

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN MANEVİ BAKIM REHBERİ
GELİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN GEREKSİNİM, BİLGİ VE
ALGILARININ BELİRLENMESİ: DURUM ANALİZİ**

DÖNDÜ DİDEM ASLAN
ORCID: 0000-0001-7214-3252

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İZMİR
NİSAN 2022**

TEZ KODU: DEU.HSL.MSc-2018970197

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN MANEVİ BAKIM REHBERİ
GELİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN GEREKSİNİM, BİLGİ VE
ALGILARININ BELİRLENMESİ: DURUM ANALİZİ**

**DÖNDÜ DİDEM ASLAN
ORCID: 0000-0001-7214-3252**

**HEMŞİRELİK ESASLARI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN
ORCID: 0000-00001-8893-5625**

**İZMİR
NİSAN 2022**

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	i
KISALTMALAR	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	8
1.3. Araştırma Soruları	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Bütüncül Bakım	9
2.2. Maneviyat ve Maneviyatla İlgili Kavramlar	9
2.3. Manevi Bakım Felsefesi	10
2.4. Geçmişten Günümüze Dünyada ve Türkiye’de Manevi Bakım Gelişimi	12
2.5. Dünyada ve Türkiye’de Manevi Bakım Gereksinimi olan Hasta Profilleri ...	13
2.6. Manevi Bakımın Yürütüldüğü İhtiyaç Duyulan Alanlar	13
2.7. Dünyada ve Türkiye’de Manevi Bakım Uygulamaları	14
2.8. Hemşirelerin Manevi Bakım Verici Rolü	15
2.9. Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler	20
2.10. Rehber Gerekliği	20
2.11. Hemşirelikte Yetkinlik ve Özerklik Kavramlarının İlişkisi	22
2.12. Türkiye’de Hemşirelikte Mesleğinin Özerkliği ve Yetkinliğinin Çerçevesi ve Mevzuatlar	23
2.13. Hemşirelikte Mesleki Özerklik ve Yetkinliği Etkileyen Faktörler	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25

3.4. Çalışma Materyali	26
3.4.1. Uygulama	26
3.5. Araştırmanın değişkenleri	26
3.5.1. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	26
3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	27
3.6. Veri Toplama Araçları.....	27
3.6.1 Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-1).....	27
3.6.2 Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği (Ek-2).....	28
3.6.3 Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği (Ek-3).....	28
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.10. Etik Kurul Onayı	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine, Manevi Bakım İle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular.....	32
4.2. Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Minimum-Maksimum Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular.....	53
4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	54
4.4. Hemşirelerin Manevi Bakım ile İlgili Görüşlerine Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	58
4.5. Hemşirelerin Tanımlayıcı Verileri, Manevi Bakım ile İlgili Görüşleri, Manevi Destek Algısı Ölçeği, Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Arasındaki İlişki Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	65
5. TARTIŞMA	68
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Manevi Bakım ile İlgili Görüşlerine Göre Bulguların Tartışılması.....	69
5.2. Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği	

Minimum-Maksimum Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması.....	75
5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Manevi Bakım ile İlgili Görüşlerine Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	76
5.4. Hemşirelerin Tanımlayıcı Verileri, Manevi Bakım ile İlgili Görüşleri, Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Arasındaki İlişki Düzeylerinin Tartışılması.....	80
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	82
6.1 Öneriler.....	82
6.2 Sonuçlar.....	84
7. KAYNAKLAR.....	85
8. EKLER	93
Ek 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu Tanıtıcı Özellikler	93
Ek 2. Manevi Destek Algısı Ölçeği.....	99
Ek 3. Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği	100
Ek 4. Nursing Authority and Autonomy Scale Kullanımı İçin Yazarlardan Alınan İzinler.....	104
Ek 5. Manevi Destek Algısı Ölçeği Kullanımı İçin Yazarlardan Alınan İzinler.....	106
Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	107
Ek 7. Etik Kurul Onayları.....	109
Ek 8. İzmir S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni	113
Ek 9. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni	116
Ek 10. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni	117
Ek 11. Özgeçmiş.....	119

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Araştırma Planı ve Takvimi	29
Tablo 2. Çalışmada kullanılan Ölçeklerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	30
Tablo 3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 4. Hemşirelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 5. Hemşirelerin Hasta Özelliğine Göre Manevi Bakım Gereksinim Önceliğini Sıralaması	35
Tablo 6. Hemşirelerin Hasta Bakımında Manevi Bakım Uygulamalarını Gerçekleştirmesinde Engel Olan Durumlara Göre Dağılımı	37
Tablo 7. Hemşirelerin Manevi Bakım Uygulamalarına Destek Verebilecek Diğer Profesyonellere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	38
Tablo 8. Hemşirelerin Manevi Bakıma Yönelik Önermelere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	40
Tablo 9. Hemşirelerin Manevi Bakıma Yönelik Önermelere İlişkin Görüşlerine Göre Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 10. Hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Minimum ve Maksimum Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	53
Tablo 11. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 12. Hemşirelerin Yaşa Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	55
Tablo 13. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	56
Tablo 14. Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	57
Tablo 15. Hemşirelerin Çalıştığı Bölüme Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	58

Tablo 16. Hemşirelerin Manevi Bakım Bilgilerini Yeterli Bulma Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	59
Tablo 17. Hemşirelerin Manevi Bakım İle İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	60
Tablo 18. Hemşirelerin Çalıştığı Birimde Manevi Bakım Uygulama Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	61
Tablo 19. Hemşirelerin Manevi Bakım Uygulamalarına Karşı Tutumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	62
Tablo 20. Hemşirelerin Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	63
Tablo 21. Hemşirelerin Manevi Bakımda Karar Verici Sağlık Profesyonellerine İlişkin Görüşlerine Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	64
Tablo 22. Hemşirelerin Tanımlayıcı Verileri, Manevi Bakım İle İlgili Görüşleri, Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Arasındaki İlişki Düzeyleri	66
Tablo 23. Hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Arasındaki İlişki Düzeyleri.....	67

KISALTMALAR

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği

HUÇEP: Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği

MDA: Manevi Destek Algısı

NANDA: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği

TYYÇ: Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi

TJC: The Joint Commission

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve araştırma süresince destek ve katkılarını esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN başta olmak üzere, Prof. Dr. Dilek ÖZDEN'e, Dr. Cahide AYIK'a,

Yüksek lisans eğitimimde ve araştırmanın her aşamasında emeği geçen tüm hocalarıma,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılan tüm meslektaşlarıma,

Bu süreçte daima yanımda olan tüm mesai arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında beni destekleyen, hep yanımda olan sevgili aileme ve sevgili eşim Mustafa ASLAN'a,

Saygı ve sevgilerimle teşekkürlerimi sunarım.

D. Didem ASLAN

HEMŞİRELERİN MANEVİ BAKIM REHBERİ GELİŞTİRİLMESİNE İLİŞKİN GEREKSİNİM, BİLGİ VE ALGILARININ BELİRLENMESİ: DURUM ANALİZİ

Yüksek Lisans Tezi

Döndü Didem ASLAN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

ÖZET

Yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi bakım ile yetki ve özerklik algılarının manevi bakım rehberine ilişkin gereksinimleri, bilgi ve algılarına etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Bu çalışma tanımlayıcı nitelikte olup araştırmaya 181 hemşire katılmıştır. Çalışma verilerinin toplanmasında; “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği” ve “Manevi Destek Algısı Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package For Social Sciences) programı kullanılmıştır.

Hemşirelerin manevi bakım bilgilerinin yeterliliği konusunda kararsız oldukları (%59.1), geliştirilmiş rehber ihtiyaçlarının olduğu (%77.9) tespit edilmiştir.

Hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması 51.60 ± 8.97 , Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği; yetki alt boyut puan ortalaması 73.47 ± 13.52 , özerklik alt boyut puan ortalaması 22.65 ± 4.70 , yetkinin önemi alt boyut puan ortalaması 23.44 ± 4.82 ve özerkliğin önemi alt boyut puan ortalamasının 13.22 ± 3.19 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin Manevi Destek Algısı puanları ile rehber ihtiyacı duyma, manevi bakım uygulamalarına karşı tutum ve çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Yetki alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutum arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları için manevi boyutlarla ilgili eğitim, rehber ve standardizasyona ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: manevi bakım, manevi destek algısı düzeyi, rehber gereksinimi, yetki ve özerklik

Tezin sayfa sayısı: 120

Danışman: Doç. Dr. Gülşah Gürol ARSLAN

DETERMINING THE NEEDS, KNOWLEDGE AND PERCEPTIONS OF NURSES TO DEVELOP A SPIRITUAL CARE GUIDE: A SITUATION ANALYSIS

Master Thesis

Döndü Didem ASLAN

**DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCES INSTITUTE
Department of Nursing Fundamentals**

ABSTRACT

The aim of this study was to examine the effects of spiritual care, authority and autonomy perceptions of nurses working in intensive care, palliative care and oncology units on their needs, knowledge and perceptions regarding the spiritual care guide.

This study is descriptive and 181 nurses participated in the study. In the collection of study data; "Introductory Information Form", "Nursing Authority and Autonomy Scale" and "Spiritual Support Perception Scale" were used. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) program was used in the analysis of the data.

It was determined that the nurses are undecided about the adequacy of their spiritual care knowledge (59.1%), and they need improved guideline (77.9%). It is determined that Nurses' Perception of Spiritual Support Scale mean score is 51.60 ± 8.97 , Nursing Authority and Autonomy Scale; authority sub-dimension mean score is 73.47 ± 13.52 , autonomy sub-dimension mean score is 22.65 ± 4.70 , importance of authority sub-dimension mean score is 23.44 ± 4.82 and importance of autonomy sub-dimension mean score is 13.22 ± 3.19 . A low level of positive correlation was found between nurses' Perception of Spiritual Support scores and their need for a guide, their attitude towards spiritual care practices, and their spiritual care practice status in the unit they work in ($p < 0.05$). A moderate positive correlation was found between the sub-dimension of authority scores and the attitude towards spiritual care practices ($p < 0.05$).

Education, guidance and standardization on spiritual dimensions are needed for healthcare providers. The aim of this study was to examine the effects of spiritual care, authority and autonomy perceptions of nurses working in intensive care, palliative care and oncology units on their needs, knowledge and perceptions regarding the spiritual care guide.

Keywords: Keywords: authority-autonomy, level of perception of moral support, need for guidance, spiritual care

Page number: 120

Advisor: Assoc. Dr. Gülşah Gürol ARSLAN

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bireylerin manevi boyutunun fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlar kadar önem kazanması sağlık bakımının bütüncül yaklaşımla verilmesiyle başlamıştır (1-11). Bu nedenle kişinin bütüncül sağlığı, maneviyat dâhil tüm bakım türlerinin birlikteliğiyle mümkün olmuştur (12). Maneviyat tüm bireyler için temel ihtiyaçlar arasındadır (8). Maneviyat terimi, ruh kelimesinden türemiştir ve bireyin varlığının özü ve enerjisini içermekte, yaşam gücü, eşsiz ruh ile ilgilidir (13). Maneviyat her bireyi benzersiz kılar, evrensel olarak bakıldığında tüm bireylerin hayatında yeri vardır ve umut, sevgi, inanç gibi duyguları anımsatır. Maneviyat kişinin diğer bireylerle ilişkilerini, evrendeki konumunu, yaşamı ve ölümü anlama ve kabullenme çabasıdır ve yaşam boyu süren bir alandır. (3, 5, 14-16).

Russell'ın refah modeli, manevi sağlığın diğer tüm boyutların altında toplandığı genel şemsiyeyi oluşturduğunu belirtmektedir (17). Bu modelde maneviyat dini dogma anlamından ziyade bireyin felsefesini, değerlerini ve yaşamın anlamını anlamasını ifade eder (17). Murray ve Zentner da maneviyatı dini bağlılığın ötesine geçen, bir yaratıcının varlığını kabul etmeyenlerde bile ilham kaynağı, saygı, anlam ve amaç için gerçekleşen bir kalite olarak tanımlamaktadır (1, 18, 19). Watson maneviyatı bir insanın mülkiyeti, Nagai-Jacobsen ve Burkhardt ise evrenle uyum aramak ve sonsuz hakkındaki cevaplar için çabalamak olarak tanımlamıştır (17).

Hemşirelik ve tıp literatüründeki kanıtlar, bireyin refahının önemli bir parçası olarak maneviyatı destekler (11, 20, 21). Maneviyatın sağlığı ve refahı arttırmak için kritik bir bileşen olduğuna dair artan kanıt, maneviyatı hemşirelik uygulamaları için daha önemli hale getirmiştir (5). Bütünsel sağlık hareketinin ilerlemesi ile birlikte, bir hastanın ruhsal ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve bazı durumlarda manevi bakım uygulaması hemşirelik alanında meşru faaliyetler olarak kabul edilmiştir (22).

Bingen of Hildegard 12. yüzyılda, Jean Mance 17. yüzyılda ve Florence Nightingale ise 19. yüzyılda, manevi ve dini ilham ile hemşirelik hakkında uygulamalar yapmıştır (23).

Çağdaş hemşirelikte, Taylor (24), Betty Neuman, Jean Watson ve Rosemarie Rizzo Parse hemşireleri hasta bakımına bütüncül bir bakış açısı benimsemeleri için güçlendirmeyi amaçlayan bütünsel bakım modelini ortaya koymuştur (25). Kuramında manevi boyutu ele alan Virginia Henderson (2, 9) gibi Travelbee de kuramında bakımın tüm boyutlarının önemini vurgulamıştır (15). Neuman ile Roper ve arkadaşları kuramlarına bütüncül bakımı ve maneviyatı ekleyerek yeniden düzenlemişlerdir (9).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve sağlık kuruluşlarını akredite eden The Joint Commission (TJC), Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği (NANDA) hemşirelikte maneviyatın önemine ilişkin açıklamalarda bulunmaktadır (1, 3, 12, 18, 26). Bu kuruluşlar manevi bakımı hasta bakımına entegre edilmesi gereken önemli bir bileşen olarak belirlemiştir ve bütüncül hemşirelik bakımında manevi boyutun yer almasını belirtmiştir (15, 27). Dünya Tabipler Birliği Lizbon Bildirgesi'nde ve Dünya Tabipler Birliği Amsterdam Bildirgesi'nde her bireyin manevi bakımı isteme, kabul etme veya reddetme hakkına sahip olduğu ifadeleri yer almaktadır. (1, 12, 28). Bangkok Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözleşmesi, sağlık manevi yönlerinin önemini vurgulamıştır (29). Hasta Hakları Yönetmeliğinde sağlık hizmetlerinin sunulmasında uyulması gereken ilkeler arasında manevi bakım hakkına değinilmektedir (12). Uluslararası Sağlık Çalışanları Konseyi Etik Kurulu ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) sağlık çalışanlarının manevi bakım verme rolünü açıkça belirtmiştir (2, 12). Uluslararası Hemşireler Konseyi Kanunu (1973) hemşirelik bakımının manevi yönünü tanıır ve manevi bakım sağlamayı tüm hemşirelerin zorunlu bir görevi olarak tanımlar (18, 22). Uluslararası Hemşireler Konseyi'nde hemşirelerin bakım hizmeti verirken birey ve toplumun kültürel değerlerine, inanç sistemlerine ve haklarına saygı duyulan bir ortam oluşturulması gerektiği ifade edilmiştir (1).

The Joint Commission (TJC), hastalar için manevi ihtiyaçların değerlendirilmesinde kullanılabilecek genel yönergelerin eksikliğine değinmektedir (30). Hemşirelik uygulamalarında manevi bakımın merkezi rolü olmasına rağmen, dünyada ve Türkiye'de henüz kapsamı ve yetkinliğinin gelişmediği, içeriğinde nelerin, nasıl olması gerektiğinin tam anlamıyla bilinmediği belirtilmektedir. Son yıllarda manevi bakımın hastalar ve

sağlık profesyonelleri için önemli olduğunu gösteren araştırmalar artmış olup ancak araştırma sonuçlarının uygulamada kullanımının yeterli düzeyde olmadığı belirtilmektedir (15, 31-33).

Maneviyat ve manevi bakım konularının söz konusu olduğu profesyonel söylem ve rehberliğin yokluğunda, bazı hemşireler manevi bakımı neyin oluşturduğuna ve hastaların manevi ihtiyaçlarına nasıl bakacaklarına dair kafa karışıklığı dile getirmektedir. (34). Benzer şekilde Türk hemşirelerinin manevi bakım konusunda düşüncelerinin yeterince net olmadığını, manevi bakımla ilgili algı ve uygulamalarına ilişkin bilgi eksikliğini ve genel bir karışıklığının olduğunu bildiren çalışma bulgularına rastlanmıştır (1, 22, 35). Duran'ın (2019) çalışmasında da yoğun bakım servislerinde görevli sağlık çalışanlarının maneviyat ile ilgili bilgi düzeyi ve farkındalığının yeterli olmadığı ve manevi bakım uygulamalarının istenilen düzeyde olmadığı belirtilmiştir (36). Uluslararası literatürde de benzer çalışma bulgularına rastlanmıştır. Abu El Noor (2016) yaptığı çalışmada katılımcı hemşireler arasında maneviyat ve manevi bakımın tanımı konusunda belirsizlikler olduğunu bildirmiştir (37). Monareng'in (2013) çalışmasındaki katılımcılar, "manevi hemşirelik bakımı nasıl sağlanır" sorusuna, "böyle bir bakımın nasıl sağlanacağı konusunda rehber eksikliği var" yanıtını vermiştir (24).

Blanchfield ve Biordi (1996) gücü, bireylerin yetki (yasal güç) ve özerklik (uzmanlık gücü) kullanımı ile kurumsal çıktıları etkilemesi şeklinde tanımlamışlardır (38). Yetki kurum içinde bireyin yasal gücü iken, özerklik ise kurum içinde rol ve sorumlulukları gereği bağımsız eylemde bulunabilme becerisidir (39). Bu nedenle yetki karar vermek için, özerklik kararı uygulamak için gereklidir. Bu açıdan hemşirelerin mesleki özerklik algıları, hastalarının tüm gereksinimlerinin farkında olunması ve planlanmasında önemli bir özelliktir.

Stewart ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmada, hemşireler mesleki özerkliği hastanın gereksinim ve durumunu değerlendirme, bilgi ve becerilerini kullanarak, bakım planını kavrayarak bakım amaçlarını gerçekleştirme, hasta bakımında önceliklerin farkına varabilme, kaynaklara ulaşma becerisi ve multidisipliner ekip içinde kaynakları koordine etme olarak tarif etmişlerdir (39). Başaran'ın çalışmasında (2016) hemşirelerin özerkliği

uygulamalarında bağımsız karar verebilme ve eylemde bulunabilme olarak algılamadıkları görülmektedir (39).

Blanchfield ve Biordi (1996) hemşirelik mesleğinde bağımsızlığı ele almıştır ve bireyin bulunduğu pozisyonundaki sorumluluklarını üstlenerek ve uzmanlık bilgisine dayanarak karar verme becerisinde bağımsız olması şeklinde tanımlamaktadır (38). Hemşirelik mesleğinde özerklik, hemşirenin klinik uygulamalarda eleştirel düşünmesi, muhakeme yapması, bilgi, beceri ve deneyimleri ışığında gerçekleştirdiği eylemlerin sorumluluğunu alabilmesini gerektirmektedir. Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (ICN) dokümanlarında çalışanların özerkliğine, hemşirelerin uygulamadaki yeterliklerinin artırılması, yasal ve uzmanlık güçlerinin desteklenmesine, kaliteli bakım verebilmek için hemşirelerin yaşamsal güç olduğuna değinilmiştir (39). Daha fazla profesyonel özerklik ve uygulama üzerinde kontrol yetkisi, küresel ve ulusal sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilecek daha tatmin edici bir hemşirelik işgücü yaratma eğiliminde olduğundan hemşirelerin politika ve karar alma süreçlerine katılımı önemlidir (40). Bu bilgilerden de yola çıkarak hastanın önemli bakım bileşeni olan manevi bakım gereksinimlerinin farkında olma, planlama ve uygulama yapmada hemşirenin yetki ve özerklik durumlarının etkili bir faktör olacağı düşünülmüştür. Bu özelliklere sahip hemşirelerin manevi bakımı planlamada rehber ihtiyacı duyma durumlarının da etkilenebileceği savından bulunulmuştur.

Bütün hemşireler, hastalarının manevi gereksinimlerinin bütünsel sağlık bakımının bir boyutu olduğunun farkında olmalı ve bunlara duyarlı olmalıdır (41). Hastanın manevi ihtiyaçlarını karşılamak, hem hemşire hem de hasta için terapötik bir ilişkinin gelişimini hızlandırabilecek çok tatmin edici bir deneyim olabilir (42). Manevi uygulamalar fiziksel hastalık, stres ve depresyonun giderilmesinde, ölüm gibi değer ve inançlarının baskı altında olduğu kritik durumlarda, mortalite oranının azaltılmasında, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin iyileştirmesinde etkin bir güce sahiptir (1, 6, 7, 13, 20, 43-45).

Hemşirelerin empati kurma ve bireyleri dinleme gibi manevi bakım uygulamalarını gerçekleştirmelerinin bireylerin anksiyete düzeyinin azalmasını, psikolojik olarak iyi hissetmesini ve ağrının azalmasını sağlayarak iyileşme sürecini desteklediği belirtilmiştir. Hasta için manevi değeri olan eşyalara saygı duyulması, hastanın dinlenmesi, fiziksel

temas ile elinin tutulması, dua etmek istediğinde imkan sağlanması, müzik, masaj gibi aktivitelerin uygulanması, terminal dönem bakımının yapılması ve hastanın yakınları ile iletişiminin sağlanması da hemşirelerin uygulaması gereken manevi bakım girişimlerimdir (7, 11, 13, 18, 35, 42).

Wu ve arkadaşları (2015) yatan hastaların manevi bakım ihtiyaçlarını incelediğinde hastaların ihtiyaç duydukları ilk beş maddede sırası ile mahremiyet ve itibar için saygı duyulması (%93,3), ilgi görme (%87), yaşamda bir umut edinmede rehberlik (%85,2), iç huzuru bulma (%84,8) ve cesaretlendirme (%81,9) yer almaktadır (20). Tambağ ve arkadaşları çalışmasında hemşirelerin %89.6'sının hastanın manevi gereksinimlerine yönelik uygulama yaptığını belirlemiştir (7). Bakır ve arkadaşları (2017) çalışmasında hemşirelerin %28.3'ünün terapötik dokunma kullanarak, %26.2'sinin dinleyerek, %23.4'ünün psikolojik destek sağlayarak, %12.4'ünün konuşarak ve %9.7'sinin rahatlatarak hastalara manevi bakım verdiklerini saptamıştır (41). Ercan ve arkadaşları (2018) da çalışmasında hemşirelerin manevi bakımına yönelik olarak %30'unun hastanın ihtiyaçlarına yönelik çözüm üretebildiğini, gözlem, dinleme, konuşma, bireysel özelliklerin farkında olma, anlayışlı ve güler yüzlü yaklaşımda bulunma girişimlerini gerçekleştirdiğini belirtilmiştir (13). Sağlık bakım hizmetinin gerçekleştirilmesinde manevi destek eksikliği yaşam doyumunda azalma, memnuniyetsizlik, kurum olanaklarının daha az kullanılması ve maliyetin artmasına sebep vermektedir (1).

Hemşirelerin manevi bakımı bakımın merkezinde olduğunu düşünmesine rağmen, maneviyat ve manevi bakım anlayışları ve anlayış düzeyleri değişkendir. Bu da tutarlı bakım kalitesi sağlama yeteneklerini etkileyebilir. Hemşireler arasında maneviyat ve manevi bakımın anlamı kültürel olarak hemşirenin etnik geçmişi, dini bağlılığı, eğitim düzeyi, uzmanlık alanları, demografik özellikleri ve klinik deneyimi gibi birçok faktörden etkilenir (10, 18, 20, 44). Hemşirelerin kişisel inanç ve düşünce sistemleri, manevi ihtiyaç ve bakım algısı, yaşam umudu ve beklentileri, gönüllülük ve manevi farkındalık, hemşirelerin çalışma ortamı ve çalışma koşulları, iyi iletişim becerileri, terapötik ilişkiye bağlılık gibi faktörler hemşirelerin etkili bir manevi bakım sağlamalarında önemli faktörlerdir (1, 3, 6, 8, 10, 41, 42). Maneviyat ve manevi bakımı algılayabilen hemşireler,

uygulamalarında hastaların manevi ihtiyaçlarını tanıma ve manevi bakım sağlama yeteneğine sahiptir (6, 44).

Literatürde maneviyat algısı ile manevi bakım arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (5, 17). Bu bağlamda, hemşirelerin manevi bakım algılarının yüksek olması ile uygulamalarına manevi bakım girişimlerini dahil etme oranlarının daha yüksek olacağı yorumu yapılmaktadır (5, 17). Tambağ ve arkadaşları (2018) çalışmasında farklı yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algı düzeylerinde anlamlı farklılık bulmuştur. Bununla birlikte araştırmaya dahil olan hemşirelerin manevi destek algı düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. (7). Macit ve Karaman'ın (2019), Çelik ve arkadaşlarının (2014), Ebrahimi ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (1, 10, 46).

Literatürde manevi bakım sağlamanın önündeki engeller arasında zaman kısıtlılığı, manevi bakım girişimlerine ilişkin sınırlı kılavuz, mahremiyet ve manevi bakım ile ilgili bilgi eksikliği, hemşirelerin manevi bakım vermedeki yetersizlik hissi, iş yükünü artıracak düşüncesi, kültürel farklılıklar, maneviyat algıları, manevi hemşirelik bakımı kavramlarının yeterince açık olmaması olarak belirtilmektedir (11, 31, 35, 47-50). Aynı şekilde Ercan ve arkadaşları (2018) da hemşirelerin %74.2'sinin hasta bireylerin manevi bakım ihtiyaçlarını yeterince gerçekleştiremediği, %46.2'sinin manevi bakım vermediğini, nedeninin de zaman yetersizliği, bilgisizlik ve fazla iş yükünün olduğunu saptamıştır (13). Bakır ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da yetersiz hemşire sayısı (%47.6), iş yüküne bağlı zaman yetersizliği (%28.3) ve yorgunluk (% 24.1) manevi bakım sağlamadaki engeller olarak belirtilmiştir (41).

Çalışmalarda hemşirelik eğitiminde manevi bakıma yönelik eksikliklere vurgu yapılmaktadır (6, 20, 49). Sağlık hizmeti sunum sistemindeki maneviyat ve manevi bakım, hemşirelik eğitimi programlarına resmen entegre değildir. Manevi bakım eğitiminin eksikliği genellikle hemşireleri hastalarına manevi bakım sağlama konusunda yetersiz hissettirmektedir (18). Manevi bakımın farklı sağlık uzmanlarının eğitimine dahil edilmesi halihazırda tartışmasız olsa da tüm sağlık uzmanlıkları özellikle hemşireler arasında tutarlı olan kavramsal bir uzlaşma ihtiyacı mevcuttur (24). Hemşireler manevi bakımı öğretmek ve hemşirelik uygulamalarına entegre etmek için hala mücadele

vermektedirler (24). Hemşirelere manevi bakım eğitimi vermek, bilgilerini güncelleyerek ve kendi maneviyatları ve hemşirelik bakımları hakkında öz farkındalıklarını artırarak anlayışlarını kolaylaştırabilir (5).

