



**HASTALARIN MANEVİ DESTEK
GEREKSİNİMLERİNİN VE SAĞLIK
PROFESYONELLERİNİN MANEVİ
DESTEK ALGILARININ BELİRLENMESİ**

İLYAS KÜÇÜK

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi Yeliz CİĞERCİ
Tez No: 2019 - 023
2019-AFYONKARAHİSAR**

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HASTALARIN MANEVİ DESTEK GEREKSİNİMLERİNİN VE
SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN MANEVİ DESTEK
ALGILARININ BELİRLENMESİ

İLYAS KÜÇÜK

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz CİĞERCİ

Bu Tez Afyon Kocatepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu
Tarafından 17.KARİYER.54 Proje Numarası ile Desteklenmiştir.

Tez No: 2019 - 023

2019-AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
 Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
 Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
 Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma; aşağıdaki jüri üyeleri tarafından
 Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: / /

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf OKŞAR
 Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe TAŞTEKİN
 Üye

Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz CİĞERCİ
 Üye

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi
 İlyas KÜÇÜK'ün "Hastaların Manevi Destek Gereksinimlerinin ve Sağlık
 Profesyonellerinin Manevi Destek Algılarının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması
 / / günü saat' de Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin
 ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özal ÖZCAN
 Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Çalışmamın planlanması, araştırılması, yürütülmesi ve tamamlanması sürecine kadar bana birikim ve tecrübeleri ile yol gösteren ve her zaman destek olan, kendisinden çok şey öğrendiğim değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Yeliz CİĞERCİ hocama,

Ölçeğin oluşturulması aşamasında katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir MACİT hocama, bilgi ve tecrübeleri ile katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Pakize ÖZYÜREK hocama,

İstatistiklerin yapılmasında yardımcı olan Öğr. Gör. Abdullah DADAK kardeşime,

Hayatımın her anında yanımda olan, eğitim sürecim boyunca benden desteklerini hiç esirgemeyen kıymetlilerim annem, babam ve kardeşlerime,

Tez yazım sürecinde her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen bu hayattaki en büyük şansım olan eşim ve oğluma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İlyas KÜÇÜK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER.....	vii
TABLolar.....	viii
1.GİRİŞ.....	1
1.1. MANEVİ BAKIM İLE DİN KAVRAMI ARASINDAKİ İLİŞKİ	5
1.2. MANEVİYAT	7
1.3. MANEVİ BAKIM	8
1.4. HASTANE HİZMETLERİNDE MANEVİ BAKIM	11
1.5. HEKİMLİKTE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM	13
1.6. HEMŞİRELİK ALANINDA MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM	15
1.7. MANEVİ BAKIMI ETKİLEYEN ETMENLER	18
1.8. HEMŞİRELİK EĞİTİM SÜRECİNDE MANEVİ BAKIM	19
1.9. MANEVİ BAKIMDA HEMŞİRELİK BAKIM SÜRECİ.....	21
1.9.1. Hemşirelik Tanısının Belirlenmesi.....	21
1.9.2. Planlamanın Yapılması	24
1.9.3. Hemşirelik Uygulaması.....	24
1.9.4. Değerlendirme	25
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
2.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ	27
2.2.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	27
2.3.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	27
2.4.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	28
2.5.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	28
2.6.VERİLERİN TOPLANMASI VE SÜRESİ	30
2.7.ETİK YÖNÜ	30
2.8.VERİLERİN ANALİZİ	31
3. BULGULAR.....	32
3.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	32
3.2. GEÇERLİK ANALİZLERİ.....	37
3.2.1. Uzman Görüşüne Dayalı Kapsam Geçerliği	37
3.2.2. Yapı Geçerliliği	38
3.3. GÜVENİRLİK ANALİZLERİ	43
4. TARTIŞMA.....	58
4.1. HASTALARIN MANEVİ BAKIM ALGILARINA İLİŞKİN BULGULARININ İNCELENMESİ .	58
4.2. HASTALARIN HEMŞİRELERDEN MANEVİ DESTEK BEKLEME DURUMLARININ İNCELENMESİ	59

4.3. HMDGÖ PUAN ORTALAMALARI İLE HASTA SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ	63
4.4. BAI İLE HMDGÖ’NÜN İNCELENMESİ	66
4.5. HMDGÖ’NÜN İNCELENMESİ	67
4.6. SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ	71
4.7. SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN MANEVİ BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ, BİLGİ ALMA VE UYGULAMA DURUMLARININ İNCELENMESİ	72
4.8. SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN MANEVİ BAKIM ALGILARININ İNCELENMESİ.....	74
4.9. SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN MDATÖ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ .	75
4.10. SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN MDATÖ PUAN ORTALAMALARI İLE SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ	76
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
ÖZET	83
SUMMARY	84
KAYNAKLAR	85
ÖZGEÇMİŞ.....	93
EKLER.....	95

