., Tsevat, J. (2010). Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS and Behavior*, 14, 379–389.
- Unterrainer, H. F., Lewis, A. J., Fink, A. (2014). Religious/spiritual well-being, personality and mental health: A review of results and conceptual issues. *Journal of Religion and Health*, 53, 382–392.
- Vallurupalli, M. M., Lauderdale, M. K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., ... Balboni, T. A. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 81.
- Williams, J. A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., Curlin, F. A. (2011). Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 1265–1271.
- Yong, J., Kim, J., Han, S.S., Puchalsk, C.M. (2008). Development and validation of a scale assessing spiritual needs for korean patients with cancer. *Journal of Palliative Care*, 24(4), 240–6.
- Yurdugül, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 1, 771–774.
- Yurdugül, H. (2006). The comparison of reliability coefficients in parallel, tau-equivalent, and congeneric measurements. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)*, 39(1), 15–37.
- Zyga, S. (2015). Assessing patients spirituality: a new age holistic approach or a forgotten nursing practice?. *Health Science Journal*, 9(3), 1–3.