Ercan ve arkadaşları (2018) çalışmalarında hemşirelerin %90.2'sinin manevi boyutların farkındalığı için eğitimi gerekli bulduklarını saptamıştır (13). Atarhim ve arkadaşları (2018) hemşirelerin büyük çoğunluğunun uygun kültürel bağlamda sunulan bakımın manevi yönü ile ilgili daha fazla eğitim ve öğretime ihtiyaç duyduklarını belirlemiştir (5). Abell ve arkadaşının (2018) çalışmasında da hemşirelerin manevi bakım sağlamada algılanan yeterlilik düzeyini artırmak için ileri eğitime ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (4). Carson (2011) hemşirelik literatürünün manevi bakımın nasıl sağlanacağına dair rehberlik eksikliğini yansıttığını belirtmektedir (51). Rushton (2014) da yaptığı sistematik incelemede somut bir maneviyat tanımı, hemşirenin manevi bakım sağlamadaki rolü için açık bir rehber eksikliğine vurgu yapıldığını saptamıştır (49). Wu ve arkadaşları (2015) da klinik hemşirelerinin rehberlik ve daha fazla eğitim çağrısında bulunduklarını saptamıştır (20). Sağlık hizmeti sağlayıcıları için manevi boyutlarla ilgili olarak sınırlı eğitim ve mesleki gelişim ile birlikte net bir tanım veya öz kılavuz olmaması, hastalarda bakımın manevi yönünün ihmal edilmesine katkıda bulunmaktadır (5). Manevi bakımın hastaların biyolojik ve psikolojik tedavilerinde çok büyük rolü olduğundan dolayı, devlet kurumlarının desteği ile manevi bakım ile ilgili düzenlemeler konusunda yapılandırılmış rehberler, süreçler ve eğitim programı oluşturmak Türkiye'deki karar alıcıların, sağlık hizmeti kurumlarının ve bakım hizmetlerinin çok önemli bir sorumluluğudur (35). Klinik ortamdaki manevi bakımı geliştirmek için manevi değerlendirme ve hemşirelik girişimlerine ilişkin kılavuzlar sınırlıdır (47). Türkiye'de de manevi bakım hizmetlerinin yapılandırılmış bir şekilde hastalara sunulmasına ve bu kapsamda bilimsel çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Daha sonraki çalışmalarda rehber geliştirmeye yönelik gereksinimlerin saptanması için bu araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi bakım ile yetki ve özerklik algılarının manevi bakım rehberine ilişkin gereksinimleri, bilgi ve algılarına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3 Araştırma Soruları

1. Yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi bakım uygulamalarına ilişkin rehber gereksinimi nedir?
2. Yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi bakım uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyi nedir?
3. Yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi bakım uygulamalarına ilişkin tutumu nedir?
4. Yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algı düzeyi nedir?
5. Yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin mesleki yetki ve özerkliği algılama düzeyi nedir?
6. Yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerde yetki ve özerklik algı düzeyi ile manevi destek algı düzeyi arasındaki ilişki nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bütüncül Bakım

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan sağlık kavramı yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda beden, ruhsal ve sosyal yönden bütün iyilik halidir (52). Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı sadece hastalığa odaklanmakla kalmaz, aynı zamanda zihinsel ve sosyal sağlığı en üst düzeye çıkarmak için gerekli olan ruhsal sağlığı da içermektedir (18). Manevi bakım giderek bütüncül sağlık hizmetlerinin gerekli bir unsuru olarak kabul edilmektedir (4, 5).

Bakım hizmetlerinin sunumunda bütüncül yaklaşımlar oldukça geniş alana sahiptir. Bütüncül yaklaşım bireylerin bedensel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel ve manevi boyutlarını bir bütün olarak ele alır. Bireylerin manevi boyutunun fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlar kadar önem kazanması sağlık bakımının bütüncül yaklaşımla verilmesiyle başlamıştır (1-11). Bütüncül sağlık hareketinin ilerlemesi ile birlikte, bütüncül hemşirelik kavramı bağlamında, bir hastanın ruhsal ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve bazı durumlarda manevi bakım uygulamasının gerçekleştirilmesi/planlanması hemşirelik alanında meşru faaliyetler olarak kabul edilmiştir (22). Bu nedenle bütüncül sağlık, maneviyat dâhil tüm bakım türlerinin gerçekleştirilmesiyle mümkündür (12). Manevi bakım, hemşirelerin sağladığı bütüncül bakımın merkezinde yer alır (18). Maneviyat tüm bireyler için temel ihtiyaçlar arasındadır (8).

2.2. Maneviyat ve Maneviyatla İlgili Kavramlar

Manevi, Eski Fransızcada ruh için veya ruhla ilgili olarak ifade edilir. Kökeni “spiritus” olan maneviyat kelimesi Latince’de “nefes almak”, “hayatta olmak” anlamlarına gelir. Yaşamın içeriğini detaylı bir şekilde ele alan maneviyatın bir başka ifadesi yaşamı hissetmektir. Maneviyat maddi olmayan manevi şeyler, yürek gücü ve moraldir (2). Modern Batı kültüründe, manevi bir kişinin maddi kazanç veya dünyevi kaygılarla ilgilenmediği varsayılır (50). Maneviyat, insanların varlığının özünü ve var olma amacını ifade eden, nasıl yaşadıklarına nüfuz eden ve kim ve ne olduklarının ve yaşam yolculuklarını şekillendiren iç kaynaklarının ne olduğunun farkındalığını getiren

bir kavramdır (50). Maneviyat, bireyler, felsefeler ve kültürler arasında değişen ve birçok öznel anlamla ilişkili soyut bileşenlere sahip soyut, öznel ve karmaşık bir terimdir (46). Maneviyat, bireylerin bu kavramı tanımlamak amacıyla kullandıkları bireysel farklılıklar, kültürler ve ilişkiler nedeniyle bir şemsiye terim olarak tanımlanabilir. Maneviyat kişinin diğer bireylerle ilişkilerini, evrendeki konumunu, yaşam ve ölümü anlama ve kabullenme çabasıdır ve yaşam boyu süren bir alandır (3, 5, 13-16). Maneviyat, yaşamda amaç bulma, aile ve arkadaşlarla bağlantı kurma, doğa, sanat, müzik ve bazen Tanrı ile ilişki kurma da dahil olmak üzere birçok şekilde kendini gösterebilir (16).

Manevi bakım, bireylerin manevi ihtiyaçlarının belirlenerek, uygun girişimlerle ihtiyaçlarının karşılanması ve sürdürülmesidir (7, 10, 44). Bireyin veya grubun bütünlüğe ulaşma yeteneğini desteklemek, beslemek veya teşvik etmek için bireysel veya toplumsal mevcudiyet, rehberlik ve müdahalelerin pratik ifadesidir (4). Govier manevi bakımı, hemşirenin bakım verdiği bireyin manevi ihtiyaçlarını tanımlayarak, uygulanması ve desteklemesi olarak tanımlamıştır (12). Kavas ve Kavas'ın bir çalışmada manevi bakım; hastanelerde yatarak tedavi gören ve manevi bakım ihtiyacı olan hastalara manevi konuşmalarda bulunmak, maneviyat yönünden desteklemek, ibadetlerini yaparken yardımcı olmak amacıyla gerçekleştirilen manevi destek hizmetleri şeklinde tanımlanmıştır (12).

2.3. Manevi Bakım Felsefesi

Erken dönem hemşirelik liderlerinden Hildegard, Mance ve Nightingale'in manevi ve dini ilham ile hastalarına bakım uygulamaları yaptıkları bildirilmektedir (23). Maneviyat, Florence Nightingale'in hemşireliği meslek olarak var etmesinden bu yana modern hemşireliğin merkezinde yer almıştır. Florence Nightingale hastaların psikolojik ve ruhsal yönden tanımlanabilmesi ve sağlık durumlarının desteklenmesinde hemşirelerin önemini vurgulamıştır. Nightingale, manevi ihtiyaçların sağlık için organ kadar önemli bir unsur olduğunu ifade ederek manevi bakımın önemine vurgu yapmıştır ve bu vurgu sağlık bakım alanında bütüncül bir bakış açısına sahip olduğunu göstermektedir (2, 9, 12). Çağdaş hemşirelik teorisyenleri (Betty Neuman, Jean Watson ve Rosemarie Rizzo Parse) de hemşireleri hasta bakımına bütüncül bir bakış açısı benimsemeleri için güçlendirmeyi

amaçlayan bütünsel bakım modelini müjdelemişlerdir (25). Hemşirelik mesleğinin önemli kuramcılarında Virginia Henderson, Maslow'un geliştirdiği insanın temel gereksinimlerinden esinlenerek kurduğu hemşirelik kuramında sosyal ve manevi boyutları içeren gereksinimleri ele almıştır (2, 9). Travelbee'nin bir hemşirenin ağrıyı azaltmak için yalnızca fiziksel açıdan değil, bireye bütüncül bir bakım verdiğinden söz etmesiyle bakımın tüm boyutlarını önemsediği görülmektedir (15).

Neuman, Roper ve arkadaşları da manevi uygulamaların gerekliliği ve faydalarını öne sürecektür kuramlarına bütüncül bakım ve maneviyat eklediklerini açıklamışlardır (9). Literatürde Ross, manevi boyutun yaşam ve ölüm kavramlarının anlamı, amaç ve güç bulma gereksinimi, yaşam umudu gereksinimi ve kendi içinde diğer insanlara ve üstün güce yönelik inanç ve güven duyma gereksinimlerinden oluştuğunu ifade etmektedir (1, 41). McSherry ve Cash maneviyatın kapsamını tanımlayan bir sınıflandırma gereksiniminden söz etmektedir (53). Bu gereksinimi bazı bireylerin maneviyatında inancın tek etken olabileceği, başka bireylerde ise kişisel felsefe, yaşam ve inançlara karşı bireysel tutumların etkili olabileceği şeklinde belirtmektedirler (53).

Maneviyatın çeşitli yaklaşımları, bu kavramın sadece dini bir bağlantısı olan ve olmayan insanlar ile ilgili olmadığını vurgulamaktadır; maneviyat bütün ve kapsamlı bir kavramdır. Manevi ile ilişkili her şey her zaman ahlaki veya estetik olarak değerli görülür (5, 13). Russell'ın refah modeli, manevi sağlığın diğer tüm boyutların altında toplandığı genel şemsiyeyi oluşturduğunu bildirilmektedir. Bu modelde maneviyatın zorunlu olarak dini dogma anlamına gelmediği, dahası bireyin felsefesini, değerlerini ve yaşamın anlamını bulmasını ifade ettiği belirtilmektedir. (17). Villagomez'a'nın sistem modeli, maneviyatı, bireyin temel yapısının bir bileşeni olan, optimal sağlık, sağlık ve istikrarı kolaylaştıran doğal bir değişken olarak tanımlar (17). Murray ve Zentner'in, maneviyatı dini bağlılığın ötesine geçen, herhangi bir Tanrı'ya inanmayanlarda bile esinlenme, bağlılık, anlam ve maksat için çaba gösteren bir nitelik olarak tanımladığı belirtilmektedir (1, 18, 19). Diğer yandan Watson'un bir insanın mülkiyeti, Nagai-Jacobsen ve Burkhardt'ın ise evrenle uyumu aramak ve sonsuz hakkındaki cevaplar için çabalamak olarak tanımladıkları bildirilmektedir (17). Pour ve arkadaşları (2017) Odnall'ın maneviyatı bireylerin içerisinde hissettiği ruh olarak tanımlamıştır ve kişinin hayatını

anlamlandıran ve yaşamını etkileyen değerler düzeni oluşturmada ona yardımcı olan güdücü bir güç olarak ifade ettiği belirtilmektedir (8).

2.4. Geçmişten Günümüze Dünyada ve Türkiye’de Manevi Bakım Gelişimi

Manevi bakımın hemşirelik tarihinde dindarlık formunda hep varlığını sürdürmesine rağmen sağlık bakım hizmeti olarak sunulmasında ihmal edildiği bildirilmektedir. Buna karşın, hem teorisyenlerin hem de uygulayıcıların 1980’li yıllardan sonra dikkatini çeken bir alan olmuştur (1). Son yıllarda sağlık alanında maneviyatın öneminin vurgulanması maneviyata yönelik ilgi ve önemin artması ve bu konuda araştırmaların yapılması ile gerçekleşmiştir (7).

Hemşirelik alanında manevi bakım yeni bir kavramdır, ancak hemşirelik tarihinde hiç yalnızca fiziksel bakım veren bir meslek olarak tanımlanmamıştır (2, 3, 10, 12). Florence Nightingale döneminden itibaren hemşirelik, manevi bakım sağlamanın değerini destekleyen benzersiz bir bakış açısına sahiptir (4). Gelişimsel süreci devam eden manevi bakım kavramının sağlık alanında tanımlanma süreci de devam etmektedir (12). Manevi bakım hemşirelik uygulamalarında merkezi rol almasına rağmen, dünyada ve Türkiye’de henüz kapsam ve yetkinliğinin gelişmediği, içeriğinde neler olması ve nasıl olması gerektiğinin tam anlamıyla bilinmediği belirtilmektedir (5, 15, 20, 35, 49, 51). Son yıllarda manevi bakımın önemini vurgulayan araştırmaların arttığı, ancak araştırma sonuçlarının pratikte kullanımı ve uygulanmasının henüz yeterli seviyede olmadığı belirtilmektedir (15). Lizbon Bildirgesi’nde hastanın, dini temsilcisinin yardımıyla ruhi ve manevi teselliye kabul etme veya reddetme hakkına sahip olduğu belirtilmektedir (1).

Amsterdam Bildirgesi’nde her bireyin, ahlaki ve kültürel değerlerine, inançlarına sahip olma ve bu değerlere saygı gösterilmesini isteme hakkının olduğuna değinilmektedir ve bu bildirge hastaların, bakım ve tedavi sürecinde manevi destek ve rehberlik haklarının olduğu belirtilerek manevi bakım hakkını vurgulamaktadır. (1, 12, 28). Bangkok Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözleşmesi, sağlığın manevi yönlerinin önemini vurgulamıştır. Buna göre sağlık kavramı, insanların fiziksel, psikososyal ve ruhsal boyutlarını kapsayan bir kavram olarak tanımlanmaktadır (29). Hasta Hakları Yönetmeliği sağlık hizmetleri sunumunda dikkat edilmesi gereken ilkeler içerisinde tam bir iyilik hali içerisinde en temel

hak olan yaşama hakkının daima göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (12).

2.5. Dünyada ve Türkiye’de Manevi Bakım Gereksinimi olan Hasta Profilleri

Manevi bakımın verilmesine en fazla gereksinim duyan yoğun bakım hastaları, kanser hastaları ve palyatif bakım hastalarıdır. Bu hastaların manevi bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla yapılan çalışmalar ise kısıtlıdır. Kanserli hastalar, hastalıklarını öğrendiği andan itibaren önemli boyutta stres yaşarlar ve zaman zaman streslerini daha da arttırabilen Tanrı'ya karşı karmaşık ve olumsuz duygular geliştirirler. Kanser tanısı hakkındaki farkındalıkla birlikte hastaların manevi gereksinimleri önemli ölçüde arttırmakta olup dini inançları ve benlik saygıları ciddi bir şekilde riske sokmaktadır (43).

Kanser teşhisi konduktan sonra, kanser hastalarında genellikle anksiyete, depresyon ve anlamsız ile ilişkili olabilecek fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi değişiklikler görülür ve hatta intihar girişimleri vardır. Dindar olan hastalar genellikle rahatlamak ve aktif olarak tedavi aramaya istekli olmak için Tanrı'ya dua ederler. Dini olmayan hastalar için, maneviyatın genel olarak hümanizm ve varoluşçuluk gibi laik kavramlarla ilişkili olduğuna dair kanıt aramak da aynı derecede önemlidir (14). Cheng ve ark. (2019) yaptığı araştırmada manevi iyi oluş müdahalelerinin kanser hastalarında yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde olumlu yönde etkili olduğunu belirtmiştir (14).

2.6. Manevi Bakımın Yürütüldüğü İhtiyaç Duyulan Alanlar

Maneviyat bireylerin içinde hissettiği arzu ve aidiyet, hayattaki amaç ve anlamları kavramak için fiziksel olmayan iyi hissetme ve huzurlu olma duygusudur. (1, 7). Yaşam boyutu olan maneviyat kişiyi özel ve farklı kılar. Maneviyatın evrensel boyutu ise sevgi, saygı, istek gibi duygular olarak herkesin hayatında bulunur (13). Bireylerin benlik algısını geliştirmekte, diğer bireyler ile karşılaştırma yapmalarına ve içsel saygılarını korumalarını sağlamaktadır (13). Manevi uygulamalar başa çıkma kaynakları olarak hizmet eder, ağrıyı azaltır, ameliyat sonrası iyileşmeyi hızlandırır, depresyondan korur ve hastaların madde kullanımı ve intihar eğilimini en aza indirir (44). Maneviyat insanlara

sorunları çözebilmeleri için umut, güç, huzur ve rahatlama verir diğer yandan da bireyin sağlık seviyesinin yükseltme, acı ve ağrıyı azaltma, hastalığın kabullenilmesini kolaylaştırma, yaşam kalitesini artırma, kişisel değerleri ve bakış açısını geliştirmesi yönünden bireylere yarar sağlamaktadır (1, 42, 54).

Hastalıklar genel olarak; kişinin fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal gereksinimleri ile birlikte manevi gereksinimlerini de artırır (28). Uzun süreli tedavi gerektiren, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlar bireyin sosyal ve manevi destek ihtiyacını daha da artırır (12). Birey hayatta yeterli bir anlam bulamazsa veya umut ya da destek sisteminden yoksun olduğunda varoluş krizleri yaşayabilir (28). Bireylerin inanç ve değerlerinin baskı altında olduğu, hastalık, stres, ölüm gibi kriz durumlarında fiziksel hastalık, duygusal stres, ölüm gibi manevi ihtiyaçlar ortaya çıkar. Bu ihtiyaçların giderilmesi, sağlık bakım hizmetleri ile bireyin öz değer ve inançları arasındaki çatışmaların azalmasını ve sağlığına olumlu katkılar sağlayacaktır. Maneviyat, hastalar için, hastalıklarla karşılaştıklarında sıkıntıya eğilmelerine yardımcı olan önemli bir kaynak olarak tanımlanmıştır. Bu bağlamda, ruhsal olarak acı çeken hastalar, acılarının fiziksel ve duygusal semptomlarını ağırlaştırdığını belirtmiştir. Manevi refahın açıkça daha düşük kaygı ve depresyon seviyeleri ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (54, 55)

2.7. Dünyada ve Türkiye’de Manevi Bakım Uygulamaları

Hemşireler, hastanın hastalık yörüngesinde yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla hastaların ve ailelerinin manevi ihtiyaçlarını karşılamak için manevi bakım sağlarlar (44, 54). Manevi bakım sağlamanın önemli noktaları, öz-farkındalık (kişinin değerlerini, tutumlarını, önyargılarını, inançlarını vb. bilmek); aktif dinleme ve koşulsuz kabul etme gibi iletişim becerileri; güven oluşturmak; umut sağlamak ve ruhsal gelişim için bir katalizör olmaktır (34). Bakıma ihtiyaç duyan bireylere moral sağlama, hayat bağlılığını artırma, kendi iç dünyalarıyla barışık olmaları, manevi sapma ve korkuları gidermeyi amaçlayan sosyal nitelikli ve insan odaklı bakım hizmetidir (12). Manevi bakım, kucaklamak, saygı duymak, rahatlık sunmak, hastayı dinlemek, umut aşılama, dua etmek ve hastanın elini tutmak gibi eylemler olarak kabul edilir (18).

Manevi ihtiyaçların ortaya çıktığı kritik durumlarda, hemşirelerin hastayı etkin dinlemesi, hasta ile empati sağlaması gibi bakım girişimlerinde bulunmaları hastalarda anksiyete ve ağrı düzeyinin azalmasını, fiziksel ve psikolojik boyutta rahatlama sağlar ve iletişimi kolaylaştırarak iyileşmeye katkıda bulunur. Hastanın manevi önem taşıyan eşyalarına saygı gösterilmesi, hastanın aktif dinlenmesi, hastaya dokunulması, dua etmesine imkan sağlanması, masaj, meditasyon, müzik gibi uğraşların yapılabilmesine olanak sağlanması, terminal dönem bakımının gerçekleştirilmesi ve hastanın yakınlarıyla görüşmelerinin sağlanması da hemşireler tarafından uygulanması gereken manevi bakım gereksinimlerindendir (7, 11, 13, 18, 34, 41). Manevi bakım örnekleri arasında, aktif dinleme, danışmanlık, duygusal destek, umut aşılama, manevi destek ve gerektiğinde diğer profesyonellere yönlendirme bulunur (4). Ercan ve arkadaşları (2018) yaptığı bir çalışmada çalışılan birimde manevi bakıma yönelik yapılan uygulamalardan, hemşirelerin %30.0'ının hastanın gereksinimlerini karşılayıp sorunlarına çözüm bulunduğunu, gözlem, dinleme, konuşma, kişiler arası farklılıkları göz önünde bulundurma, anlamaya çalışma, sevecen yaklaşımda bulunma, güvene dayalı ilişki kurmayı gerçekleştirdiğini belirtmiştir (13). Bakır ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada manevi bakım sağlayan hemşirelere "manevi bakım" uygulamaları sorulduğunda, %28.3'ü hastalara terapötik dokunuş kullandıklarını, %26.2'si onları dinlediğini, %23.4'ü psikolojik olarak desteklediğini, %12.4'ü onlarla konuştuğunu ve % 9.7'si onları rahatlatmaya çalıştığını belirtmiştir (41).

2.8 Hemşirelerin Manevi Bakım Verici Rolü

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve sağlık kuruluşlarını akredite eden The Joint Commission (TJC), Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği (NANDA) hemşirelikte maneviyatın önemine ilişkin açıklamalar içermektedir (1, 12, 18, 26). Bu kuruluşlar manevi bakımı hasta bakımına entegre edilmesi için önemli bir bileşen olarak belirlemiştir bütüncül hemşirelik bakımında manevi bakımın da bulunması gerektiğini belirtmektedir (15, 27). Uluslararası Hemşireler Birliği, bakım hizmetlerinde manevi boyuta yönelik bakım verilmesinin hemşirelik fonksiyonlarından olduğunu belirtmektedir. Amerikan Hemşireler Derneği de aynı şekilde manevi boyutun bütüncül

hemşirelik bakımında yer alması gerektiğine, sağlık için manevi gereksinimlerin önemli bir unsur olduğuna vurgu yapmaktadır (3). Hemşireler, bireylerin manevi değer ve uygulamalarını bilerek bütüncül sağlık bakımı gerçekleştirmelidir (15). Hemşirelik ve tıp literatüründeki kanıtlar, bireyin refahının önemli bir parçası olarak maneviyatı desteklemektedir (20). Maneviyatın sağlığı ve refahı arttırmak için kritik bir bileşen olduğuna dair artan kanıtlar, maneviyatı hemşirelik uygulamaları için daha da önemli hale getirmiştir (5). Maneviyatın insan yaşamında ve sağlık bakım hizmetlerindeki yeri, faydası ve eksikliğin sakıncaları yorumlandığında sağlık kurumlarında manevi bakım hizmetinin verilmesi zorunlu hal almıştır (1). Maneviyat hemşireliğin ayrılmaz ve temel bir parçasıdır (1). Hastaların ve ailelerin manevi ihtiyaçlarını değerlendirmek ve karşılamak bakımın temel bir bileşeni olarak kabul edilir. Dünya çapında birçok üniversitenin mesleki etik kodları, hemşireleri hastaların fiziksel, psikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarına göre bakım sağlamaları için şart koşmaktadır. Bu nedenle hemşireliğin amacı insanların bedenleri, zihinleri ve ruhları arasında uyum kazanmasına yardımcı olmak ve varlıklarında ve deneyimlerinde anlam bulmaktır. Bu uyum yaratma ve anlam keşfetme süreci, sağlık durumuna bakılmaksızın bireylerin kendilerini tanımalarını, kendilerini kontrol etmelerini ve kendini iyileştirmelerini artırmalıdır (30). Hastanın ruhsal bakım ihtiyaçları hastanedeyken karşılanırsa iyileşme, baş etme becerileri ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi iyileştirilebilir (6, 20). Manevi ihtiyaçlar karşılanmadığında, hastalar depresyon ve manevi anlam ve barış duygusu açısından risk altındadır (45). Manevi gereksinimlerin giderilmemesi yüksek riskli hastalık, ölüm anksiyetesi ve acı çekme ile beraber yalnızlık ve izolasyon yaşanmasına sebep olmaktadır (13). Manevi uygulamalar stresle başetmede, depresyonun giderilmesinde, hastalıkların gerilemesine ve iyileşmede, ölüm oranının azaltılmasında güçlü bir yere sahiptir (13, 55). Uluslararası Sağlık Çalışanları Konseyi Etik Kurulu da sağlık çalışanları birey, aile ve toplumun insan hakları, değerleri, gelenek ve manevi inançlarına saygı gösterilmesinin gerektiğine değinmiştir. Buna göre sağlık çalışanları kişi ve hastaların biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi durum ve gereksinimleri doğrultusunda sağlık bakım hizmet vermeli ve manevi gereksinimlerinin karşılanmasında aktif rol almalıdır (9, 22).