SİMGELER ve KISALTMALAR

AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis)
ANA	American Nursing Association
ASSET	Actioning Spirituality and Spiritual Care in Education Training
BAI	Beck Anksiyete İndeksi
CFI	Karşılaştırmalı Uyum Testi (The Comparative Fit Index)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi (Confirmatory Factor Analysis)
GFI	Uyum İyiliği Testi (The Goodness of Fit Index)
HMDGÖ	Hasta Manevi Destek Gereksinim Ölçeği
KGİ	Kapsam Geçerliliği İndeksi
KMO	Kaiser Meyer Olkin Sampling Adequacy
MDATÖ	Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği
MMBDÖ	Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği
NANDA	North American Nursing Diagnosis Associations
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

ŞEKİLLER

Sayfa

Şekil 3.1. Faktör Analizi Çizgi Grafiği (Scree Plot)	39
Şekil 3.2. HMDGÖ Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları (Path Katsayıları)	42



TABLOLAR

Sayfa

Tablo 3.1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (N = 289).....	32
Tablo 3.2. Hastaların Yaptıklarında Kendilerini Daha Rahat Hissettikleri Etkinliklerin Dağılımı	33
Tablo 3.3. Hastaların Hemşirelerden Manevi Destek Bekleme ve Hemşirelerin Manevi Bakıma Özen Gösterme Durumu Dağılımı.....	34
Tablo 3.4. Hastaların Hemşirelerden Beklediği Manevi Bakım Desteklerinin Dağılımı	35
Tablo 3.5. Hastaların Manevi Desteğin Kimin Tarafından Verilmesini İsteme Durumlarının Dağılımı	36
Tablo 3.6. Ölçek Maddelerinin Kapsam Geçerlik İndeksleri.	37
Tablo 3.7. KMO ve Barlett's Testi Değerleri	38
Tablo 3.8. Açıklanan Toplam Varyans Miktarı ve Öz Değerler.....	38
Tablo 3.9. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	40
Tablo 3.10. Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	41
Tablo 3.11. Ölçeğin Madde – Toplam Puan İstatistikleri	43
Tablo 3.12. Ölçeğin test – tekrar test puanları, korelasyon ve t testi sonuçları (n=60).....	44
Tablo 3.13. Ölçeğin Cronbach's Alpha Katsayıları	44
Tablo 3.14.1. HMDGÖ Puan Ortalamaları ile Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	45
Tablo 3.14.2. HMDGÖ Puan Ortalamaları ile Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	46
Tablo 3.15.1. BAI Ölçeği Alpha Katsayısı	47
Tablo 3.15.2. BAI Puan Ortalaması ile HMDGÖ Puan Ortalamaları Korelasyonu	47
Tablo 3.16. BAI ölçeği Puan Ortalaması ile Hemşirelerden Manevi Bakım Bekleme Durumu	48
Tablo 3.17. Sağlık Profesyonellerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı(n = 270)	49
Tablo 3.18. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakıma İlişkin Bilgi, Bilgi Alma ve Uygulama Durumlarına Göre Dağılımları.....	50
Tablo 3.19. Doktor ve Hemşirelerin Hastaların Manevi Bakım Gereksinimlerini Önemseme ve Manevi Bakım Uygulama Durumlarına Göre Dağılımları.....	51
Tablo 3.20. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakım Algılarının Dağılımı	52
Tablo 3.21. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakım Uygulamalarının Dağılımı.....	53
Tablo 3.22. Uygulanan Manevi Bakımın Hastaların İyileşmeleri İçin Düşünülen Faydaları	53
Tablo 3.23. Doktor ve Hemşirelerin MDATÖ Puan Ortalamaları.....	54

Tablo 3.24.1. Sağlık Profesyonellerinin MDATÖ Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	55
Tablo 3.24.2. Sağlık Profesyonellerinin MDATÖ Puan Ortalamaları ile Manevi Bakımla İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması	56



1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2015).

Sağlık bakımının uygulanmasında kabul gören en kapsayıcı yaklaşım türü bütüncül (holistik) yaklaşımdır. Bütüncül yaklaşıma göre birey; fiziksel, duygusal psikolojik, sosyo-kültürel ve manevi boyutlarını içinde barındıran ve bu boyutları her biri diğerleriyle ilişki içerisinde ve birbirine bağımlı haldedir (Akgün Kostak ve ark., 2010).

