



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN MANEVİYAT
VE MANEVİ BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ, ALGI
VE UYGULAMALARI**

Tuğba ÖZCAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

TRABZON-2020



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN MANEVİYAT
VE MANEVİ BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ, ALGI
VE UYGULAMALARI**

Tuğba ÖZCAN
ORCID: 0000-0002-9890-0642

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR
ORCID: 0000-0002-0660-8426

TRABZON-2020

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğba ÖZCAN'ın hazırladığı “Cerrahi Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi, Algı ve Uygulamaları” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/10/2020

Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR
(Danışman)

.....

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

.....

Dr. Öğr. Üyesi Bahar CANDAŞ ALTINBAŞ

.....

Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne .../.../2020 tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../2020 tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

27/10/2020

Tuğba ÖZCAN

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi ve tez çalışması sürecinde bilgi ve deneyimleriyle desteğini esirgemeyen danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR’e,

Eğitimim sürecinde emeği geçen tüm öğretim elemanlarına,

İstatistik analizi katkıları nedeniyle Dr. Hande Şenol’a,

“Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği” Türkiye geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Ayla Bayık Temel ve Doç. Dr. Şafak Ergül’e,

Çalışmanın yürütülmesine olanak sağlayan hastane yönetimlerine,

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden cerrahi birimlerde çalışan hemşirelere teşekkürlerimi sunarım.

Tuğba ÖZCAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

ŞEKİLLER DİZİNİ

ix

KISALTMA, SİMGE ve FORMÜLLER DİZİNİ

x

ÖZET

xi

ABSTRACT

xii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Bütüncül (Holistik) Bakım Kavramı

4

2.2. Maneviyat

4

2.2.1. Maneviyat Tanımı

5

2.2.2. Maneviyat İle İlgili Kavramlar

6

2.2.3. Maneviyatın Doğası

7

2.3. Manevi Bakım

7

2.3.1. Manevi Bakım Aşamaları

8

2.3.1.1. Tanılama

8

2.3.1.2. Planlama

9

2.3.1.3. Uygulama

10

2.3.1.4. Değerlendirme

11

2.4. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım

11

2.5. Manevi Bakımda Hemşirenin Rolü

13

2.6. Manevi Bakımda Hemşirenin Algı ve Yeterlilikleri

14

2.7. Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler

14

2.8. Cerrahi Hemşireliğinde Manevi Bakım

15

3. GEREÇ ve YÖNTEM

17

3.1. Araştırmanın Tipi

17

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.4. Veri Toplama Araçları	17
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	17
3.4.2. Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği	18
3.5. Kişisel Bilgi Formunun Ön Uygulaması	18
3.6. Veri Toplama Yöntemi	19
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.10. Araştırma Planı	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	42
7. KAYNAKLAR	46
EKLER	54
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	55
EK 2. Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği	57
EK 3. Etik Kurul Onayı	58
EK 4. Kurum İzinleri	61
EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	64
ÖZGEÇMİŞ	67

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyutları	18
Tablo 2. Cerrahi hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri	21
Tablo 3. Cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin özellikleri	23
Tablo 4. Cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları	24
Tablo 5. Cerrahi hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre MMBDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları	25
Tablo 6. Cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgilerine göre MMBDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları	31

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa

Şekil 1. Araştırma planı

20



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AHNA	American Holistic Nurses Association
ANA	American Nurses Association
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICN	International Council of Nurses
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
KVC	Kardiyovasküler cerrahi
Min-Max	Minimum- Maximum
MMBDÖ	Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart sapma
TDK	Türk Dil Kurumu

Simgeler

F	Tek Yönlü Varyans Analizi
KW	Kruskal Wallis Varyans Analizi
t	İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
$\bar{X}$	Ortalama
Z	Mann Whitney U Testi

ÖZET

Cerrahi Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi, Algı ve Uygulamaları

Çalışma, cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgi, algı ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirildi. Çalışma Trabzon İl merkezindeki Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 142 cerrahi hemşiresi ile yapıldı. Veriler “Kişisel Bilgi Formu” ve “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği” kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdelik, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, Tek Yönlü Varyans Analizi, t testi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım algı düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu tespit edildi. Eğitim sürecinde ve mezuniyet sonrası dönemde eğitim alan hemşire oranının az olduğu ve hemşirelerin bu konuda bilgi düzeyinin yeterli olmadığı belirlendi. Cerrahi hemşirelerinin büyük çoğunluğunun klinikte maneviyat ve manevi bakıma yönelik bakım verdiği fakat klinikte yapılan uygulama oranının daha az olduğu tespit edildi. Cerrahi hemşirelerinin yaş, eğitim düzeyi, çalışılan klinik ve meslekte çalışma süresine göre dinsellik alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). Hemşirelik eğitiminde maneviyat ve manevi bakım kavramına daha fazla yer verilmesi ve klinikte çalışan hemşirelere hizmet içi eğitimler verilerek uygulama becerilerinin geliştirilmesi hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarını artırabilir.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi hemşiresi, hemşirelik bakımı, maneviyat, perioperatif dönem

ABSTRACT

Knowledge, Perception and Practices of Surgical Nurses about Spiritual and Spiritual Care

The study was carried out in descriptive form in order to assess the knowledge, perception and practices of the surgical nurses regarding spiritual and spiritual care. The study was made with 142 surgical nurses work in hospitals affiliated to the Ministry of Health in Trabzon center and who volunteer to participate in research. The data were gathered using “The Personal Information Form” and "Spirituality and Spiritual Care Rating Scale". In the assessment of the data; percentage, average, standart deviation, minimum and maximum values, One-Way Analysis of Variance, t test, Kruskal Wallis Variance Analysis and Mann-Whitney U test were used. Surgical nurses were determined to be above average to spirituality and spiritual care of the level of perception. It was determined that the rate of nurses who have training during the education period and postgraduation was low and knowledge level of nurses on this issue was not sufficient. It was determined that majority of surgical nurses gave care in clinicals for spiritual and spiritual care, but the rate of practice in clinicals was less. A statistically meaningful difference was found in the mean scores of the religious subscales of the surgical nurses according to their age, education level, worked clinic and duration of work in the profession ($p<0.05$). Awareness of nurses on this issue can be increased by giving more place to the concept of spirituality and spiritual care in nursing education and improving their practical skills by providing in service training to nurses working in the clinic.

Key Words: Nursing care, perioperative period, spirituality, surgical nursing

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi yönden bütün olarak, kendini iyi hissetme hali şeklinde ifade etmektedir. Bireyin sağlıklı olması tüm bu boyutların dengeli olmasıyla sağlanabilir (1, 2).

Maneviyat (spiritualite), bireylerin başkalarıyla ilişkilerini yansıtan, daha yüksek bir gücü kabul eden, bireyin dünyadaki yerini tanıyan ve manevi uygulamalara neden olan inançlar dahil olmak üzere öznel ve varoluşsal bağlılık duygularına ilişkin inançlardır (3). Maneviyat bireyin kendisini anlamasını ve başkalarıyla kendisini karşılaştırmasını sağlar. Ayrıca bireye sorunları ile mücadelesinde güç verir. Aynı zamanda maneviyat, hastalıkları önleyip, daha sağlıklı olma, acıyı-stresi en aza indirme, baş etmeyi öğrenme, bireylerin kaliteli yaşamasını sağlama ve değerlerini değiştirmesi yönünden yarar sağlar (4).

Maneviyat ve manevi bakım kavramları, bireylerin doğuştan sahip olduğu soyut kavramlardır. Manevi bakıma her birey gereksinim duyar. Bu bakımın amacı, bireylerin acı ve üzüntü yaşadıkları dönemlerde ya da ameliyat ve hastalık gibi kriz durumlarında onların yanında olma, her türlü sorunlarının çözümünde yol gösterme, dini inanışları gereği ibadetlerini yapmalarında destek olma ve yaşamlarını anlamlı kılmaya yardımcı olmaktır (4, 5). Manevi gereksinimlerin karşılanması bireyin yaşam kalitesinde iyileşme sağlar (6). Maneviyat yalnızca dini inançları değil, yaşamın anlamını ve amacını kavramayı sağlayan duyguları da içeren geniş bir kavramdır. Dini ve kültürel sınırların ötesinde yer alan maneviyat, yaşamdaki anlam ve amaç için arayış, başkalarıyla bağlantı hissi ve içsel huzur duygusuyla karakterize edilebilir (7-9).

Hemşirelik, manevi bakım sağlamayı biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi boyutlarına ulaştırmayı amaçlayan bir bilimdir (10, 11). Bu anlamda, sağlık hizmetlerinin sunumunda bütüncül (holistik) yaklaşım önemlidir. Bireylerin varoluşunun tüm boyutlarını korumasında ve sürdürmesinde onlara yardımcı olmak bütüncül hemşirelik bakımının temelini oluşturur (7, 12-14).

Amerikan Hemşireler Derneği (ANA; American Nurses Association) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN; International Council of Nurses) manevi boyutun bütüncül hemşirelik bakımına dahil edilmesi gerektiğini ve fiziksel gereksinimler kadar manevi gereksinimlerin de önemli bir yere sahip olduğunu belirtmektedir (1). Uluslararası Hemşireler Birliği, bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, acının

hafifletilmesinde ve hastalıkların önlenmesinde hemşirenin önemli fonksiyonları olduğunu belirtmektedir. Bu düşünce ile manevi gereksinimlerin karşılanması ve bakımın verilmesi de hemşirenin sorumluluğundadır (13, 15).

Bireyi dinleme, onların fiziksel ve psikolojik yönden tüm gereksinimlerine cevap verebilme, empatik yaklaşma, bireylerin inançları doğrultusunda yaşama ve hastalığa olan bakış açısını anlayabilme ve bu inançların getirdiği ritüelleri yapabilmesi için destek olma hemşirenin uyguladığı manevi bakımlardır (16). Bu manevi bakımlarla, hastanın yaşamında korku, acı, hastalık, kayıp ve ölüm gibi olumsuzluklarla başedebilmesi sağlanmaktadır (2). Bunun yanı sıra bakım planlarına manevi bakımın dahil edilmesi iyileşmeye yardımcı olur, semptomların rahatlamasına ve genel esenliğe olumlu katkıda bulunur (17). Hemşireler manevi bakım ile ilgili bilgi düzeylerini artırmalı ve bu bilgilerini bakım uygulamalarına yansıtmalıdırlar (4).

Manevi gereksinimler fiziksel gereksinimlere kıyasla daha soyut ve karmaşık yapıda olduğu için ölçümü de güç olmaktadır (1). Bundan dolayı, bireyin fiziksel gereksinimleri daha kolay ele alınırken, manevi gereksinimleri gözden kaçabilmektedir. Hemşirenin manevi bakım vermesinde etkili birçok faktör bulunmaktadır. Hemşirenin kendine özgü düşünce yapısı, manevi bakıma olan duyarlılığı ve algılaması ile gönüllü olması etkili olmaktadır (13). Aynı zamanda hemşirenin çalıştığı ortam şartları, meslektaşları ve hasta ile iletişimi de manevi bakımda etkilidir (18). Hemşireler bakım verirken kendi düşünce ve inançlarından etkilenmeden, hastanın manevi yönden neye gereksinimi olduğunu düşünerek bakım vermesi hastanın kendi gücünü farketmesini sağlayabilir (19).

Günümüzde tıp ve teknolojiye gelişmelerine karşın, cerrahi girişim geçirecek hastalarda korku ve anksiyete yaşanması kaçınılmaz olmaktadır. Bireyler bu olumsuz düşüncelerle başa çıkabilmek için manevi yönden desteklenme gereksinimi hissederler (20). Cerrahi girişimler ve yaşamı tehdit eden hastalıklar, bireylerde manevi krizi ve stresi tetikleyebilir (21). Cerrahi hemşiresi bireyi biyo-psiko-sosyo-spiritual boyutlarıyla bütün olarak ele almalı, bireyin krizle baş edebilmesinde yardımcı olmalı ve krizin etkisini azaltmasını sağlamalıdır. Bu doğrultuda cerrahi hemşireleri, yaşamı tehdit edici hastalıklarla mücadele eden ya da ameliyat öncesi dönemde olan hastaların ruhsal olarak yaşadıkları sorunları ve tepkilerini dikkate almalıdırlar. Cerrahi hemşireleri, yaşamın anlamını bulma sürecini kolaylaştırma, onları dinleme, inanç gereksinimlerini destekleme,

ibadetini yerine getirmesinde güvenli zaman ve ortamı sağlama ve önyargısız yaklaşım kabullenme gibi girişimlerle hastalarına manevi destekte bulunabilmektedir (20).

Manevi bakım konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında, hemşirelerin manevi bakım farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı, eğitim süresi boyunca bu konuda verilen bilginin yetersiz olduğu ve hastaların manevi bakım gereksinimlerinin karşılanmadığı görülmektedir (7, 22). Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, hemşirelerin manevi bakım algı düzeyleri ile uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. Bir başka çalışmada, hastanın fizyolojik gereksinimlerinin öncelikli olarak ele alındığı ve manevi gereksinimlerinin gözden kaçtığı belirtilmektedir (22). Yapılan bir diğer çalışmada maneviyatın kaliteli yaşamın sağlanmasında önemli katkısı olduğu ve hastalıkların iyileşme sürecinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir (23). Son yıllarda bazı yapılan yayınlarda, manevi bakım ile sağlık bakımı arasında pozitif bir ilişki olmasına karşın, hemşirelik uygulamalarında manevi bakımın yetersiz olduğu, hemşirelerin eğitim düzeyinin, çalışma süresinin uzunluğunun ve bulundukları bölümün maneviyat ve manevi bakım algıları üzerinde belirleyici etkisinin olduğu vurgulanmaktadır (4, 12).

Literatür incelendiğinde, Türkiye’de maneviyat ve manevi bakıma ilişkin çalışmalar sınırlı sayıda olup, mevcut çalışmaların genel olarak hemşireler, ebeler ve öğrenciler üzerinde yapıldığı görülmektedir. Cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgi, algı ve uygulamalarına yönelik çalışmaya rastlanmadığı görülmektedir. Cerrahi hemşiresinin, hastaların manevi yönden gereksinimlerini desteklemesi için maneviyat ve manevi bakımı algılama durumu, bu konudaki bilgi düzeyi ve bunu uygulamaya yansıtması çok önemlidir. Araştırma bu bilgilerden yola çıkılarak, cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgi, algı ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bütüncül (Holistik) Bakım Kavramı

İnsan biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve manevi boyutları ile bütündür ve gereksinimleri vardır. Bu boyutlardan herhangi birinde ortaya çıkan değişiklik ya da yetersizlik diğerini de etkilemektedir (24).

Bireyin büyüme ve gelişmesinin temelini oluşturan bakım, yaşam boyu süregelen bir gereksinimdir. Bakım kavramı çok boyutludur (24). Sağlık bakımında bütüncül (holistik) yaklaşım en kapsamlı olan yaklaşım biçimidir. Bu yaklaşım biçimiyle insan fiziksel, ruhsal, sosyokültürel ve spiritüel olarak bütün yönleriyle değerlendirilmektedir (6, 20, 25). Sağlığın bütüncül yaklaşımla birlikte sunulmasıyla manevi bakım boyutu önemli hale gelmektedir (1, 13, 26).

Dünya Sağlık Örgütü, 1974 yılında sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” şeklinde ifade etmiştir. Bu tanım ile insanı tüm boyutlarıyla bir bütün olarak değerlendiren bütüncül yaklaşım, tüm dünyada kabul edilmektedir (27, 28).

Amerikan Holistik Hemşireler Birliği (AHNA; American Holistic Nurses Association) sağlığı beden, zihin ve ruh kavramlarının uyumu olarak ifade etmektedir. Ayrıca AHNA hemşirelerin bireyi yalnızca fiziksel açıdan değil bir bütün olarak ele alması gerektiğini ifade etmektedir (12, 24, 29).