Tambağ ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin %89.6'sının hastanın manevi gereksinimlerine yönelik uygulama yaptığı belirlenmiştir (7). Maneviyat ve manevi bakım konularının söz konusu olduğu profesyonel söylem ve rehberliğin yokluğunda, bazı hemşireler manevi bakımı neyin oluşturduğuna ve hastaların manevi ihtiyaçlarına nasıl bakacaklarına dair kafa karışıklığı dile getirir (34). Monareng'in yaptığı (2013) çalışmada katılımcılar, manevi hemşirelik bakımının nasıl sağlanacağını bilip bilmedikleri sorulduğunda, böyle bir bakımın nasıl sağlanacağı konusunda rehberlik eksikliğini belirtmişlerdir (24). Özbaşaran ve arkadaşları (2011) katılımcılarını kadın hemşirelerin oluşturduğu çalışmada maneviyat ve manevi bakım kavramlarında hemşirelerin düşüncelerinin yeterli kadar net olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (22). Şahin ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışma da Türk hemşirelerinin manevi bakımla ilgili algı ve uygulamalarına ilişkin bilgi eksikliğini ve genel bir karışıklığın olduğunu göstermektedir (35). Wu ve arkadaşları (2015) yatan hastaların manevi bakım ihtiyaçlarını incelediğinde hastaların ihtiyaç duydukları ilk beş maddede sırası ile mahremiyet ve itibar için saygı duyulması (%93,3), ilgi görme (%87), yaşamda bir umut edinmede rehberlik (%85,2), iç huzuru bulma (%84,8) ve cesaretlendirme (%81,9) yer almaktadır (20). Sağlık bakım hizmetinin gerçekleştirilmesinde manevi desteğin yer almaması yaşam doyumunda azalma, verilen hizmetten memnuniyetsizlik, kurum imkanlarının daha az kullanılışı, daha fazla agresif tedavi ve artan maliyetlere neden olabilmektedir (1). Hemşireler manevi bakımın sağladıkları bakımın merkezinde olduğunu düşünmesine rağmen, maneviyat ve manevi bakım anlayışları ve anlayış düzeyleri değişkendir, bu da tutarlı bir bakım kalitesi sağlama yeteneklerini etkileyebilir. Ayrıca, hemşirelerin hastalarına manevi bakım sağlamaya hazır olmaları, maneviyat ve manevi bakım anlayışlarından etkilenir. Hemşireler arasında maneviyat ve manevi bakımın anlamı kültürel olarak hemşirenin etnik geçmişi, dini bağlılığı, eğitim düzeyi ve klinik deneyimi gibi birçok faktörden etkilenir (18). Hemşirelerin algılanan maneviyat ve manevi bakımdaki eğitimleri manevi bakım ve yetkinliğe yönelik tutumlarına katkıda bulunur. Maneviyat ve manevi bakımı algılayabilen hemşireler, uygulamalarında hastaların manevi ihtiyaçlarını tanıma ve manevi bakım sağlama yeteneğine sahiptir (6, 44). Ayrıca, farklı hemşirelik uzmanlarının

farklı maneviyat ve manevi bakım algıları vardır. Hemşirelerin demografik özellikleri, bireysel maneviyat ve manevi bakım algılarını etkileyebilir. (44). Hemşirelerin kişisel inanç ve düşünce sistemleri, manevi ihtiyaç ve bakım algısı, yaşam umudu ve beklentileri, gönüllülük ve manevi farkındalık, hemşirelerin etkili bir manevi bakım sağlamalarında önemli faktörlerdir (1, 3, 6, 10). Çelik ve arkadaşları (2014) tarafından hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ile etkileyebilecek bazı etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin medeni durumlarının, anne eğitim düzeylerinin ve bakmakla sorumlu oldukları bakıma muhtaç yakınının olma durumunun maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır (10). Manevi destek algısı puan ortalamasının yüksek olması hemşirelerde manevi destek algısının pozitif yönde yüksek olduğunu göstermektedir (5, 7, 10, 17, 46). Atarhim ve arkadaşları (2018) ve Chan (2009) tarafından yapılan çalışmalarda araştırmaya katılan katılımcılar arasında maneviyat algısı ile manevi bakım arasında pozitif bir ilişki vardır. Bu da hemşirenin manevi bakım algıları ne kadar yüksek olursa, o hemşirenin uygulamasına daha sık manevi bakımın dahil edildiği anlamına gelir. (5, 17). Manevi destek algısı, bireylerin iyileşmelerinde veya hastalıklarını kabul etmeleri konusunda önemli yer alır. Maneviyat algısı yüksek olan çalışanların manevi destek konusunda hastalara moral sağlayacağı ve hastaların tedavi süreçlerine umutla bakarak, katkı sağlayabileceği ifade edilebilir (1). Macit ve Karaman tarafından yapılan araştırmada “Hastaların fiziksel iyileşmesi için manevi iyileşmesinin de gerekli olduğu kanaatindeyim.” ifadesine hemşirelerin %98,2’si katıldıklarını ifade etmişlerdir, hemşirelerin manevi destek algısının yüksek olduğu bulunmuştur (1). Ayrıca hemşirelerin çalışma ortamı ve çalışma koşulları, diğer bakım verenlerle iletişimi ve hastaların iletişime açık olması gibi faktörler de manevi bakımı etkilemektedir (8, 41). Tambağ ve arkadaşlarının (2018) yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerde algılanan manevi destek düzeyini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada dahiliye yoğun bakım ünitesinde çalışan manevi destek algı düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmuştur (7). Hemşirelerin, hastaların ruhsal ihtiyaçlarını karşılamak için manevi hemşirelik bakımı yapabilmeleri, bu terimlerle ne kastedildiğinin sağlam bir şekilde anlaşılmasına bağlıdır (50).

Bununla birlikte, manevi hemşirelik bakımı alanında hemşirelik araştırma ve uygulamalarının önündeki önemli bir engel, maneviyat ve manevi hemşirelik bakımı kavramlarının kavramsal netliğinin olmamasıdır. Yazarların maneviyat veya manevi hemşirelik bakımı için yaptıkları açıklamalarda hâlâ geçerli bir kavramsal eşitsizlik ve belirsizlik mevcuttur (50). Sağlık hizmeti sunum sistemindeki maneviyat ve manevi bakım, hemşirelik eğitimi programlarına resmen entegre değildir. Manevi bakım eğitiminin eksikliği genellikle hemşireleri hastalarına manevi bakım sağlama konusunda yetersiz hissettirmektedir (18). Her ne kadar manevi bakımın farklı sağlık profesyonellerinin eğitimine dahil edilmesi halihazırda açık olsa da, özellikle hemşireler arasında tüm farklı sağlık mesleklerinde tutarlı olan kavramsal konsensüse hala ihtiyaç vardır. İncelenen literatürden bazıları bu içeriğe sahip olmasına rağmen, hemşireler hala manevi hemşirelik bakımını hemşirelik uygulamasına entegre etmek için mücadele etmektedirler (24). Ercan ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin %90.2'si manevi boyutu fark edebilmek için eğitimin gerekli olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu hemşirelerin manevi bakıma ilişkin bilgilerinin yetersizliği, bu konuda eğitime gereksinim duyulduğunu göstermektedir (13). Atarhim ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu uygun kültürel bağlamda sunulan bakımın manevi yönleri ile ilgili daha fazla eğitim ve öğretime ihtiyaç duyduklarını düşünmektedir (5). Kavas ve Kavas (2014) Türkiye'de manevi bakım uygulamalarında istenilen verimliliğin sağlanabilmesi ve kabul edilebilir yöntemler olabilmesi için doğru planlamaların yapılması gerektiğini belirtir. Bu planlamalarda hizmeti kimin verebileceği ve ne tür eğitimler alması gerektiği gibi konuların netleştirilmesi gerektiğine değinilmektedir. Kavas ve Kavas (2014) manevi bakıma yönelik planlamaların ekip üyeleri arası işbirliği ile sağlanmasını, psikoloji, psikolojik danışma ve rehberlik, psikiyatri, sosyal hizmetler, din psikolojisi ve sağlık bilimleri alanlarının işbirliği içinde yeni ve aynı amaç doğrultusunda bir bilim dalı olarak ele alınıp lisansüstü bir eğitim planlanmasını önermektedir (15). Macit ve Karaman (2019) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin %91.7'sinin hastalara manevi desteğin nasıl uygulandığını öğrenmek istediklerini belirtmeleri, araştırmaya katılan hemşirelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir ve literatürle de uyum

göstermektedir (1). Abell ve arkadaşlarının (2018) hemşirelerin manevi bakım sağlama yeterlilik algıları amacıyla yaptığı çalışmadan elde edilen bulgular, hemşirelerin manevi bakım sağlamada algılanan yeterlilik düzeyini artırmak için ileri eğitime ihtiyaç duyulduğunu kabul eden kanıtlara destek vermektedir (4). Herlianita ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan hemşireler manevi bakım hizmetinin iş birliğine dayalı bir iş olduğuna inandıklarını fakat çoğunun bu konuda resmi bir eğitim almadığını raporlamıştır (6).

2.9. Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler

Literatürde manevi bakım sağlamanın önündeki engeller arasında zaman kısıtlılığı, manevi bakım girişimlerine ilişkin sınırlı kılavuz, mahremiyet ve manevi bakımla ilgili bilgi eksikliği, hemşirelerin manevi bakım vermedeki yetersizlik hissi, iş yükünü artıracak düşüncesi, kültürel farklılıklar, maneviyat algıları, manevi hemşirelik bakımı kavramlarının yeterince açık olmaması olarak belirtilmektedir (11, 30, 34, 47-50).

Ercan ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin hastalarının manevi bakım gereksinimlerini karşılayamadığı (%74.2) ve bunu zaman yetersizliği nedeniyle yapamadıklarını (%30.8) ifade etmiştir (13). Aynı çalışmada hemşirelerin %46.2'si manevi bakım vermediğini ve zaman, personel ve bilgi eksikliğinin manevi bakımın verilmesini engellediğini bildirmiştir (13). Bakır ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada yoğun bakım ünitesindeki hastalara manevi bakım sağlama önündeki engeller, hasta sayısına göre yetersiz hemşire sayısı (% 47,6), aşırı iş yükü nedeniyle yeterli zaman ayrılmaması (% 28,3) ve yorgunluk (% 24.1) olarak belirlenmiştir (41). Farahani'nin (2020) çalışmasında manevi bakım sağlamanın önündeki engellerle ilgili olarak, en yüksek ve en düşük puanlar sırasıyla, zaman yetersizliği ve kişinin manevi konuları konuşmaktan çekinmesi olarak saptanmıştır (54).

2. 10 Rehber Gerekliliği

Manevî ihtiyaçlar, fiziksel ihtiyaçlara oranla daha soyut kavramlar olduğu için, ölçümü daha güçtür (18). Bunun yanında kişilerin manevi ihtiyaçlarının tanımlanması ve bu ihtiyaca yönelik uygun bakımın gerçekleştirilmesi, kişinin mutluluğu için önemlidir.

Bu nedenle, ilk önce maneviyatın içeriği ve bütün fertler tarafından nasıl ifade edildiği konusu aydınlatılmalıdır (12). Manevi ihtiyaçlar, insanların yaşamlarında anlam, amaç ve değer bulmak zorunda oldukları ihtiyaç ve beklentilerdir (35). Bütün hemşireler, bütünsel sağlık bakımının bir boyutu olarak hastalarının manevi ihtiyaçlarının farkında olma ve bunlara duyarlı olma sorumluluğuna sahiptir (41). Manevi bakıma ilişkin bir klinik kılavuz geliştirmeye ilişkin literatürün gözden geçirilmesi, bir klinik kılavuzun geliştirilmesinin sağlık hizmeti sağlayıcısı kuruluşlarının karmaşıklıklarının yanı sıra herhangi bir kuruluş ve ülkedeki etik, yasal, kültürel ve ekonomik yönleri de kapsamı gerektiğini göstermektedir. Başka bir deyişle, bir ülkenin klinik kılavuzu başka bir bağlam için tam olarak uygulanabilir olmayabilir. Bu nedenle, sağlık sistemleri ve kuruluşları, kaynaklarını yönetmek ve bakımı teşvik etmek için bakım politikalarının standardizasyonuna ihtiyaç duyar. Öte yandan, sağlık hizmeti sağlayıcıları için manevi boyutlarla ilgili olarak sınırlı eğitim ve mesleki gelişim ile birlikte net bir tanım veya öz kılavuz olmaması, hastalarda bakımın manevi yönünün ihmal edilmesine katkıda bulunmuştur (5). Manevi bakımın hastaların biyolojik ve psikolojik tedavilerinde çok büyük rolü olduğundan dolayı, devlet kurumlarının desteği ile manevi bakım ile ilgili düzenlemeler konusunda yapılandırılmış rehberler, süreçler ve eğitim programı oluşturmak Türkiye'deki karar alıcıların, sağlık hizmeti kurumlarının ve bakım hizmetlerinin çok önemli bir sorumluluğudur (35). Klinik ortamdaki manevi bakımı geliştirmek için manevi değerlendirme ve hemşirelik girişimlerine ilişkin kılavuzlar sınırlıdır (47). Ülkemizde de hastalara manevi bakım hizmetlerinin profesyonel anlamda sunulmasına ve manevi bakım hizmetleri alanında bilimsel çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Klinik kılavuzların kilit bir bileşen olarak sağlanması, kanıta dayalı bakım sunarak ve böylece bakım sonuçlarını optimize ederek ve sağlık sistemi kaynaklarının etkin kullanımını geliştirerek etkili olabilir.

Sağlık bakımıyla ilgili bir maneviyat tanımı geliştirmek, hastalarına bütüncül bakım vermeye çalışan hemşireleri güçlendirmek için zorunludur. Yönetim kurumları, sağlık hizmeti sunucuları tarafından manevi değerlendirme ve müdahaleleri zorunlu kılar; ancak, bu uygulamaya rehberlik edecek eşlik eden bir çerçeve mevcut değildir (56).

2.11. Hemşirelikte Yetkinlik ve Özerklik Kavramlarının İlişkisi

Türk Dil Kurumu'na göre yetkinlik; (57) olgunluk, yetkin olma durumu, mükemmeliyet, kemal, olarak, yetkin ise olgun, gerekli olgunluğa erişmiş, mükemmel, kâmil olma şeklinde tanımlanmaktadır (57). Yetkinlik, güvenli, yüksek kaliteli ve etik hemşirelik bakımı için kritik bir kapsamdır. Bilgi ve becerileri, tutumlara ve değerlere ilişkin belirli bağlamsal uygulama durumlarına entegre etme kapasitesi olarak tanımlanan yetkinlik, mesleki standartların temel bileşeni olarak kabul edilmiştir (58). Hemşirelikte yetkinlik, verilen bakım kalitesinin yüksek ve işlevselliğinin iyi olmasını sağlar ve hemşirelik mesleğinin toplumsal değer ve statüsünü korur (59). İleri düzey uygulama becerilerinde uzmanlaşmayı da kapsar. Kritik düşünme ve karar alma ve bu sürecin ayrılmaz parçalarıdır (60). Yetkinlik, tüm klinik ve uygulama ortamlarında hemşirelik çalışmalarını şekillendiren değerdir ve profesyonel bir hemşirenin yetenek, bilgi ve becerisinin resmi gösterimi olarak tanımlanan performansla ilişkilidir. Hemşireler yetkinliğin giderek artan zorluk düzeylerini karşılayabilmek için uygulama alanlarında bilgi, beceri, anlayış ve güven göstermelidirler (61).

Özerklik; (62) otonomi, otonomluk, muhtariyet, bir kuruluşun, bir topluluğun, ayrı bir yasaya bağlı olarak kendi kendini yönetme hakkı olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelikte mesleki özerklik, profesyonel hemşirelik uygulamalarını, etik bildirge, uygulama standartları, meslek ile ilgili kural ve yasalar çerçevesine uygun bir şekilde gerçekleştirebilme durumu ve hemşirenin hasta bakımına ilişkin yetki ve verdiği bakım kararının sorumluluğunu almasıdır (63)

Hemşirelik bakımının kalitesi ve mesleki özerkliğin gelişimi birbirini etkilemektedir. Hemşirelik bakım kalitesinin arttıkça mesleki özerklik gelişir, mesleki özerkliğin geliştikçe de bakımın kalitesi artar. Mesleki özerkliğin göstergeleri hasta bakım kalitesindeki artıştır. Alanında yetkin hemşireler hasta bakım sorumluluğunu alarak bilgi ve becerisini kullandığı özerk performansını sergilemektedir.

Hastanedeki en kalabalık meslek grubunu oluşturan hasta ve aileleri ile derin iletişim kuran hemşireler, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği üzerinde belirleyici

bir etkiye sahiptir. Diğer bir deyişle, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve güvenliği hemşirelerin yeterlilik düzeyine göre değişmektedir (64).

2.12. Türkiye’de Hemşireliğin Mesleki Özerkliği ve Yetkinliğinin Çerçevesi ve Mevzuatlar

Türkiye’de hemşirelerin görev ve yetkileri çerçevesi 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu (65), 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (66) ve Hemşirelik Yönetmeliği (67), Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (68) ile belirlenmektedir.

Hemşirelik Kanununda hemşireler birey, aile ve toplumun hemşirelik uygulamaları ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek, hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlama, uygulama, denetleme ve değerlendirme konusunda yetkin ve özerk olarak tanımlanmıştır (65).

Yönetmelikte ise hemşirenin bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız rol ve sorumlulukları tanımlanmış olup, özerklik ve yetkinlik sınırları belirlenmiştir (67).

Ulusal düzeyde eğitim yeterliliği ile ilgili çalışmaları yürüten Türkiye Yükseköğretim Kurulu Yeterlilikler Çerçevesi (TYYÇ) kapsamında yetkinlik; (69) sorumluluk alabilme, bağımsız çalışabilme, öğrenme, alana özgü yetkinliğe sahip olabilme iletişim ve sosyal alt başlıkları ile ele alınmıştır. Bu sürecin hemşirelik mesleği özellikleri göz önüne alınarak güncellenmesi ve bütünleşme ile uygulamanın başarıya ulaşması için gerekli olduğu ifade edilebilir. Kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti, yetkin bir hemşirelik işgücü ile mümkündür (64).

Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Türkiye’de lisans eğitiminin ulusal ölçekte çerçevesini çizmektedir. Uygulamaya konulduğu tarihten bu yana ulusal çerçevede hemşirelik eğitiminin standardizasyonunu sağlamada yapılan çalışmaların temel kaynaklarından biri olmuştur. Hemşirelerin rol ve işlevlerini yerine getirebilecek nitelikte profesyonel hemşirelerin yetiştirilmesinde temel dayanaklar sıralamaktadır (70).

2.13. Hemşireliğin Mesleki Özerklik ve Yetkinliğini Etkileyen Faktörler

Hemşirelikte yetki ve mesleki özerklik hasta çıktıları, hizmet kalitesi, bakım güvenliği, profesyonel kimlik, hemşirelerin mesleğe alınması ve meslekte kalması, tükenmişlik düzeyleri, bakım maliyetleri, hemşirelik ahlakı ve hemşirenin fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde etkili olabilmektedir (71).

Ataerkil kültürel yapı etkisiyle kadının yetki ve özerkliğinin kısıtlı olması, hemşirelerin bireysel ve mesleki özerkliğine de yansımaktadır. Bu etki ile hemşirelik uzun yıllar bağımsız bir meslek yerine bir uğraş, hekimin yardımcısı olarak görülmüştür. Diğer yandan, hemşirelerin uygulama alanında bakım konusunda bağımsız, tedavi ile ilgili ise hekime bağımlı olması bu algıyı desteklemektedir (39).

Yasal düzenlemelere yönelik siyasal kararlar, yasal hak ve yetkiler karşısındaki sınırlamalar mesleki yetki ve özerklikte engeller olarak değerlendirilmektedir (39). Profesyonel hemşirelik, mesleğinde mükemmelliğe ulaşma, etkili hemşirelik rolleri ve özerkliği gerektirmektedir.

Türkiye’de mevcut durumlara bakıldığında hemşirelerin mesleki yetki ve özerkliklerini kısıtlayan siyasal, sosyal, ve kültürel özelliklerine bağlı çeşitli faktörler mevcuttur. Hemşire başına düşen hasta sayısının yüksek olması, olumsuz çalışma koşulları, zaman ve materyal eksikliği, bilgi ve eğitim eksikliği sıralanabilir (72). Hemşirelikte yetki ve özerkliğin standardizasyonu sağlamak için yasal desteğe, hizmet içi programların ve profesyonel kimliğin oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi bakım ile yetki ve özerklik algılarının manevi bakım rehberine ilişkin gereksinim, bilgi ve algılarına etkisinin incelenmesi amacı ile planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir ilinde yer alan Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ve palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde 01.09.2020-01.12.2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evreni yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde 123, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 72, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 159 olmak üzere toplam 354 hemşireden oluşmaktadır.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan, 01.09.2020-01.12.2022 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden, anketi eksiksiz dolduran 181 hemşire örneklemi oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğüne güç analizi yapılarak karar verilmiştir. G-Power istatistik programında Hemşirelerin Yetki ve Özerklik Ölçeği İle Manevi Destek Algısı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon katsayısı kullanılarak yapılan güç analizinde çalışmanın gücü %99 olarak bulunmuştur.

Hemşireler için içleme kriterleri;

- Yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışmak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olarak bilgilendirilmiş onam vermek,
- Altı aydan daha uzun süredir yoğun bakım / palyatif bakım biriminde çalışıyor olmak.

Hemşireler için dışlama kriterleri;

- Veri toplama sürecinde araştırmadan ayrılmak,
- İzinli veya raporlu olmak.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmamızda anket ve ölçekler kullanılmıştır.

3.4.1. Uygulama

Araştırmanın uygulamasına Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 5668-GOA sayılı 14/09/2020 ve 29/03/2021 tarihli ve etik kurul onayı (Ek 7) alındıktan sonra veri toplanmasının planlandığı S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden E-42056799-619 sayılı (Ek 8), Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden 99577370-00.99-E.68706 sayılı (Ek 9), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden 15345988-799 sayılı kurum izni (Ek 10) alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden bilgilendirilmiş onam formu (Ek 6) alındıktan sonra 01.09.2020-01.12.2021 tarihleri arasında hemşireler kliniklerinde ziyaret edilerek veri toplaması gerçekleştirilmiştir.

3.5. Araştırmanın değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, bulunduğu kurumda çalışma süresi, çalıştığı birim, rehber ihtiyacı duyma durumu.

3.5.2. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puanı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği yetki alt boyut, özerklik alt boyut, yetkinin önemi alt boyut ve özerkliğin önemi alt boyut puanı.

3.6 Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler ve Manevi Bakıma Yönelik Soru Formu, Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-1)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini ve manevi bakıma yönelik soruları kapsamaktadır. Birinci bölüm; yaş, cinsiyet, mezun olunan okul, bulunduğu kurumunda çalışma süresi, çalıştığı birimi içeren beş sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm; manevi bakıma yönelik toplam 11 sorudan oluşmaktadır. Sorular manevi bakıma ilişkin bilgi, tutum, ve önermelere yönelik hazırlanmıştır. Form biçimsellik, bilimsel içeriğin uygunluğu ve ölçme-değerlendirme kriterleri açısından Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'ndan dört uzmanın görüşüne sunulmuştur. Her bir uzman testi 4'lü likert ölçek kullanarak (4:çok uygun, 3:uygun, ancak küçük değişiklikler gerekir, 2: maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir, 1:uygun değil) değerlendirmiştir. Uzmanlardan maddeleri bu doğrultuda puanlamaları ve verilen puan üç ve altında ise madde önerilerini belirtmeleri istenmiştir. Her madde için bakıldığında uzmanların hepsi 4 ve 3 vermiştir. Değerlendirme sonunda M-KGİ: 1 ve Ö-KGİ: 1 bulunmuştur. Polit ve Beck'e (2006) göre madde kapsam geçerlik indeksi puanları $M-KGİ > 0.78$, $Ö-KGİ > 0.90$ olmalıdır (99). Bu çalışmadaki form iki değeri de sağlamıştır. Bu bilgiler araştırmaya katılan hemşirelerden yüz yüze görüşme ile toplanmıştır.

3.6.2. Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği (Ek-2)

“Manevi Destek Algısı Ölçeği” Kavas ve Kavas (2014) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin geliştirilme amacı doktor, hemşire ve ebelerin manevi destek konusundaki fikirlerini belirlemektir. “Manevi Destek Algısı Ölçeği” beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.94’tür. Faktör analizi uygulaması için varimax yöntemi seçilmiştir. Faktörler arasındaki ilişki yapısı aynıdır. Faktör analizi sonucunda maddeler toplam açıklanan varyansı %58.443; özdeğeri 8,766 olan tek faktör altında toplanmıştır. Alpha ve açıklanan varyans değeri güvenilirliğine ilişkin bulunan değerlerdir ve bu değerlere göre Manevi Destek Algısı Ölçeği geçerli ve güvenilir bir araçtır. Tek boyuttan oluşan ölçek toplamda 15 soru içerir. Maddelerin puanlaması, “kesinlikle katılmıyorum” ifadesini taşıyan 0 ile “tamamen katılıyorum” ifadesini taşıyan 4 arasında yapılmaktadır. Ölçek maddelerinin tamamı düz şekilde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplamından alınabilecek en yüksek puan 60’tır. Toplam puan ortalaması arttıkça manevi destek/manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyi de olumlu yönde artmaktadır (12).

3.6.3. Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği (Ek-3)

Blanchfield ve Biordi (1992) tarafından geliştirilmiştir. Başaran ve Dinç tarafından Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış olup 6 seçenekli likert tipi bir ölçektir. Ölçek hemşireler ve lider hemşireler için oluşturulan iki farklı alt ölçekten oluşmuştur. Her bir alt ölçek de üç bölümden oluşmaktadır. Sırasıyla ‘Hemşirelik Uygulama Anketinde Yetki ve Özerklik’, ‘Hemşirelik Uygulamasının Önemi’, demografik veri toplama formundan oluşmaktadır. Lider hemşireler ve hemşireler için oluşturulan her bir alt ölçek de kendi içinde iki alt kısımdan oluşmaktadır. Ölçeklerin ilk bölümü ‘Hemşirelik Uygulama Anketinde Yetki ve Özerklik’ bölümüdür. Bu bölümde hemşirelerin yetki ve özerklik algılarını ölçen 28 madde bulunmaktadır. ‘Hemşirelik Uygulama Anketinde Yetki ve Özerklik’ bölümü hemşirelerin ve lider hemşirelerin (SSH), hasta bakımında uyguladıkları ve şuan sahip oldukları özerklik düzeyini belirlemektedir. Bu bölümde iki alt boyut mevcuttur. İlk alt boyut ‘yetki’ alt boyutu, ikinci alt boyut ise ‘özerklik’ alt boyutudur. Ölçeğin ikinci bölümü ‘Hemşirelik Uygulamasının Önemi’dir ve bu bölümde hemşire liderlerin ve hemşirelerin yetkinin ve özerkliğin önemi hakkındaki görüşlerini

kapsayan 10 madde bulunmaktadır. Bu bölüm ‘yetkinin önemi’ ve ‘özerkliğın önemi’ olmak üzere iki alt boyut içermektedir. Ölçeğin alt boyutlarına göre Cronbach Alpha Cronbach Alfa sayıları; yetki için 0.86, özerklik için 0.72, yetkinin önemi için 0.84 ve özerkliğın önemi için 0.78’dir (39,40).