Sağlık profesyonelleri tarafından sağlık bakımının bireylere bütüncül olarak verilmeye başlanması ile birlikte bireylerin manevi boyutları da diğer boyutlar kadar önem kazanmaya başlamıştır (Ergül ve Bayık, 2004; Öz, 2004). Son yıllarda yapılan çalışmalarda manevi bakım boyutunun sağlık, iyilik ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (Coyle, 2002; Akgün Kostak ve ark. 2010; Hall, 2006; Wong et al., 2008).

İnsan fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel, manevi ve entellektüel boyutta ihtiyaçları olan bir canlıdır. İnsanın sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için bu gereksinimlerin tanımlanması ve karşılanması gerekmektedir. Bu kapsamda, bütüncül bakım sürecinde bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri dikkate alındığı halde, problemle baş etme sürecinde önemli rolü olan ruhsal/manevi boyutuna dikkat edilmemektedir (Akgün Kostak, 2007).

Spiritüalite, bireylerin kendisi ve diğer insanlarla olan ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamı anlama ve kabul etme çabası anlamına gelmekle birlikte yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur. Yaşamın amacı, bireye anlamlı gelen öğeleri içerir (Çetinkaya ve ark, 2007). Spiritüalite kısaca ne olduğumuzdan farklı olarak ne yaptığımız ile tanımlanabilir.

Flornce Nightingale döneminden bu güne kadar, spiritüel bakım hemşirelik girişimlerinin her zaman bir parçası olmuştur. Florence Nightingale yalnızca geleneksel Hristiyanlık inançlarını değil otonomi, uzmanlık gibi bazı çağdaş hemşirelik değerlerini de ortaya koymuş bütüncül bakış açısına sahip bir profesyoneldi. Flornce Nightingale bu düşüncesini şu ifadelerle açıkça ortaya koymuştur; “sağlık için manevi ihtiyaçlar vücudu meydana getiren fiziksel organlar kadar önemli bir unsurdur, her birimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir” (Çelik ve ark., 2014). Birey psikolojik ve duygusal açıdan zarar görmüş ise fiziksel hastalıklarda ortaya çıkabilir (Hutchinson, 1997).

Günümüzde fiziksel ve psikososyal boyutu içine alan, var oluşun daha da ilerisinde bir boyut olan manevi boyuta ilişkin hemşirelik bakımının önemi hemşireler tarafından kabul görmektedir. Manevi ihtiyaçlar, bireyin manevi yoksunluğunu giderecek veya manevi gücünü destekleyecek olan ihtiyaçlardır. Bu yönde verilecek olan manevi destek hemşirenin bireyin manevi gereksinimlerini belirleyerek, uygun olan girişimlerle hastayı desteklemesi olarak tanımlanabilmektedir (Govier, 2000).

Hemşirelerin bakımlarından sorumlu olduğu hastaların cinsiyetleri ve yaşları göz önünde bulundurulmadan bakım planlarında kesinlikle hastalarının North American Nursing Diagnosis Associations (NANDA)'nın hemşirelik tanıları arasında yer alan “Spiritüel distres” yani “Manevi sıkıntı” tanısını uygulamaya almalıdırlar. Son yıllarda hekimlerin de hastalarını bütün olarak ele alabilmeleri için anamnez

alırken spiritüel öykülerini de almalarının hastalarına faydalı olacağı önerilmektedir (Çetinkaya ve ark., 2007).

Govier 2000 yılında spiritüel bakım için 5 “R” yi açıklamıştır.

- **Reason and Reflection:** Hayatın anlamını bulma, yaşamı devam ettirme, hayatı daha güzel hale getirme çabası (güzel sanatlar, müzik vb.)
- **Religion:** Spiritüaliteyi tanımlama, değerler ve inanışlar için çerçeve hazırlama,
- **Relationships:** Sevgi, güven, umut kazanma,
- **Restoration:** Bakımın bedensel görünüşe olumlu katkısı.

Spiritüel distres, yaşamın anlamlandırılması, bireye güç ve ümit kazandırılması, inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlığı olan ya da bu riski taşıyan bir grup ya da bireylerdeki durumu ifade etmektedir (Carpenito, 2004). Spiritüel distres yaşayan hastalara yaklaşımdaki amaç; inanç ve değerlerle sağlık bakımı arasındaki olumsuzlukları azaltmak veya ortadan kaldırmaktır (Klimes, 2005).