“Bütüncül bakım” kavramı 1980’li yıllarda Rogers, Parse ve Newman gibi hemşire teorisyenler tarafından literatüre girmiştir (13). Modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale’in de holistik bakış açısına sahip olduğu bilinmektedir. Holistik (bütüncül) bakım hakkındaki düşüncelerini “Sağlık için manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir. Bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir.” şeklinde ifade etmektedir (13, 24).

2.2. Maneviyat

Bütüncül yaklaşımın boyutlarından biri olan maneviyat (spiritüallite), yeni bir kavram olmamakla birlikte tanımlanması güç olan soyut bir kavramdır (12, 28). Maneviyat kavramı geçmişten bugüne kadar farklı anlamlarda kullanılmıştır. Maneviyat kavramı 12. yüzyılda psikolojik yönü, 15. yüzyılda ve 16. yüzyılda dini yönü tanımlamak amacıyla

kullanılmıştır. Maneviyat kavramı ilk kez 17. yüzyılda Fransa’da kullanılmaya başlamıştır (28, 30). 20. yüzyıldan itibaren ise, maneviyat kavramı, din ve inançları kapsayan, kişinin yaşamını anlamlandıran ruhsal güç olarak tanımlanmış ve birçok dilde yaygın olarak kullanılmıştır (20, 29, 30).

2.2.1. Maneviyat Tanımı

Latince “spiritus” kelimesinden gelen ve “nefes almak” ve “hayatta olmak” anlamlarını taşıyan spiritüalite (maneviyat), genel ifadesi ile “yaşamı hissetmek” şeklinde tanımlanmaktadır (3, 31, 32). Spiritüalite kavramının Türkçe kelime olarak karşılığı olmadığından, Arapça kelime olan “maneviyat” kullanılmaktadır (19, 28). Türk Dil Kurumu’nda (TDK) maneviyat, “maddi olmayan manevi şeyler (ruhçuluk, tinsellik)” ve moral gücü anlamlarına gelmektedir (3, 20, 29, 33).

Maneviyat kavramı anlaşılması güç ve tanımlanması karmaşık olan soyut bir terimdir (29, 34). Bu kavramla ilgili pek çok tanım yapılmasına karşın tam olarak bir fikir birliği sağlanamamıştır (32, 34).

Sülü’nün belirttiğine göre (35) Narayanasomy, maneviyatın tek bir faktöre ait olamayacağını; Cawley, maneviyatın bireyler arasında farklı şekillerde yorumlanabileceğini ve bu nedenle standart tanımının olamayacağını vurgulamaktadır. İnce ve Utaş Akhan’ın belirttiğine göre (12) Oldnall, maneviyatı bireyin yaşamına anlam kazandıran, bireyin inanç ve değerler bütününe oluşturmada yardımcı güç olarak ifade etmiştir.

Sağlıkla ilgili literatürde, maneviyat ile ilgili farklı tanımlar bulunmaktadır. Bu tanımlara göre maneviyat, daha yüce bir güç ile olan ilişki, inançla ilgisi olmayan fakat güçlü hissettiren bağlılık, kişisel arayış, dua etmek, dini rutinleri yerine getirmek, iç huzur duygusu, kendini bulma, yaşamın anlam ve amacını araştırma ve manevi olarak var olmadır (20, 26, 36).

Hemşirelik literatüründe maneviyat terimi, dini bir inancın ötesinde yaşamın anlam ve amacını kavrama ve iç huzuru sağlamak için çaba göstermek olarak tanımlanmaktadır (35, 37). Maneviyat, aynı zamanda bireyin başkalarıyla ilişkilerini ve yaşam yolculuğundaki yerini şekillendirerek farkındalık kazanılmasını sağlar (38, 39). Maneviyat bireylerin yaşamında var olan, sevgi, umut ve güven gibi duyguları çağrıştıran bir olgudur (23). Maneviyat bireylerin sorunlarının üstesinden gelebilmelerinde onlara güç ve umut

verirken, bir yandan da bireylerin sağlıklarını iyileştirme, ağrıyı azaltma, yaşam kalitesini artırma ve kişisel değerlerini koruma yönünden yararlı olmaktadır (15, 40).

Maneviyat ruh, nefes, yaşama anlam katan, din ile sınırlandırılmayacak kadar geniş bir perspektife sahiptir. Bu bağlamda maneviyatı dinden tamamen ayrı düşünmek yanlış bir yaklaşımdır (37, 41).

Maneviyat din ile karıştırlabilir ancak temelde birbirlerinden farklı iki kavramdır. Maneviyat kavramı olarak kuşatıcı ve kapsayıcıdır. Manevi değerler ve inançlar bir din kavramı ile bağdaşabilir ya da bağdaşmayabilir. Dini olarak herhangi bir inanca sahip olmayan bireylerin de manevi değerleri bulunmaktadır. Manevi değerler, sağlık, yaşama bağlılık, empati, ümit, güven, aidiyet, yaşama ve var olma gibi güçlü terimleri içermektedir (18, 23, 39). Maneviyat kavramı bireylerin dini inançlara sahip olup olmadığı gözetilmeden biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden birleştirici ve bütünleştirici yaşam gücüdür (3).

2.2.2. Maneviyat İle İlgili Kavramlar

Maneviyat kavramının temelini üç kavram oluşturmaktadır. Bu kavramlar,

1. Yaşamın anlamı, amacı ve gücünü bulma,
2. Bireyin kendisi, başkaları ve Tanrı/Ulu güç,
3. İlgi, inanç ve umuttur (30).

Maneviyat kavramında yaşamın anlam ve amacını bulma gereksinimi önemlidir. Bireyin kendisi, diğer bireyler ve üstün varlık gücüyle olan ilişkileri yaşamın anlam ve amacını bulmada katkı sağlamaktadır. İnsanlar yaşadıkları toplumun şartlarına göre farklı manevi bakış açıları kazanmaktadırlar. Bireylerin diğer insanlarla olan ilişkilerinde sevgi, güven duyma ve empati yapma gibi manevi gereksinimleri bulunmaktadır. Bu ilişkiler, manevi boyutun temelini oluşturmaktadır (39). Anlam, amaç ve güç manevi iyilik düzeyini yükseltir, sağlığı ve yaşam kalitesini iyileştirir (13).

Maneviyat kavramında yer alan Tanrı/Ulu güç terimi bireyin yaşamında onu harekete geçiren “yüksek güç” olarak tanımlanmaktadır. Herhangi bir dini inanca sahip olmayan bireylerin de manevi gereksinimleri bulunmaktadır. Bu nedenle maneviyat, inancın ötesinde olan daha geniş bir kavramdır (39, 42).

İlgi, bireyin bütünlük duygusu içinde üretebilme, başkalarına faydalı olabilme ve istediği hedefi başarabilme yeteneğidir (30). İnanç, bireyin kendisine, başkalarına ya da

üstün güce olan bağlılığı ve yaşama umudu olarak ifade edilir (13). Umut, yaşamdan beklenti içinde olmak yani yaşamda var olmaktır (13, 30).

2.2.3. Maneviyatın Doğası

Maneviyat, bireylerin maddesel değil, ruhsal yönden bağlı olduklarını ifade eden soyut bir kavramdır. Maneviyat, bütüncül sağlık yaklaşımının boyutlarından biridir (34).

Biyo-psiko-sosyokültürel bir varlık olan insanın manevi gereksinimlerinin karşılanması fiziksel gereksinimlerinin karşılanması kadar önemlidir. Bireyin gereksinimi olan manevi bakımın verilmesi önemlidir. Bu nedenle, maneviyatın doğasının bilinmesi ve bireylerin bu yönde farkındalık kazanması önem taşır (13, 43). İnsanlar yaşam boyunca yaşadıkları deneyimler ve edindikleri bilgiler sonucunda kendi maneviyatlarını oluştururlar (18).

Bireyin yaşadığı fiziksel bir hastalık, stres, kayıp ve ümitsizlik gibi yaşamın anlam ve amacını sorguladığı, umudunu yitirdiği güç zamanlarında manevi gereksinimler ortaya çıkmaktadır (44). Manevi gereksinimlerin karşılanması bireyin durumu kabullenmesini, yaşadığı sorun ile başa çıkabilmesini, manevi yönden gücünü artırmasını ve geleceğe umutla bakmasını sağlar (31, 43, 45). Maneviyat, sağlığın, hastalığın, yaşamın ve ölümün anlam ve amacının bulunmasında yardımcıdır ve bireylerin bunlarla baş edebilmesini güçlendirir (34).

Manevi gereksinimler tüm bireyler için önemli ve temeldir. Bireyler bu gereksinimlerini başkaları ile olan ilişkileri yoluyla ya da üstün güç ile olan bağlılıkları ile karşılamaktadır. Her bireyi motive eden ve iç huzurunu sağlayan güç farklı olabilir. Dini bir inancı olsun ya da olmasın bireyin içinde hissettiği güç onun manevi yönelimleridir (46).

2.3. Manevi Bakım

Manevi bakım, bireylerin yaşama olan bağlılığını artırmayı, manevi yönden güçlü ve kendi dünyaları ile barışık olmalarını, korkularını gidermeyi amaçlayan sosyal bir hizmettir (40). Biyo-psiko-sosyokültürel bir varlık olan insanın umut, yaşamın anlamı ve amacını bulma, ait olma gibi manevi gereksinimleri bulunmaktadır. İnsanın bu gereksinimlerinin belirlenmesi ve gerekli olan manevi bakımın sağlanması önemlidir (28, 44, 47).

Manevi bakım, insanların acılı ve sıkıntılı dönemlerinde yaşanan (hastalık, sakatlık ameliyat, afet, ümitsizlik gibi) kritik durumlarda onlara refakat ederek inançları doğrultusunda desteklemek, sorunlarına yönelik danışmanlık etmek, dini ritüellerini yerine getirebilmelerinde rehberlik etmek ve yaşamlarına bir anlam verebilmede yardım etmektir (3, 4). Manevi bakımın temelinde saygı, sevgi, değer verme, koruma ve güven bulunmaktadır (28, 48). Manevi bakımı sağlayacak olan bireylerin etkin iletişim becerilerine sahip olması ve bakım vereceği bireyde güven oluşturmaları önemlidir (49, 50).

2.3.1. Manevi Bakım Aşamaları

Hemşireler bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile bireylerin manevi gereksinimlerini, inanç ve uygulamalarını tanımlamalı ve onlara destek olmalıdır (51, 52).

Manevi bakım dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar,

1. Tanılama
2. Planlama
3. Uygulama
4. Değerlendirme aşamalarıdır (52).

2.3.1.1. Tanılama

Hemşirelik sürecinde bireye maneviyat ile ilgili bütüncül yaklaşımla tanı konabilmesi için, bireyin iyi bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Bunun için hemşire, hastanın anamnez öyküsünü alırken manevi durumunu iyi sorgulamalıdır. Hasta ile iletişime geçebiliyorsa kendisinden, iletişim kurulamadığı durumlarda ise, aile yakınlarından bilgi alınması gerekir (13, 52, 53).

Bireyler manevi duygu ve düşünceleri ile ilgili konuşmayı istemeyebilirler ve soru sormaktan çekinebilirler. Hemşire birey ile iletişimde iyi gözlem yapmalı ve ipuçlarını iyi değerlendirmelidir (13, 52, 54). Bireyin/hastanın davranışları, duygu ve düşünceleri, sözlü ya da sözsüz ifade şekilleri, çevresine olan tutumu manevi gereksinimleri hakkında ipuçları verir. Her bireyin manevi değer ve inançları bulunmaktadır ve bunlar farklılıklar gösterebilir. Bu durumda hemşire, iyi gözlem yaparak bireyi yargılamadan dinlemelidir. Açık uçlu sorular sorarak hastanın gereksinimlerini tanılamaya çalışmalıdır (34).

Hemşire manevi gereksinimleri tanılamada aşağıda yer alan soruları sorabilmektedir (35, 55-57).

- Manevi yönden önemli olduğunu düşündüğünüz bir uygulama var mı?
- Hastane ortamında olmak bu uygulamaları yapmanızı engelliyor mu?
- Bu durum sizde nasıl bir etki bırakıyor?
- Bu konuda size nasıl yardım edebilirim?
- İnanç ve değerlerinizin size yardımcı olduğunu hissediyor musunuz?
- Hangi doğrular sizin için önemlidir?
- Size güç ve ümit veren etkenler nelerdir?
- Sizin için en yakın hissettiğiniz önemli kişiler kimlerdir?
- Yardıma gereksiniminiz olduğunda kime gidersiniz?
- Hastalığınız ile ilgili sizi endişelendiren nedir?

Manevi gereksinimlerin belirlenmesi için hemşirenin izlemesi gereken yollar aşağıda yer almaktadır (30, 52).

- Bireyin manevi duygu ve düşünceleri ile ilgili ifadeleri dinlenilmelidir (dini ortamlar ve bireyler hakkında konuşması, dua etme gibi),
- Manevi olarak yaşadığı endişelerin belirtileri değerlendirilmelidir (anksiyete, güçsüzlük, manevi uygulamaları yapmakta yetersiz hissetmek gibi),
- Manevi sıkıntı/distres belirtileri değerlendirilmelidir (öfke, üzüntü, ağlama, hayatın anlamını kaybetme duygusu gibi),
- Manevi yönden gözlenebilir simgelerin olup olmadığı değerlendirilmelidir (Kuran ya da inancına yönelik dini kitaplar, nazar boncuğu, manevi değeri olan eşyalar gibi),
- Manevi yönden ümitsizlik yaşama belirtileri değerlendirilmelidir (yaşam umudunu kaybetme, tedaviyi reddetme, kişilerle iletişimi reddetme gibi),
- Hasta isterse manevi gereksinimler konusunda psikolog ya da din adamından yardım istenmelidir.

2.3.1.2. Planlama

Hemşirelerin bireylerin manevi gereksinimlerine yönelik yapacakları hemşirelik uygulamalarını planlaması çok önemlidir. Bu süreçte manevi olarak sorun yaşayan bireye yardım etmek ve iyi bir planlama yapabilmek için hemşirenin kendi inanç ve değerlerini iyi bilmesi ve bunu hastanın inanç ve değerlerinden ayırtırabilmesi gerekir (52).

Manevi gereksinimler ile ilgili planlamada dikkat edilmesi gerekenler aşağıdaki gibidir (52, 53, 58).

- Bireyin manevi gereksinimlerini yerine getirmesinde yardımcı olunmalıdır.
- Bireyin içsel kaynaklarını etkin bir şekilde kullanmasına yardım edilmelidir.
- Bireye sıkıntı veren durumlarda inancı ile ilişkisini sürdürmesinde destek olunmalı ve bireysel olarak farklı görüşlere saygı gösterilmelidir.
- Bireyin yaşamın anlam ve amacını bulmasına yardım edilmelidir.

2.3.1.3. Uygulama

Manevi bakım, hastaların iyileştirilmesinde ve yaşam umudunun artırılmasında büyük öneme sahiptir. Hemşireler hastayı 24 saat gözlemleyerek tedavisini yapan hastaya en yakın kişilerdir. Hastaların manevi gereksinimlerine yönelik bakımı uygun zaman ve ortam oluşturarak sunmalıdırlar (3, 19).

Manevi gereksinimleri karşılayabilmek için hemşirenin yapması gereken girişimler aşağıda yer almaktadır (20, 30, 35, 43, 53, 54, 59).

- Bireyin manevi yönelimlerini dikkatle dinlemeli, empati kurmalı ve şefkat göstermelidir.
- Bireyin inanç ve değerlerine saygı göstermeli ve önyargısız kabul etmelidir.
- Objektif olmaya önem vermelidir.
- Bireyin dini ritüellerini yerine getirmesine uygun ortam ve zaman bulmakta yardımcı olmalıdır.
- Bireyin isteğine göre dua etmesine izin vermelidir.
- Bireyin olaylara bakış açısı ve yüklediği anlamları belirlemelidir.
- Bireylerin korkularını, acılarını ve endişelerini ifade etmesine fırsat vermelidir.
- Bireyleri fiziksel, manevi ve duygusal olarak tüm yönleri ile değerlendirmelidir.
- Birey için değerli olan dini objelerine veya simgelerine saygı göstermeli ve zarar görmesini önlemelidir.
- Bireyin manevi uygulamalarını yapabilmesi için uygun ortam ve mahremiyet sağlamalıdır.
- Bireyi rahatlatacak aktivitelerin (dua etmek, müzik, meditasyon, masaj ve terapötik dokunma gibi) yapılmasını sağlamalıdır.