Ölçeğin birinci bölümü; Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerkliktir. Hemşirelerin yetki ve özerklik algılarını ölçen toplam 28 madde bulunmaktadır. Bu bölümünde 5=kesinlikle katılıyorum, 4=katılıyorum, 3=kararsızım, 2=katılmıyorum, 1=kesinlikle katılmıyorum ve 0=ilgisiz olarak anlandırılmaktadır. Bu bölümde yer alan 5, 9, 16, 21, 24 ve 28. maddeler ters ifade olarak değerlendirilmektedir. 1 için 5, 2 için 4, 3 için 3, 4 için 2, 5 için 1 puan alacak şekilde hesaplanması önerilmektedir. Ölçeğin puanlamasında belirli bir kesim noktası yoktur ve puan arttıkça yetki ve özerklik algısı da artmaktadır. Ölçeğin ikinci bölümü; Hemşirelik Uygulamasının Önemi olup bu bölüm hemşirelerin ve hemşire liderlerin özerklik ve yetkinin önemi hakkındaki görüşlerini içeren toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümünde 5=çok önemli, 4=önemli, 3=kararsızım, 2=önemli değil, 1=hiç önemli değil ve 0=ilgisiz olarak anlandırılmaktadır. Bu bölümde ters puanlama yapılan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin puanlamasında belirli bir kesim noktası yoktur ve puan arttıkça yetki ve özerkliğın önem algısı da artmaktadır (39).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Tablo 1. Araştırma Planı ve Takvimi

Şubat – Haziran 2020	Araştırma konusu belirleme, Literatür Tarama, Tez Önerisi Hazırlama
Temmuz- Eylül 2020	Tez Öneri Sınavı, Başhekimlik İzinleri, Etik Kurul İzni
Ekim 2020 – Kasım 2021	Veri Toplama Süreci
Aralık 2021	Verilerin Analizi ve Rapor Hazırlama
Ocak- Mart 2021	Tez Yazım Süreci ve Rapor Hazırlama
Nisan 2022	Tez Bitirme Sınavı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Hemşirelerden elde edilen verilerin analizi SPSS İstatistik 26 versiyonu ile gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı özellikler ve ölçek puanlarının değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak hesaplanmıştır. Tablo 2’de sayısal değişkenlerde normal dağılım çarpıklık ve basıklık değerleri gösterilmiştir. Bu kapsamda Tablo 2’deki değerlerin normal dağılım kurallarına uyduğu görülmüştür.

Tablo 2. Çalışmada kullanılan değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri

Değişkenler	Skewness (Çarpıklık)		Kurtosis (Basıklık)	
	İstatistik	Std. Hata	İstatistik	Std. Hata
Manevi Destek Algısı Ölçeği	-1.043	0.192	1.974	0.383
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği	-0.789	0.181	0.684	0.359
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik				
Yetki	-0.839	0.181	1.038	0.359
Özerklik	-0.09	0.181	-0.203	0.359
Hemşirelik Uygulamasının Önemi				
Yetkinin Önemi	-0.952	0.181	1.172	0.359
Özerkliğin Önemi	-0.323	0.181	1.167	0.359

Araştırmada normal dağılım sergileyen ikili grupların karşılaştırılmasında Independent Sample T testi kullanılmıştır. İki'den fazla grupların karşılaştırılmasında One Way Anova Testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılığın karşılaştırılmasında Benforrini Testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare analizi kullanılmıştır. Hemşirelerin yetki ve özerklik algı düzeyi ile manevi destek algı düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği alt boyut

puanlarının Manevi Destek Algısı Ölçeği üzerine etkileri çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyleri 0.05 ve 0.01 değerleri dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın; sadece İzmir ili merkezinde yer alan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastaneleri çalışanları üzerinde gerçekleştirilmiş olması, kullanılan veri toplama aracı, araştırmada kullanılan sorular açısından sınırlılıklar içermektedir. Bunların yanı sıra veri toplama sürecinde, hastalık veya başka nedenlerle çalışmayıp izinli ya da raporlu olan katılımcılar da araştırmaya dahil edilememiştir. Gönülsüzlük, yoğun çalışma koşulları gibi nedenler ile anketleri doldurmak istemeyen hemşireler de araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları anket ve ölçekler ile sınırlıdır. Katılımcıların veri toplama araçlarına verdiği cevapların kişisel beyana dayalı olması diğer bir sınırlılıktır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı anlatılmış, bilgilendirilmiş onam formu (Ek 6) ile yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 5668-GOA sayılı 14/09/2020 ve 29/03/2021 tarihli ve etik kurul onayı (Ek 7), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden E-42056799-619 sayılı kurum izni (Ek 8), Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden 99577370-00.99-E.68706 sayılı kurum izni (Ek 9), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden 15345988-799 sayılı kurum izni (Ek 10) alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine, Manevi Bakım İle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve manevi bakım ile ilgili görüşlerine ilişkin bulgular sunulmuştur. Tablo 3'te yoğun bakım üniteleri, onkoloji ve palyatif birimlerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine yer verilmiştir. Hemşirelerin %17.7'sinin 20-24 yaş, %40.9'unun 25-29 yaş, %15.5'inin 30-34 yaş, %11.0'inin 35-39 yaş aralığında ve %14.9'unun 40 yaş ve üzerinde yer aldığı saptanmıştır. Hemşirelerin %79.6'sını kadınların ve %20.4'ünü erkeklerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin %6.6'sının sağlık meslek lisesi, %8.3'ünün ön lisans, %74.6'sının lisans ve %10.5'inin lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür. Hemşirelerin bulunduğu kurumda çalışma süreleri incelendiğinde %61.3'ünün 0-5 yıl, %22.1'inin 6-10 yıl, %9.4'ünün 11-15 yıl arasında, %7.2'sinin 16 yıl ve üzerinde çalıştığı saptanmıştır. Hemşirelerin %66.9'unun yoğun bakım ünitelerinde, %25.4'ünün onkoloji birimlerinde, %7.7'sinin palyatif birimlerinde çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:181)

Tanıtıcı özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	144	79.6
	Erkek	37	20.4
Yaş	20-24 yaş	32	17.7
	25-29 yaş	74	40.9
	30-34 yaş	28	15.5
	35-39 yaş	20	11.0
	40 yaş ve üzeri	27	14.9
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	12	6.6
	Ön Lisans	15	8.3
	Lisans	135	74.6
	Lisans Üstü	19	10.5

Tablo 3. (Devam) Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:181)

Tanıtıcı Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hizmet süreleri	0-5 yıl	111	61.3
	6-10 yıl	40	22.1
	11-15 yıl	17	9.4
	16 yıl ve üzeri	13	7.2
Çalışılan bölüm	Yoğun Bakım Ünitesi	121	66.9
	Onkoloji	46	25.4
	Palyatif	14	7.7

Tablo 4’de görüldüğü gibi, hemşirelerin % 26.0’sının manevi bakım bilgilerini yeterli bulduğu, %14.9’unun yetersiz bulduğu ve %59.1’inin manevi bakım bilgilerini yeterli bulup bulmama konusunda kararsız olduğu tespit edilmiştir. Manevi bakım ile ilgili eğitim alanlar hemşirelerin %15.5’ini oluşturmaktadır ve hemşirelerin % 26.0’sının çalıştığı birimde manevi bakım uygulandığı saptanmıştır. Manevi bakım uygulamalarına karşı tutumun hemşirelerin %36.5’inde ‘sakıncası yoktur, desteklerim’ ve %63.5’inde ‘yararı vardır, uygulamam’ şeklinde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %77.9’unun manevi bakım uygulamalarına ilişkin geliştirilmiş kılavuz/rehber ihtiyacının olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %51.4’ünün manevi bakım uygulamasından önce onam alınmasına ‘Evet’ şeklinde ve %74.6’sının manevi bakım kararını hekim ve hemşirenin birlikte karar vermesi şeklinde yanıt verdiği belirlenmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı (n:181)

Görüşler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Manevi Bakım Bilgilerini Yeterli Bulma	Evet	47	26.0
	Hayır	27	14.9
	Kısmen	107	59.1
Manevi Bakım ile İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	28	15.5
	Hayır	153	84.5

Tablo 4. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı (n:181)

Görüşler			Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalıştığı Birimde Manevi Bakım Uygulama Durumu	Evet	Hayır	47	26.0
		Kısmen	34	18.8
			100	55.2
Manevi Uygulamalarına Tutum	Bakım Karşı	Sakıncası Yoktur, Desteklerim	66	36.5
		Yararı Var, Uygularım	115	63.5
Rehbere İhtiyaç Duyma Durumu	Duyan	Duymayan	141	77.9
		Kararsız	12	6.6
			28	15.5
Onam	Evet	Hayır	93	51.4
			88	48.6
Manevi bakımda karar verici sağlık profesyoneli	Hekim	Hemşire	8	4.4
		Birlikte	38	21.0
			135	74.6

Tablo 5’te hemşirelerin hasta özelliğine göre manevi bakım gereksinim önceliğini sıralamasına yer verilmiştir. Hemşirelerin %83.4’ünün ölüm korkusu duyan, %74.6’sının vücut bütünlüğünü bozucu uygulamalara maruz kalan (mastektomi, stoma, amputasyon vb.), %68.0’inin terminal dönemdeki, %68.0’inin terminal dönemde evine taburcu olmak isteyen, %71.8’inin yalnız hissedenden, %71.8’inin korku duyan, %64.1’inin yeni tanı alan (HT, Ca vb.), %60.2’sinin ağlayan, %58.0’inin üzüntülü, %56.9’unun suskun-içine kapanık, %56.9’unun güvende hissetmeyen (kaygılı, garantisiz hissedenden), %55.2’sinin depresyonda olan hasta grubunu manevi bakım gereksinimi açısından en öncelikli grup olarak belirttiği tespit edilmiştir.

Sosyal çekilme yaşayan (sosyal hayattan çekilme ve ilişkilerden uzaklaşan) (%50.3), sözel iletişim engeli bulunan (işitme, konuşma vb.) (%49.2), ajite (%47.5), öfkeli (%45.3), bakım ve tedaviye bağlı sözel iletişim engeli bulunan (trakeostomi, entübe vb.) (%43.1), gerçeklerden kaçan (inkar eden) (%42.5), pazarlık dönemindeki olan (%38.7), preoperatif ve postoperatif dönemdeki (%37), hastaneye ilk kez yatan (%35.4) ve ağrısı

olan (%34.8) hastalar hemşireler tarafından manevi bakım gereksinimi açısından en öncelikli olarak belirtilen grup arasında yer almaktadır.

Hemşirelerin %28.7'sinin nafile (yararsız/etkisiz) tedavi alan (bilinci kapalı, beyin ölümü gerçekleşen vb.) hasta grubunu manevi bakım gereksinimi duyabilecek hasta özelliği açısından en öncelikli olarak belirttiği tespit edilmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin Hasta Özelliğine Göre Manevi Bakım Gereksinim Önceliğini Sıralaması (n:181)

Hasta Özellikleri	1	2	3	4	5
	Sayı (n)	Sayı (n)	Sayı (n)	Sayı (n)	Sayı (n)
	Yüzde (%)	Yüzde (%)	Yüzde (%)	Yüzde (%)	Yüzde (%)
Ajite hasta	8 %4.4	11 %6.1	32 %17.7	44 %24.3	86 %47.5
Öfkeli hasta	10 %5.5	18 %9.9	31 %17.1	40 %22.1	82 %45.3
Konfüze hasta	21 %11.6	34 %18.8	50 %27.6	33 %18.2	43 %23.8
Ağlayan hasta	3 %1.7	6 %3.3	17 %9.4	46 %25.4	109 %60.2
Yalnız hisseden hasta	2 %1.1	4 %2.2	13 %7.2	32 %17.7	130 %71.8
Korku duyan hasta	3 %1.7	3 %1.7	14 %7.7	31 %17.1	130 %71.8

Tablo 5. (Devam) Hemşirelerin Hasta Özelliğine Göre Manevi Bakım Gereksinim Önceliğini Sıralaması (n:181)

Hasta Özellikleri	1	2	3	4	5
	Sayı (n)	Sayı (n)	Sayı (n)	Sayı (n)	Sayı (n)
	Yüzde (%)	Yüzde (%)	Yüzde (%)	Yüzde (%)	Yüzde (%)
Ölüm korkusu yaşayan hasta	3 %1.7	2 %1.1	9 %5.0	16 %8.8	151 %83.4
İnkar eden hasta	4 %2.2	11 %6.1	40 %22.1	49 %27.1	77 %42.5
Pazarlık dönemindeki hasta	3 %1.7	26 %14.4	50 %27.6	32 %17.7	70 %38.7
Depresyonda olan hasta	4 %2.2	10 %5.5	30 %16.6	37 %20.4	100 %55.2
Sürekli istekte bulunan hasta	23 %12.7	33 %18.2	58 %32.0	34 %18.8	33 %18.2
Tedaviyi kabul etmeyen hasta	14 %7.7	22 %12.2	37 %20.4	51 %28.2	57 %31.5
Mahremiyet isteyen hasta	9 %5.0	13 %7.2	32 %17.7	43 %23.8	84 %46.4
Suskun içine kapanık hasta	4 %2.2	10 %5.5	26 %14.4	38 %21.0	103 %56.9
Güvende hissetmeyen hasta	4 %2.2	8 %4.4	22 %12.2	44 %24.3	103 %56.9
Hastaneye ilk kez yatan hasta	11 %6.1	15 %8.3	41 %22.7	50 %27.6	64 %35.4
Yeni tanı alan hasta	2 %1.1	8 %4.4	21 %11.6	34 %18.8	116 %64.1
Vücut bütünlüğünü bozucu uygulamalara maruz kalan hasta	1 %0.6	6 %3.3	12 %6.6	27 %14.9	135 %74.6
Ağrısı olan hasta	4 %2.2	25 %13.8	43 %23.8	46 %25.4	63 %34.8
Uyku problemi olan hasta	8 %4.4	27 %14.9	39 %21.5	54 %29.8	53 %29.3
Nafile tedavi alan hasta	52 %28.7	22 %12.2	38 %21.0	36 %19.9	33 %18.2
Preoperatif – postoperatif süreçteki hasta	10 %5.5	19 %10.5	38 %21.0	47 %26.0	67 %37.0

Tablo 5. (Devam) Hemşirelerin Hasta Özelliğine Göre Manevi Bakım Gereksinim Önceliğini Sıralaması (n:181)

Hasta Özellikleri	1	2	3	4	5
	Sayı (n)	Sayı (n)	Sayı (n)	Sayı (n)	Sayı (n)
	Yüzde (%)	Yüzde (%)	Yüzde (%)	Yüzde (%)	Yüzde (%)
Sözel iletişim engeli bulunan hasta	8 %4.4	13 %7.2	28 %15.5	43 %23.8	89 %49.2
Bakım ve tedaviye bağlı sözel iletişim engeli bulunan hasta	11 %6.1	11 %6.1	24 %13.3	57 %31.5	78 %43.1
İnvaziv girişimlere maruz kalan hasta	13 %7.2	16 %8.8	55 %30.4	49 %27.1	48 %26.5
Terminal dönemdeki hasta	3 %1.7	7 %3.9	14 %7.7	34 %18.8	123 %68.0

Tablo 6’da hemşirelerin birden fazla işaretleme yapabildiği, hasta bakımında manevi bakım uygulamalarını gerçekleştirmesinde engel olan durumların dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin %22.4’ünün zaman yetersizliğini, %20.4’ünün personel yetersizliğini, %13.5’inin bakım odaklı-iş merkezli çalışmayı hasta bakımında manevi bakım uygulamalarını gerçekleştirmesinde engel olan durumlar olarak belirttiği saptanmıştır. Diğer yandan, bilgi yetersizliği (%12.7), mekan yetersizliği (%12.2), hastanın genel durum bozukluğu (%11.8) ve kurum politikasına (%6.9) bağlı engellerin olduğu belirtilmiştir.

Tablo 6. Hemşirelerin Hasta Bakımında Manevi Bakım Uygulamalarını Gerçekleştirmesinde Engel Olan Durumlara göre Dağılımı

Engel Olan Durumlar*	Sayı (n)	Yüzde (%)
Zaman yetersizliği	165	22.4
Personel yetersizliği	150	20.4
Bakım odaklı iş merkezi çalışma	99	13.5

Tablo 6. (Devam) Hemşirelerin Hasta Bakımında Manevi Bakım Uygulamalarını Gerçekleştirmesinde Engel Olan Durumlara göre Dağılımı

Engel Olan Durumlar*	Sayı (n)	Yüzde (%)**
Bilgi yetersizliği	93	12.7
Mekân yetersizliği	90	12.2
Hastanın durum bozukluğu	87	11.8
Kurum politikası	51	6.9

* Birden fazla cevap verilmiştir. **Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 7’de hemşirelerin manevi bakım kararını verme sorumlusu ve manevi bakım uygulamalarına destek verecek olan diğer ekip üyelerine ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin bildirimlerinde psikolog (%23.6), sosyal hizmetler uzmanı (%18.4), psikiyatrist (%16.3), din görevlisi (%16.5), meditasyon eğitmeni (%11.0), yoga eğitmeni (%7.2) ve fizyoterapist (%6.9) manevi bakım uygulamasına destek verebilecek diğer ekip üyeleri olarak belirtilmiştir.

Tablo 7. Hemşirelerin Manevi Bakım Uygulamalarına Destek Verebilecek Diğer Profesyonellere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Manevi Bakıma Destek Verebilecek Diğer Profesyoneller *	Sayı (n)	Yüzde (%)**
Psikolog	167	23.6
Sosyal hizmetler görevlisi	130	18.4
Din Görevlisi	117	16.5
Psikiyatrist	115	16.3
Meditasyon Eğitmeni	78	11.0
Yoga Eğitmeni	51	7.2
Fizyoterapist	49	6.9

* Birden fazla cevap verilmiştir. **Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 8’de hemşirelerin manevi bakıma yönelik önermelere ilişkin yanıtlarının dağılımı görülmektedir.

Hemşirelerin %84.5’inin hasta mahremiyetinin sağlanmasını, %73.5’inin hastanın isteklerinin değerlendirilmesini, %92.8’inin hastanın duygularını ifade etmesinin sağlanmasını, %91.7’sinin hastanın huzur ihtiyaçlarının belirlenmesini, %68.5’inin hastanın konfor ihtiyaçlarının belirlenmesini manevi bakım ile ilişkili bulduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin %80.7’sinin hastanın ihtiyaç duyduğunda dini semboller takmasının (nazar boncuğu, kolye vb.) desteklenmesini, %88.4’ünün hastanın dini uygulamalarını (dua okuma, namaz kılma vb.) yerine getirmesinin sağlanmasını, %80.1’inin hastanın ihtiyaç duyduğunda din görevlilerinden destek almasının sağlanmasını, %60.8’inin hastanın dini uygulamaları yerine getirirken yanında bulunulmasını manevi bakım ile ilişkili bulduğu saptanmıştır.

Hastanın fiziksel, zihinsel ve ruhsal bir bütün olarak ele alınması (%89.0), hastayla fiziksel temasa geçilmesi (eli tutma, omzuna dokunma vb.) (%78.5), hastanın tanı, hastane ortamı, tedavi sürecine uyumunun sağlanması (%73.5), benzersiz olduğu bakım ortamının sağlanması (%51.4), aynı süreci paylaşan diğer hastalarla manevi destek gruplarının oluşturulması (%82.9), yaşam tarzından kaynaklanan farklılıkların bakıma entegre edilmesinin de (%72.9) manevi bakım ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin %83.4’ünün iletişimin kişiselleştirilmiş manevi bakım hedefleri doğrultusunda yürütülmesini, %85.1’inin empati kurulmasını, %82.3’ünün hastanın yargılanmamasını, %75.7’sinin hastanın ihtiyacı olduğunda yalnız bırakılmasını, %87.8’inin sevdiği kişilerle iletişime geçmesinin sağlanmasını, %87.3’ünün sevgi duyduğu varlıklar hakkında konuşulmasını, %79.6’sının yaşam amaçları hakkında konuşulmasını ve % 86.2’sinin hastanın sevildiğini hissettiği durumların konuşulmasını, %71.8’inin tedavi ve bakım dışında hasta ile zaman geçirmesini manevi bakım ile ilişkili bulduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Hemşirelerin Manevi Bakıma Yönelik Önermelere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n:181)

Önermeler	Cevaplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hasta mahremiyetinin sağlanması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	153	84.5
	Kararsızım	19	10.5
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	9	5.0
Hastanın isteklerinin değerlendirilmesi	Manevi Bakım ile ilişkilidir	133	73.5
	Kararsızım	34	18.8
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	14	7.7
Hastanın duygularını ifade etmesinin sağlanması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	168	92.8
	Kararsızım	9	5.0
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	4	2.2
Hastanın huzur ihtiyaçlarının belirlenmesi	Manevi Bakım ile ilişkilidir	166	91.7
	Kararsızım	12	6.6
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	3	1.7
Hastanın konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi	Manevi Bakım ile ilişkilidir	124	68.5
	Kararsızım	37	20.4
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	20	11.0
Hastanın ihtiyaç duyduğunda dini semboller takmasının (nazar boncuğu, kolye vb) desteklenmesi	Manevi Bakım ile ilişkilidir	146	80.7
	Kararsızım	26	14.4
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	9	5.0
Hastanın dini uygulamalarını (dua okuma, namaz kılma vb) yerine getirmesinin sağlanması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	160	88.4
	Kararsızım	17	9.4
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	4	2.2

Tablo 8. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakıma Yönelik Önermelere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n:181)

Önermeler	Cevaplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın ihtiyaç duyduğunda din görevlilerinden destek almasının sağlanması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	145	80.1
	Kararsızım	28	15.5
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	8	4.4
Hastanın dini uygulamaları yerine getirirken yanında bulunulması (ilahî/dua okuma vb.)	Manevi Bakım ile ilişkilidir	110	60.8
	Kararsızım	46	25.4
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	25	13.8
Hastanın fiziksel, zihinsel ve ruhsal bir bütün olarak ele alınması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	161	89.0
	Kararsızım	15	8.3
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	5	2.8
Hastayla fiziksel temasa geçilmesi (eli tutma, omzuna dokunma vb)	Manevi Bakım ile ilişkilidir	142	78.5
	Kararsızım	25	13.8
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	14	7.7
Hastanın tanı, hastane ortamı, tedavi sürecine uyumunun sağlanması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	133	73.5
	Kararsızım	30	16.6
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	18	9.9
Hastanın benzersiz olduğu bakım ortamının sağlanması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	93	51.4
	Kararsızım	65	35.9
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	23	12.7
Hastanın aynı süreci paylaşan diğer hastalarla manevi destek gruplarının oluşturulması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	150	82.9
	Kararsızım	24	13.3
	Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	7	3.9

Tablo 8. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakıma Yönelik Önermelere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n:181)

Önermeler	Cevaplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın yaşam tarzından kaynaklanan farklılıkların bakıma entegre edilmesi	Manevi Bakım ile ilişkilidir	132	72.9
	Kararsızım	35	19.3
	Manevi Bakım ile ilişkili değildir	14	7.7
İletişimin kişiselleştirilmiş manevi bakım hedefleri doğrultusunda yürütülmesi	Manevi Bakım ile ilişkilidir	151	83.4
	Kararsızım	26	14.4
	Manevi Bakım ile ilişkili değildir	4	2.2
Hasta ile empati kurulması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	154	85.1
	Kararsızım	21	11.6
	Manevi Bakım ile ilişkili değildir	6	3.3
Hastanın yargılanmaması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	149	82.3
	Kararsızım	22	12.2
	Manevi Bakım ile ilişkili değildir	10	5.5
Hastanın ihtiyacı olduğunda yalnız bırakılması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	137	75.7
	Kararsızım	32	17.7
	Manevi Bakım ile ilişkili değildir	12	6.6
Hastanın sevdiği kişilerle iletişime geçmesinin sağlanması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	159	87.8
	Kararsızım	15	8.3
	Manevi Bakım ile ilişkili değildir	7	3.9
Hastanın sevgi duyduğu varlıklar hakkında konuşulması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	158	87.3
	Kararsızım	16	8.8
	Manevi Bakım ile ilişkili değildir	7	3.9

Tablo 8. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakıma Yönelik Önermelere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n:181)

Önermeler	Cevaplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın yaşam amaçları hakkında konuşulması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	144	79.6
	Kararsızım	30	16.6
	Manevi Bakım ile ilişkili değildir	7	3.9
Hastanın sevildiğini hissettiği durumların konuşulması	Manevi Bakım ile ilişkilidir	156	86.2
	Kararsızım	17	9.4
	Manevi Bakım ile ilişkili değildir	8	4.4
Tedavi ve bakım dışında hasta ile zaman geçirilmesi	Manevi Bakım ile ilişkilidir	130	71.8
	Kararsızım	33	18.2
	Manevi Bakım ile ilişkili değildir	18	9.9

Tablo 9’da hemşirelerin manevi bakım önermelerine ilişkin görüşlerine göre rehber ihtiyaç duyma durumları karşılaştırılmıştır. Manevi bakım “Hastanın tanı, hastane ortamı, tedavi sürecine uyumunun sağlanması” dır önermesine ilişkin hemşire görüşlerinin rehber ihtiyaç duyma durumlarına göre farklılık gösterdiği görülmüş olup ($p < 0.05$), rehber ihtiyaç duyan hemşirelerin manevi bakım “Hastanın tanı, hastane ortamı, tedavi sürecine uyumunun sağlanması” dır önermesine cevap verenlerin oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. “Hastanın konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi” manevi bakımdır diyen hemşirelerin rehber ihtiyaı yüksek olan hemşireler olduğu saptanmış olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Manevi bakım “Hastanın yaşam tarzından kaynaklanan farklılıkların bakıma entegre edilmesi”dir ifadesine katılan hemşirelerin rehber ihtiyaı yüksek olan hemşireler olduğu, bu oranın istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p < 0.05$, $p=0.010$). Hemşirelerin manevi bakımının tanımlandığı diğer önermelere ilişkin rehber gereksinimleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 9. Hemşirelerin Manevi Bakım Önergelerine İlişkin Görüşlerine Göre Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarının Karşılaştırılması (n:181)

Rehbere İhtiyaç Duyma Durumu					
Hasta mahremiyetinin sağlanması	Evet	Hayır	Kararsızım	Toplam	F: 0.927 p: 0.937*
Manevi Bakım ile ilişkilidir	118 %83.7	11 %91,7	24 %85.7	153 %84.5	
Kararsızım	16 %11.3	1 %8.3	2 %7.1	19 %10.5	
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	7 %5.0	0 %0.0	2 7.1%	9 %5.0	
Hastanın isteklerinin değerlendirilmesi					
Manevi Bakım ile ilişkilidir	109 %77.3	8 %66.7	16 %57.1	133 %73,5	F: 6.051 p: 0.151*
Kararsızım	23 %16.3	3 25.0%	8 %28.6	34 %18.8	
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	9 %6.4	1 %8.3	4 %14.3	14 %7.7	
Hastanın duygularını ifade etmesinin sağlanması	Evet	Hayır	Kararsızım	Toplam	
Manevi Bakım ile ilişkilidir	132 %93.6	10 %83.3	26 %92.9	168 %92.8	F: 4.159 p: 0.291*
Kararsızım	6 %4.3	2 %16.7	1 %3.6	9 %5.0	
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	3 %2.1	0 %0.0	1 %3.6	4 %2.2	

F: Fisher's Exact Test, * $p > 0.05$

Tablo 9. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakım Önergelerine İlişkin Görüşlerine Göre Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarının Karşılaştırılması (n:181)

Rehber İhtiyaç Duyma Durumu					
Hastanın huzur ihtiyaçlarının belirlenmesi					
Manevi Bakım ile İlişkilidir	131 %92.9	11 %91.7	24 %85.7	166 %91.7	F: 5,393 p: 0.191*
Kararsızım	9 %6.4	1 %8.3	2 %7.1	12 %6.6	
Manevi Bakım ile İlişkili Değildir	1 %0.7	0 %0.0	2 %7.1	3 %1.7	
Hastanın konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi					
Manevi Bakım ile İlişkilidir	100 %70.9	5 %41.7	19 %67.9	124 %68.5	F: 9.967 p: 0.027**
Kararsızım	30 %21.3	4 %33.3	3 %10.7	37 %20.4	
Manevi Bakım ile İlişkili Değildir	11 %7.8	3 %25.0	6 %21.4	20 %11.0	
Hastanın ihtiyaç duyduğunda dini semboller takmasının (nazar boncuğu, kolye vb) desteklenmesi					
Manevi Bakım ile İlişkilidir	114 %80.9	9 %75.0	23 %82.1	146 %80.7	F: 1.175 p: 0.878*
Kararsızım	20 %14.2	2 %16.7	4 %14.3	26 %14.4	
Manevi Bakım ile İlişkili Değildir	7 %5.0	1 %8.3	1 %3.6	9 %5.0	

F: Fisher's Exact Test, * $p > 0.05$, ** $p < 0.05$

Tablo 9. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakım Önergelerine İlişkin Görüşlerine Göre Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarının Karşılaştırılması (n:181)

Rehber İhtiyaç Duyma Durumu					
Hastanın dini uygulamalarını (dua okuma, namaz kılma vb) yerine getirmesinin sağlanması					
Manevi Bakım ile ilişkilidir	124 %87.9	10 %83.3	26 %92.9	160 %88.4	F: 2,754 p: 0.540*
Kararsızım	14 %9.9	2 %16.7	1 %3.6	17 %9.4	
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	3 %2.1	0 %0.0	1 %3.6	4 %2.2	
Hastanın ihtiyaç duyduğunda din görevlilerinden destek almasının sağlanması					
Manevi Bakım ile ilişkilidir	116 %82.3	8 %66.7	21 %75.0	145 %80.1	F: 5.609 p: 0.173*
Kararsızım	20 %14.2	4 %33.3	4 %14.3	28 %15.5	
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	5 %3.5	0 %0.0	3 %10.7	8 %4.4	
Hastanın dini uygulamaları yerine getirirken yanında bulunulması (ilahi/dua okuma vb.)					
Manevi Bakım ile ilişkilidir	88 %62.4	7 %58.3	15 %53.6	110 %60.8	F: 5.813 p: 0.423*
Kararsızım	37 %26.2	3 %25.0	6 %21.4	46 %25.4	
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	16 %11.3	2 %16.7	7 %25.0	25 %13.8	

F: Fisher's Exact Test, * $p > 0.05$

Tablo 9. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakım Önergelerine İlişkin Görüşlerine Göre Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarının Karşılaştırılması (n:181)

Rehber İhtiyaç Duyma Durumu						
Hastanın fiziksel, zihinsel ve ruhsal bir bütün olarak ele alınması						
Manevi Bakım ile ilişkilidir	124 %87.9	11 %91.7	26 %92.9	161 %89.0	F: 1.280 p: 0.826*	
Kararsızım	13 %9.2	1 %8.3	1 %3.6	15 %8.3		
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	4 %2.8	0 %0.0	1 %3.6	5 %2.8		
Hastayla fiziksel temasa geçilmesi (eli tutma, omzuna dokunma vb)						
Manevi Bakım ile ilişkilidir	113 80.1%	7 58.3%	22 78.6%	142 78.5%	F: 4.301 p: 0.326*	
Kararsızım	17 12.1%	4 33.3%	4 14.3%	25 13.8%		
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	11 7.8%	1 8.3%	2 7.1%	14 7.7%		
Hastanın tanı, hastane ortamı, tedavi sürecine uyumunun sağlanması						
Manevi Bakım ile ilişkilidir	105 %74.5	5 %41.7	23 %82.1	133 %73.5	F: 10.947 p: 0.017**	
Kararsızım	24 %17.0	5 %41.7	1 %3.6	30 %16.6		
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	12 %8.5	2 %16.7	4 %14.3	18 %9.9		

F: Fisher's Exact Test, * $p > 0.05$, ** $p < 0.05$

Tablo 9. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakım Önergelerine İlişkin Görüşlerine Göre Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarının Karşılaştırılması (n:181)

Rehber İhtiyaç Duyma Durumu						
Hastanın benzersiz olduğu bakım ortamının sağlanması						
Manevi Bakım ile İlişkilidir	77 %54.6	5 %41.7	11 %39.3	93 %51.4	F: 5,755 p: 0.195*	
Kararsızım	50 %35.5	5 %41.7	10 %35.7	65 %35.9		
Manevi Bakım ile İlişkili Değildir	14 %9.9	2 %16.7	7 %25.0	23 %12.7		
Hastanın aynı süreci paylaşan diğer hastalarla manevi destek gruplarının oluşturulması						
Manevi Bakım ile İlişkilidir	120 %85.1	10 %83.3	20 %71.4	150 %82.9	F: 4.993 p: 0.222*	
Kararsızım	17 %12.1	1 %8.3	6 %21.4	24 %13.3		
Manevi Bakım ile İlişkili Değildir	4 %2.8	1 %8.3	2 %7.1	7 %3.9		
Hastanın yaşam tarzından kaynaklanan farklılıkların bakıma entegre edilmesi						
Manevi Bakım ile İlişkilidir	106 %75.2	8 %66.7	18 %64.3	132 %72.9	F: 11.957 p: 0.010**	
Kararsızım	29 %20.6	3 %25.0	3 %10.7	35 %19.3		
Manevi Bakım ile İlişkili Değildir	6 %4.3	1 %8.3	7 %25.0	14 %7.7		

F: Fisher's Exact Test, * $p > 0.05$, ** $p < 0.05$

Tablo 9. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakım Önergelerine İlişkin Görüşlerine Göre Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarının Karşılaştırılması (n:181)

Rehber İhtiyaç Duyma Durumu						
Hasta ile empati kurulması						
Manevi Bakım ile ilişkilidir	122 %86.5	8 %66.7	24 %85.7	154 %85.1	F: 5,018 p: 0.216*	
Kararsızım	14 %9.9	4 %33.3	3 %10.7	21 %11.6		
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	5 %3.5	0 %0.0	1 %3.6	6 %3.3		
Hastanın yargılanmaması						
Manevi Bakım ile ilişkilidir	115 %81.6	11 %91.7	23 %82.1	149 %82.3	F: 4.477 p: 0.280*	
Kararsızım	20 %14.2	0 %0.0	2 %7.1	22 %12.2		
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	6 %4.3	1 %8.3	3 %10.7	10 %5.5		
Hastanın ihtiyacı olduğunda yalnız bırakılması						
Manevi Bakım ile ilişkilidir	106 %75.2	9 %75.0	22 %78.6	137 %75.7	F: 2.416 p: 0.643*	
Kararsızım	27 %19.1	2 %16.7	3 %10.7	32 %17.7		
Manevi Bakım ile ilişkili Değildir	8 %5.7	1 %8.3	3 %10.7	12 %6.6		

F: Fisher's Exact Test, * $p > 0.05$

Tablo 9. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakım Önergelerine İlişkin Görüşlerine Göre Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarının Karşılaştırılması (n:181)

Rehber İhtiyaç Duyma Durumu						
Hastanın sevdiği kişilerle iletişime geçmesinin sağlanması						
Manevi Bakım ile İlişkilidir	124 %87.9	9 %75.0	26 %92.9	159 %87.8	F: 4,355 p: 0.274*	
Kararsızım	11 %7.8	3 %25.0	1 %3.6	15 %8.3		
Manevi Bakım ile İlişkili Değildir	6 %4.3	0 %0.0	1 %3.6	7 %3.9		
Hastanın yaşam amaçları hakkında konuşulması						
Manevi Bakım ile İlişkilidir	113 %80.1	9 %75.0	22 %78.6	144 %79.6	F: 4.569 p: 0.281*	
Kararsızım	24 %17.0	3 %25.0	3 %10.7	30 %16.6		
Manevi Bakım ile İlişkili Değildir	4 %2.8	0 %0.0	3 %10.7	7 %3.9		
Hastanın sevildiğini hissettiği durumların konuşulması						
Manevi Bakım ile İlişkilidir	122 %86.5	10 %83.3	24 %85.7	156 %86.2	F: 2.250 p: 0.647*	
Kararsızım	14 %9.9	1 %8.3	2 %7.1	17 %9.4		
Manevi Bakım ile İlişkili Değildir	5 %3.5	1 %8.3	2 %7.1	8 %4.4		

F: Fisher's Exact Test, * $p > 0.05$

Tablo 9. (Devam) Hemşirelerin Manevi Bakım Önergelerine İlişkin Görüşlerine Göre Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarının Karşılaştırılması (n:181)

Rehber İhtiyaç Duyma Durumu					
Tedavi ve bakım dışında hasta ile zaman geçirilmesi					
Manevi Bakım ile ilişkilidir	103 %73.0	9 %75.0	18 %64.3	130 %71.8	F: 2.505 p: 0.6374*
Kararsızım	24 %17.0	3 %25.0	6 %21.4	33 %18.2	
Manevi Bakım ile ilişkili değildir	14 %9.9	0 %0.0	4 %14.3	18 %9.9	

F: Fisher's Exact Test, * $p > 0.05$

4.2. Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Minimum-Maksimum Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 10’da “Manevi Destek Algısı Ölçeği” ile “Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği”nden alınabilecek ve hemşirelerin aldığı minimum-maksimum puanlar ile ortalamaları birlikte verilmiştir. Hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması 51.60 ± 8.97 , Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği yetki alt boyut puan ortalaması 73.47 ± 13.52 , özerklik alt boyut puan ortalaması 22.65 ± 4.70 , yetkinin önemi alt boyut puan ortalaması 23.44 ± 4.82 ve özerkliğin önemi alt boyut puan ortalamasının 13.22 ± 3.19 olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Minimum-Maksimum Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Ölçekten Alınabilecek Puanlar (Min – Max)		Ölçekten Alınan Puanlar (Min – Max)		Ort $\pm$ SS	Cronbach’s
Manevi Destek Algısı Ölçeği	0.00	60.00	15.00	60.00	51.60 ± 8.97	0.94
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği						
Yetki	0.00	100.00	25.00	96.00	73.47 ± 13.52	0.86
Özerklik	0.00	40.00	10.00	35.00	22.65 ± 4.70	0.72
Yetkini önemi	0.00	30.00	6.00	30.00	23.44 ± 4.82	0.84
Özerkliğin önemi	0.00	20.00	2.00	20.00	13.22 ± 3.19	0.78

4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 11 'de gösterilmiştir. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği her dört alt boyutunda da puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Cinsiyet		t	p
	Kadın ($\bar{X} \pm SS$)	Erkek ($\bar{X} \pm SS$)		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	52.11±8,80	49.62±9,46	1.515	0.131
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği				
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik				
Yetki	74.30±13.08	70.24±14.86	1.637	0.103
Özerklik	22.77±4.81	22.18±4.26	0.678	0.499
Hemşirelik Uygulamasının Önemi				
Yetkinin Önemi	23,76±4,44	22,19±6,03	1,78	0.077
Özerkliğin Önemi	13,31±3,15	12,86±3,38	0,76	0.448

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, t: Independent Sample T testi

Hemşirelerin yaşa göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 12'de gösterilmiştir. Yaş, hemşirelerin Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan dağılımında istatistiksel olarak fark yaratmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin yaşa göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel farklılık görülmüş olup ($p<0.05$), farkın 30-34 yaş arasındaki hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 12. Hemşirelerin Yaşa Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Yaş					F	p
	20-24 yaş ($\bar{X} \pm SS$)	25-29 Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	30-34 Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	35-39 yaş ($\bar{X} \pm SS$)	40 yaş ve üzeri ($\bar{X} \pm SS$)		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	50.25± 9.80	50.94± 9.42	55.14± 4.70	54.60± 5.78	49.14± 10.74	2.517	0.043*
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği							
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik							
Yetki	76.37± 13.39	73.72± 14.20	73.10± 11.12	75.40± 9.85	68.29± 15.66	1.486	0.208
Özerklik	22.50± 4.37	22.08± 5.09	23.17± 4.73	23.40± 3.63	23.33± 4.74	0.631	0.641
Hemşirelik Uygulamasının Önemi							
Yetkinin Önemi	23.88± 5.01	23.61± 5.08	23.39± 3.50	24.45± 3.65	21.78± 5.72	1.109	0.354
Özerkliğin Önemi	13.22± 3.56	13.41± 3.15	13.21± 3.12	13.75± 2.51	12.33± 3.42	0.717	0.581

*p<0.05, **p<0.01, F: One Way Anova Testi

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmiştir. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanları ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puanları arasında farklılık görülmemiştir (p>0.05).

Tablo 13. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Eğitim durumu				F	p
	Sağlık Meslek Lisesi ($\bar{X} \pm SS$)	Ön lisans ($\bar{X} \pm SS$)	Lisans ($\bar{X} \pm SS$)	Lisans Üstü ($\bar{X} \pm SS$)		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	49.58± 12.13	54.46± 5.38	51.18± 8.72	53.63± 10.49	1.136	0.336
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği						
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik						
Yetki	75.42± 19.10	76.40± 12.98	72.56± 12.33	76.42± 17.89	0.819	0.485
Özerklik	21.08± 3.60	20.60± 4.70	22.90± 4.61	23.53± 5.59	1.765	0.156
Hemşirelik Uygulamasının Önemi						
Yetkinin Önemi	23.33± 6.53	24.27± 4.37	23.21± 4.56	24.53± 5.94	0.569	0.636
Özerkliğin Önemi	13.50± 4.58	12.87± 3.74	13.20± 2.92	13.47± 3.78	0.132	0.941

*p<0.05, **p<0.01, F: One Way Anova Testi

Tablo 14’te hemşirelerin çalışma sürelerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin çalışma sürelerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği’nin yetki, yetkinin önemi, özerkliğin önemi alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Ancak ölçeğin özerklik alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık saptanmıştır (p<0.05). 6-10 yıl çalışma süresine sahip hemşirelerin özerklik puanları diğer grupların özerklik puanlarından daha düşüktür.

Tablo 14. Hemşirelerin Çalışma Sürelerine Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Çalışma süreleri				F	p
	0-5 yıl ($\bar{X} \pm SS$)	6-10 yıl ($\bar{X} \pm SS$)	11-15 yıl ($\bar{X} \pm SS$)	16 yıl ve üzeri ($\bar{X} \pm SS$)		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	50.55± 9.98	52.62± 7.87	54.64± 4.88	53.46±5. 39	1.527	0.209
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği						
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik						
Yetki	74.52± 13.53	70.95± 15.52	72.82± 11.09	73.15± 9.33	0.698	0.554
Özerklik	22.72± 4.65	20.85± 4.67	24.76± 4.16	24.92± 4.11	4.345	0.006**
Hemşirelik Uygulamasının Önemi						
Yetkinin Önemi	23.59± 4.96	22.95± 4.90	23.59± 4.77	23.54± 3.89	0.176	0.913
Özerkliğin Önemi	13.27± 3.31	13.73± 3.16	12.18± 2.81	12.62± 2.50	1.106	0.348

*p<0.05, **p<0.01, F: One Way Anova Testi

Tablo 15’te hemşirelerin çalıştığı bölüme göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15. Hemşirelerin Çalıştığı Bölüme Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Çalıştığı bölüm			F	p
	Yoğun Bakım Ünitesi ($\bar{X} \pm SS$)	Onkoloji ($\bar{X} \pm SS$)	Palyatif ($\bar{X} \pm SS$)		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	52.47±8.48	49.17±10.22	52.14±7.70	2.312	0.102
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği					
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik					
Yetki	73.84±13.68	72.65±14.20	73.00±10.23	0.137	0.872
Özerklik	22.35±4.99	23.89±3.88	21.29±4.01	2.48	0.087
Hemşirelik Uygulamasının Önemi					
Yetkinin Önemi	23.70±4,85	22.80±5.14	23.36±3.52	0.565	0.569
Özerkliğin Önemi	13.26±3.08	13.35±3.56	12.43±2.95	0.476	0.622

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, F: One Way Anova Testi

4.4. Hemşirelerin Manevi Bakım ile İlgili Görüşlerine Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hemşirelerin manevi bakım ile ilgili görüşlerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular sunulmuştur.

Hemşirelerin manevi bakım bilgilerini yeterli bulma durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 16’da gösterilmiştir. Hemşirelerin manevi bakım bilgilerini yeterli bulma durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması ve Hemşirelik Yetki ve

Özerklik Ölçeği'nin yetki, özerklik, yetkinin önemi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği'nin özerkliğin önemi alt boyut puanları arasında farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Manevi bakım bilgilerinin yeterli olmadığını ifade eden hemşirelerin özerkliğin önemi puanının diğer gruplardan yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 16. Hemşirelerin Manevi Bakım Bilgilerini Yeterli Bulma Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Manevi Bakım Bilgilerini Yeterli Bulma			F	p
	Evet ($\bar{X} \pm SS$)	Hayır ($\bar{X} \pm SS$)	Kısmen ($\bar{X} \pm SS$)		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	52.72±9.40	50.88±10.19	51.29±8.48	0.511	0.601
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği					
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik					
Yetki	75.40±16.33	76.22±10.78	71.93±12.67	1.743	0.178
Özerklik	22.64±5.05	21.63±3.80	22.93±4.76	0.816	0.444
Hemşirelik Uygulamasının Önemi					
Yetkinin Önemi	23.66±5.86	24.93±4.15	22.97±4.43	1.846	0.161
Özerkliğin Önemi	13.45±3.79	14.44±3.59	12.81±2.71	3.043	0.05*

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, F: One Way Anova Testi

Hemşirelerin manevi bakım ile ilgili eğitim alma durumuna göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 17'de gösterilmiştir. Hemşirelerin manevi bakım ile ilgili eğitim alma durumuna göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Hemşirelerin Manevi Bakım ile İlgili Eğitim Alma Durumuna göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Manevi Bakım ile İlgili Eğitim Alma Durumu		t	p
	Evet ($\bar{X} \pm SS$)	Hayır ($\bar{X} \pm SS$)		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	53.85±9.82	51.19±8.77	1.448	0.149
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği				
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik				
Yetki	70.57±18.13	74.01±12.51	-1.237	0.218
Özerklik	22.25±5.30	22.73±4.60	-0.497	0.62
Hemşirelik Uygulamasının Önemi				
Yetkinin Önemi	22.57±6.32	23.60±4.51	-1.038	0.301
Özerkliğin Önemi	12.18±3.40	13.41±3.13	-1.893	0.06

*p<0.05, **p<0.01, t: Independent Sample T testi

Hemşirelerin çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumuna göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 18’de gösterilmiştir. Hemşirelerin çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumuna Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği’nin yetki, özerklik, yetkinin önemi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak ölçeğin özerkliğin önemi alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu olmayan hemşirelerin özerkliğin önemi puanı diğer gruplardan yüksektir.

Tablo 18. Hemşirelerin Çalıştığı Birimde Manevi Bakım Uygulama Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Çalıştığı Birimde Manevi Bakım Uygulama Durumu			F	p
	Evet ($\bar{X} \pm SS$)	Hayır ($\bar{X} \pm SS$)	Kısmen ($\bar{X} \pm SS$)		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	53.46±8.58	49.23±11.85	51.54±7.84	2.233	0.110
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği					
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik					
Yetki	73.79±13.44	75.35±12.19	72.69±14.05	1.531	0.218
Özerklik	24.11±4.87	21.79±3.81	22.27±4.79	0.247	0.62
Hemşirelik Uygulamasının Önemi					
Yetkinin Önemi	23.70±5.26	24.21±4.02	23.06±4.88	0.804	0.449
Özerkliğin Önemi	12.72±3.06	14.62±3.10	12.98±3.18	4.262	0.016

*p<0.05, **p<0.01, F: One Way Anova Testi

Hemşirelerin manevi bakım uygulamalarına karşı tutumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 19’da gösterilmiştir. Hemşirelerin manevi bakım uygulamalarına karşı tutum durumuna göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanları arasında farklılık görülmüştür (p<0.05). Manevi bakım uygulamalarına karşı tutuma yönelik “Yararı Var, Uygularım” ifadesine katılan hemşirelerin oranı daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin manevi bakım uygulamalarına karşı tutumuna göre Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği’nin özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında farklılık görülmemiştir (p>0.05). Ancak ölçeğin yetki, yetkinin önemi, özerkliğin önemi alt boyut puanları arasında farklılık görülmüştür (p<0.05). Manevi bakım uygulamalarına karşı “Yararı Var, Uygularım” tutumunda olan hemşirelerin yetki, yetkinin önemi, özerkliğin önemi alt boyut ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 19. Hemşirelerin Manevi Bakım Uygulamalarına Karşı Tutumlarına Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Manevi Bakım Uygulamalarına Karşı Tutum			
	Sakıncası Yoktur, Desteklerim ($\bar{X} \pm SS$)	Yararı Var, Uygularım ($\bar{X} \pm SS$)	t	p
Manevi Destek Algısı Ölçeği	48.07±10.21	53.63±7.49	-4.194	0.000**
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği				
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik				
Yetki	67.42±15.54	76.95±10.86	-4.834	0.000**
Özerklik	22.74±4.79	22.61±4.68	0.184	0.855
Hemşirelik Uygulamasının Önemi				
Yetkinin Önemi	21.47±5.83	24.57±3.73	-4.366	0.000**
Özerkliğin Önemi	12.59±3.37	13.58±3.04	-2.03	0.044*

*p<0.05, **p<0.01, t: Independent Sample T testi

Hemşirelerin rehber ihtiyacı duyma durumuna göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 20’de gösterilmiştir. Hemşirelerin rehber ihtiyacı duyma durumuna göre Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği her dört alt boyutunda da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemişken (p>0.05), rehber ihtiyacı duyan hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 20. Hemşirelerin Rehber İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Rehbere İhtiyaç Duyma Durumu			F	p
	Duyan ($\bar{X} \pm SS$)	Duymayan ($\bar{X} \pm SS$)	Kararız ($\bar{X} \pm SS$)		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	52.96±8.23	42.33±10.72	48.75±9.03	10.439	0.000**
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği					
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik					
Yetki	74.33±13.79	64.75±12.17	72.93±11.68	2.856	0.06
Özerklik	22.60±4.87	22.58±5.40	23.00±3.58	0.087	0.917
Hemşirelik Uygulamasının Önemi					
Yetkinin Önemi	23.74±4.81	21.08±5.00	22.93±4.69	1.884	0.155
Özerkliğin Önemi	13.33±3.27	11.92±4.23	13.25±2.12	1.081	0.341

*p<0.05, **p<0.01, F: One Way Anova Testi

Hemşirelerin manevi bakımda karar verici sağlık profesyoneline ilişkin görüşlerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 21’de gösterilmiştir.

Hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Manevi bakımda karar verici sağlık profesyoneli “hemşiredir” diyenlerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puanları diğer gruplara göre yüksektir.

Hemşirelerin Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği’nin yetki, yetkinin önemi ve özerkliğin önemi alt boyutları puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0.05). Ölçeğin özerklik alt boyutu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Manevi bakımda karar verici sağlık profesyoneli “hemşiredir” diyenlerin özerklik puanları diğer gruplara göre düşüktür.

Tablo 21. Hemşirelerin Manevi Bakımda Karar Verici Sağlık Profesyoneline İlişkin Görüşlerine Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Manevi bakımda karar verici sağlık profesyoneli			F	p
	Hekim ($\bar{X} \pm SS$)	Hemşire ($\bar{X} \pm SS$)	Birlikte ($\bar{X} \pm SS$)		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	41.37±16.38	52.73±8.46	51.89±8.22	5.879	0.003**
Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği					
Hemşirelik Uygulamasında Yetki ve Özerklik					
Yetki	62.63±21.51	74.84±13.80	73.73±12.71	2.849	0.061
Özerklik	23.00±4.63	20.95±5.71	23.12±4.31	3.259	0.041*
Hemşirelik Uygulamasının Önemi					
Yetkinin Önemi	21.25±8.21	24.16±4.51	23.37±4.67	1.26	0.286
Özerkliğin Önemi	12.25±6.71	13.89±3.09	13.09±2.91	1.338	0.265

*p<0.05, **p<0.01, F: One Way Anova Testi

4.5. Hemşirelerin Tanımlayıcı Verileri, Manevi Bakım ile İlgili Görüşleri, Manevi Destek Algısı Ölçeği, Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Arasındaki İlişki Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 22’de hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri, manevi bakım ile ilgili görüşleri, Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği arasındaki ilişki düzeyleri incelenmiştir.