- Hastanın rahatsız edici isteklerine karşı hasta ile iletişimde bulunup bu durumu dile getirmelidir.
- Manevi inançlar ve tıbbi tedavi arasında hasta bir çatışma yaşarsa, bu durumu hekimi ile konuşması ve alternatif tedavi seçeneklerini denemesi konusunda hastayı cesaretlendirmelidir.
- Acil bir durumda hastanın inancıyla örtüşmeyen tıbbi bir tedavi tercih edildiyse, hastanın bu duruma reaksiyon gösterebileceğini tahmin etmeli ve hastanın baş edebilmesini desteklemelidir.
- Hastayı rahatsız eden uygulamalar olduğunda farklı çözümler sunmalıdır.
- Hasta için gerekli görülürse din adamı ya da psikolog ile iletişime geçmesini önermelidir.
- Farklı din ve inançlar hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

2.3.1.4. Değerlendirme

Değerlendirme aşamasında, uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliğine bakılmaktadır. Girişimin etkin olduğu hastanın manevi gereksinimlerine karşılık bulduğunu onaylaması, kendisini iyi hissettiğini ifade etmesi, tedaviye olan uyumunun artması ve endişelerinin azalması gibi sonuçlardan çıkarılmaktadır. Manevi bakım sonucunda hemşire etkili olmadığını düşünüyorsa farklı hemşirelik girişimleri ile bakımı devam ettirmelidir. Önemli olan, bütüncül yaklaşımla manevi yönü ihmal etmeden hastalara bakım sunmaktır (13, 52).

2.4. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım

Manevi bakım, bireylerin maneviyatını güçlendirir, kendi dünyalarıyla barışık olmalarını sağlar ve yaşama olan bağlılığı artırır (40). Ayrıca bireyin mevcut hastalığını kabul etmesini ve geleceğe yönelik umutla bakmasını sağlar (32).

İnsanın var olmasının temelini oluşturan fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi tüm boyutlarının korunmasında ve sürdürülmesinde bireye yardımcı olma hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır (13). Uluslararası Hemşireler Konseyi ve Amerikan Hemşireler Derneği, sağlıkta manevi gereksinimlerin bedendeki fiziksel organlar kadar önemli olduğunu ifade etmektedirler (1, 40).

Uluslararası Hemşireler Konseyi Etik Kodlarının birinci maddesinde “Hemşireler hizmet verirken bireyin ve toplumun insan hakları, değerleri, gelenekleri ve manevi

inançlarına saygı göstermelidir.” ifadesi yer almaktadır (13, 19, 25, 40). Buna göre hemşireler, bireylerin manevi inanç ve değerlerini, uygulamalarını iyi bir şekilde belirlemeli ve bireye yönelik manevi bakım sunmalıdır (2).

Virginia Henderson, bireyin gereksinimlerini kendi kendine karşılayabiliyor olmasının hemşirenin asıl amacı olduğunu belirtmektedir. Henderson fizyolojik, sosyolojik, entelektüel ve psikolojik kavramların yanında manevi kavramların da 14 temel insan gereksinimi arasında yer aldığını ifade etmektedir (54, 60).

Manevi bakımın ağrı ve endişeyi azalttığı, fizyolojik ve zihinsel olarak sağlığı koruduğu, hastalık ve kriz durumlarında uyumu kolaylaştırdığı ve güçlü bir iletişim sağladığı belirtilmektedir. Hastaların yaşadığı öfke, hüznün, korku gibi emosyonel ve manevi sorunlar oluşturan durumlarda hemşireler, hastaların kendilerini ifade etmelerini sağlayacak şekilde iletişim kurmalı ve gerekli bakımı sağlamalıdır (15, 19).

Manevi hemşirelik bakımında hemşirenin hasta ile olan iyi iletişimi, sevgi ve saygı ile yaklaşması güven vermesi ve umudu teşvik etmesi önemlidir (38). Bu yaklaşım, ruhsal olarak bireyin yaşam kalitesini yükseltmeye ve acısının hafiflemesine yardımcı olur (61).

Aktif dinleme, birey için yaşamın anlamı ve amacını bulma, empati yapma, terapötik dokunma, müzik dinletme, gülümseme, aile desteği sağlama, dini inançlara saygı ve dini uygulamaların yapılabilmesi için kişiye yeterli zaman ve olanak sağlama, endişe ve sorunlarında destek olma manevi bakımda etkili uygulamalardır (15, 62). Akıl, beden ve ruh uyumunun sağlanamadığı durumlarda hemşire bu uygulamaları hastada gerçekleştirerek iyileşme sürecine olumlu etkide bulunabilir (43, 63).

Manevi gereksinimlerin karşılanmasında rol alan hemşireler, insan faktörünün olduğu her ortamda bu gereksinimlerle karşı karşıya gelebilirler. Hemşirelerin bu gereksinimleri karşılaması, bireyin iyileşmesine katkıda bulunmakta ve durumla baş etmesini artırmaktadır. Bu nedenle hemşireler tarafından manevi bakımın sunulması son derece önemlidir (64, 65). Yaşamı ciddi oranda etkileyen cerrahi girişimler, kalp hastalıkları, kanser gibi fiziksel ve psikolojik olarak değişikliklere yol açan hastalıklar bireye manevi sıkıntı verir. Bireyin tedaviye aktif katılımını artırmak ve yaşam umudunu yükseltmek için manevi boyutunu güçlendirmek önemlidir (31, 39).

Bireye 24 saat kesintisiz hizmet sunan hemşireler, hastaların manevi gereksinimleri konusunda iyi gözlem yapmalı, bilgi ve becerisini profesyonel şekilde sunmalıdır (13, 39).

Hemşireler maneviyatın önemini kendi deneyimleri ile birleştirerek etkin bakım vermelidirler. Bireyin gereksinimlerinin farkında olmak ve uyumlu olmak hemşirenin bireyi daha iyi anlamasını, bakımın etkinliğinin ve kalitesinin artmasını sağlar (39).

2.5. Manevi Bakımda Hemşirenin Rolü

Hemşirelik, sağlıklı ya da hasta bireylerin sağlıklarının korunmasını, bütünlüğünü devam ettirmesini ve geliştirmesini amaçlayan bir meslektir. Bireylerin gereksinimlerini belirleme ve bu gereksinimlerin karşılanmasını sağlama, bireyin fiziksel ve emosyonel yönden özgürleşmesini hedeflemektedir (13, 35).

Hemşireliğin temelinde insanlara yardım etme, sevgi ve hoşgörü ile yaklaşma, duyarlı olma bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar bireylerin manevi yönünü geliştirmektedir (32). Bireyin varoluşunun tüm boyutlarının korunmasında, sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde bireye yardımcı olmak kaliteli hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır. Geçmişe yönelik bakıldığında bireylerin ruhsal yönleri din ile bağdaştırılmaktaydı. Ancak 1980 yılında bütüncül (holistik) bakımın bireylere verilmeye başlanmasıyla manevi boyut diğer boyutlar kadar önemli olmaya başlamıştır (13).

Margaret Hutchinson insanın üç boyuttan oluştuğunu ifade etmektedir. Bunlar;

1. Beş duyu ile algılanabilen fiziksel ve biyolojik boyut
2. Değerlerimizi ve algımızı oluşturan psikolojik boyut
3. Var oluşun ötesinde manevi/ruhsal boyut (35).

Bu üç boyut birbirinden farklı olmasına rağmen iç içe geçmiştir. Bu anlamda fiziksel bakımın yanında manevi bakımın verilmesi de hemşirenin fonksiyonunun bir parçasıdır (31, 35).

Hemşireler hastalara manevi yönden destek olabilmek için uygun ve huzurlu bir ortam sağlamalıdır. Hastaların manevi gereksinimlerinin farkında olmalı ve duyarlı bir şekilde yaklaşarak önyargısız dinlemelidir. Hemşire bakım verdiği hastayı iyi değerlendirmeli, hastanın ihtiyacını doğru saptayabilmeli ve uygun girişimleri planlayabilmelidir. Ancak yapılan birçok çalışmada hemşirelerin manevi gereksinimleri karşılamada yeterli olmadıkları ve bu konuda eğitime gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (23, 66).

2.6. Manevi Bakımda Hemşirenin Algı ve Yeterlilikleri

Türk Dil Kurumu'nda algının tanımı; bir şeye dikkatini vererek onun bilincine varma ve idrak etme şeklinde ifade edilmektedir. Hemşirelikte manevi bakım algısı; dini inanç kavramının ötesinde olup, yaşamın anlam ve amacı, içsel huzuru ve umuda yönelik çaba göstermedir (67, 68). Yeterlilik kelime anlamıyla, bir işi yapmayı sağlayan özel güç, bilgi ve donanımdır (69). Manevi bakım yeterliliği ise, bakımda verilen bilgi, beceri ve tutumlar olarak ifade edilmektedir (70).

Hemşirelik bakımının önemli bir boyutu olan manevi bakımda, hemşirelerin manevi gereksinimlerinin dışında bakıma olan duyarlılıkları, gönüllülük ve algıları önemli rol oynamaktadır. Hemşirenin manevi bakımdaki rolleri, empati kurma, aktif olarak dinleme, bireyin fiziksel ve manevi tüm ihtiyaçlarına karşı duyarlı olma, dini inançlarına yönelik uygulamalarını yapabilmeleri için destek olma, bireylerin inanç ve değerlerine saygı duyma, endişelerini azaltma, yaşam umutlarını artırmaktır (23).

Bireylerin/hastaların bu gereksinimlerinin fark edilebilmesi için hemşirenin önce kendi manevi boyutunu bilmesi gerekmektedir (71, 72). Hemşirelerin kendi manevi yönlerine ilişkin olumlu tutum ve algıları hastalarının manevi gereksinimlerine karşı duyarlılıklarında ve değerlendirme sürecinde olumlu bir bilinçlilik sağlar (61, 73).

Ülkemizde manevi bakım ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında hemşirelerin manevi bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, farkındalıklarının oluşmadığı ve hastaların manevi ihtiyaçlarının karşılanmayıp bakımda yeterli sunulmadığı sonucu ortaya çıkmıştır (6). Yapılan bazı çalışmalar sonucunda; hemşirenin manevi bakım algısı ile uygulamaları arasında doğru bir orantı olduğu ortaya çıkmıştır. Manevi bakım algısı yüksek olan hemşirenin manevi bakım ile ilgili uygulamaları da o oranda fazla olmaktadır (74).

2.7. Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler

Manevi bakımla ilgili hemşirelik literatürü incelendiğinde, hemşirelerin manevi bakımı gerektiği şekilde veremedikleri ve bu konuda zorlandıkları görülmektedir (13, 25). Hemşirelerin manevi bakım vermesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Özellikle hemşirenin kendi düşünce sistemi, manevi bakımı algılama şekli, manevi gereksinimlere olan duyarlılığı, gönüllülüğü ve yaşam umudunun manevi bakımda etkili olduğu bilinmektedir (13, 20, 22).

Yapılan çalışmalarda genel olarak, hemşirelerin manevi bakımla ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı, eğitim sürecinde yeterli şekilde bilgilendirilmedikleri ve manevi gereksinimlerle ilgili farkındalıklarının olmadığı sonuçları vurgulanmaktadır (34, 62). Hemşirenin çalışma koşulları ve çalışma ortamı, diğer sağlık çalışanları ile olan iletişimi, gürültülü çevre, yetersiz personel sayısı ve sürekli nöbet tutma gibi faktörlerin de manevi bakımı etkilediği ifade edilmektedir (13, 25, 75-77). Bunlara ek olarak, yetersiz yönetim desteği, kaynaklar ve insan gücü, artan iş yükü, kültürel faktörler, inanç sistemi, hemşirelerin mesleği içselleştirme biçimleri, bilgi ve becerilerinin manevi iyileşmeyi sağlamakta yetersiz olduğu düşüncesi ve bireylerin kendilerini ifade etmekte sorun yaşamaları gibi faktörler de manevi bakımın verilmesine engel olmaktadır (12, 20, 78).

2.8. Cerrahi Hemşireliğinde Manevi Bakım

Cerrahi girişimler beden bütünlüğünü bozan girişimler olduğundan hastalar için güç ve kontrol kaybı, beden imajında değişiklik yaşanması ve ağrı gibi olumsuzluklar içermektedir. Cerrahi girişim geçirecek olan hasta bedensel ve yaşamsal olarak kendisini tehdit altında hissedebilir, bu durum hastanın yoğun anksiyete ve korku yaşamasına neden olabilmektedir (19, 79).

Cerrahi girişim geçirecek hastalar anestezi ve sedasyona bağlı denetimini kaybetme korkusu, acı çekme korkusu, endişe ve bilinmezlik korkusu yaşamaktadırlar. Bu durumda cerrahi hemşirelerinin hastayı bilgilendirmesi ve bütüncül bakım yaklaşımı ile bakım sağlaması önemlidir (79, 80).

Hastaların cerrahi girişimi olumsuz yönde etkileyen duyguları ile baş edebilmeleri için manevi yönden güçlü olmaya ve desteğe gereksinimleri bulunmaktadır. Cerrahi girişimler ve hastalıklar bireylere fiziksel olarak ağrı ve acı verdiği kadar manevi olarak da huzursuzluk ve stres yaşatmaktadır. Ameliyat öncesi dönemde hastanın psikolojik hazırlığı en az fiziksel hazırlığı kadar önem taşımaktadır. Ameliyat öncesi yapılan hasta eğitimi, yapılacak girişimde hastanın ne olacağını önceden bilmesine, hem fiziksel hem de ruhsal olarak kendini iyi hissetmesine yardım eder. Böylece hastalar bireysel olarak bakımda kendi sorumluluklarını alabilmektedirler (81, 82). Ameliyat öncesinde hemşireler, hastanın korkuları ile ilgili kendisini ifade etmesine imkan sağlamalı ve gerekli bilgileri vererek ruhsal ve sosyal olarak hastaya yardımcı olmalıdırlar (83).

Cerrahi hemşireleri, hastalıklarla mücadele eden ve cerrahi girişim geçirecek olan hastaların manevi gereksinimlerini ve tepkilerini iyi gözlemlemelidirler (19). Ameliyat

öncesi gerekli bilgilendirme yapılmayan hastalarda anksiyete, ameliyatı bekleme süreci, bilinmezlik korkusu, ağrı duyma korkusu, ameliyat sonrası kendi gereksinimlerini karşılayamama gibi sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bunun sonucu olarak da ameliyattan sonra oluşabilecek komplikasyon oranı artmakta ve daha uzun süre hastanede kalma durumu görülmektedir (82).

Ameliyat öncesinde verilen etkili bir hemşirelik bakımının hasta üzerindeki olumsuz etkileri azalttığı ve endişelerini giderdiği görülmektedir. Bundan dolayı hastada daha minimal düzeyde anestezi gereksinimi olduğu, ameliyat sonrası dönemde analjezik kullanımının daha az olduğu, iyileşme süresinin kısaldığı ve günlük yaşama dönüşün daha kolay olduğu belirtilmektedir (84).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgi, algı ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırmanın veri toplama aşaması 01.03.2019-01.09.2019 tarihleri arasında Trabzon il merkezindeki Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı üç hastanede gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini araştırma kapsamına alınan hastanelerde üroloji, ortopedi ve travmatoloji, ameliyathane, kalp-damar cerrahisi, kadın doğum servisi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, genel cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi kliniklerinde çalışmakta olan toplam 215 hemşire oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip bu kliniklerde çalışan hemşirelerin tümüne ulaşmak hedeflendi.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 51 hemşire, ön uygulama yapılan 10 hemşire ve çalışmanın yapıldığı tarihlerde izinli ya da raporlu olan 12 hemşire çalışma kapsamına alınmadı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 142 hemşire ile araştırma tamamlandı. Çalışmaya katılım oranı %66.0 idi.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacının literatür incelemeleri ve gözlemleri sonucunda oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 1) ve “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)” (Ek 2) kullanılarak toplandı.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatürden (2, 7, 17, 21) yararlanılarak hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, hemşirelerin tanıtıcı (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalıştığı klinik, vb.) bilgilerini belirlemeye yönelik dokuz ve maneviyat ve manevi bakıma (manevi bakım kavramını daha önceden duyup duymadığı, manevi bakım ile ilgili eğitim alıp almadığı, maneviyat ile ilgili herhangi bir yayın okuyup okumadığı vb.) ilişkin bilgileri belirlemeye yönelik dokuz soru olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.4.2. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ), McSherry, Draper ve Kendric tarafından 2002 yılında hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki algılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (64). Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 2007 yılında Ergül ve Bayık-Temel yapmıştır (85).

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği, Likert tipinde, toplam 17 madde ve üç alt boyuttan oluşan beşli puanlama ile yanıtlanan bir ölçektir. Maddelerin puanlaması “kesinlikle katılmıyorum” ifadesini taşıyan bir ile “tamamen katılıyorum” ifadesini taşıyan beş arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin on üç maddesi düz (1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17) ve dört maddesi ters (3, 4, 13, 16) şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan 17-85 arasında bir puan olmaktadır. Elde edilen ölçek puanının yüksek bulunması maneviyat ve manevi bakım kavramlarını algılama düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. McSherry ve arkadaşları MMBDÖ’nün cronbach alfa katsayısını 0.64 olarak bildirirken ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Ergül ve Bayık ise 0.76 olarak belirtmişlerdir (57, 85). Bizim çalışmamızda ise MMBDÖ’nün cronbach alfa katsayısı 0.62 olarak bulundu (Ek 2). Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puanları Tablo 1’de gösterildi.

Tablo 1. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyutları

Alt Boyutlar	Ölçek Maddeleri*	Min Puan	Max Puan
Maneviyat ve Manevi Bakım	6, 7, 8, 9, 11, 12, 14	7	35
Bireysel Bakım	1, 2, 10, 15	4	20
Dinsellik	4, 5, 13, 16	4	20
MMBDÖ Toplam Puan		17	85

*Değerlendirmeye alınmayan 3 ve 17. maddeler herhangi bir alt boyut kapsamında yer almamaktadır.

3.5. Kişisel Bilgi Formunun Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formunun ön uygulaması 20.02.2019-25.02.2019 tarihleri arasında on hemşire ile gerçekleştirildi. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre, gerekli düzenlemeler yapılarak forma son şekli verildi. Hemşireler ön uygulama sonrasında araştırma dışı bırakıldı.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmacı tarafından ilgili hastanelerdeki cerrahi klinikler dolaşarak hemşirelere, araştırmayla ilgili açıklayıcı bilgi verildi. Sonrasında hemşirelere veri toplama aracı olan “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 1), “Maneviyat ve Manevi Bakımı Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)” (Ek 2) ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” (Ek 5) verildi. Klinikler belirli aralıklarla ziyaret edilerek doldurulan formlar üç aylık sürede toplandı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, yalnızca Trabzon il merkezindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle yapıldığı için sonuçlar tüm klinik hemşirelerine genellenemez.

3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

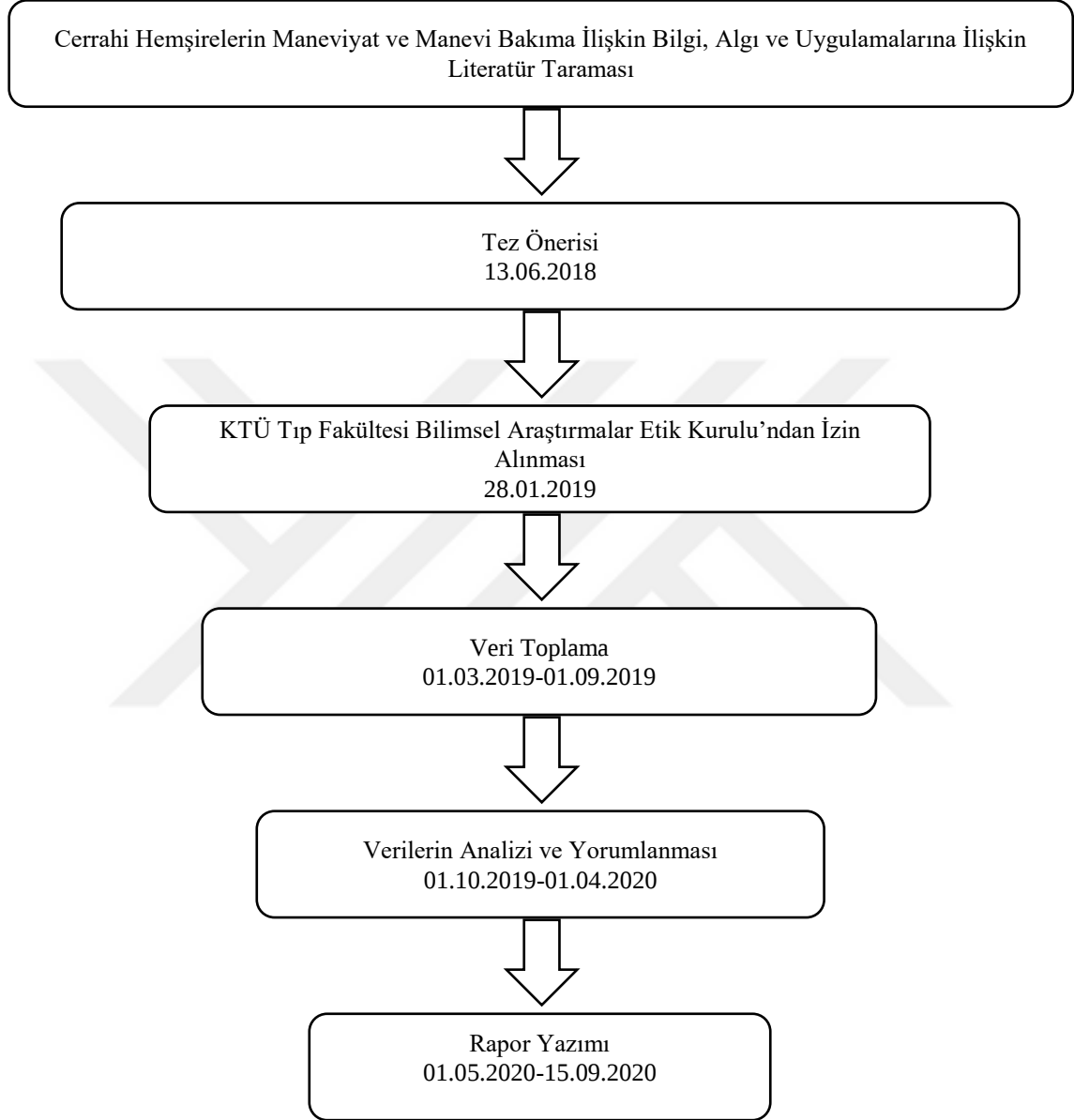
Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan 28/01/2019 tarihinde etik kurul izni (Sayı: 24237859-89) (Ek 3) alındı. Ayrıca Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden 16/11/2018 tarihinde (Sayı: 96975576-604), Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi’nden 28/12/2018 tarihinde (Sayı: 29907235-604) ve Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi’nden 19/11/2018 tarihinde (Sayı: 83084854-604) araştırma için yazılı izin alındı (Ek 4). Ayrıca katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alındı (Ek 5).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 25.0 (Statistical Package for The Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, medyan (minimum ve maximum değerler) olarak belirtildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile yapıldı. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi ve İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise, bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Tüm analizlerde $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.10. Araştırma Planı

Araştırma planı Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma planı

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan cerrahi hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine, maneviyat ve manevi bakıma ilişkin özelliklerine, MMBDÖ toplam ve alt boyut ortalamasına, tanıtıcı özelliklerine göre MMBDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarına, maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgilerine göre MMBDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 2. Cerrahi hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri (n=142)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
22-32 yaş	26	18.3
33-43 yaş	86	60.6
44 yaş ve üzeri	30	21.1
Cinsiyet		
Kadın	128	90.1
Erkek	14	9.9
Medeni Durum		
Evli	119	83.8
Bekar	23	16.2
Eğitim Durumu		
Lise ve önlisans	42	29.6
Lisans ve lisansüstü	100	70.4
En Uzun Süre Yaşadığı Yer		
İl	116	81.7
İlçe	26	18.3
Çalıştığı Klinik		
Üroloji ve Ortopedi ve Travmatoloji	50	35.2
Ameliyathane	32	22.5
Kalp Damar Cerrahisi	17	12.0
Kadın Doğum Servisi	17	12.0
KVC Yoğun Bakım Ünitesi	14	9.9
Genel Cerrahi, Beyin Cerrahisi ve Sinir Cerrahisi	12	8.5
Meslekte Çalışma Süresi		
2-12 yıl	38	26.8
13-23 yıl	63	44.4
24 yıl ve üzeri	41	28.9
Şu an Çalıştığı Klinikteki Çalışma Süresi		
1-9 yıl	102	71.8
10 yıl ve üzeri	40	28.2
Çalışma Şekli		
Gündüz	90	63.4
Gece	52	36.6

KVC: Kardiyovasküler Cerrahi

Tablo 2’de cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %60.6’sının 33-43 yaş aralığında olduğu, %90.1’inin kadın ve %83.8’inin evli olduğu belirlendi. Hemşirelerin %70.4’ünün lisans-lisansüstü mezunu olduğu, %81.7’sinin en uzun süre ilde yaşadığı saptandı. Hemşirelerin çalıştığı klinikler incelendiğinde, %35.2’sinin üroloji ve ortopedi ve travmatoloji kliniğinde ve %22.5’inin ameliyathanede çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin %44.4’ü meslekte çalışma yılının 13-23 yıl olduğunu, %71.8’i 1-9 yıldır şu an çalıştığı klinikte çalıştığını ve %63.4’ü ağırlıklı olarak gündüz çalıştığını ifade etti.



Tablo 3. Cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin özellikleri (n=142)

Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Özellikler	n	%
Manevi bakım kavramını duyma durumu		
Evet	110	77.5
Hayır	32	22.5
Eğitim sürecinde maneviyat ve manevi bakım ile ilgili eğitim alma durumu		
Evet*	25	17.6
Hayır	117	82.4
Mezuniyet sonrası maneviyat ve manevi bakım eğitimi alma durumu		
Evet**	27	19.0
Hayır	115	81.0
Maneviyat ve manevi bakım ile ilgili yayın okuma durumu		
Evet	50	35.2
Hayır	92	64.8
Maneviyat tanımı***		
Bireyin iç dünyasına ait duygu ve düşünceler	57	40.1
Dini inançlar	46	32.4
Ruhsal yaklaşım, ruhsal boyut	29	20.4
Fikrim yok	29	20.4
Maddi olmayan şeyler	9	6.3
İyi olma, yardımsever ve vicdanlı olma hali	9	6.3
Manevi bakım tanımı***		
Etkin iletişim	50	35.2
Psikolojik ve ruhsal destek	44	31.0
Dini inanç desteği	38	26.8
Fikrim yok	31	21.8
Geleneklere göre yaklaşım	7	4.9
İbadet ortamı sağlama	4	2.8
Manevi bakımın gerekli görülme durumu		
Evet	142	100.0
Hayır	-	-
Klinikte manevi bakım verme durumu		
Evet	133	93.7
Hayır	9	6.3
Klinikte manevi bakım uygulamaları*** (n=133)		
Hastanın kendisini ifade etmesine fırsat verme	122	91.7
Dini inançlara yönelik uygulamalara olanak sağlama	117	88.0
Yakınları ile iletişim sağlama	111	83.5
Ameliyat öncesi hastayı rahatlatma	9	6.8
Klinikte manevi bakım uygulaması yapılma durumu		
Evet (n=111)	111	78.2
Dini inanç desteği	45	40.5
Hastaya fırsat verme	42	37.8
Etkin iletişim, empati	19	17.1
Fikrim yok	19	17.1
Yakınları ile iletişim	17	15.3
Mahremiyete saygı	12	10.8
Din görevlisi, psikolog önerisi	12	10.8
Hayır (n=31)	31	21.8
Fikrim yok	18	58.1
İş yükü, zaman ve personel yetersizliği	9	29.0
Yapılan uygulama yok	4	12.9
Eğitim eksikliği	2	6.5
Önemsenmiyor	1	3.2

*Psikoloji-sosyoloji, iletişim-ruh sağlığı, deontoloji

**Hemşirelik eğitimi-seminer, hizmet içi eğitim

***Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlandı.

Tablo 3'te hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımına ilişkin bulguları gösterilmektedir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %77.5'inin manevi bakım kavramını daha önce duyduğu, %17.6'sının eğitim sürecinde ve %19.0'ının mezuniyet sonrası dönemde maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim aldığı saptandı. Hemşirelerin %35.2'si maneviyat ve manevi bakımla ilgili yayın okuduğunu belirtti. Maneviyat kavramını, hemşirelerin %40.1'i kişinin iç dünyasına ait duygu ve düşünceler ve %32.4'ü dini inançları olarak, manevi bakım kavramını ise, hemşirelerin %35.2'si etkin iletişim ve %31'i psikolojik ve ruhsal destek olarak tanımladılar. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tamamı manevi bakımı gerekli bulmaktadırlar. Hemşirelerin %93.7'si çalıştığı klinikte manevi bakım verdiğini; manevi bakım uygulaması olarak hemşirelerin %91.7'sinin hastanın kendisini ifade etmesine fırsat verdiği, %88'inin dini inançlara yönelik uygulamalara olanak sağladığı ve %83.5'inin yakınları ile iletişim sağladığı saptandı. Hemşirelerin %78.2'si çalıştığı klinikte manevi bakıma yönelik uygulama yapıldığını belirtti. Manevi bakıma yönelik uygulama yapıldığını ifade eden hemşirelerin %40.5'i dini inanç desteği ve %37.8'i hastaya fırsat verme şeklinde manevi bakım uyguladıklarını ifade ettiler. Manevi bakıma yönelik uygulama yapılmadığını ifade eden hemşirelerin %58.1'i bu konuda herhangi bir fikri olmadığını ve %29.0'ı zaman ve personel yetersizliği nedeniyle manevi bakım uygulamaları yapılmadığını bildirdiler.

Tablo 4. Cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları

MMBDÖ Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Maneviyat ve Manevi Bakım	27.9±3.6	28 (15 - 35)
Bireysel Bakım	15.6±2.1	16 (10 - 20)
Dinsellik	13.9±2.5	14 (7 - 20)
MMBDÖ Toplam Puan	57.6±5.6	57 (39 - 70)

*MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Tablo 4'te cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları gösterilmektedir. Çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ortalamasının 57.6±5.6; "maneviyat ve manevi bakım" alt boyut puan ortalamasının 27.9±3.6, "bireysel bakım" alt boyut puan ortalamasının 15.6±2.1 ve "dinsellik" alt boyut puan ortalamasının 13.9±2.5 olduğu bulundu.