Hemşirelerin Manevi Destek Algısı puanları ile rehber ihtiyacı duyma, manevi bakım uygulamalarına karşı tutum ve çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Yetki alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutum arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Özerklik alt boyut puanları ile çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Yetkinin önemi alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutum arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Özerkliğin önemi alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutum arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ancak özerkliğin önemi puanları ile çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 22. Hemşirelerin Tanımlayıcı Verileri, Manevi Bakım ile İlgili Görüşleri ile Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Arasındaki İlişki Düzeyleri

Değişkenler		Manevi Destek Algısı Ölçeği	Yetki	Özerklik	Yetkinin önemi	Özerkliğin önemi
Rehbere İhtiyaç Duyma Durumu	r	0.285**	0.118	-0.025	0.118	0.062
	p	0	0.112	0.741	0.114	0.406
Manevi Bakım Uygulamalarına Karşı Tutum	r	0.299**	0.340**	-0.014	0.310**	0.150*
	p	0.000	0.000	0.855	0.000	0.044
Yaş	r	0.038	-0.122	0.088	-0.061	-0.048
	p	0.609	0.102	0.241	0.414	0.522
Cinsiyet	r	-0.113	-0.121	-0.051	-0.132	-0.057
	p	0.131	0.103	0.499	0.077	0.448
Hizmet yılı	r	0.114	-0.042	0.092	0.019	-0.036
	p	0.127	0.576	0.218	0.795	0.632
Bölüm	r	-0.095	-0.033	0.034	-0.058	-0.045
	p	0.203	0.657	0.647	0.44	0.547
Manevi Bakım Bilgilerini Yeterli Bulma	r	0.07	0.011	0.05	-0.054	-0.062
	p	0.346	0.886	0.502	0.467	0.409
Çalıştığı Birimde Manevi Bakım Uygulama Durumu	r	0.156*	-0.03	0.173*	-0.024	-0.185*
	p	0.036	0.686	0.02	0.751	0.013

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği, Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği arasındaki ilişki düzeyleri incelenmiş olup, Tablo 23'te gösterilmiştir. Hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puanları ile Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği'nin yetki ve yetkinin önemi alt boyutları arasında orta düzeyde, özerkliğin önemi alt boyutu arasında ise düşük düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 23. Hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Arasındaki İlişki Düzeyleri

Değişkenler		Manevi Destek Algısı Ölçeği	Yetki	Özerklik	Yetkinin Önemi
Yetki	r	0.408**	1		
	p	0.000			
Özerklik	r	0.053	0.025	1	
	p	0.475	0.737		
Yetkinin Önemi	r	0.426**	0.886**	0.032	1
	p	0.000	0.000	0.67	
Özerkliğin Önemi	r	0.111	0.576**	-0.056	0.506**
	p	0.136	0.000	0.454	0.000

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada yoğun bakım üniteleri, onkoloji ve palyatif birimlerde çalışan 181 hemşirenin manevi bakım ile ilgili görüşleri, manevi bakım rehberine ilişkin gereksinim durumları değerlendirilmiştir. Ayrıca hemşirelik yetki ve özerklik düzeyi ile manevi destek algısı arasındaki ilişki incelenerek bu alandaki literatüre de katkı sağlanmıştır. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular hemşireler için manevi bakım kavramına ve rehber gereksinimi konularına katkı sağlayacaktır.

Literatürde manevi bakım gereksinimlerine ilişkin hastaların ve hemşirelerin görüşlerinin yer aldığı pek çok çalışma göze çarpmaktadır (5, 35, 47, 49, 51, 56). Ancak, manevi bakım gereksiniminin değerlendirilmesi, planlanması ve uygulanmasına yönelik içeriğin ne olması ile ilgili yeterli bilgiye ulaşılamamaktadır. Hemşirenin bakım verici rolünü ele aldığımızda bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesindeki sorumluluğu çerçevesinde manevi bakımın da bu kapsamda ele alınması önemli bir konu olarak değerlendirilmiştir. Hemşireliğin profesyonelleşmesinde önemli bir güç olan özerkliğin bakım vermedeki karar vericiliği etkileyebileceği belirtilmektedir (38, 39, 73). Bu düşünceden yola çıkarak hemşirelerin yetki-özerklik ve manevi destek algısının hastalarının manevi bakımlarının yürütülmesi ve manevi bakım rehberine olan gereksinimde önemli olabileceği düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde hemşirelik yetki ve özerklik ölçeğinin ve manevi destek algısı ölçeğinin çeşitli gruplar üzerinde (hemşireler, öğrenci hemşireler vb.) oldukça fazla çalışıldığını görmek mümkün iken, bu iki ölçeğin birlikte kullanıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Aynı zamanda yetki-özerklik, manevi destek algısı ve manevi bakım rehberine olan gereksinimin incelendiği çalışmalara da rastlanmamıştır. Bu durum çalışmayı tasarlamamızda önemli bir etken olmuştur. Diğer yandan manevi bakım hizmetlerinin profesyonel boyutta planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine ilişkin bilimsel çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızın verileriyle bu ihtiyacın ortaya konulabileceği düşüncesi çalışmanın yürütülmesinde önemli olmuştur.

5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Manevi Bakım ile İlgili Görüşlerine Göre Bulguların Tartışılması

Bu çalışma yoğun bakım üniteleri, onkoloji ve palyatif birimlerde çalışan hemşireler ile yürütülmüş olup hemşirelerin yaş ortalaması 30.27 ± 6.71 'dir. Katılımcıların çoğunluğu kadın olup çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu lisans mezunudur. Hemşirelerin bulunduğu kurumda çalışma süresi incelendiğinde yüksek oranda 7 ay-5 yıl olarak saptanmıştır.

Maneviyat ve manevi bakım konularının söz konusu olduğu profesyonel söylem ve rehberliğin yokluğunda, bazı hemşireler manevi bakımı neyin oluşturduğuna ve hastaların manevi ihtiyaçlarına nasıl bakacaklarına dair kafa karışıklığı dile getirmektedir (34, 37). Çalışmamızda da görüldüğü gibi, hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%59.1) manevi bakım bilgilerinin kısmen yeterli olduğunu bildirmiştir. Bu bulgumuz ile benzer olarak literatürde (1,22,35,36) hemşirelerin manevi bakım konusunda düşüncelerinin yeterince net olmadığı, manevi bakım ile ilgili algı ve uygulamalara ilişkin bilgi ve farkındalık eksikliği ve genel bir karışıklığın olduğunu bildiren çalışma bulgularına rastlanmıştır. Buna karşın Ercan ve arkadaşlarının çalışmasında (2018) araştırmaya katılan hemşirelerin %51.6'sının manevi bakım bilgisini yeterli bulduğu saptanmıştır (13).

Literatürde, hemşirelerin manevi bakım eğitimi eksikliği nedeni ile manevi bakımda yetersizlik hissettikleri bildirilmektedir (18). Ercan ve arkadaşları (2018) hemşirelerin %68.9'unun manevi bakım konusunda önceden bilgi sahibi olduğunu, %90.2'sinin manevi boyutu fark edebilmek için eğitimin gerekli olduğunu belirttiklerini saptamıştır (13). Atarhim ve arkadaşları (2018) çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğunun (% 61.5) manevi bakım konusunda eğitim aldıklarını, buna karşın çoğunluğunun (%84.6) manevi bakım konusunda aldıkları eğitimi yetersiz bulduğunu belirlemiştir (5). Hemşirelerin manevi bakım eğitimi alma durumlarının incelendiği çalışmalarda Balboni ve arkadaşları (2013) %12.0, Bakır ve arkadaşları (2017) %44.8, ve Farahani ve arkadaşları (2020) %35.3, Tambağ ve ark. (2018) %58.2 oranında eğitim aldıklarını bildirmiştir (33,41,54). Melhem ve ark. (2016) çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğunun (%92.9) daha önce manevi bakım eğitimi almadığını bildirmiştir (44). Herlianita ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan

hemşireler manevi bakım hizmetinin iş birliğine dayalı bir iş olduğuna inandıklarını fakat çoğunun bu konuda resmi bir eğitim almadığını raporlamıştır (6). Macit ve Karaman'ın (2019) çalışmasında hemşirelerin %91,7'sinin manevi desteğin hastalara nasıl uygulandığını öğrenmek istediklerini belirtmeleri, bu konuda katılımcıların yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir (1). Çalışmamızda da hemşirelerin çok azı manevi bakım eğitimi aldığını ifade etmiştir. Farahani ve arkadaşlarının çalışmasında (2020) araştırmaya katılan hemşirelerin %83.8'i manevi bakım eğitimlerine katılmaya istekli olduğunu belirtmiştir (54). Abell ve arkadaşının (2018) çalışmasında da hemşirelerin manevi bakım sağlamada algılanan yeterlilik düzeyini artırmak için ileri eğitime ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (4). Wu ve ark. (2015), Melhem ve ark. (2016) da benzer şekilde manevi bakım konusunda daha ileri düzeyde eğitimin hemşireler için gerekli olduğunu belirtmiştir (20,44). Bu durumun müfredat ve hastanelerde hizmet içi eğitim programlarında resmi bir manevi bakım eğitimi veya kursların bulunmamasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Tüm bu veriler dikkate alındığında hemşirelerin manevi bakıma ilişkin eğitim eksikliği olduğu, manevi bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve gerekli uygulamaların yapılabilmesi için örgün eğitime ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Tambağ ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %89.6'sının, Ercan ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında %53.8'inin, Kavak ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hemşirelerin %50.7'sinin hastanın manevi gereksinimlerine yönelik uygulama yaptığını belirlemiştir (7,13,74). Bakır ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin yarısından fazlasının (%64.1) hastalarına manevi bakım sağladığı tespit edilmiştir (41). Eğlence ve Şimşek (2014) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %59.4'ünün manevi bakım hakkında bilgisi olmasına rağmen hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamadıklarını belirtmişlerdir (75). Literatürde hemşirelerin manevi bakım uygulama oranlarını inceleyen çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlarla karşılaşmıştır. Bu farklılıkların manevi bakım uygulamalarına ilişkin farklı görüşlerin olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda da hemşirelerin manevi bakım uygulamalarına karşı tutumunun 'yararı vardır, yararım' ve kısmen manevi bakım uygulamasını gerçekleştirdiği saptanmıştır. Bu sonucun bizim

örneklememizdeki hemşirelerin de manevi bakım uygulamaları içeriğine hakim olmamaları ile ilişkili olduğu yorumu yapılabilir.

Carson (2011) hemşirelik literatüründe manevi bakımın nasıl sağlanacağına dair rehber eksikliğine vurgu yapmıştır (51). Rushton (2014) da yaptığı sistematik incelemede somut bir maneviyat tanımı ve hemşirenin manevi bakım sağlamadaki rolü için açık bir rehber eksikliğinin olduğunu bildirmiştir (49). Wu ve arkadaşları (2015) da hem rehber eksikliğine, hem de manevi bakım eğitime daha fazla ihtiyaç olduğunu belirtmektedir (20). Atarhim ve arkadaşları (2018), hastalarda bakımın manevi yönünün ihmal edilme nedenleri arasında sağlık hizmeti sağlayıcıları için sınırlı eğitim ve rehber eksikliğinin yer aldığını ifade etmiştir (5). Monareng'in (2013) çalışmasında hemşireler “manevi bakım için rehber ihtiyacım var” yanıtını vermiştir (24). İhtiyaç duyulan rehber ile manevi ihtiyaçların tanınması, ihtiyaca yönelik uygun bakımın gerçekleştirilmesinden önce maneviyatın içeriği ve herkes (sağlık profesyonelleri, hasta ve yakınları) tarafından nasıl ifade edildiğinin ortaya konması sağlanabilecektir. Literatüre benzer şekilde çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu manevi bakım uygulama rehberine ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin yarısı manevi bakım uygulamasından önce onam alınmasının gerektiğini ifade etmiştir. Buna karşın literatürde hastalara manevi bakımı sağlamanın bir anlaşma veya rıza gerektirmediği, ancak inanç sistemi, dini görüş veya uygulama alanlarına dokunan manevi bakım sunuluyorsa gerekli olabileceği bilgisi yer almaktadır (24).

Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu manevi bakımın planlanmasında karar verici sağlık profesyonelinin hemşire ve hekim ile birlikte hemşirenin olduğunu bildirmiştir. Rodin ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında hastanın manevi bakımını sağlama rolünün tıp pratisyenine ait olduğunu bildirmektedir (48).

Literatürde ölüm korkusu yaşayan hastaların manevi bakım gereksinimi olduğuna ilişkin bulgular yer almaktadır. Dedeli ve ark. (2015) araştırmasında kanser hastalarında en sık görülen manevi ihtiyaçların “ölüm ve sorunlarla ölümden önce baş etme” (%100) ve “huzur ve tatmin duygusu hissetme” (%94) olduğu bildirilmiştir (76). Bu çalışmada da

hemşirelerin büyük çoğunluğu ölüm korkusu yaşayan özellikteki hastaların manevi bakım gereksinim önceliği olduğunu bildirmiştir.

Hasta bakımının planlanması ve yürütülmesindeki engeller arasında hemşire, hasta ve kuruma bağlı faktörler sıralanabilir. Çalışmamızda, manevi bakımı sağlamadaki engeller incelendiğinde zaman yetersizliği, personel yetersizliği, bakım odaklı-iş merkezli çalışma, bilgi yetersizliği, mekan yetersizliği, hastanın genel durum bozukluğu ve kurum politikası olarak belirlenmiştir. Ulusal literatürde manevi bakım sağlamanın önündeki engeller arasında zaman kısıtlılığı (13, 41, 75), personel yetersizliği (13,75), yorgunluk (41), hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması (41), maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgi eksikliği (13) yer almaktadır. Uluslararası literatürde ise zaman kısıtlılığı (11,34,48,49), yoğun çalışma programları (77), manevi bakım girişimlerine ilişkin sınırlı rehber (49), manevi bakımla ilgili bilgi eksikliği (11, 30,34,47-49, 77), hemşirelerin manevi bakım vermedeki yetersizlik hissi (11,77), manevi bakım ihtiyaçlarının çeşitliliği ve düşük motivasyon (77), maneviyat ve manevi hemşirelik bakımı kavramlarının yeterince açık olmaması (49,50) hemşirelerin hasta bakımında manevi bakım uygulamalarını gerçekleştirmesinde engel olan durumlar olarak belirtilmektedir. Tüm bu veriler incelendiğinde bizim çalışma bulgumuzu destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Manevi bakımın tüm sağlık profesyonellerinin eğitim müfredatlarına dahil edilmesine ilişkin görüşler olmasına rağmen özellikle hemşireler başta olmak üzere tüm profesyonellerin kavramsal fikir birliğinde ve eğitiminde halen eksiklikler olduğu bilinmektedir (24). Manevi bakımın sağlanması, tüm sağlık profesyonellerinin sorumluluğu olarak kabul edilmelidir. Sağlık profesyonellerinin arasındaki iletişimin açık olması hasta için manevi bakımın kim veya kimler tarafından uygulandığının bilinmesi açısından önemlidir (78). Klinisyenler, yöneticiler, eğitimciler, din adamları ve manevi liderlerle sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliği, uygulama rehberlerinin geliştirilmesine katkıda bulunabilir ve hemşireler tarafından manevi bakımı teşvik edebilir (47, 78). Bu bilgi ışığında çalışmamızda hemşirelerin bildirimlerinde psikolog, sosyal hizmetler uzmanı, psikiyatrist, din görevlisi, meditasyon eğitmeni, yoga eğitmeni ve fizyoterapist manevi bakım uygulamasına destek verebilecek diğer profesyoneller olarak

belirtilmiştir. Manevi bakıma destek verebilecek diğer profesyonellere ilişkin sonuç bildiren araştırmalara rastlanmamıştır.

Wu ve arkadaşları (2015) yatan hastaların manevi bakım ihtiyaçlarını arasında yer alan ilk beş maddenin sırası ile mahremiyet ve itibar için saygı duyulması (%93,3), ilgi görme (%87), yaşamda bir umut edinmede rehberlik (%85,2), iç huzuru bulma (%84,8) ve cesaretlendirilme (%81,9) olduğunu belirtmiştir (20). Çalışmamızda da hemşirelerin çoğunluğunun hasta mahremiyetinin sağlanmasını manevi bakım ile ilişkili bulduğu tespit edilmiştir.

Bir çalışmada (Bakır ve arkadaşları, 2017) terapötik dokunma (%28.3), dinleme (%26.2), psikolojik destek (%23.4), konuşma (%12.4) ve rahatlatmaya (%9.7) yönelik uygulamaların manevi bakım uygulamaları arasında sıralandığı saptamıştır (41). Benzer olarak literatürde hemşirelerin hasta ile konuşma (13,75) ve hastayı dinlemenin manevi bakım uygulaması olarak bildirildiği görülmektedir (30, 13, 75, 79). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hastanın fiziksel, zihinsel ve ruhsal bir bütün olarak ele alınması, hastayla fiziksel temasa geçilmesi, hastanın huzur ve konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi, duygularını ifade etmesinin sağlanması, isteklerinin değerlendirilmesi, sevgi duyduğu varlıklar hakkında konuşulması ve hastanın sevildiğini hissettiği durumların konuşulması manevi bakım ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin hastanın yargılanmaması, ihtiyacı olduğunda yalnız bırakılması, tanı, hastane ortamı, tedavi sürecine uyumunun sağlanması ve benzersiz olduğu bakım ortamının sağlanmasını manevi bakım ile ilişkili bulduğu saptanmıştır. Literatürde de bireysel farklılıkları göz önünde bulundurma, anlamaya çalışmanın da manevi bakım verme ile ilişkili olduğu bilgisi yer almaktadır (13).

Çelik ve ark. (2014) hemşirelerin manevi bakım algılarının yüksek olmasında hastalara yönelik empatik yaklaşımlarda bulunmalarının önemli bir etken olduğunu belirtmişlerdir (10). Çalışmamızda da hemşireler empati kurulması, iletişimin kişiselleştirilmiş manevi bakım hedefleri doğrultusunda yürütülmesi ve hastanın yaşam tarzından kaynaklanan farklılıkların bakıma entegre edilmesini manevi bakım ile ilişkili bulmuştur.

Manevi bakım uygulamaları bütünsel bir bakış açısını yansıtan geniş bir müdahale yelpazesine atıfta bulunur ve hastanın varoluşsal kaygılarına ve aynı zamanda dini yükümlülüklerini yerine getirmesindeki dikkatine değinen eylemleri kapsayabilir (30). Çalışmalarda (76, 80, 81) onkoloji hastalarının dini veya manevi hizmetlere katılabilmesinin de manevi ihtiyaçları arasında olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda da hastanın ihtiyaç duyduğunda dini semboller takmasının desteklenmesi, hastanın dini uygulamalarını yerine getirmesinin sağlanması, hastanın ihtiyaç duyduğunda din görevlilerinden destek almasının sağlanması ve hastanın dini uygulamaları yerine getirirken yanında bulunulmasının hemşireler tarafından manevi bakım ile ilişkili bulunduğu saptanmıştır.

Literatürde, hastaların hayatın anlam ve amacını bulmaya yönelik manevi bakım gereksinimlerinin olduğu bildirilmektedir (76, 80, 82). Yapılan bir çalışmada hastalara yaşamın anlamı sorulduğunda sağlık, yaşam, huzur, aile ve çocuklar yanıtları verilmiştir. Aynı çalışmada aile, eş ve çocuk hayatlarındaki en önemli kişiler olarak tanımlanmıştır (81). Çalışmamızda da, hemşireler hastaların yaşam amaçları hakkında konuşulmasını (%79.6), aynı süreci paylaşan diğer hastalarla manevi destek gruplarının oluşturulmasını (%82.9), tedavi ve bakım dışında hasta ile zaman geçirilmesini (%71.8) ve sevdiği kişilerle iletişime geçmesinin sağlanmasını (%87.8) manevi bakım ile ilişkili bulunduğunu ifade etmiştir.

Bu çalışmada manevi bakım rehberine ihtiyaç duyan hemşirelerin manevi bakıma yönelik önermelere çoğunluğunun katıldığı saptanmış olup, istatistiksel olarak incelendiğinde ise “hastanın tanı, hastane ortamı, tedavi sürecine uyumunun sağlanması”, “hastanın konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi” ve “hastanın yaşam tarzından kaynaklanan farklılıkların bakıma entegre edilmesi” önermelerinde anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Literatürde manevi bakım rehberine gereksinim ve manevi bakım önermelerinin ilişkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır.

5.2. Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Minimum-Maksimum Puan Ortalamalarının Dağılımının Tartışılması

Literatürde maneviyat algısı ile manevi bakım arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (5, 17). Bu bağlamda, hemşirelerin manevi bakım algılarının yüksek olması ile uygulamalarına manevi bakım girişimlerini dahil etme oranlarının daha yüksek olacağı yorumu yapılmaktadır (5, 17). Tambağ ve arkadaşları (2018) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları yoğun bakım ünitelerine göre manevi destek algı düzeylerinde anlamlı farklılık bulmuştur. Aynı zamanda, araştırmaya katılan hemşirelerin manevi destek algı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (7). Literatürde hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin yüksek (13), orta (1,10,46) olduğunu bildiren çalışma bulgularına rastlanmıştır. Çalışmamızda hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği yetki alt boyut puan ortalamasının yüksek, özerklik alt boyut puan ortalaması orta, yetkinin önemi alt boyut puan ortalaması yüksek ve özerkliğin önemi alt boyut puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Shohani ve ark. (2018) çalışmasında hemşirelerin özerklik puan ortalaması yüksek seviyede, Yetim ve Beydağ'ın çalışmasında orta seviyede bulunmuştur (85,87). Bıkmaz ve Yıldırım (2016) tez çalışmasında da hemşirelerin genel yetkinlik puanının çok iyi düzeyde olduğunu saptamıştır (89).

Farklı ölçekler kullanılarak yapılmış çalışmalarda da Tosun ve arkadaşlarının (2014) sorumlu hemşireler, Külekçi ve arkadaşlarının (2015) cerrahi klinik hemşireleri, Malak ve Üstün 'nün (2011) de klinik hemşireler ile yaptıkları çalışmalarda otonomi puanları yüksek belirlenmiştir (90,91,92). Akçay Didişen ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında pediatri hemşirelerinde orta, Saraçoğlu (2011)'nin tez çalışmasında da hemşirelerin orta düzeyde otonom oldukları görülmektedir (93,94).

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine ve Manevi Bakım ile İlgili Görüşlerine Göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği her dört alt boyutunda da puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatürde de çalışmamıza benzer şekilde, hemşirelerin cinsiyetinin manevi destek algı düzeylerini istatistiksel olarak etkilemediğine ilişkin bulgulara rastlanmaktadır (2, 7, 9, 15, 83). Yapılan bazı araştırmalarda ise kadın hemşirelerin erkeklere oranla manevi destek algısı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (1, 84). Bulgulardaki farklılığın araştırmaların yürütüldüğü örneklemin kültürel özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde cinsiyet ile Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (39). Shohani ve ark. (2018) çalışmasında da cinsiyet ile özerklik arasında istatistiksel farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (84).

Yaş, hemşirelerin Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği alt puan dağılımında istatistiksel olarak fark yaratmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde yapılan bir çalışmada da yaş ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (39). Hemşirelerin yaşa göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanları arasında istatistiksel farklılık görülmüş olup ($p<0.05$), farkın 30-34 yaş arasındaki hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır. İşbilen Esendir ve Kaplan (2018) çalışmasında, 26-32 yaş grubunun Manevi Destek Algısı düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (83). Buna karşın yapılan bazı araştırmalarda ise hemşirelerin yaşının manevi destek algı düzeyini etkilemediği görülmüştür (1,2,7,9,10,84). Bu bulguların da yine örneklem özelliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanları arasında farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Manevi destek algısının incelendiği bazı araştırmalarda araştırmamıza benzer şekilde hemşirelerin eğitim durumunun manevi destek algısı düzeylerini etkilemediği görülmüştür (1,2,7,83,84). Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puanları karşılaştırıldığında puan

ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Literatürde hemşirelerin eğitim durumlarının özerklik düzeylerini etkilemediğini bildiren bulgulara rastlanmaktadır (86,87). Başaran'ın (2016) çalışmasında da eğitim durumunun hemşirelerin Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan dağılımında istatistiksel olarak fark yaratmadığı belirlenmiştir (39). Shohani ve ark. (2018) çalışmasında hemşirelerin özerklik puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (85).

Hemşirelerin çalışma sürelerine göre Manevi Destek Algısı ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde yapılan bazı araştırmalarda hemşirelerin hizmet süreleri manevi destek algısı düzeyini etkilememiştir (1,2,7,9,83). İşbilen Esendir ve Kaplan'ın (2018) çalışmasında ise 6-10 yıl mesleki deneyime sahip sağlık çalışanlarının manevi destek algı düzeyleri en yüksek düzeyde bulunmuş, mesleki deneyim arttıkça manevi destek algısının azaldığı görülmüştür (83). Özbaşaran ve ark. (2011) çalışmasında mesleki deneyim ile maneviyat ve manevi bakım arasında anlamlı bir farklılık olduğu farkın 10 yıl altında deneyimli hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır (22).

Hemşirelerin çalışma süreleri ile Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, ölçeğin özerklik alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), farkın 6-10 yıl hizmet süresine sahip hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır. Buna karşın Başaran'ın (2016) çalışmasında çalışma süresinin hemşirelerin Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan dağılımında istatistiksel olarak fark yaratmadığı belirlenmiştir (39). Bu literatür bilgisine benzer şekilde Yetim ve Beydağ'ın çalışmasında da hemşirelerin çalışma süresi ile özerklik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir (87). Yapılan bir başka çalışmada ise çalışma süresi ile özerklik arasında anlamlı fark olmamakla birlikte 15-20 yıl arası deneyime sahip hemşireler dışındakilerin özerklik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (86).

Hemşirelerin çalıştığı bölüme göre Manevi Destek Algısı ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatürde de bizim bulgumuz ile benzer şekilde, hemşirelerin çalıştığı bölüm ile maneviyat puan ortalaması

ilişkisinin olmadığını bildiren sonuçlar görülmektedir (10,84). Tambağ ve ark. (2018) ise çalışmasında dahiliye yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin manevi destek algı düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır (7). Özbaşaran ve ark. (2011) çalışmasında pediatri ve psikiyatri bölümlerinde çalışan hemşirelerin diğer bölümlere göre maneviyat ve manevi bakım algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (22). Hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer olarak Yetim ve Beydağ'ın (2015) çalışmasında da hemşirelerin çalıştıkları kliniklerin otonomi düzeylerinde farklılık yaratmamış, ancak dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin otonomi düzeylerinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (87). Manal İbrahim (2014) çalışmasında da hemşirelerin özerklik düzeyleri ile çalıştığı bölüm arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin puanı daha yüksek saptanmıştır (86). Çalışmamızda da onkoloji biriminde çalışan hemşirelerin özerklik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun, onkoloji birimlerinin hasta profili, bu profil kapsamında hemşirelerin bakım planlama-uygulamadaki sorumlulukları ve birimin kültürü ile ilişkili olarak yetki ve özerkliğin de yüksek olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin manevi bakım bilgilerini yeterli bulma durumlarına göre Manevi Destek Algısı ölçek puan ortalaması ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği yetki, özerklik, yetkinin önemi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ($p>0.05$) olup, ölçeğin özerkliğin önemi alt boyut puanları arasında farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Manevi bakım bilgilerinin yeterli olmadığını ifade eden hemşirelerin özerkliğin önemi puanının, diğer grupların puanından yüksek olduğu görülmüştür. Bilgi kişilerde farkındalık ve algıda olumlu etkiye neden olmaktadır. Bu durum da özerkliği geliştirici niteliktedir (39). Literatürde yeterli bilgi sahibi olma özerk olmanın öncül gerekliliği olarak bildirilmektedir (39). Hemşireliğin özerk rollerinde görülen artış, mesleğin yeki, uygulama olanakları ve bilimsel bilgi birikimindeki artışın bir göstergesi olabilmektedir (88). Karar vermek için bilgi kullanmanın önemi çalışmalarda bildirilmiştir (39). Tüm bu bilgilerin, çalışma bulgumuzun desteklendiği düşünülmektedir. Tüm bu bilgilerin, özerklik puanı yüksek olan hemşirelerin mevcut manevi bakım bilgilerini yeterli bulmamasını açıkladığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin manevi bakım ile ilgili eğitim alma durumuna göre Manevi Destek Algısı ölçek puan ortalaması ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Manevi bakım eğitimi özelinde olmaksızın genel olarak bir konuda eğitim almak hemşirelerin farkındalığını, bilgi düzeyini ve karar verme gücünü arttırmaktadır. Bu kapsamda da hemşirelerin yetkinliği artmakta, karar vericiliği güçlenmekte ve bu da özerkliği geliştirici olmaktadır.