Tablo 5. Cerrahi hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre MMBDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları (n=142)

Tanıtıcı Özellikler	n(%)	MMBDÖ ve Alt Boyutları			
		Maneviyat ve Manevi Bakım $\bar{X} \pm SS$	Bireysel Bakım $\bar{X} \pm SS$	Dinsellik $\bar{X} \pm SS$	MMBDÖ Toplam $\bar{X} \pm SS$
Yaş					
22-32 yaş	26(18.3)	27.6±3.7	15.6±1.8	15.3±2.4	58.6±5.4
33-43 yaş	86(60.6)	28.0±3.4	15.6±2.2	13.8±2.3	57.4±5.7
44 yaş ve üzeri	30(21.1)	28.0±4.0	15.7±1.9	13.2±2.7	57.0±5.7
İstatistiksel analiz		p=0.975 KW=0.05	p=0.928 KW=0.149	p=0.013* KW=8.627 (1-2, 1-3)	p=0.685 KW=0.756
Cinsiyet					
Kadın	128(90.1)	28.1±3.4	15.7±2.0	13.9±2.6	57.7±5.4
Erkek	14(9.9)	26.3±5	15.1±2.6	14.3±1.8	55.8±7.3
İstatistiksel analiz		p=0.12 Z=-1.555	p=0.296 Z=-1.044	p=0.534 Z=-0.622	p=0.141 Z=-1.471
Medeni Durum					
Evli	119(83.8)	28.1±3.7	15.7±2.1	13.8±2.5	57.7±5.7
Bekar	23(16.2)	26.9±2.6	15.2±1.9	14.7±2.6	56.9±4.9
İstatistiksel analiz		p=0.109 Z=-1.601	p=0.257 Z=-1.133	p=0.21 Z=-1.254	p=0.553 t=0.594
Eğitim Durumu					
Lise ve önlisans	42(29.6)	27.2±4.0	15.2±2.1	13.2±2.3	55.7±5.4
Lisans ve lisansüstü	100(70.4)	28.2±3.4	15.8±2.1	14.3±2.5	58.3±5.5
İstatistiksel analiz		p=0.142 Z=-1.47	p=0.065 Z=-1.843	p=0.012* Z=-2.506	p=0.01* t=-2.569
En Uzun Süre Yaşanan Yer					
İl	116(81.7)	28.0±3.4	15.7±2.0	14.0±2.5	57.7±5.5
İlçe	26(18.3)	27.6±4.4	15.5±2.2	13.8±2.5	57.0±6.0
İstatistiksel analiz		p=0.742 Z=-0.329	p=0.624 Z=-0.49	p=0.955 Z=-0.056	p=0.604 t=0.52

Tablo 5. (Devam)

Çalıştığı Klinik					
Ameliyathane	32(22.5)	27.2±4.3	15.1±2.2	15.0±2.3	57.4±6.9
KVC Yoğun Bakım Ünitesi	14(9.9)	28.7±3.4	15.6±1.9	15.5±2.3	60.0±4.7
Kalp Damar Cerrahisi	17(12.0)	27.1±2.0	15.9±1.6	14.0±1.8	57.1±4.1
Üroloji ve Ortopedi ve Travmatoloji	50(35.2)	28.4±3.2	15.7±2.0	13.6±2.3	57.8±5.0
Genel Cerrahi ve Beyin ve Sinir Cerrahisi	12(8.5)	26.5±4.2	15.6±1.9	14.2±1.4	56.5±6.2
Kadın Doğum Servisi	17(12.0)	29.0±4.1	16.1±2.7	11.4±3	56.6±6.4
İstatistiksel analiz		p=0.276 KW=6.323	p=0.638 F=0.681	p=0.0001* KW=25.318	p=0.601 F=0.732
Meslekte Çalışma Süresi					
2-12 yıl	38(26.8)	27.2±3.8	15.4±2.2	14.9±2.3	57.6±6.3
13-23 yıl	63(44.4)	28.5±3.0	15.7±2.1	13.9±2.4	58.2±4.9
24 yıl ve üzeri	41(28.9)	27.6±4.0	15.7±1.9	13.2±2.6	56.5±5.9
İstatistiksel analiz		p=0.286 KW=2.505	p=0.503 KW=1.373 (1-3)	p=0.022* KW=7.599	p=0.312 F=1.174
Şuan Çalıştığı Klinikteki Çalışma Süresi					
1-9 yıl	102(71.8)	27.6±3.2	15.6±2.0	14.0±2.5	57.3±5.2
10 yıl ve üzeri	40(28.2)	28.6±4.4	15.7±2.2	13.7±2.6	58.1±6.6
İstatistiksel analiz		p=0.11 Z=-1.598	p=0.748 Z=-0.321	p=0.619 Z=-0.497	p=0.428 Z=-0.793
Çalışma Şekli					
Gündüz	90(63.4)	28.1±4.0	15.8±2.0	14.0±2.5	58.0±5.9
Gece	52(36.6)	27.6±2.7	15.2±2.2	13.9±2.6	56.8±5
İstatistiksel analiz		p=0.339 Z=-0.956	p=0.088 Z=-1.707	p=0.587 Z=-0.543	p=0.217 t=1.240

MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Tablo 5’te cerrahi hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre MMBDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları yer almaktadır. Yaş gruplarına göre, cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, 22-32 yaş aralığındaki hemşirelerin MMBDÖ toplam puanı 58.6 ± 5.4 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.6 ± 3.7 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.6 ± 1.8 ve dinsellik alt boyut puanı 15.3 ± 2.4 ’tür. Aynı şekilde, 33-43 yaş aralığındaki hemşirelerin MMBDÖ toplam puanı 57.4 ± 5.7 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28 ± 3.4 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.6 ± 2.2 ve dinsellik alt boyut puanı 13.8 ± 2.3 ’tür. Diğeryandan 44 ve üzeri yaş aralığındaki hemşirelerinin MMBDÖ toplam puanı 57.0 ± 5.7 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.0 ± 4.0 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.7 ± 1.9 ve dinsellik alt boyut puanı 13.2 ± 2.7 ’dir. Cerrahi hemşirelerinin yaş gruplarına göre MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puanlarından aldıkları sonuçlar incelendiğinde, yalnızca dinsellik alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.013**). 22-32 yaş aralığındaki hemşirelerin 33-43 yaş ve 44 ve üzeri yaş aralığındaki hemşirelere göre dinsellik alt boyutundan aldıkları puanlar anlamlı şekilde yüksek bulundu.

Cinsiyete göre, cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, kadınların MMBDÖ toplam puanı 57.7 ± 5.4 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.1 ± 3.4 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.7 ± 2.0 ve dinsellik alt boyut puanı 13.9 ± 2.6 ’dır. Erkeklerin MMBDÖ toplam puanı 55.8 ± 7.3 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 26.3 ± 5 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.1 ± 2.6 ve dinsellik alt boyut puanı 14.3 ± 1.8 ’dir. Cinsiyet yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Medeni duruma göre, cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; evlilerin MMBDÖ toplam puanı 57.7 ± 5.7 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.1 ± 3.7 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.7 ± 2.1 ve dinsellik alt boyut puanı 13.8 ± 2.5 ’tir. Bekarların MMBDÖ toplam puanı 56.9 ± 4.9 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 26.9 ± 2.6 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.2 ± 1.9 ve dinsellik alt boyut puanı 14.7 ± 2.6 ’dır. Medeni durum yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptandı ($p > 0.05$).

Eğitim düzeyine göre cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, lise ve önlisans mezunu olanların MMBDÖ toplam puanı 55.7 ± 5.4 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.2 ± 4.0 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.2 ± 2.1 ve dinsel alt boyut puanı 13.2 ± 2.3 'tür. Lisans ve lisansüstü mezunu olanların MMBDÖ toplam puanı 58.3 ± 5.5 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.2 ± 3.4 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.8 ± 2.1 ve dinsel alt boyut puanı 14.3 ± 2.5 'tir. Eğitim düzeyi yönünden MMBDÖ toplam ve alt puan ortalamaları incelendiğinde, dinsel alt boyut puanında ve toplam puanda anlamlı farklılık bulundu. Lise ve önlisans mezunu olanların MMBDÖ toplam puanı ($p=0.01$) ve dinsel ($p=0.012$) alt boyut puanlarının, lisans ve lisansüstü mezunu olanlara göre anlamlı şekilde düşük olduğu saptandı.

En uzun süre yaşadıkları yere göre cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, ilde yaşayanların MMBDÖ toplam puanı 57.7 ± 5.5 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.0 ± 3.4 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.7 ± 2.0 ve dinsel alt boyut puanı 14.0 ± 2.5 'tir. İlçede yaşayanların MMBDÖ toplam puanı 57.0 ± 6.0 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.6 ± 4.4 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.5 ± 2.2 ve dinsel alt boyut puanı 13.8 ± 2.5 'tir. En uzun süre yaşadıkları yer yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptandı ($p>0.05$).

Çalıştıkları kliniklere göre cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, ameliyathanede çalışanların MMBDÖ toplam puanı 57.4 ± 6.9 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.2 ± 4.3 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.1 ± 2.2 ve dinsel alt boyut puanı 15.0 ± 2.3 'tür. Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesinde çalışanların MMBDÖ toplam puanı 60 ± 4.7 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.7 ± 3.4 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.6 ± 1.9 ve dinsel alt boyut puanı 15.5 ± 2.3 'tür. Kalp damar cerrahisinde çalışanların MMBDÖ toplam puanı 57.1 ± 4.1 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.1 ± 2.0 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.9 ± 1.6 ve dinsel alt boyut puanı 14.0 ± 1.8 'dir. Üroloji ve ortopedi ve travmatoloji servisinde çalışanların MMBDÖ toplam puanı 57.8 ± 5.0 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.4 ± 3.2 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.7 ± 2.0 ve dinsel alt boyut puanı 13.6 ± 2.3 'tür. Genel cerrahi ve beyin ve sinir cerrahisinde çalışanların MMBDÖ toplam puanı 56.5 ± 6.2 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 26.5 ± 4.2 ,

bireysel bakım alt boyut puanı 15.6 ± 1.9 ve dinselilik alt boyut puanı 14.2 ± 1.4 'tür. Kadın doğum servisinde çalışanların MMBDÖ toplam puanı 56.6 ± 6.4 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 29.0 ± 4.1 , bireysel bakım alt boyut puanı 16.1 ± 2.7 ve dinselilik alt boyut puanı 11.4 ± 3 'tür. Çalıştıkları klinikler yönünden MMBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yalnızca dinselilik alt boyut puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.0001$). Ameliyathanede ve KVC yoğun bakım ünitesinde çalışanların dinselilik alt boyut puan ortalamaları, diğer kliniklerde çalışanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptandı.

Meslekte çalışma süresine göre cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, 2-12 yıl aralığında olanların MMBDÖ toplam puanı 57.6 ± 6.3 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.2 ± 3.8 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.4 ± 2.2 ve dinselilik alt boyut puanı 14.9 ± 2.3 'tür. 13-23 yıl aralığında olanların MMBDÖ toplam puanı 58.2 ± 4.9 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.5 ± 3.0 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.7 ± 2.1 ve dinselilik alt boyut puanı 13.9 ± 2.4 'tür. Yirmi dört ve üzeri yıl aralığında olanların MMBDÖ toplam puanı 56.5 ± 5.9 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.6 ± 4.0 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.7 ± 1.9 ve dinselilik alt boyut puanı 13.2 ± 2.6 'dır. Meslekte çalışma süreleri yönünden MMBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yalnızca dinselilik alt boyut puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.022$). 2-12 yıl aralığında olanların dinselilik alt boyut puan ortalamaları, 24 ve üzeri yıl aralığında olanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptandı.

Şu an bulunduğu klinikte çalışma süresine göre cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, 1-9 yıl aralığında çalışanların MMBDÖ toplam puanı 57.3 ± 5.2 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.6 ± 3.2 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.6 ± 2.0 ve dinselilik alt boyut puanı 14.0 ± 2.5 'tir. On ve üzeri yıl aralığında çalışanların MMBDÖ toplam puanı 58.1 ± 6.6 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.6 ± 4.4 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.7 ± 2.2 ve dinselilik alt boyut puanı 13.7 ± 2.6 'dır. Şu an bulunduğu klinikte çalışma süresi yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptandı ($p>0.05$).

Çalışma şekline göre cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, ağırlıklı olarak gündüz çalışanların MMBDÖ toplam puanı

58.0±5.9; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.1±4.0, bireysel bakım alt boyut puanı 15.8±2.0 ve dinsellik alt boyut puanı 14.0±2.5'tir. Ağırlıklı olarak gece çalışanların MMBDÖ toplam puanı 56.8±5; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.6±2.7, bireysel bakım alt boyut puanı 15.2±2.2 ve dinsellik alt boyut puanı 13.9±2.6'dır. Çalışma şekli yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptandı ($p>0.05$).



Tablo 6. Cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgilerine göre MMBDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları (n=142)

MMBDÖ ve Alt Boyutları					
Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Özellikler	n(%)	Maneviyat ve Manevi Bakım $\bar{X} \pm SS$	Bireysel Bakım $\bar{X} \pm SS$	Dinsellik $\bar{X} \pm SS$	MMBDÖ Toplam $\bar{X} \pm SS$
Manevi bakım kavramını duyma durumu					
Evet	110(77.5)	28.2±3.5	15.8±2.0	14.0±2.6	58.1±5.5
Hayır	32(22.5)	26.9±3.7	15.1±2.3	13.7±2.1	55.8±5.7
		p=0.157 Z=-1.416	p=0.114 Z=-1.579	p=0.5 Z=-0.675	p=0.049* t=1.982
Eğitim sürecinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alma durumu					
Evet	25(17.6)	28.3±4.3	15.7±1.9	15.2±2.7	59.2±6.1
Hayır	117(82.4)	27.8±3.4	15.6±2.1	13.7±2.4	57.2±5.5
		p=0.586 Z=-0.544	p=0.776 Z=-0.284	p=0.009* Z=-2.595	p=0.156 Z=-1.417
Mezuniyet sonrası maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alma durumu					
Evet	27(19.0)	28.4±3.5	16.4±1.8	14.2±2.6	59.2±6
Hayır	115(81.0)	27.8±3.6	15.4±2.1	13.9±2.5	57.2±5.5
		p=0.391 Z=-0.857	p=0.024* Z=-2.261	p=0.569 Z=-0.569	p=0.107 Z=-1.61
Maneviyat ve manevi bakımla ilgili yayın okuma durumu					
Evet	50(35.2)	28.2±3.3	15.8±1.8	14.4±2.9	58.6±5.7
Hayır	92(64.8)	27.7±3.8	15.5±2.2	13.7±2.3	57.0±5.5
		p=0.86 Z=-0.176	p=0.495 Z=-0.682	p=0.085 Z=-1.724	p=0.234 Z=-1.19

Tablo 6. (Devam)

Klinikte manevi bakım verme durumu					
Evet	133(93.7)	28.1±3.5	15.7±2.1	13.9±2.5	57.8±5.6
Hayır	9(6.3)	25.3±3.7	14.7±1.6	13.8±2.2	54±4.9
		p=0.036*	p=0.169	p=0.859	p=0.065
		Z=-2.101	Z=-1.375	Z=-0.177	Z=-1.846
Şu an çalıştığı klinikteki manevi bakım uygulama durumu					
Evet	111(78.2)	28.3±3.6	15.8±2.1	13.9±2.6	58.1±5.8
Hayır	31(21.8)	26.4±3.1	14.9±1.8	14.1±2.1	55.6±4.6
		p=0.007*	p=0.029*	p=0.697	p=0.018*
		Z=-2.681	Z=-2.181	Z=-0.389	Z=-2.368

*MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Tablo 6’da cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin özelliklerine göre MMBDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Manevi bakım kavramını duyma durumuna göre, cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, manevi bakım kavramını duyanların MMBDÖ toplam puanı 58.1 ± 5.5 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.2 ± 3.5 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.8 ± 2.0 ve dinsellik alt boyut puanı 14.0 ± 2.6 ’dır. Manevi bakım kavramını duymayanların MMBDÖ toplam puanı 55.8 ± 5.7 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 26.9 ± 3.7 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.1 ± 2.3 ve dinsellik alt boyut puanı 13.7 ± 2.1 ’dir. Manevi bakım kavramını duyma durumu yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yalnızca toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.049$). Manevi bakım kavramını duyanların toplam puan ortalaması manevi bakım kavramını duymayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptandı.

Eğitim sürecinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alma durumuna göre, cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim alanların MMBDÖ toplam puanı 59.2 ± 6.1 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.3 ± 4.3 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.7 ± 1.9 ve dinsellik alt boyut puanı 15.2 ± 2.7 ’dir. Eğitim sürecinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim almayanların MMBDÖ toplam puanı 57.2 ± 5.5 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.8 ± 3.4 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.6 ± 2.1 ve dinsellik alt boyut puanı 13.7 ± 2.4 ’tür. Eğitim sürecinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alma durumu yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yalnızca dinsellik alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.009$). Eğitim alanların dinsellik alt boyut puan ortalamaları eğitim almayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptandı.

Mezuniyet sonrası maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alma durumuna göre, cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim alanların MMBDÖ toplam puanı 59.2 ± 6 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.4 ± 3.5 , bireysel bakım alt boyut puanı 16.4 ± 1.8 ve dinsellik alt boyut puanı 14.2 ± 2.6 ’dır. Mezuniyet sonrası maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim almayanların MMBDÖ toplam puanı 57.2 ± 5.5 ; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.8 ± 3.6 , bireysel bakım alt boyut puanı 15.4 ± 2.1 ve dinsellik alt boyut puanı

13.9±2.5'tir. Mezuniyet sonrası maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alma durumu yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yalnızca bireysel bakım alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.024$). Eğitim alanların bireysel bakım alt boyut puan ortalamaları eğitim almayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptandı.

Maneviyat ve manevi bakımla ilgili yayın okuma durumuna göre, cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yayın okuyanların MMBDÖ toplam puanı 58.6±5.7; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.2±3.3, bireysel bakım alt boyut puanı 15.8±1.8 ve dinsel alt boyut puanı 14.4±2.9'dur. Maneviyat ve manevi bakımla ilgili yayın okumayanların MMBDÖ toplam puanı 57.0±5.5; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 27.7±3.8, bireysel bakım alt boyut puanı 15.5±2.2 ve dinsel alt boyut puanı 13.7±2.3'tür. Maneviyat ve manevi bakımla ilgili yayın okuma durumu yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptandı ($p>0.05$).

Klinikte manevi bakım verme durumuna göre, cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, manevi bakım verenlerin MMBDÖ toplam puanı 57.8±5.6; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.1±3.5, bireysel bakım alt boyut puanı 15.7±2.1 ve dinsel alt boyut puanı 13.9±2.5'tir. Klinikte manevi bakım vermeyenlerin MMBDÖ toplam puanı 54±4.9; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 25.3±3.7, bireysel bakım alt boyut puanı 14.7±1.6 ve dinsel alt boyut puanı 13.8±2.2'dir. Klinikte manevi bakım verme durumu yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yalnızca maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.036$). Manevi bakım verenlerin maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamaları manevi bakım vermeyenlere göre anlamlı şekilde yüksek saptandı.

Şu an çalıştığı klinikte manevi bakım uygulama durumuna göre, cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, manevi bakım uygulayanların MMBDÖ toplam puanı 58.1±5.8; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 28.3±3.6, bireysel bakım alt boyut puanı 15.8±2.1 ve dinsel alt boyut puanı 13.9±2.6'dır. Manevi bakım uygulamayanların MMBDÖ toplam puanı 55.6±4.6; maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı 26.4±3.1, bireysel bakım alt boyut puanı 14.9±1.8 ve dinsel alt boyut puanı 14.1±2.1'dir. Şu an çalıştığı klinikteki manevi

bakım uygulama durumu yönünden MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, maneviyat ve manevi bakım alt boyut (**p=0.007**), bireysel bakım alt boyut (**p=0.029**) ve toplam (**p=0.018**) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Manevi bakım uygulayanların toplam puanı, maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı ve bireysel bakım alt boyut puanı manevi bakım uygulamayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptandı.



5. TARTIŞMA

Bireylerin sağlıklı olması fiziksel, sosyal, ruhsal ve manevi olarak tüm boyutlarının dengeli olmasıyla sağlanabilir (1, 2). Maneviyat ve manevi bakım ifadeleri bireylerin doğuştan sahip olduğu soyut kavramlardır (4). Maneviyat, yaşamın anlam ve amacını kavramayı sağlayan, bireylerin kendisi ve diğer kişilerle ilişkisini, dini inançlarını ve kültürel değerlerini içeren geniş bir kavramdır (7-9). Bireyleri; daha sağlıklı olma, acıyı-stresi azaltma, içinde bulundukları durumlarla baş etme, yaşam kalitesini artırma yönünden güçlendirir (4).

Cerrahi girişimler ve yaşamı tehdit eden hastalıklar bireylerde manevi krizi ve stresi tetikleyebilir (21). Cerrahi hemşiresi bireyin krizle baş edebilmesinde yardımcı olmalı, hastanın tepkilerini iyi değerlendirmelidir (20). Bu nedenle hemşireler maneviyat ve manevi bakım konusunda bilgi sahibi olmalı, hastaların manevi gereksinimlerini iyi tanılamalı ve uygun girişimlerle bakımı uygulamalıdır. Hemşirelerin bu uygulamaları gerçekleştirmesinde kendi düşünce sistemi, maneviyat ve manevi bakım kavramlarını algılama düzeyi, bilgisi ve farkındalığı etkili olmaktadır.

Çalışmamızda, cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlendi. Maneviyat ve manevi bakım algısı yüksek olan hemşirelerin bu kavramları önemsedikleri, konuya duyarlı oldukları ve farkındalıklarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmamıza benzer şekilde Asgar Pour ve arkadaşlarının (22) hemşirelik ve ebelik öğrencileri ile, Kostak ve arkadaşlarının (17) hemşire ve ebelerle, Çelik İnce ve Utaş Akhan'ın (12) öğrenci hemşirelerle, Çelik ve arkadaşlarının (26) hemşirelerle, Eğlence ve Şimşek'in (86) hemşirelerle, Fertelli'nin (87) hemşirelerle ve Kalkım ve arkadaşlarının (65) hemşire akademisyenlerle yaptıkları çalışmalarda, maneviyat ve manevi bakım algısının yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Gönenç ve arkadaşlarının (88) hemşire ve ebelerle ve Özbaşaran ve arkadaşlarının (75) Türk hemşirelerle yaptıkları çalışmalarda ise, maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin yetersiz olduğu bildirilmiştir.

Cerrahi hemşirelerinin yaş gruplarına göre yalnızca dinsel alt boyutunda anlamlı farklılık olduğu, 22-32 yaş grubundaki hemşirelerin 33-43 yaş ve 44 üzeri yaş gruplarına göre dinsel alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmamıza benzer olarak Özbaşaran ve arkadaşlarının (75) çalışmasında yaş ile maneviyat ve manevi bakım puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak

Çelik ve arkadaşlarının (26), Kostak ve arkadaşlarının (17), Asgar Pour'un (22), Fertelli'nin (87), Ercan ve arkadaşlarının (23) çalışmalarında hemşirelerin yaşlarının MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda genç yaştaki hemşirelerin maneviyat algısının daha yüksek olması, maneviyat kavramını yeni duymuş olmaları ve bu kavramlara ders içeriklerinde yeni yer verilmesinden kaynaklı olabilir. Ayrıca hemşirelerin maneviyat kavramını din ile ilişkilendirdikleri de söylenebilir.

Çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerinin eğitim durumlarına göre, MMBDÖ toplam puan ve dinsel alt boyut puanında anlamlı farklılık saptandı. Lise ve önlisans mezunu olan hemşirelerin toplam puan ve dinsel alt boyut puan ortalamaları lisan ve lisansüstü olan hemşirelere göre daha düşük düzeyde saptandı. Çalışmamıza benzer olarak Yılmaz ve Okyay'ın (7), Özbaşaran ve arkadaşlarının (75) ve Wong ve arkadaşlarının (63) çalışmalarında hemşirelerin eğitim düzeyleri ile birlikte maneviyat puanlarının da artış gösterdiği belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak, Kostak ve arkadaşlarının (17), Çelik ve arkadaşlarının (26) ve Eğlence ve Şimşek'in (86) çalışmalarında hemşirelerin eğitim düzeylerinin maneviyat ve manevi bakımı algılama durumlarını etkilemediği saptanmıştır. Bu sonuçlar, hemşirelerin eğitim seviyesinin manevi bakımı algılamada etkili olabileceğini, eğitim seviyesi düşük olan hemşirelerin bu konuda daha fazla bilgiye gereksinimi olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmamızda cerrahi hemşirelerinin çalıştığı kliniklere göre MMBDÖ dinsel alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık görüldü. Ameliyathanede ve KVC yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin dinsel alt boyut puanlarının diğer kliniklerde çalışanlara oranla daha yüksek düzeyde olduğu saptandı. Bu kliniklerde çalışan hemşirelerin diğer kliniklerde çalışanlara oranla yüksek düzeyde maneviyat ve manevi bakım algısına sahip olduğu belirlendi. Bu farklılık bu kliniklerde çalışan hemşirelerin terapötik ve iletişim becerilerini etkili kullanmasından kaynaklı olabilir. Çalışmamızdan farklı olarak, Kavak ve arkadaşlarının (21), Kostak ve arkadaşlarının (17), Yılmaz ve Okyay'ın (7) ve Çelik ve arkadaşlarının (26) çalışmalarında, hemşirelerin çalıştıkları birimin manevi bakım algılarını etkilemediği belirlenmiştir. Hemşirelerin manevi bakım algı düzeyinde farklılık olmasında hastaların kişisel özellikleri, hastanenin donanımı ve politikaları, hemşireye düşen hasta sayısının farklı olması, hemşirelerin özellikleri, çalışma düzeni gibi faktörler etkili olabilir.

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin meslekte çalışma sürelerine göre dinselilik alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptandı. Buna göre, 2-12 yıl arasında çalışan hemşirelerin dinselilik alt boyut maneviyat ve manevi bakım algıları 24 yıl ve üzerinde çalışanlardan daha yüksek belirlendi. Çalışmamıza benzer olarak, Özbaşaran ve arkadaşlarının (75) çalışmasında, çalışma yılı ile manevi bakım puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Eğlence ve Şimşek'in (86), Yılmaz ve Okyay'ın (7) ve Çelik ve arkadaşlarının (26) çalışmalarında, çalışma yılı ile manevi bakım puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ercan ve arkadaşlarının (23) çalışmasında ise çalışma yılı ile dinselilik alt boyutuna ilişkin manevi bakım algı düzeylerinin artış gösterdiği belirlenmiştir. Genelde meslekte çalışma süresi arttıkça hemşirenin tecrübesi ile birlikte algısının da artması beklenir. Ancak çalışmamızda maneviyat ve manevi bakım algı düzeylerinin meslekte çalışma sürelerine göre farklılık göstermesinde meslekte yeni olan hemşirelerin öğrenme isteğinin ve merakının yüksek olması etkili olabilir.

Çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerinin dörtte üçünün daha öncesinde maneviyat ve manevi bakımı duyduğu belirlendi. Hemşirelerin yaklaşık olarak beşte birinin eğitim sürecinde manevi bakım konusunda eğitim aldığı ve eğitim alanların yarıya yakınının bu eğitimi deontoloji, yarıya yakınının ise psikoloji ve sosyoloji dersi kapsamında aldığı belirlendi. Cerrahi hemşirelerinin yaklaşık beşte biri mezuniyet sonrası dönemde maneviyat ve manevi bakım eğitimi aldığını ve eğitim alanların yaklaşık dörtte üçünün hizmet içi eğitim şeklinde bu dersi aldığını ifade ettiler. Cerrahi hemşirelerinin yaklaşık üçte biri maneviyat ve manevi bakımla ilgili yayın okuduğunu ifade ettiler. Çalışmamızda eğitim sürecinde ve mezuniyet sonrası dönemde eğitim alan hemşirelerin oranının az olduğu ve hemşirelerin bu konuda eğitime gereksinim duydukları bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Yılmaz ve Okyay'ın (7), Çelik İnce ve Utaş Akhan'ın (12) çalışmalarında maneviyat konusunda eğitim alan hemşirelerin daha az olduğu saptandı. Erenoğlu ve Başer'in (89) çalışmasında ebelerin yaklaşık dörtte birinin manevi bakımla ilgili eğitim aldığı saptandı. Diğer bir çalışmada ise, hemşirelerin tamamına yakın bir bölümünün eğitim almadığı saptandı (90). Çalışmamızdan farklı olarak Ercan ve arkadaşlarının (23) çalışmasında, hemşirelerin çoğunluğunun manevi bakım konusunda bilgili olduğu saptandı. Farklı çalışmalarda hemşirelerin yarısından fazlasının manevi bakım kavramını daha önce duydukları, maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgi aldıkları saptanmıştır (2, 17, 70, 91). Türkiye'de hemşirelik ve ebelik bölümlerinde "maneviyat ve manevi bakım" konusunun ilgili müfredatlarda sınırlı olarak verildiği, bu konu üzerinde

kapsamlı olarak tartışılmadığı ve gereken eğitimi yeterli bir şekilde almadıkları düşünülmektedir (86). Maneviyat ve manevi bakım kavramlarına hemşirelik eğitimi ve mezuniyet sonrası dönemde alınan eğitimlerde daha fazla yer verilmesi ve konunun geliştirilmesi hemşirelerin bu konudaki algı düzeylerini geliştirebilir. Hemşirelerin eğitimle birlikte bilgi düzeyi ve farkındalığı artacağı için hastalara daha uygun ve etkili bir şekilde bakım sunabilirler.

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin manevi bakım kavramını duyanların MMBDÖ toplam puan ortalamasında anlamlı farklılık saptandı. Eğitim sürecinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alma durumunun MMBDÖ dinsel alt boyut puan ortalamalarında ve mezuniyet sonrası maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alma durumunun MMBDÖ bireysel bakım alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık yarattığı saptandı. Manevi bakım kavramını duyanların toplam puan ortalaması duymayanlara göre yüksek, eğitim sürecinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alanların dinsel alt boyut puan ortalamaları eğitim almayanlara göre daha yüksek ve mezuniyet sonrası eğitim alanların bireysel bakım alt boyut puan ortalamaları eğitim almayanlara göre yüksek saptandı. Bu sonuçlar manevi bakım konusunda eğitim alan hemşirelerin kendi manevi gereksinimlerinin farkına varabildiğini ve algılama düzeyini geliştirdiğini göstermektedir. Çalışmamıza benzer olarak Kostak ve arkadaşlarının (17) çalışmasında, hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi alma durumuna göre MMBDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada, bilgi alan hemşire ve ebelerin ölçek puan ortalamalarının bilgi almayanlara göre daha yüksek bulunduğu belirtilmiş ve maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi alan hemşire ve ebelerin kavramları algılama düzeylerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Çelik İnce ve Utaş Akhan'ın (12), Erenoğlu ve Başer'in (89) çalışmalarında maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi alma durumunun MMBDÖ toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı, maneviyat ve manevi bakım algılama düzeyleri üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.