Hemşirelerin çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumuna göre Manevi Destek Algısı ölçek puan ortalaması ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeğinin yetki, özerklik, yetkinin önemi alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak ölçeğin özerkliğin önemi alt boyut puan ortalamaları arasında farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu olmayan hemşirelerin özerkliğin önemi puanı diğer gruplardan yüksektir. Bu grupta yer alan hemşirelerin manevi bakım uygulamasını planlayıp-uygulayacakları hasta ile karşılaşmamış olması ile ilişkili bir sonuç olabileceği düşünülmektedir. Ancak, özerkliğin önemi puanının yüksek olması, uygun hasta profili karşısında bu bakımı da değerlendirip karar verebileceklerini düşündürmektedir.

Hemşirelerin manevi bakım uygulamalarına karşı tutum durumuna göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanları arasında farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Manevi bakım uygulamalarına karşı tutuma yönelik “Yararı Var, Uygularım” ifadesine katılan hemşirelerin oranı daha yüksektir. Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği özerklik alt boyutu puan ortalamaları arasında farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Ancak ölçeğin yetki, yetkinin önemi, özerkliğin önemi alt boyut puanları arasında farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Manevi bakım uygulamalarına karşı “Yararı Var, Uygularım” tutumunda olan hemşirelerin puan ortalamaları daha yüksektir. Bu bulgunun hemşirelerin manevi bakım uygulamasına ilişkin kendilerini yetkin ve özerk olarak değerlendirmeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin rehber ihtiyacı duyma durumuna göre Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği her dört alt boyutunda da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemişken ($p>0.05$), rehber ihtiyacı duyan hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgu uygulama alanlarında rehber ihtiyacı olan

hemşirelerin manevi destek algısının yüksek, manevi destek algısı yüksek olan hemşirelerin de uygulamalarında standardizasyonu sağlayabilmek için rehber ihtiyacı olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin manevi bakımda karar verici sağlık profesyoneline ilişkin görüşlerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Manevi bakımda karar verici sağlık profesyoneli “hemşiredir” diyenlerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puanları diğer gruplara göre yüksektir. Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği özerklik alt boyutu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Manevi bakımda karar verici sağlık profesyoneli “hemşiredir” diyenlerin özerklik puanları diğer gruplara göre düşüktür. Shohani ve ark. (2018) yaptığı çalışmada hasta bakımına yönelik karar verme (%78.7) oranı yüksek olan hemşirelerin özerklik puanının da yüksek olduğu bildirilmiştir (85). Bu durumun da bizim çalışmamızdaki manevi bakıma karar verme yetki ve özerklik ilişkisini destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

5.4. Hemşirelerin Tanımlayıcı Verileri, Manevi Bakım ile İlgili Görüşleri, Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Arasındaki İlişki Düzeylerinin Tartışılması

Hemşirelerin Manevi Destek Algısı puanları ile rehber ihtiyacı duyma, manevi bakım uygulamalarına karşı tutum ve çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu arasında doğru orantılı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yetki alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutum arasında orta düzeyde, özerklik alt boyut puanları ile çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu arasında düşük düzeyde, yetkinin önemi alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutum arasında orta düzeyde doğru orantılı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Özerkliğin önemi alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutum arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki olduğu ($p<0.05$), ancak özerkliğin önemi puanları ile çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu arasındaki ilişkinin ise ters orantılı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Yetki kişinin ya da bir grubun yasal güç ve bağımsızlığa sahip olduğu anlamına gelir (95). Hasta bakım sorumluluğunu alacak yetki ve özerkliğe sahip olmanın olgun bir mesleğin başlıca niteliği olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda hasta bakımını planlama ve uygulamanın primer sorumlusu hemşiredir. Bakımın ayrılmaz bir parçası olan manevi bakımın da planlanması hemşirenin yetki ve özerkliği ile ilişkili bir kavram olarak düşünülmektedir. Bu çalışma bulgularımızda da hemşirelerin Manevi Destek Algısı puanları ile rehber ihtiyacı duyma, manevi bakım uygulamalarına karşı tutum ve çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumunun, yetki alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutumun, özerklik alt boyut puanları ile çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumunun, yetkinin önemi alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutumun doğru orantılı olması bu bilgiler dahilinde önemli bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Van den Broeck ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında beceri kullanımının daha çok yetkinlik ve daha fazla otonomi ile güçlü bir ilişki içerisinde olduğu belirtilmektedir (96). Bıkmaz (2016) tez çalışmasında da hemşirelerin otonomi düzeyinin yetkilik ile istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ($p<0.05$) bir ilişkiye sahip olduğu belirlenmiş, özerk kişilik özelliğinin yetkinliğin anlamlı bir yordayıcısı olduğu söyleneştir (89).

Ballou (1998) otonomi kavramının yapı taşlarında; karar verme, öz-yönetim, özgürlük, yetkinlik ve öz-kontrolün bulunduğunu belirtmektedir (97). Lakanmaa ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, hemşirelik bakımındaki otonomun hemşirelerin temel yetkinlik düzeyini belirleyen en güçlü faktör olduğu belirtilmektedir (98).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

- Hemşirelerin yarısından çoğunun manevi bakım bilgilerini kısmen yeterli bulduğu,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun manevi bakım ile ilgili eğitim almadığı,
- Hemşirelerin çoğunluğunun manevi bakım ile ilgili rehber ihtiyacı duyduğu,
- Hemşirelere göre en öncelikli manevi bakım gereksinimi olan hasta gruplarının ölüm korkusu duyan ve vücut bütünlüğünü bozucu uygulamalara maruz kalan hastaların olduğu,
- “Hastanın tanı, hastane ortamı, tedavi sürecine uyumunun sağlanması”, “konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi” ve “yaşam tarzından kaynaklanan farklılıkların bakıma entegre edilmesi” manevi bakımdır diyen hemşirelerin rehber ihtiyacı yüksek olan hemşireler olduğu,
- Hemşirelerin cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, çalışma sürelerine, çalıştığı bölümlere, bölümde çalışma sürelerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel fark olmadığı,
- Hemşirelerin manevi bakım ile ilgili eğitim alma, manevi bakım bilgilerini yeterli bulma, manevi bakım uygulamalarına karşı tutum durumlarına ve çalıştığı birimlerde manevi bakım uygulama durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalamalarının farklılık gösterdiği,
- Yaşa göre, 30-34 yaş arasındaki hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalamalarının yüksek olduğu,
- 6-10 yıl çalışma süresine sahip hemşirelerin özerklik puanlarının diğer grupların özerklik puanlarından daha düşük olduğu,
- Manevi bakım bilgilerinin yeterli olmadığını ifade eden hemşirelerin özerkliğin önemi puanının diğer gruplardan yüksek olduğu,
- Çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu olmayan hemşirelerin özerkliğin önemi puanının diğer gruplardan yüksek olduğu,

- Manevi bakım uygulamalarına karşı tutuma yönelik “Yararı Var, Uygularım” ifadesine katılan hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği, yetki, yetkinin önemi, özerkliğin önemi oranının daha yüksek olduğu.
- Rehber ihtiyaç duyan hemşirelerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu,
- Manevi bakımda karar verici sağlık profesyoneli “hemşiredir” diyenlerin Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarının diğer gruplara göre yüksek, özerklik puanlarının ise diğer gruplara göre düşük olduğu,
- Hemşirelerin Manevi Destek Algısı puanları ile rehber ihtiyaç duyma, manevi bakım uygulamalarına karşı tutum ve çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki olduğu,
- Yetki puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutum arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu,
- Özerklik alt boyut puanları ile çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki olduğu,
- Yetkinin önemi alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutum arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki olduğu,
- Özerkliğin önemi alt boyut puanları ile manevi bakım uygulamalarına karşı tutum arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki olduğu,
- Özerkliğin önemi puanları ile çalıştığı birimde manevi bakım uygulama durumu arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur.

6.2 Öneriler

- Manevi bakım konularının müfredata entegre edilmesi,
- Hizmet içi eğitimler, manevi bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamaları hakkında bilgilendirmelerin yapılması,
- Rehberlerin ulusal ve uluslararası örgütlerce geliştirilmesi ve bu rehberlerin kültüre göre özelleştirilmesinin sağlanması,
- Engellerin ortadan kaldırılması için kurum politikaları oluşturulmasıdır.
- Hemşirelerin mesleki özerklik algılarının güçlendirilmesi
- Hemşirelerin özerkliği uygulamalarına yansıtılabilmelerinin desteklenmesi,
- Karar alma mekanizmalarında hemşirelere yer verilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Macit M. ve Karaman M. Hemşirelerde Manevi Destek Algısının İncelenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2019; 10(3).
2. Selvi Y. Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları, Manevi Destek Algıları ve Bunlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Nevşehir: Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 2019.
3. Uzelli Yılmaz D, Yılmaz D, Karaman D, Çalışkan, S. Hemşirelerin Manevi Destek Algıları ve İlişkili Faktörler. JAREN. 2019; 5(3): 188-193.
4. Abell C H, Garrett-Wright D, Abell C E. Nurses' Perceptions Of Competence In Providing Spiritual Care. Journal Of Holistic Nursing. 2018; 36(1): 33-37.
5. Atarhim M A, Lee S, Copnell B. An Exploratory Study Of Spirituality And Spiritual Care Among Malaysian Nurses. J Relig Health. 2018; 58: 180-194.
6. Herlianita, R, Yen M, Chen C, Fetzer S, Ching- Lan Lin E. Perception Of Spirituality And Spiritual Care Among Muslim Nurses In Indonesia. J Relig Health. 2018; 57: 762-773.
7. Tambağ H, Mansuroğlu S, Yıldırım G. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Manevi Destek Algılarının Belirlenmesi: Bir Pilot Çalışma. J Contemp Med. 2018; 8(2): 159-164.
8. Pour H A, Özvurmaz S, Kunter D. Hemşirelik ve Ebelik İntörn Öğrencilerinde Manevi Bakıma Yönelik Algı ve Uygulama Modelinin Değerlendirilmesi. J Contemp Med. 2017; 7(3): 225-233.
9. Kavas E, Kavas N. Hastalarda Manevi Bakım İhtiyacı Konusunda Doktor, Ebe ve Hemşirelerin Manevi Destek Algısının Belirlenmesi: Denizli Örneği. Turkish Studies. 2015; 10(14): 449-460.
10. Sis Çelik A, Özdemir F, Durmaz H. Pasinlioğlu T. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 1-12.
11. Wong K F, Yau S Y. Nurses' Experiences In Spirituality And Spiritual Care In Hong Kong. Applied Nursing Research. 2010; 23: 242-244.
12. Kavas E, Kavas N. Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenilirliği. Turkish Studies. 2014; 9(2): 905-915.
13. Ercan F, Körpe G, Demir S. Bir Üniversite Hastanesinde Yataklı Servislerde Çalışan Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları. GMJ. 2018; 29: 17-22.
14. Cheng Q, Liu X, Li X, Wang Y, Mao T, Chen Y. Improving Spiritual Well-Being Among Cancer Patients: Implications For Clinical Care. Supportive Care in Cancer. 2019; 27: 3403–3409.

15. Erenoğlu R, Can R. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Manevi Destek Algıları ve Etkileyen Faktörler. JAREN. 2019; 5(1): 23-30.
16. Young W C, Nadarajah S R, Skeath P R, Berger A M. Spirituality In The Context Of Life-Threatening Illness And Life-Transforming Change. Pallative And Supportive Care. 2015; 13: 653-660.
17. Chan M F. Factors Affecting Nursing Staff In Practising Spiritual Care. Journal Of Clinical Nursing. 2009; 19: 2128-2136.
18. Kaddourah B, Abu-Shaheen A, Al-Tannir M. Nurses' Perceptions Of Spirituality and Spiritual Care At Five Tertiary Care Hospitals In Riyadh Saudi Arabia: A Cross – Sectional Study. Omann Medical Journal. 2018; 33(2): 154-158.
19. Wu L, Lin L. Explarotion Of Clinical Nurses' Perceptions Of Spirituality And Spiritual Care. Journal Of Nursing Reserach. 2011; 19(4): 250-256.
20. Wu L, Koo M, Tseng H, Liao Y, Chen Y. Concordance Between Nurses' Perceptions Of Their Ability To Provide Spiritual Care And The Identified Spiritual Needs Of Hospitalized Patients: A Cross-Sectional Observational Study. Nursing And Health Sciences. 2015; 17: 426-433.
21. Burkhart L, Hogan N. An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice. Qualitative Health Research. 2008; 18 (7): 928-938.
22. Özbaşaran F, Ergül Ş, Bayık Temel A, Gürol Arslan G, Çoban A. Turkish Nurses' Perceptions Of Spirituality And Spiritual Care. Journal Of Clinical Nursing. 2011; 20: 3102-3110.
23. Carr T. Mapping The Processes And Qualites Of Spiritual Nursing Care. Qualitative Health Rearch. 2008; 18(5): 686-700.
24. Monareng L V. An Exploration Of How Spiritual Nursing Care Is Applied In Clinical Nursing Prattice. Health Sa Gesondheid. 2013; 18(1): 1-8.
25. Chen C S, Chan S W, Chan M F, Yap S F, Wang W, Kowitlawakul Y. Nurses' Perceptions Of Psychosocial Care And Barriers To Its Provision: A Qualitative Study. The Journal Of Nursing Rearch. 2017; 25(6): 411-418.
26. Saunders M M, Harris K, L Hale D. Perceptions' Of Spiritual Care. JCN. 2017; 34(3): 176-181.
27. Hefti R, Esperandio M R G. The Interdisciplinary Spiritual Care Model: A Holistic Approach To Patient Care. Horizonte. 2016; 14(4): 13-47.
28. Paslı Gürdoğan E, Kurt D, Aksoy B, Kınıcı E, Şen A. Nurses' Perceptions Of Spiritual Care And Attitudes Toward The Principles Of Dying With Dignity: A Sample From Turkey. Death Studies. 2017; 41(3): 180-187.
29. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad, A. Catalysts Of Spiritual Care Delivery: A Content Analysis. Iran Red Crescent Med J. 2016; 18(3): 1-6.

30. Delgado C. Nurses' Spiritual Care Practices: Becoming Less. JCN. 2015; 32(2): 116-122.
31. Ross L, Mesherry W, Giske T, Leeuwen R, Schep-Akkerman A, Koslander T ve ark. Nursing and Midwifery Student's Perceptions of Spirituality, Spiritual Care And Spiritual Care Competency: A Prospective, Longitudinal, Correlational European Study. Nurse Education Today. 2018; 67: 64-71.
32. Selman L E, Brington L J, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P ve ark. Patients' and Caregivers' Needs, Experiences, Preferences and Research Priorities In Spiritual Care: A Focus Group Study Across Nine Countries. Palliative Medicine. 2018; 32(1): 216-230.
33. Balboni T A, Paulk M E, Balboni M J, Phelps A C, Loggers E T, Wright A A ve ark. Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death. Journal Of Clinical Oncology. 2010; 28:3: 445-452.
34. Sanders L, Kopsis S, Moen C, Pobanz A, Volk F. Perceptions Of Spirituality And Spiritual Care In Religious Nurses. JCN. 2016; 33(4): 214-219.
35. Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. Spirituality And Spiritual Care: A Descriptive Survey Of Nursing Practices In Turkey. Contemporary Nurse. 2016; 52(4): 454-461.
36. Duran A. Yoğun Bakım Kliniklerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Spiritüallite ile İlgili Bilgi ve Tutumları. [Doktora tezi]. Nevşehir: Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 2019.
37. Abu El Noor N. ICU Nurses' Perceptions and Practice of spiritual Care At The End of Life: Implications For Policy Change. OJIN. 2016; 21(1): 6.
38. Blanchfield K C, Biordi D L. Power in Practice: A Study of Nursing Authority and Autonomy. Nursing Administration Quarterly. 1996; 20(3): 42-49.
39. Başaran S. Hemşirelerin Mesleki Özerkliği Algılama Ve Uygulamalarına Yansıtılabilir Durumlarının İncelenmesi [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
40. Başaran S, Dinç L. Turkish Adaptation and Psychometric Characteristics Of The Nursing Authority And Autonomy Scale. Journal of Nursing Management. 2018; 1-9.
41. Bakır E, Samancıoğlu S, Parlar Kılıç S. Spiritual Experiences Of Muslim Critical Care Nurses, J Relig Health. 2017; 56: 2118-2128.
42. Connerton C S, Moe C S. The Essence of Spiritual Care. Creative Nursing. 2018; 24 (1): 36-41.
43. Acar G. Onkoloji Hastalarının Manevi Bakım Gereksinimleri İle Onkoloji Hemşirelerinin Manevi Bakım Yeterliliklerinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

44. Melhem G A B, Zeilani R S, Zaqqout O A, Aljwad A I, Shawagfeh M Q, Al-Rahim M A. Nurses' Perceptions Of Spirituality And Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors In Jordon. *Indian Journal Of Pallative Care*. 2018; 22(1): 42-49.
45. Castello M. Nurses' Self-Identified Characteritics And Behaviors Contributing To Patients' Positive Perceptions Of Their Nursing Care. *JHN*. 2017; 35(1): 62-66.
46. Ebrahimi H, Areshtanab H N, Jafarabadi M A, Khanmiri S G. Health Care Providers' Perceptions Of Their Competence In Providing Spiritual Care for Patients. *Indian Journal of Pallative Care*. 2017; 23(1): 57-61.
47. Chew B, Tiew L H, Creedy D K. Acute Care Nurses' Perceptions Of Spirituality And Spiritual Care: An Exploratory Study In Singapore. *JCN*. 2016; 25: 2520-2527.
48. Rodin D, Balboni M, Mitchell C, Smith P T, VanderWeele T J, Balboni T A. Whose Role? Oncology Practitioners' Perceptions Of Their Role In Providing Spiritual Care To Advanced Cancer Patients. *Support Care Cancer*. 2015; 23: 2543-2550.
49. Rushton L. What Are The Barriers To Spiritual Care In A Hospital Setting? *BJN*. 2014; 23(7): 370-374.
50. Monareng L V. Spiritual Nursing Care: A Concept Analysis. *Curationis*. 2012; 35(1): 1-9.
51. Carson V B. What is the essence of spiritual care. *JCN*. 2011; 28(3): 173.
52. World Health Organization (WHO). Mental Health: Strengthening Our Response [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 04.04.2022]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
53. McSherry W, Cash K. The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*. 2004; 41: 151-161.
54. Farahani A S, Rassouli M, Salmani N, Mojen L K, Sajjadi M, Heidarzadeh M, Masoudifar Z, Khademi F. Evaluation of Health-Care Providers' Perception of Spiritual Care and the Obstacles to Its Implementation. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2019; 6 (2): 122-129.
55. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Gomis C, Barbero J. Development and Validation of a New Tool for the Assessment and Spiritual Care of Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014; 47(6): 1008-1018.
56. Canfield C, Taylor D, Nagy K, Strauser C, VanKerkhove K, Wills S ve ark. Critical Care Nurses Perceived Need for Guidance in Addressing Spirituality in Critically Ill Patients. *AJCC*. 2016; 25(3): 206-2011.

57. Türk Dil Kurumu (TDK). Yetkinlik [İnternet]. [Erişim Tarihi 04.04.2022]. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
58. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R. Nurse Competence Scale: A Systematic And Psychometric Review. JAN. 2016; 73(5): 1035-1050.
59. Zhi H. Essential Professional core competencies for nurses. Article in Chinese 2010; 57(5): 12-7.
60. Safadi R, Jaradeh M, Bandak A, Froelicher E. Competence Assessment Of Nursing Graduates Of Jordanian Universities. Nursing and Health Sciences. 2010; 12: 147–154.
61. Çalışkan İ. Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Yetkinliklerinin Belirlenmesi [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
62. Türk Dil Kurumu (TDK). Özerklik [İnternet]. [Erişim Tarihi 04.04.2022]. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
63. Göçmen Baykara Z, Şahinoğlu S. Hemşirelikte Mesleki Özerklik Kavramının İncelenmesi, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16(3): 176-181.
64. Tarhan M, Yıldırım A. A Scale Development Study: Nursing Competency Perception Scale. JERN. 2022; 19(1): 17-25.
65. Hemşirelik Kanunu. [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi: 04.04.2022]. Erişim Adresi: <https://teftis.saglik.gov.tr/TR-7747/hemsirelik-kanunu.html>
66. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. [İnternet]. 2007 [Erişim Tarihi: 04.04.2022] Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>
67. Hemşirelik Yönetmeliği. [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi: 04.04.2022] Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10533/hemsirelik-yonetmeliği.html>
68. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi: 04.04.2022] Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliğinde-değişiklik-yapilmasına-dair-yonetmelik.html>
69. Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi (TYYÇ). [İnternet]. 2010 [Erişim Tarihi: 04.04.2022] Erişim adresi: <http://tyyc.yok.gov.tr/?pid=20>
70. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP). [İnternet]. [Erişim Tarihi: 04.04.2022] Erişim Adresi: https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/hemsirelik_cekirdek_egitim_programi.pdf

71. Amini K, Negarandeh R, Ramezani-Badr F, Moosaeifard M, Fallah R. Nurses' Autonomy Level İn Teaching Hospitals And Its Relationship With The Underlying Factors. *International Journal of Nursing Practice*. 2015; 21: 52–59.
72. Göçmen Baykara Z, Şahinoğlu S. An evaluation of nurses' professional autonomy in Turkey. *Nursing Ethics*. 2014; 21(4): 447–460.
73. Traynor M M Boland, Buus N. Professional Autonomy İn 21st Century Healthcare: Nurses' Accounts Of Clinical Decision-Making. *Social Science & Medicine*. 2010; 71(8): 1506-1512.
74. Kavak F, Mankan T, Polat H, Çıtlık Sarıtaş, S, Sarıtaş S. Hemşirelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(1): 21-24.
75. Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 5(1): 48-53.
76. Dedeli Ö, Yıldız E, Yüksel Ş. Assessing The Spiritual Needs And Practices Of Oncology Patients İn Turkey. *Holistic Nursing Practice*. 2015; 29(2): 103–113.
77. Kiaei Z, Salehi A, Nasrabadi A., Whitehead D, Azmal M, Kalhor R, Bahrami E. Spirituality And Spiritual Care In Iran: Nurses' Perceptions And Barriers. *International Council of Nurses*. 2015; 62: 584-592.
78. Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P. An EAPC White Paper On Multi-Disciplinary Education For Spiritual Care In Palliative Care. *BMC Palliative Care*. 2020; 19(9): 1-10.
79. Irmak H. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamaları, Algıları ve Yeterlilikleri Arasındaki İlişki [Yüksek lisans tezi]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
80. Yazgan E Ö. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
81. Kiyancicek Z, Caydam Dedeli. Spiritual Needs And Practices Among Family Caregivers Of Patients With Cancer. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2017;30 (6):628-634.
82. Devi M K, Fong K C K. Spiritual Experiences of Women with Breast Cancer in Singapore: a Qualitative Study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019; 6: 145-50.
83. İşbilen Esendir N, Kaplan H. Sağlık Çalışanlarının Maneviyat Ve Manevi Destek Algısı: İstanbul Örneği. *EKEV Akademi Dergisi*. 2018; 22(73): 317-332.
84. Genç Y, Durğun A. Manevi Bakımın Gerekliliği Ve Bakım Hizmeti Veren Meslek Elemanlarının Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. *Turkish Studies*. 2018; 13(9): 45-66.

85. Shohani M, Rasouli M, Sahebi A. The Level of Professional Autonomy in Iranian Nurses. JCDR. 2018; 12(5): 1-4.
86. Ibrahim M M, El-Magd M H A, Sayed H Y. Nurse's psychological empowerment and perceived autonomy in university and teaching hospitals at Menofia Governorate/Egypt. Journal of Nursing Education and Practice. 2014; 4(9): 59-68.
87. Yetim S, Beydağ K D. Nazilli Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Otonomileri ve Etkileyen Faktörler. Journal of Health and Nursing Management. 2015; 2(2): 63-69.
88. Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik Roller ve Özerklik. HEMAR-G. 2012; 14(3): 66-74.
89. Bıkmaz Z. Öğrenci ve Mezun Hemşirelerin Yetkinlik Algıları İle Otonomi Ve Eleştirel Düşünme Eğilimleri Arasındaki İlişki [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
90. Tosun Ö, Bayat M, Erdem E, Korkmaz Z, Avcı Ö. Klinik Sorumlu Hemşirelerin Sosyotropi Otonomi Kişilik Özellikleri. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 23(2): 99-103.
91. Külekçi E, Karaman Özlü Z, Özer N. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sosyotropik Ve Otonomik Kişilik Özelliklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015; 18(2): 79-86.
92. Malak B, Üstün B. Hemşirelerin Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011; 1-16.
93. Akçay Didişen N, Özalp Gerçek G, Bahire Bolışık Z, Zümrüt Başbakkal D, Gürkan A. Pediatri Hemşirelerinin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi. 2015; 5(1): 14-21.
94. Saraçoğlu E. Hemşirelerin Mesleki Otonomi ve Profesyonel Uygulamalarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
95. Burkhardt M, Nathaniel A. Çağdaş Hemşirelikte Etik. 3. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.
96. Broeck A V, Vansteenkiste M, Witte H, Soenens B, Lens W. Capturing Autonomy, Competence, And Relatedness At Work: Construction And Initial Validation Of The Work-Related Basic Need Satisfaction Scale. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 2010; 83: 981-1002.
97. Ballou K A. A Concept Analysis Of Autonomy. Journal of Professional Nursing. 1998;14 (2): 102-110.

98. Lakanmaa, R L, Suominen T, Ritmala-Castrén M, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Basic competence of intensive care unit nurses: cross-sectional survey study. *BioMed Research International*. 2015; ID 536724: 1-12.
99. Polit D, Beck Tatano C. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing and Health*. 2006; 29: 489–497.



8. EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Bilgiler Formu

Bölüm 1: Tanıtıcı Özellikler

1. **Yaşınız:**
2. **Cinsiyetiniz: () K () E**
3. **Mezun olduğunuz okul:**
 - () Sağlık meslek lisesi
 - () Önlisans
 - () Lisans
 - () Lisansüstü
4. **Bulunduğunuz kurumda çalışma süreniz: Ay/Yıl**
5. **Çalıştığınız birim:**
 - () Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi
 - () Onkoloji Birimi
 - () Palyatif Birimi

Bölüm 2: Manevi Bakıma ve Görüşlere Yönelik Sorular

6. **Manevi bakım bilginizi yeterli buluyor musunuz?**
 - () Evet
 - () Hayır
 - () Kısmen
7. **Manevi bakım ve uygulamaları ile ilgili hiç eğitim aldınız mı?**
 - () Evet
 - () Hayır
8. **Çalıştığınız birimde manevi bakım uygulanıyor mu?**
 - () Evet
 - () Hayır
 - () Kısmen

9. Manevi bakım uygulamalarına karşı tutumunuz nedir?

- () Yararı yoktur, uygulamam.
- () Görmezden gelirim.
- () Sakıncası yoktur, desteklerim.
- () Yararı vardır, uygularım.

10. Manevi bakım uygulamalarına ilişkin geliştirilmiş kılavuz/ rehberlere ihtiyaç duyduğunuzu düşünüyor musunuz?

- () İhtiyaç duyarım
- () İhtiyaç duymam
- () Kararsızım

11. Aşağıda manevi bakım almaya ihtiyaç duyabilecek hasta özellikleri verilmiştir. Bu özellikler doğrultusunda manevi bakım gereksinimi önceliği açısından 1: önceliksiz, 5: en öncelikli şeklinde dereceliyiniz.

Hasta özellikleri	1	2	3	4	5
Ajite hasta					
Öfkeli hasta					
Konfüze hasta					
Ağlayan hasta					
Yalnız hisseden hasta					
Korku duyan hasta					
Ölüm korkusu yaşayan hasta					
Gerçeklerden kaçan hasta (inkar eden hasta)					
Pazarlık dönemindeki hasta					
Depresyonda olan hasta					
Sürekli istekte bulunan hasta					
Tedaviyi kabul etmeyen hasta					
Mahremiyet isteyen hasta					
Suskun - içine kapanık hasta					

Güvende hissetmeyen hasta (kaygılı, garantisiz hissedenden hasta vb.)					
Hastaneye ilk kez yatan hasta					
Yeni tanı alan hasta (HT, Ca vb.)					
Vücut bütünlüğünü bozucu uygulamalara maruz kalan hasta (mastektomi, stoma, amputasyon vb.)					
Ağrısı olan hasta					
Uyku problemi olan hasta					
Nafile (yararsız/etkisiz) tedavi alan hasta (bilinci kapalı hasta, beyin ölümü gerçekleşen hasta vb.)					
Preoperatif- postoperatif süreçteki hasta					
Sözel iletişim engeli bulunan hasta (işitme, konuşma vb)					
Bakım ve tedaviye bağlı sözel iletişim engeli bulunan hasta (trakeostomili, entübe hasta vb.)					
İnvaziv girişimlere maruz kalan hasta					
Terminal dönemdeki hasta					

12. Aşağıda manevi bakıma yönelik önermeler verilmiştir. Önermeleri manevi bakım ile ilgili ilişkisi yönünde işaretleyiniz. *Lütfen boş bırakmayınız.*

	Manevi bakım ile ilişkili	Kararsızım	Manevi bakım ile ilişkili değil
Hastanın fiziksel, zihinsel ve ruhsal bir bütün olarak ele alınması			

Hasta mahremiyetinin sağlanması			
İletişimin kişiselleştirilmiş manevi bakım hedefleri doğrultusunda yürütülmesi			
Hasta ile empati kurulması			
Hastanın tanı, hastane ortamı, tedavi sürecine uyumunun sağlanması			
Hastanın benzersiz olduğu bakım ortamının sağlanması			
Hastanın aynı süreci paylaşan diğer hastalarla manevi destek gruplarının oluşturulması			
Hastanın isteklerinin değerlendirilmesi			
Hastanın duygularını ifade etmesinin sağlanması			
Hastanın huzur ihtiyaçlarının belirlenmesi			
Hastanın konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi			
Hastanın yaşam tarzından kaynaklanan farklılıkların bakıma entegre edilmesi			
Hastanın yargılanmaması			
Hastanın ihtiyacı olduğunda yalnız bırakılması			
Hastanın sevdiği kişilerle iletişime geçmesinin sağlanması			

Hastanın sevgi duyduğu varlıklar hakkında konuşulması			
Hastanın yaşam amaçları hakkında konuşulması			
Tedavi ve bakım dışında hasta ile zaman geçirilmesi			
Hastayla fiziksel temasa geçilmesi (eli tutma, omzuna dokunma vb)			
Hastanın sevildiğini hissettiği durumların konuşulması			
Hastanın ihtiyaç duyduğunda dini semboller takmasının (nazar boncuğu, kolye vb) desteklenmesi			
Hastanın dini uygulamalarını (dua okuma, namaz kılma vb) yerine getirmesinin sağlanması			
Hastanın ihtiyaç duyduğunda din görevlilerinden destek almasının sağlanması			
Hastanın dini uygulamaları yerine getirirken yanında bulunulması (ilahi/dua okuma vb.)			

13. Hasta bakımında manevi uygulamaları gerçekleştirmenize engel olan durumlar nelerdir? Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.

- ☐ Bilgi yetersizliği
- ☐ Zaman yetersizliği
- ☐ Personel yetersizliği
- ☐ Mekan yetersizliği
- ☐ Hastanın genel durum bozukluğu

- ☐ Bakım odaklı-iş merkezli çalışma
- ☐ Kurum politikası
- ☐ Diğer...

14. Manevi bakım uygulamasından önce onam alınmalı mıdır?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

15. Manevi bakım kararını kim vermelidir?

- ☐ Hekim
- ☐ Hemşire
- ☐ Hekim ve hemşire birlikte
- ☐ Diğer....

16. Manevi bakım uygulamasına diğer sağlık ekibi üyelerinden kimler destek vermelidir? *Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.*

- ☐ Sosyal hizmetler uzmanı
- ☐ Psikolog
- ☐ Psikiyatrist
- ☐ Fizyoterapist
- ☐ Meditasyon Eğitmeni
- ☐ Yoga Eğitmeni
- ☐ Din görevlisi
- ☐ Diğer...

Ek-2. Manevi Destek Algısı (MDA) Tespit Ölçeği

**Doktor, Ebe ve Hemşireler için
MANEVİ DESTEK ALGISI TESPİT ÖLÇEĞİ (MDA)**

Manevi Bakım; Hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedavilerine hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile talep eden hastalara manevi telkinde bulunmak, onları ruhsal ve moral yönden desteklemek, ibadetlerini hastalıklarının verdiği imkânlar çerçevesinde yerine getirmelerine rehberlik etmek ve yaşama dirençlerini desteklemek amacıyla sunulan manevi destek hizmetleridir. Bu ölçek; Doktor, Ebe ve Hemşirelerin Manevi Destek hakkındaki kanaatlerini tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen yan sütunda verilen derecelendirmeyi kullanarak, sizin görüşlerinize en uygun olan seçeneği X ile işaretleyiniz.		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Aşağıdaki maddeleri manevi desteğe ilişkin kendi durum ve görüşlerinize göre cevaplayınız.		0	1	2	3	4
1	Hastaların fiziksel iyileşmesi için ruhi (manevi) iyileşmesinin de gerekli olduğu kanaatindeyim.					
2	Manevi desteğin, hastalık döneminde kişiye güven duygusu verdiği kanaatindeyim.					
3	Manevi desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceği kanaatindeyim.					
4	Hastaların tedavi sürecinde manevi moral desteğe ihtiyaçları olduğu kanaatindeyim.					
5	Manevi destek, hastalarda psiko-sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.					
6	Manevi desteğin, hastalardaki manevi sapmaları (hurafeleri) gidereceği kanaatindeyim.					
7	Manevi desteğin, hastalarda yaşama direncini arttıracığı kanaatindeyim.					
8	Manevi desteğin, hastalarda fiziki iyileşmeye de destek olacağı kanaatindeyim.					
9	Zaman zaman sağlık personelinin de manevi desteğe ihtiyacı olduğu kanaatindeyim.					
10	Sağlık personeli olarak, hastalara manevi desteğin nasıl yapılacağını öğrenmek isterim.					
11	Sağlık personeli olarak, hastalara manevi destekte bulunmak isterim.					
12	Hastaların manevi desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olduğu kanaatindeyim.					
13	Hastanede, her türlü dinî ve manevi sorunların danışılacağı bir uzmana ihtiyaç var.					
14	Hastaların, manevi bakımdan önem taşıyan eşyalarına saygı gösterilmelidir.					
15	Hastalar manevi gereksinimlerini (ibadet, kitap, vb.) hastane ortamında karşılayabilmelidir.					

Ek-3. Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği

HEMŞİRELİK YETKİ VE ÖZERKLİK ÖLÇEĞİ HEMŞİRELİK UYGULAMA ANKETİNDE YETKİ VE ÖZERKLİK (HEMŞİRELER)

Bölüm A Sizin hemşirelik uygulamasına ilişkin algılarınıza yönelik sorular içermektedir.

Bölüm B hemşirelik uygulamasının belirli yönlerinin önemi hakkında sorular içermektedir.

Bölüm A Hemşirelik uygulamasına ilişkin algılarınıza yönelik aşağıda yer alan maddelere ilişkin görüşünüze en uygun olanı *5 kesinlikle katılıyorum, 4 katılıyorum, 3 kararsızım, 2 katılmıyorum, 1 kesinlikle katılmıyorum ve 0 ilgisiz* seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz.

Aşağıdaki ifadelerden görüşlerinize en uygun olanı işaretleyiniz	5 kesinlikle katılıyorum	4 katılıyorum	3 kararsızım	2 katılmıyorum	1 kesinlikle katılmıyorum	0 ilgisiz
1.Çalıştığım vardiyada hastalara verilen hemşirelik bakımını ben planlarım.						
2.Hastaların mevcut ya da olası sağlık sorunlarına ilişkin tepkilerini değerlendiririm.						
3.Hastamın klinik olarak uygun olmayan diyetini değiştiririm.						
4.Eğer koşullar uygun değilse hastama banyo yaptırılmamasına ben karar veririm.						
5.İşimde bazen profesyonel hemşirelik yargıma ters düşen şeyleri yapmak zorunda kalabilirim.						
6. Hastalarımın fiziksel muayenesini/değerlendirmesini başlatırım.						
7.Hasta ve aile üyelerine hastalığın önlenmesi konusunda ne öğretileceğine karar veririm.						

8.Hastaların hekimleri tarafından reçete edilen ilaç ve tedaviye yanıtlarını değerlendiririm.						
9.Hemşirelik rolüm öncelikle hekimin yardımcısı olmaktır.						
10.Çalıştığım birimin/ünitenin hedeflerini anlıyorum.						
11.Hastaların durumuna göre, ilaçların dozu ve uygulama yolunu değiştirebilirim.						
12.Hastalarım için ağrı yönetimi hakkında kararlar veririm.						
13.Hastalarım verilen bakımı koordine etmek için diğer bölümler ile etkileşimi başlatırım.						
14.Uygun gördüğüm taktirde önemli kararlar verme özgürlüğüne sahibim ve yöneticimin beni destekleyeceğine güvenirim.						
15.Hastalar için hekim istemi gerektirmeyen birçok hemşirelik bakımı gerçekleştiririm.						
16.Çok fazla sorumluluğum var ancak yeterli yetkim yok.						
17.Hastalara hastalık ve ameliyat sonrası iyileşme sürecinde kendilerine nasıl bakacakları konusunda eğitimi yaparım.						
18.Hastalarım kronik hastalıkla nasıl baş edebileceklerini öğretirim.						
19.Hastalarım etkili bakım vermek için ekipman ve malzemeleri sağlarım/ yönetirim.						
20.Hastanın kan basıncı ve vücut sıcaklığının ne sıklıkla ölçüleceğine ben karar veririm.						

21.Gereğinden daha sıkı denetlendiğimi hissediyorum.						
22.Benim için gerekli olmadığı kadar büyük ölçüde bağımsızlığa izin verilmektedir.						
23.Doğru olmayan ilaçları reçete eden hekimi sorgularım.						
24.Bütün faaliyetlerimin programlanmış gibi olduğunu hissettiğim için bazen hayal kırıklığı yaşarım.						
25.Hastalarım için taburculuk planlamasını başlatırım.						
26.Hastalarıma verilen hemşirelik bakımını değerlendirmekten sorumluyum.						
27.Her bir hastamın bakımının planlanması için yeterli bilgiye sahip olduğumu düşünüyorum.						
28.Ünitemde yöneticim bütün kararları alır. Kendi işim üzerinde çok az kontrole sahibim.						

HEMŞİRELİK UYGULAMASININ ÖNEMİ

Bölüm B: Hemşirelik uygulamalarının belirli yönlerinin önemine ilişkin aşağıda yer alan ifadeleri görüşünüze en uygun olanı 5 çok önemli, 4 önemli, 3 kararsızım, 2 önemli değil, 1 hiç önemli değil, 0 ilgisiz seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtiniz.

Sizin için bu ifadeler ne kadar önemli?	5 çok önemli	4 önemli	3 kararsızım/nötr	2 önemli değil	1 hiç önemli değil	0 ilgisiz
1. Hastalarımın mevcut ya da olası sağlık sorunlarına ilişkin yanıtını ve durumlarını değerlendiririm.	5	4	3	2	1	0
2. Çalıştığım vardiyada hastalara verilen hemşirelik bakımını planlarım.	5	4	3	2	1	0
3. Hasta ve yakınlarına hastalık ve bakımla ilgili ne öğretileceğine karar veririm.	5	4	3	2	1	0
4. Hastalarımın hemşirelik bakımı ve tedaviye yanıtlarını değerlendiririm.	5	4	3	2	1	0
5. İşimde oldukça bağımsızım.	5	4	3	2	1	0
6. Hastalarım için tam hesap verme sorumluluğuna sahibim.	5	4	3	2	1	0
7. Bakımın değerlendirilmesinde yeterli veriye sahibim.	5	4	3	2	1	0
8. Hastalarımın nasıl bakım verileceği konusunda büyük ölçüde kontrole sahibim.	5	4	3	2	1	0
9. Sizce hemşirelik uygulamanızda özerklik ne kadar önemlidir?	5	4	3	2	1	0
10. Sizce hasta bakımı sunmak için hemşirelik yetkiniz ne kadar önemlidir?	5	4	3	2	1	0

Ek 4. Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği ve Nursing Authority and Autonomy Scale Kullanımı İçin Yazarlardan Alınan İzinler

Re: Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği Kullanım İzni Hakkında

SB SEHER BASARAN <seherb08@hacettepe.edu.tr>
22.03.2020 Paz 13:52
Kime: Siz

 drtez_10120380.pdf 3 MB

 1_Makale_Tam_Metin_2018.pdf 472 KB

2 ek (4 MB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Merhaba Didem,
Çalışmanızda kullanım için benim değil de ölçeği geliştiren kişilerin izinlerine ihtiyacınız olacaktır, benim açımdan kullanımınız uygundur, Başarılar dilerim
Ekte ilgili makaleyi ve doktora tezimi bulabilirsiniz.
Ölçeğin son şeklini doktora tezimin sonundan elde edebilirsiniz. Ayrıca bu ölçeği geliştiren yazarlardan da izin almanızı hatırlatmak isterim.
İyi çalışmalar dilerim,
Saygılarımla

On 03/20/20 06:14 PM, **didem örnek**

Sayın Hocam,

Windows'u Etkinleştir

RE: Permission request for Nursing Authority and Autonomy Scale



Blanchfield, Dr. Kathleen <blanchka@lewisu.edu>

2/07/2020 Per 19:46

Kime: Siz



NAAS Permission Letter

Kathleen Blanchfield PhD, RN

July 2, 2020

Dear Mr. Didem Örnek,

Thank you for your interest in the NAAS survey. You mentioned that you are studying nurses' autonomy. The NAAS survey also covers nurses' authority and their perception of how important these are to nurses.

You have my permission to use the survey I developed on Perceptions of Nursing Authority and Autonomy. I developed this survey with permission to build from two previous surveys. One was by Stamps and Piedmonte on Nursing Autonomy and the other was by Katzman on Nursing Authority. Please note on the survey that it was developed by Kathleen Blanchfield with permission to build from the previous author's (state authors) surveys.

If you need more information about the instrument, you can obtain my dissertation from dissertation abstracts. The title is Authority and Autonomy of Staff Nurses Providing Patient Care: A Study of Nursing Power, by Kathleen Blanchfield, 1992. Please note that the questions that address autonomy are marked with an * in front of the items on the leaders' survey. They are the same on the staff nurses' survey, just not marked.

I do believe including survey questions to address nurses' perceptions of accountability would enhance your study. Considering the challenges, we all face in health care, authority and autonomy need to be grounded in accountability.

It is a privilege to work with you. I wish you well and I look forward to receiving your findings.

On the next page you will find some useful information about scoring the NAAS Survey.

Sincerely,

Kathleen Blanchfield PhD, RN

NAAS Permission Letter

Ek 5. Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği Kullanımı İçin Yazarlardan Alınan İzinler

Re: Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği Kullanım İzni Hakkında

① Bu iletiyi 21.03.2020 Cmt 12:43 tarihinde ilettiniz

DK Dr. Erkan Kavas <erkankavas20@gmail.com>
21.03.2020 Cmt 12:09
Kime: Siz

 MANEVİ DESTEK ALGISI TESPI...
76 KB

 1236621284_24KavasErkan-v...
417 KB

 mda2014.pdf
529 KB

3 ek (1,022 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

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

Dr. Erkan KAVAS Nurgül KAVAS

Ölçeğin puanlamasında kesme noktası yok. Puan yükseldikçe manevi destek algısı artar. Anova t test, x ort. madde madde ve/veya toplam ort. vb. şekilde yorumlanabilir.

veya ekli dosyada açıklanan şekilde değerlendirme yapabilirsiniz.

didem örnek < >, 20 Mar 2020 Cum, 18:18 tarihinde şunu yazdı:
Sayın Hocam,

Windows'u Etkinleştir

Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Meslektaşım,

Sizi “**Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi Tutum ve Algılarının Belirlenmesi: Durum Analizi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırma Doç. Dr. Gülşah Gürol Arslan’ın danışmanlığında, Yüksek Lisans öğrencisi Hemşire D. Didem Örnek tarafından tez çalışması olarak yürütülmektedir. Araştırmanın amacı 01.09.2020-01.02.2022 tarihleri arasında İzmir ilinde yer alan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi bakım ile yetki ve özerklik algılarının manevi bakım rehberine ilişkin gereksinimleri, bilgi ve algılarına etkisinin incelenmesidir. Araştırmaya katılma kriterleri; yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji ünitelerinde çalışmak, 18 yaş ve üzerinde olmak, çalışmaya katılmak için gönüllü olarak bilgilendirilmiş onam vermek, altı aydan daha uzun süredir yoğun bakım / palyatif bakım biriminde çalışıyor olmaktır. Araştırmaya katılmanız halinde, “Tanıtıcı Bilgiler Formu”, “Hemşirelik Yetki ve Özerklik Ölçeği” ve Manevi Destek Algısı Ölçeği’ olmak üzere üç form doldurmanız beklenmektedir. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmaya katılım gönüllük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Katılımcının Beyanı:

Yüksek Lisans öğrencisi D. Didem Örnek tarafından, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı'nda **“Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi Tutum ve Algılarının Belirlenmesi: Durum Analizi”** isimli araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılmam durumunda tüm bilgilerimin gizliliğine özen gösterilecektir. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda tarafıma yeterli güven verildi. Araştırmadan çekilmek istediğimde önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmam için herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığım için ek bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; hafta içi 08.00-17.00 saatleri arasında, araştırmacı D. Didem Örnek'i no'lu telefonda arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olması ile bana yapılmış tüm açıklamalardan sonra adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer almaya karar verdim.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Tarih:

Katılımcının Adı/Soyadı:

İmzası:.....

Araştırmacının Adı/Soyadı:.....

İmzası:.....

Ek 7. Etik Kurul Onayları

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Gülşah Gürol Arslan
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5668-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi ve Algılarının Belirlenmesi: Durum Analizi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Gülşah Gürol Arslan Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/21-12	Tarih:14.09.2020				
	Doç.Dr.Gülşah Gürol Arslan'ın sorumlusu olduğu "Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi ve Algılarının Belirlenmesi: Durum Analizi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, kurum izinleri alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. - Kurum izinleri alındıktan sonra, Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr.Gülşah Gürol Arslan
Araştırmaya ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5668-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi ve Algılarının Belirlenmesi: Durum Analizi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Gülşah Gürol Arslan Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/10-55	Tarih:29.03.2021				
	Doç.Dr.Gülşah Gürol Arslan'ın sorumlusu olduğu "Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi ve Algılarının Belirlenmesi: Durum Analizi" isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Kurum izinleri, -Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi ve Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çalışma merkezlerinden çıkarılması, ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korean DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek 8. S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni

SDP : 605.01 - 01 - VERİ TOPLAMA
Evrak No : 21708841-605.01-30579
Evrak Tarih : 18-03-2021



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-42056799-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Döndü
Didem ÖRNEK'in Bilimsel
Araştırması

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı "Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN"dansmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Döndü Didem ÖRNEK'in hazırlamış oldukları "**Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi ve Algılarının Belirlenmesi: Durum Analizi**" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup çalışmanın S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr.Öğr.Üyesi M.Burak ÖZTOP
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü - Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri
Başkanlığı İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 / KONAĞ

Bilgi için: Leyla KARLIDAĞ

Telefon: 0232 445 24 95 Faks No: 0232 441 26 34

Uzman

e-Posta: leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Sağlık Hizmetleri Birimi

Telefon No: (0 232) 445 24 95



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-42056799-619
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Döndü
Didem ÖRNEK'in Bilimsel
Araştırması

S.B.Ü. İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı "Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Döndü Didem ÖRNEK'in hazırlamış oldukları "Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi ve Algılarının Belirlenmesi: Durum Analizi " konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup çalışmanın Kurumunuz'da yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm.Dr.Hüseyin BOZDEMİR
Başkan

Ek:Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri
Başkanlığı İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 / KONAK

Bilgi için: Leyla KARLIDAĞ

Telefon: 0232 445 24 95 Faks No: 0232 441 26 34

Uzman

e-Posta: leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Sağlık Hizmetleri Birimi

Telefon No: (0 232) 445 24 95

Belge Doğrulama Kodu: 04711e54-a4af-41dd-9e4f-fd0995e278db

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü SAĞLIK HİZMETLERİ, İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI AR-GE VE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU	Kod	ARGE 1-FR-01
		Yayın Tarihi	08.10.2018
		Rev.No/Tarihi	00/
		Sayfa	1/1

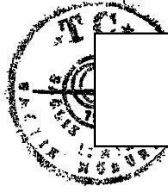
Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2021/13	08.03.2021 136148507	12.03.2021	UYGUN

Yürütücü/Sorumlu Araştırmacı "Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Döndü Didem ÖRNEK tarafından kurulumuza sunulan **"Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi ve Algılarının Belirlenmesi: Durum Analizi "** isimli araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "KABUL" kararı verilmiştir.

Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye	Üye	Komisyon Başkanı



İsmet Kaptan Mah. Hürriyet Bulvarı No:1 Konak /İZMİR
Tel: (0232) 445 24 95
E-posta adresi : izmir.arge@saglik.gov.tr

Bilgi : Uzman Leyla KARLIDAĞ
Dahili :423

Belge Doğrulama Kodu: 04711e54-a4af-41dd-9e4f-fd0995e278db Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 9. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



E-İmzalıdır

Sayı : 99577370-00.99-E.68706
Konu : Doç.Dr.Gülşah Gürol Arslan'ın
Çalışma İzni

10/08/2020

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 07.08.2020 tarih ve 59537164-00.99-67900 sayılı yazınız.

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Gülşah GÜROL ARSLAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Döndü DİDEM ÖRNEK'in; "Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi ve Algılarının Belirlenmesi: Durum Analizi" isimli tez çalışmasının verilerinin toplanabilmesi için, 01.09.2020-01.02.2022 tarihleri arasında D.E.Ü. Hastanesi yetişkin yoğun bakım ünitelerinde, hematoloji, onkoloji ve palyatif bakım merkezinde çalışan hemşireleri ile çalışılması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ
Başhekim V.

Ekler :
1- Araştırma İzni(17 Sayfa)
2- Dilekçe(1 Sayfa)



Adres: Mithatpaşa Cd. İçiraltı yerleşkesi No:1606, 35340

Balçova/İzmir

Tel: 0(232) 412 26 36

Elektronik Ağ: <http://www.hastane.deu.edu.tr/>

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ tarafından 10/08/2020 tarihinde elektronik olarak imzalanmıştır.

Evrakınızı <http://dogrulama.deu.edu.tr/> linkinden 258015854264 kodunu ile doğrulayabilirsiniz.

Bilgi için İrtibat:

Emre YILDIZ

Dahili:

E-Posta: emre.pamuk@deu.edu.tr



Ek 10. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 15345988-799
Konu : Araştırma İzni Hk.

İLGİLİ KİŞİYE
(Döndü Didem ÖRNEK)

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Dilek ÖZDEN'in vermiş olduğu dilekçeye istinaden, Doç. Dr. Gülşah Gürol Arslan'ın Danışman ve Sorumlu olduğu, Yüksek Lisans öğrencisi Döndü Didem ÖRNEK'in yürütmekte olduğu; "Hemşirelerin Manevi Bakım Rehberi Geliştirilmesine İlişkin Gereksinim, Bilgi ve Algılarının Belirlenmesi Durum Analizi " tez çalışmasının Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzda görüşülerek hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Sinem
NAMDAROĞLU
Başhekim V.

Ek: Döndü Didem ÖRNEK Araştırma Ön İzin Formu

BOZYAKA EAH

Telefon: 0 232 250 50 50 Faks No:

e-Posta: narin.koc@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c82560c6-0c5e-4f53-9beb-b2a931524284 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Narin KOÇ

HEMŞİRE

Telefon No: (0 232) 250 50 50

Ek 11. Özgeçmiş



DÖNDÜ DİDEM ASLAN

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

01 Şubat 2018 - Şu Anda (4 yıl 3 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HEMŞİRELİK ESASLARI (YL)

01 Eylül 2011 - 01 Haziran 2016 (4 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

01 Eylül 2007 - 01 Ağustos 2011 (4 yıl)
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI İL MİLLÎ EĞİTİM MÜDÜRLÜKLERİ VE OKULLAR
İSTANBUL İLİNDEKİ OKULLAR ÜSKÜDAR İLÇESİNDEKİ OKULLAR ÜSKÜDAR
ZEYNEP KAMIL ANADOLU SAĞLIK MESLEK LİSESİ, TÜRKİYE
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 87.52 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Eylül 2018 - Şu Anda (3 yıl 8 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAŞKANLIĞI İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ TÜRKİYE KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

01 Ağustos 2016 - 01 Eylül 2018 (2 yıl 2 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, ACIBADEM ALTUNIZADE HASTANESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: Orta, Konuşma: İyi)

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0