Cerrahi hemşirelerinin tamamına yakınının klinikte manevi bakım verdiği belirlendi. Ercan ve arkadaşlarının (23) çalışmasında hemşirelerin yarıdan fazlasının, Strang ve arkadaşlarının (92) çalışmasında hemşirelerin yaklaşık yarısının ve Kavak ve arkadaşlarının (21) çalışmasında ise hemşirelerin yarısının manevi bakım verdiği görülmektedir. Çalışmadan farklı olarak, Kostak ve arkadaşlarının (17) çalışmasında

hemşire ve ebelerin yaklaşık üçte birinin hastalara manevi bakım verdiği, Eğlence ve Şimşek'in (86) çalışmasında ise hemşirelerin yarıdan fazlasının hastaların manevi bakım gereksinimini karşılayamadıkları saptandı. Hemşirelerin manevi bakım vermesinde pek çok etken olabilir. Hemşirenin manevi bakım kavramına olan duyarlılığı, kendi düşünce sistemi ve bu konudaki bilgi düzeyi manevi bakım vermesini olumlu yönde etkilerken, çalışma koşullarının güç olması, eğitim eksikliği, zaman kısıtlılığı, hasta odaklı değil iş odaklı çalışılması gibi etkenler de manevi bakım verilmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda cerrahi hemşirelerinin klinikte manevi bakım verme durumu yönünden yalnızca maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulundu. Manevi bakım verenlerin maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamaları manevi bakım vermeyenlere göre daha yüksekti. Çalışmamıza benzer olarak Kostak ve arkadaşlarının (17) çalışmasında hemşire ve ebelerin hastalarına manevi bakım verme durumlarına göre MMBDÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Hemşire ve ebeler arasında manevi bakım verenlerin ölçek puanlarının, vermeyenlere göre yüksek olduğu ve kavramları algılama düzeyinin daha iyi olduğu görülmüştür. Yine çalışmamıza benzer olarak Kavak ve arkadaşlarının (21) çalışmasında manevi bakım veren hemşirelerin MMBDÖ toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin manevi bakım vermesinde kendi düşünce sisteminin, manevi gereksinimleri ve bakımı algılayışının ve bu konuya olan duyarlılığının etkili olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza katılan cerrahi hemşirelerinin yaklaşık olarak dörtte üçünün klinikte manevi bakıma yönelik uygulama yaptığı bulundu. Hemşirelerin şu an çalıştıkları kliniklerinde manevi bakım uygulama durumu yönünden; maneviyat ve manevi bakım alt boyut, bireysel bakım alt boyut ve toplam puanları arasındaki fark anlamlı bulundu. Manevi bakım uygulayanların toplam puanı, maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı ve bireysel bakım alt boyut puanı uygulamayanlara göre daha yüksek saptandı. Çalışmamıza benzer olarak Kavak ve arkadaşlarının (21) çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları yerlerin yarısına yakınında mahremiyete yönelik uygulama yapıldığı ve uygulama ile MMBDÖ toplam puan arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı. Kostak ve arkadaşlarının (17) hemşireler ile yaptıkları çalışmada, manevi bakım verme durumu ile MMBDÖ toplam puanları arasındaki fark anlamlı bulundu. Çalışmamızdan farklı olarak Erenoğlu ve Başer'in (89) ebeler ile yaptıkları çalışmada uygulama yapma durumları ile

MMBDÖ toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ve Chan ve arkadaşlarının (93) çalışmasında ise hemşirelerin manevi bakım uygulamalarını hemşirelik bakımlarına nadiren dahil ettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin klinik ortamı, çalışma şartları ve hastalarla olan iletişimi gibi faktörler manevi bakım uygulama durumunu etkileyebilir. Yine hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım kavramları ile ilgili farkındalıklarının yüksek olması, hemşirelik bakımına manevi bakım uygulamalarını da dahil etmesini sağlayabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgi, algı ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Cerrahi Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamına alınan cerrahi hemşirelerinin %60.6'sının 33-43 yaş aralığında olduğu, %90.1'inin kadın ve %83.8'inin evli olduğu bulundu. Hemşirelerin %70.4'ünün lisans ve lisansüstü mezunu olduğu ve %81.7'sinin ilde yaşadığı saptandı. Hemşirelerin çalıştığı klinikler incelendiğinde, %35.2'sinin üroloji ve ortopedi ve travmatoloji kliniğinde ve %22.5'inin ameliyathanede çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin %44.4'ü meslekte çalışma yılının 13-23 yıl aralığında olduğunu, %71.8'i 1-9 yıl aralığında şu an çalıştığı kliniğinde çalıştığını ve %63.4'ü ağırlıklı olarak gündüz çalıştığını ifade etti (Tablo 2).

Cerrahi Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin %77.5'inin manevi bakım kavramını daha önce duyduğu, %17.6'sının eğitim sürecinde ve %19'unun mezuniyet sonrası dönemde maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim aldığı saptandı. Hemşirelerin %35.2'si maneviyat ve manevi bakımla ilgili yayın okuduğunu ifade etti. Maneviyat kavramını; hemşirelerin %40.1'i bireyin iç dünyasına ait duygu ve düşünceler olarak ve %32.4'ü dini inançları olarak, manevi bakım kavramını ise hemşirelerin %35.2'si etkin iletişim ve %31'i psikolojik ve ruhsal destek olarak tanımladılar. Hemşirelerin %93.7'si çalıştığı klinikte manevi bakım verdiğini, manevi bakım uygulaması olarak hemşirelerin %91.7'si hastanın kendisini ifade etmesine fırsat verme, %88'i dini inançlara yönelik uygulamalara olanak sağlama ve %83.5'i yakınları ile iletişim sağlama olduğunu belirttiler. Hemşirelerin %78.2'si çalıştığı klinikte manevi bakıma yönelik uygulama yapıldığını ifade etti. Manevi bakıma yönelik uygulama yapıldığını ifade eden hemşirelerin %40.5'i dini inanç desteği ve %37.8'i hastaya fırsat verme şeklinde uygulama yapıldığını ifade etti. Manevi bakıma yönelik uygulama yapılmadığını ifade eden hemşirelerin %58.1'i bu konuda

herhangi bir fikre sahip olmadığını ve %29'u zaman ve personel yetersizliği nedeniyle manevi bakım uygulamaları yapılmadığını belirttiler (Tablo 3).

Cerrahi Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBDÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

- Cerrahi hemşirelerinin yaş gruplarına göre MMBDÖ toplam puan ve maneviyat ve manevi bakım, bireysel bakım alt boyutları arasında anlamlı farklılık görülmezken ($p>0.05$), dinsel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p=0.013$). 22-32 yaş aralığındaki hemşirelerin 33-43 yaş ve 44 ve üzeri yaş aralığındaki hemşirelere göre dinsel alt boyutundan aldıkları puanlar anlamlı şekilde yüksek bulundu (Tablo 5).
- Cerrahi hemşirelerinin cinsiyete, medeni duruma ve en uzun süre yaşadıkları yere göre MMBDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 5).
- Cerrahi hemşirelerinin eğitim düzeyine göre maneviyat ve manevi bakım ve bireysel bakım alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), MMBDÖ toplam puan ve dinsel alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Lise-önlisans mezunu olanların MMBDÖ toplam puanı ve dinsel alt boyut puan ortalamaları, lisans- lisans üstü mezunu olanlara göre anlamlı şekilde düşük bulundu (Tablo 5).
- Cerrahi hemşirelerinin çalıştıkları kliniklere göre MMBDÖ toplam puanı, maneviyat ve manevi bakım ve bireysel bakım alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), dinsel alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.0001$). Ameliyathanede ve KVC yoğun bakım ünitesinde çalışanların dinsel alt boyut puan ortalamaları diğer kliniklerde çalışanlara göre anlamlı şekilde yüksek belirlendi (Tablo 5).
- Cerrahi hemşirelerinin meslekte çalışma sürelerine göre MMBDÖ toplam puanı, maneviyat ve manevi bakım ve bireysel bakım alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), dinsel alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.022$). 2-12 yıl aralığında olanların dinsel alt boyut puan ortalamaları, 24 ve üzeri yıl aralığında olanlara göre anlamlı şekilde yüksek belirlendi (Tablo 5).

- Cerrahi hemşirelerinin şu an bulunduğu klinikte çalışma süresine ve çalışma şekline göre MMBDÖ toplam puanı ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 5).

Cerrahi Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgilerine Göre MMBDÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamındaki cerrahi hemşirelerinin manevi bakım kavramını duyma durumuna göre MMBDÖ toplam puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p=0.049$), maneviyat ve manevi bakım, bireysel bakım ve dinsel alt boyut ortalamalarındaki fark anlamlı saptanmadı ($p>0.05$). Manevi bakım kavramını duyanların toplam puan ortalaması manevi bakım kavramını duymayanlara göre daha yüksekti (Tablo 6).
- Cerrahi hemşirelerinin eğitim sürecinde maneviyat ve manevi bakım eğitimi alma durumuna göre, dinsel alt boyutundaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülürken ($p=0.009$), MMBDÖ toplam puan, maneviyat ve manevi bakım, bireysel bakım alt boyutlarındaki fark anlamlı görülmedi ($p>0.05$). Eğitim alanların dinsel alt boyut puan ortalamaları eğitim almayanlara göre daha yüksekti (Tablo 6).
- Cerrahi hemşirelerinin mezuniyet sonrası maneviyat ve manevi bakım eğitimi alma durumuna göre, bireysel bakım alt boyutundaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülürken ($p=0.024$), MMBDÖ toplam puan, maneviyat ve manevi bakım ve dinsel alt boyutlarındaki fark anlamlı görülmedi ($p>0.05$). Eğitim alanların bireysel bakım alt boyut puan ortalamaları eğitim almayanlara göre daha yüksekti (Tablo 6).
- Cerrahi hemşirelerinin klinikte manevi bakım verme durumuna göre, maneviyat ve manevi bakım alt boyutundaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülürken ($p=0.036$), MMBDÖ toplam puan, bireysel bakım ve dinsel alt boyutlarındaki fark anlamlı görülmedi ($p>0.05$). Manevi bakım verenlerin maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamaları vermeyenlere göre daha yüksekti (Tablo 6).
- Cerrahi hemşirelerinin şu an bulunduğu klinikte manevi bakım uygulama durumuna göre, maneviyat ve manevi bakım alt boyut ($p=0.007$), bireysel bakım alt boyut ($p=0.029$) ve toplam puanında ($p=0.018$) istatistiksel olarak

anlamalı farklılık görülürken, dinselilik alt boyutunda anlamalı farklılık görülmedi ($p>0.05$). Manevi bakım uygulayanların toplam puanı, maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı, bireysel bakım alt boyut puanı manevi bakım uygulamayanlara göre daha yüksekti (Tablo 6).

Araştırmada bulunan sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Hemşirelik eğitiminde maneviyat ve manevi bakım konularına daha fazla yer verilmesi gerekmektedir.
- Mezuniyet sonrası bireyler hizmet içi eğitimin yanı sıra seminer, kongre, online eğitim gibi programlara teşvik edilmelidir.
- Hemşirelerin maneviyatın ve manevi bakımın önemini anlamaları ve bu konudaki farkındalıklarının geliştirilmesine yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi gerekmektedir.
- Klinikte hemşirelerin hastalara manevi bakım verebilmesi için teorik bilgi ile uygulama arasında uygun planlama yapmaları önemlidir.
- Bireylerin motivasyonunu ve farkındalığını artırıcı konu ile ilgili programlar düzenlenmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Kavas E, Kavas N (2014). Manevi destek algısı (MDA) ölçeği: geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *International Periodical for The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* 9(2): 905-915.
2. Sağkal Midilli T, Kalkım A, Dağhan Ş (2017). Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüş ve uygulamaları. *Journal of Human Sciences* 14(1): 666-677.
3. Erişen M, Karaca Sivrikaya S (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(3): 184-190.
4. Karagül A (2012). Manevi bakım: anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi (Hollanda Örneği) *Dini Araştırmalar* 15(40): 5-27.
5. Ferrell B, Munevar C (2012). Domain of spiritual care. *Progress in Palliative Care* 20(2): 66-71.
6. Kavas E, Kavas N (2015). “Hastalarda manevi bakım ihtiyacı” konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* 10(14): 449-460.
7. Yılmaz M, Okyay N (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 11(3): 41-52.
8. Delgado, C (2005). A discussion of the concept of spirituality. *Nursing Science Quarterly* 18: 157-162.
9. White ML, Peters R, Schim SM. (2011). Spirituality and spiritual self-care: Expanding self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly* 24(1): 48–56.
10. Nardı D, Rooda L (2011). Spirituality-based nursing practice by nursing students: An exploratory study. *Journal of Professional Nursing* 27(4): 255–263.
11. Baldacchino DR (2011). Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice* 11(1): 47-53.
12. Çelik İnce S, Utaş Akhan L (2016). Öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 13(3): 202-208.

13. Ergül Ş, Bayık A (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8(1): 37-45.
14. Bayraktar D, Eşer İ (2017). Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 20(3): 188-194.
15. Gumus F, Baran G, Zengin L (2014). Spiritual care in nursing. International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS) 3(1): 102-106.
16. Chıdarıkire S (2012). Spirituality: The neglected dimension of holistic mental health care. Advances in Mental Health 10(3): 298-302.
17. Akgün Kostak M, Çelikkalp Ü, Demir M (2010). Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı: 218-225.
18. Boztilki M, Ardiç E (2017). Maneviyat ve sağlık. G.O.P. Journal of Academic Research in Nursing 3(1): 39-45.
19. Aştı N, Pektekin Ç, Adana F (2005). Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi 13(54): 27-34.
20. Bostancı Daştan N, Buzlu S (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 3(1): 73-78.
21. Kavak F, Mankan T, Polat H, Çıtlık Sarıtaş S, Sarıtaş S (2014). Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(1): 21-24.
22. Asgar Pour H, Özvurmaz S, Kunter D (2017). Hemşirelik ve ebelik intörn öğrencilerinde manevi bakıma yönelik algı ve uygulama modelinin değerlendirilmesi. Journal of Contemporary Medicine 7(3): 225-233.
23. Ercan F, Körpe G, Demir S (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. Gazi Medical Journal 29(1): 17-22.
24. Korkut Bayındır S, Biçer S (2019). Holistik hemşirelik bakımı. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 4(1): 25-29.

25. Baldacchino D (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 15(7): 885-96.
26. Çelik A, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 1(3): 1-12.
27. Demirsoy N, Değirmen N, Kırmılioğlu N (2011). Holizm kavramının sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics* 19(3): 164-174.
28. Aksoy M (2015). Hemşirelik öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakımı algılayışı. Yüksek Lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum.
29. Es M (2018). Sağlık bilimleri öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım algılarının incelenmesi. Yüksek Lisans tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, İstanbul.
30. Yılmaz M (2011). Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 14(2): 61-70.
31. Arslan H, Konuk Şener D (2009). Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi* 2(1): 51-58.
32. Nas İ (2018). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algıları ile mesleğe yönelik tutumları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum.
33. Türk Dil Kurumu (2020). Maneviyat [online]. Erişilebilir: <https://kelimeler.gen.tr/maneviyat-nedir-ne-demek-215459> [Alındı 3 Şubat 2020].
34. Okyay N (2008). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas.
35. Sülü E (2006). Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. Yüksek Lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İzmir.

36. Chandramohan S, Bhagwan R (2015). Spirituality and spiritual care in in the context of nursing education in South Africa. *Curationis* 38(1): 2-15.
37. Mcsherry W (2000). Education issues surrounding the teaching of spirituality. *Nursing Standart* 14(42): 40-43.
38. Monareng L (2012). Spiritual nursing care: A concept analysis. *Curationis* 35(1): 2-9.
39. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 8(1): 47-50.
40. Macit M, Karaman M (2019). Hemşirelerde manevi destek algısının incelenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 10(3): 293-302.
41. Lin Y.L, Rau M.K, Liu Y.H, Lin Y.H, Ying J, Kao C.C (2015). Development and validation of the chinese version of spiritual interests related illness tool for patients with cancer in Taiwan. *European Journal of Nursing* 19(5): 589-594.
42. Cimete G (2002). Yaşam sonu bakım. *Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 125-135.*
43. Çınar F, Eti Aslan F (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Journal of Academic Research in Nursing* 3(1): 37-42.
44. Jim H, Pustejovsky J, Park C, Danhauer S, Sherman A, Fitchett G, Merluzzi T, Muroz A, Snyder M, Salsman J (2015). Religion, spirituality and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer* 121(21): 1-9.
45. Lundbergand PC, Kerdonfag P (2010). Spiritual care provided by thai nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing* 19(7-8): 1121-1128.
46. Uçar M (2017). Yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite (maneviyat) arasındaki ilişki. Yüksek Lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
47. Genç Y, Durğun A (2018). Manevi bakımın gerekliliği ve bakım hizmeti veren meslek elemanlarının manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Turkish Studies* 13(9): 45-66.
48. Ramezani M, Ahmedi F, Mohammedi E, Kazemnejad A (2014). Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing* 61(2): 211-219.

49. Wu L, Liao Y, Yeh D (2012). Nursing student perceptions of spirituality and spiritual care. *The Journal of Nursing Research* 20(3): 219-227.
50. Tuna Oran N, Yüksel E (2015). Kültürlerarası hemşirelik ve etik. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nursing-Special Topics* 1(3): 7-13.
51. Callister L.C, Matsumura G, Bond E, Mangum S (2004). Threading spirituality throughout nursing education. *Holistic Nursing Practice* 18(3): 160-165.
52. Sülü Uğurlu E (2014). Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 5(3): 187-191.
53. Abedi H.A (2011). Spiritual care in hospitalized patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 16(1): 125-132.
54. Kostak M (2007). Hemşirelik bakımın spiritüel boyutu. *Fırat Hizmetleri Dergisi* 6(2): 105-115.
55. Grant D (2004). Spiritual interventions: how, when and why nurses use them. *Holistic Nursing Practice* 18(1): 36-41.
56. Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek RM (2005). Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. *Holistic Nursing Practice* 19(2): 62-69.
57. Jenkins ML, Wikoff K, Amankwaa L, Trent B (2009). Nursing the spirit. *Nursing Management* 40(8): 29-36.
58. Leeuwen V.R, Cusveller B (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing* 48(3): 234-246.
59. Carpenito L.J (2004). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Çeviren: Erdemir F Nobel Tıp Kitabevleri 10. Baskı s:365-367.
60. Atabek EA, Karadağ A (2013). Nursing fundamentals: Science and principles of nursing. Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Esasları. Akademi Basım ve Yayıncılık, İstanbul. 1136-1137.
61. Abbasi M, Nia M.F, Mehrdaa N, Givari A, Haghani H (2014). Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 19(3): 242-247.

62. Narayanasamy A, Owens J (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing* 33(4): 446-455.
63. Wong KF, Lee LY, Lee JK (2008). Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review* 55(3): 333-340.
64. McSherry W, Draper P, Kendrick D (2002). The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies* 39(7): 723-734.
65. Kalkım A, Dağhan Ş, Midilli TS (2019). Hemşire akademisyenlerin maneviyat/manevi bakım algıları ve manevi bakım yeterlilikleri. *Journal of Health Sciences of Professions* 6(2): 380-389.
66. Ewen MM (2004). Analysis of spirituality content in nursing textbooks. *Journal of Nursing Education* 43(1): 20-28.
67. Türk Dil Kurumu (2020). Algı [online]. Erişilebilir: <https://nedirsor.net/algı-nedir-ne-demektir-anlami/> [Alındı 4 Nisan 2020].
68. McSherry W, Jamieson S (2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 20(11): 1757-1767.
69. Türk Dil Kurumu (2020). Yeterlilik [online]. Erişilebilir: <https://kelimeler.gen.tr/yeterlilik-nedir-ne-demek-334635> [Alındı 15 Nisan 2020].
70. Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 18(20): 2857-2869.
71. Erenoğlu R, Can R (2019). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin manevi destek algıları ve etkileyen faktörler. *Journal of Academic Research in Nursing* 5(1): 23-30.
72. Tambağ H, Mansuroğlu S, Yıldırım G (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: Bir pilot çalışma. *Journal of Contemporary Medicine* 8(2): 159-164.
73. Narayanasamy A (2006). The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of Clinical Nursing* 15(7): 840-851.

74. Chan MF (2010). Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 19: 2128-2136.
75. Özbaşaran F, Ergül Ş, Bayık Temel AB, Aslan GG, Çoban A (2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 20(21-22): 3102-3110.
76. Wong KF, Yau SY (2010). Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in hong kong. *Applied Nursing Research* 23(4): 242-244.
77. Kalkım A, Midilli TS, Baysal E (2016). An investigation of the perceptions and practices of nursing students regarding spirituality and spiritual care. *Religions* 7(8): 101.
78. Arlı SK, Bakan AB, Erisik E (2017). An investigation of the relationship between nurses' views on spirituality and spiritual care and their level of burnout. *Journal of Holistic Nursing* 35(3): 214-220.
79. Yıldız T, Göktaş S, Malak A, Eren E (2014). Neurosurgery nursing and spiritual dimension of nursing care. *Journal of Health Medical Informatics* 5(1): 144.
80. Acar E.Ç, Fındık Ü.Y (2015). Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 18(4): 268-273.
81. Yavuz M (2010). Ameliyat öncesi bakım. Karadakovan A, Eti AF (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 293-307.
82. Gürlek Ö, Yavuz M (2013). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 16(1): 8-15.
83. Kayahan M, Sertbaş G (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8: 113-120.
84. Aksoy G, Karan N, Akyolcu N (2012). Cerrahi hastasında süreç. Aksoy G (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği I*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 26-35.

85. Ergül Ş, Bayık Temel A (2007). Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 23: 75-87.
86. Eğlence R, Şimşek N (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(1): 48-53.
87. Kars Fertelli T (2019). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. VIII. UMTEB International Congress on Vocational Technical Sciences, Sivas, 11-13 Ekim 2019.
88. Gönenç M, Akkuzu G, Altın D, Möroy P (2016). Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(3): 34-38.
89. Erenoğlu R, Başer M (2016). Doğumevinde çalışan ebelerin manevi bakıma ilişkin görüş ve düşünceleri. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Antalya, 24-26 Kasım 2016, 183.
90. Çetinkaya B, Azak A, Dunder SA (2013). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. Australian Journal of Advanced Nursing 31(1): 5-10.
91. Mankan T, Çiçek Ö, Yıldırım H (2014). Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüşleri. 13. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, Trabzon, 1-3 Mayıs 2014, 118.
92. Strang S, Strang P, Ternstedt M (2002). Spiritual needs as defined by swedish nursing staff. Journal of Clinical Nursing 11(1):48-57.
93. Chan MF, Chung LYF, Lee AS, Wong WK, Lee GS, Lau CY, Lau WZ, Hung TT, Liu ML, Ng JW (2006). Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: Results of a cluster analysis. Nurse Education Today 26(2): 139-150.



Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Cerrahi Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin

Bilgi, Algı ve Uygulamaları

Değerli Katılımcı,

Maneviyat, bireylerin başkalarıyla ilişkilerini yansıtan, daha yüksek bir gücü kabul eden, bireyin dünyadaki yerini tanıyan ve manevi uygulamalara yol açan inançlar dahil olmak üzere öznel, varoluşsal bağlılık duygularına ilişkin inançlardır.

Araştırmanın amacı, cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgi, algı ve uygulamaları belirlemektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar, cerrahi hemşirelerinin hastayı maneviyat ve manevi bakım yönünden değerlendirmesi ve bütüncül yaklaşım kapsamında daha kaliteli bir bakım sunmalarını sağlayacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

I. TANITICI BİLGİLER

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz : ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni Durumunuz : ☐ Evli ☐ Bekar
4. Eğitim Durumunuz : ☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
5. En Uzun Süre Yaşadığınız Yer: ☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy
6. Çalıştığınız Klinik:
☐ Ameliyathane
☐ Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi
☐ Kalp damar cerrahisi
☐ Üroloji ortopedi ve travmatoloji
☐ Genel cerrahi
☐ Beyin ve sinir cerrahisi
☐ Kadın doğum servisi
7. Meslekte çalışma süreniz: (gün/ay/yıl)
8. Şu an çalıştığınız klinikte çalışma süreniz: (gün/ay/yıl)
9. Ağırlıklı olarak çalışma şekliniz: ☐ Gündüz ☐ Gece

Ek 1. (Devam)

II. MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIMA İLİŞKİN BİLGİLER

10. Manevi bakım kavramını daha önce duydunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Eğitim sürecinizde maneviyat ve manevi bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?

☐ Evet ise, (hangi ders) ☐ Hayır

12. Mezuniyet sonrası dönemde maneviyat ve manevi bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

13. 12. soruya yanıtınız EVET ise bu eğitimi nereden aldınız?

☐ Hemşirelik eğitiminde ☐ Hizmet içi eğitimde ☐ Diğer.....

14. Maneviyat ve manevi bakım ile ilgili herhangi bir yayın okudunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

15. Size göre maneviyat ve manevi bakım neyi ifade ediyor?

Maneviyat:

Manevi bakım:

16. Size göre manevi bakım gerekli midir?

☐ Evet ☐ Hayır

17. Klinikte hastalarınıza manevi bakım veriyor musunuz?

☐ Evet ise, ☐ Hayır ise,

Bu konuda hangi uygulamaları yapıyorsunuz?

☐ Hastanın kendini ifade etmesine fırsat verme

☐ Dini inançlarına yönelik uygulamaları yapmasına olanak sağlama (namaz kılma, Kur'an okuma)

☐ Yakınları ile iletişimde bulunmasını sağlama

☐ Diğer.....

18. Çalıştığınız klinikte manevi bakıma yönelik uygulama yapıyor mu?

☐ Evet ise,

☐ Hayır ise,

Ek 2. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Lütfen “Maneviyat ve Manevi Bakım” ilişkin aşağıdaki ifadelere yönelik düşüncenizi uygun cevabı işaretleyerek belirtiniz.

Maneviyat ve manevi bakıma ilişkin ifadeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hemşirelerin, hastanede, hasta isterse bir din görevlisini çağırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
2. Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
3. Maneviyatın yalnızca affetme ve affedilme gereksinimi ile ilgili olduğunu düşünüyorum.					
4. Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum.					
5. Maneviyatın tanrıya ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını düşünüyorum.					
6. Maneviyatın yaşamımızdaki iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma ile ilgili olduğunu düşünüyorum.					
7. Hemşirelerin, hasta gereksinim duyduğunda, ona destek olmak için zaman ayırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
8. Hemşirelerin, hastalığının anlamını ve nedenini bulmada, hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
9. Maneviyatın, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum.					
10. Maneviyatın, kişinin yaşamını, “şimdi ve burada” yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğunu düşünüyorum.					
11. Hemşirelerin, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
12. Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşünüyorum.					
13. Maneviyatın, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum.					
14. Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
15. Maneviyatın, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünüyorum.					
16. Maneviyatın, tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum.					
17. Maneviyatın, insan ahlakını içeren bir konu olduğunu düşünüyorum.					

Ek 3. Etik Kurul Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859-89
Konu: Etik Kurul onay belgesi |

28.01.2019

Sayın; Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD.

"Cerrahi Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi, Algı ve Uygulamaları" başlıklı etik kurul 2019/7 protokol numaralı tez çalışma önerisi raporör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi |

Ek 3. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Cerrahi Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi, Algı ve Uygulamaları"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2019 / 7		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Tugba ÖZCAN		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANİ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİĞORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

Ek 3. (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 8	Tarih: 21.01.2019
	Doç.Dr.Dilek ÇİLİNGİR'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Yük.Lis.Öğr.Tuğba ÖZCAN'a ait "Cerrahi Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi, Algı ve Uygulamaları" başlıklı 2019/7 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin YAMAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

Ek 4. Kurum İzni



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
S.B.Ü. Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği



Sayı : 96975576-604.01.01
Konu : Araştırma İzni Tuğba ÖZCAN

TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
Personel Destek Hizmetleri Başkanlığı

İlgi : 09.11.2018 tarihli ve 80506645 sayılı yazımız.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğba ÖZCAN'ın "**Cerrahi Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamaları**" adlı çalışmasını Hastanenizde yapma talebi tarafımızca değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Utku UÇAR
Başhekim V.

Faks No:

e-Posta: turan.ozturk@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için: Turan ÖZTÜRK
Unvan: BİYOLOG

Telefon No: 0 462 231 04 67 - 2407

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c2409b67-ec88-44d0-9de9-c2a2dde556ed kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 4. (Devam)



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Akçaabat Haçkâli Baba Devlet Hastanesi Başhekimliği

TRABZON AKÇAABAT HAÇKÂLİ BABA DEVLET
HASTANESİ - TRABZON AKÇAABAT HAÇKÂLİ BABA
DEVLET HASTANESİ
28/12/2018 16:25 - 29907235 - 604.01.01 - E.5385



Sayı : 29907235-604.01.01
Konu : Araştırma İzni, Tuğba ÖZCAN

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Personel, Destek Hizmetleri Başkanlığı)
(Eğitim ve ARGE Birimi)

İlgi : 25/12/2018 tarihli ve 14636556-604.01.01-1190 sayılı yazınız.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğba ÖZCAN'ın "Cerrahi Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamaları" adlı çalışmasını Hastanemizde yapma talebi tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Osman BULUT
Başhekim V.

Akçaabat Haçkâli Baba Devlet Hastanesi
Faks No: (0462) 227 77 86

e-Posta: Havva.Kilio6@saglik.gov.tr İnt.Adresi: trabzonilsl@sağlık.gov.tr

Bilgi için: Havva KILIÇ
Unvan: TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0462) 227 77 77-1011

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7ec9e9e1-e154-45fd-ba52-453991a9cc59 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 4. (Devam)



T.C.
TRABZON VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi Başhekimliği

TRABZON YAVUZ SELİM KEMİK HASTALIKLARI VE
REHABİLİTASYON HASTANESİ - TRABZON YAVUZ
SELİM KEMİK HASTALIKLARI VE REHABİLİTASYON
HASTANESİ
18/11/2018 13:21 - E1064854 - 604.01.01 - E.2695



Sayı : 83084854-604.01.01
Konu : Araştırma İzni, Tuğba ÖZCAN

TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Eğitim ve Ar-Ge Birimi)

İlgi : 09/11/2018 tarihli ve 14636556-604.01.01-1060 sayılı yazınız.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğba ÖZCAN'ın "**Cerrahi Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi Tutum ve Uygulamaları**" adlı çalışmasını Hastanemizde yapma talebi Başhekimliğimiz tarafınızdan değerlendirilerek uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Mehmet ATALI
Başhekim

Yavuz Selim Kemik Hastanesi
Faks No: 462 3221140

e-Posta: nuran.bircinci@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için: Nuran BİRİNCİ
Unvan: HEMŞİRE

Telefon No: 0462 322 11 40 /1117

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden daf30f0a-bb46-4564-a4e9-0e88d4640617 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 3070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışma, cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgi, algı ve uygulamalarının belirlenmesi ve konuya duyarlılığın artırılması amacıyla yapılacaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için,

1. Ameliyathane, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, kalp-damar cerrahisi, üroloji, ortopedi ve travmatoloji, genel cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi, göğüs cerrahisi, gastroenteroloji cerrahisi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahisi, göz hastalıkları ve kulak-burun-boğaz hastalıkları kliniklerinde çalışan,
2. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler olarak belirlendi.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışma için size araştırmacı tarafından anket formunda bulunan sorular sorulacak ve forma kaydedilecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sorulara içtenlikle yanıt vermeniz beklenmektedir. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 215 kişidir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 25 dakika'dır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Araştırmadan tıbbi olarak bir yarar sağlamanız söz konusu olmamakla birlikte bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışma, anket formunun doldurulmasından ibaret olup, sizi bu araştırmada bekleyen herhangi bir risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKİNCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma, anket formunun doldurulmasından ibaret olup, araştırma süresince birlikte kullanılmasının sakıncalı olduğu bilinen herhangi bir ilaç ya da besinler yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Anket formunun doldurulmasında verdiğiniz yanıtların içten olmadığı izlenimi oluştuğu takdirde araştırmacı sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Size anket formu uygulanması dışında, çalışma kapsamında herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

Ek 5. (Devam)

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Size yalnızca anket formu uygulanacağı için çalışma nedeniyle herhangi bir zarar görmeniz mümkün değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Anket formu hastanede uygulanacağından ve yalnızca 25 dakikanızı alacağından herhangi bir sorun olduğunda bunu araştırmacıyla paylaşabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Size, anket formu için herhangi bir araştırma masrafı ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

Ek 5. (Devam)

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : ÖZCAN, Tuğba
Uyruğu : T.C
Doğum Tarihi ve Yeri : 1989, Samsun
Telefon : 0462 341 56 56
E-Posta : tqba.ozcn89@hotmail.com
Yazışma Adresi(İş) : Kaşüstü Mah. Topal Osman Sokak KEAH No:1 61250
TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	OMÜ Sağlık Yüksekokulu	2012
Lise	Samsun 100. Yıl Lisesi	2007

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2014-
Hemşire	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2013-2013
Hemşire	Samsun Büyük Anadolu Hastanesi	2012-2013

UZMANLIK ALANI

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

YAYINLAR/BİLDİRİLER