Araştırmacılar hemşirelik literatüründe manevi bakıma ilişkin bilgilerin uzun bir süre, özellikle Müslüman ve Hristiyan toplumlarda inanç ve dini uygulamalarla sınırlı tutulduğu için, dar bir alanda değerlendirildiğini, bu sebeple manevi baş etme stratejilerinin dini inanç uygulamalarıyla sınırlandırıldığını aktarmaktadır. Bu sebeple maneviyatı tanımlamada en önemli engelin, din ile olan bağı olduğu ileri sürülmektedir (Yılmaz ve Okyay, 2009). Oldnall’ın (1996) yapmış olduğu çalışmada, dini uygulamaların manevi destek uygulamalarının sadece bir kısmının olduğunu, bu sebeple sağlık bakım ortamlarında potansiyel hastaların %20’sinin manevi destekten mahrum bırakıldıklarını bildirmiştir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma ile hastaların manevi destek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve manevi destek ihtiyaçlarının hastaların stres ve anksiyete düzeylerine etkisinin olup olmadığının araştırılması ayrıca bu hastalara hizmet veren sağlık profesyonellerinin manevi destek algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

Literatür taramaları sonucunda hastaların manevi destek gereksinimlerinin belirlenmesi ve sağlık profesyonellerinin manevi destek algılarının tespit edildiği bir araştırma bulunmamaktadır. Biz bu araştırma ile hastaların manevi destek gereksinimlerinin belirlenmesi ve sağlık profesyonelleri tarafından bu gereksinimlerin ne derece karşılanıp karşılanmadığını ortaya koymaya çalışılacaktır.

Ho: Hastaların manevi destek gereksinimleri yoktur.

H1: Hastaların manevi destek gereksinimleri vardır.

Ho: Sağlık profesyonellerinin manevi destek algıları yoktur.

H1: Sağlık profesyonellerinin manevi destek algıları vardır.

Ho: Manevi desteğin stres üzerine etkisi yoktur.

H1: Manevi desteğin stres üzerine etkisi vardır.

1.1. Manevi Bakım ile Din Kavramı Arasındaki İlişki

Din; tarihin bütün devirlerinde ve bütün toplumlarda kendisi ile karşılaşılın, insana hem içten hem dıştan kuşatan onun düşünce ve davranışlarında kendini gösteren insanüstü bir kudrete bağlanma ihtiyacını karşılayan evrensel olgu ve disiplindir (Tümer, 1994).

Din kelimesi Latince ‘religare’ kökünden türemekte ve bağlanma anlamı taşımaktadır. Arapça olarak ise ibadet, ceza, itaat etme ve kullukta bulunma anlamlarını içermektedir. İslam âlimlerine göre genel bir tanımlama olarak din, Allah’tan gelip peygamberler vasıtasıyla insanlara tebliğ edilen, insanları kendi iradeleriyle hayırlı olan işlere sevk ederek dünya ve Ahiret saadetine götüren, iman, amel ve hayatla bağlantılı bütün hükümleri içeren insanüstü bir sistemdir (Mollaoğlu, 2013).

İnsan ruh ve bedenden müteşekkil bir varlıktır. Fizyolojik ihtiyaçların yanında manevi bir takım gereksinimleri de vardır. Bu sebepten de mutlak bir yaratıcıya bağlanma açısından kişinin en temel ihtiyaçlarından birisi olan güvende olma hissini kazandırır. Ayrıca yaşadığı hayatın anlamı ve amacı noktasında bireyin zihninde oluşan sorulara da cevap vermesi bakımından dinin değeri öne çıkmaktadır. Zira insan bazen bütün çarelerin tükendiği hissine kapılmakta ve yaşadığı problemi ancak mutlak güç ve irade sahibi bir Tanrı tarafından çizilebileceğine inanmaktadır.

Bu açıdan din esasında bireyin iç dünyasında karşılaştığı acılı, üzüntülü ve çaresizlik durumlarında kişiye ümit veren ve güven duygusunu artıran bir sığınaktır. İnsanın cevapsız kalan sorularına ve ahiret inancı ile sonsuzluk duygusuna açıklama getirerek bireyin hayatına anlam kazandırır. Dünya hayatına olumlu yönde katkı sağladığı gibi ölüm korkusu gibi insan psikolojisinin üzerindeki olumsuz etkileri de

önler. Toplumda bulunan kişiler arasındaki iletişime olumlu katkı sağlayarak, kişilerin öz değerlerine kavuşmasında etkili olduğu söylenebilir (Özdoğan, 2009; Özen, 2010; Esendir, 2016).

Günümüzde ise manevi bakımın, dini uygulamaları içine alan ancak sadece dini uygulamalarla sınırlı olmayan, dini uygulamalardan daha geniş boyuta sahip, yaşamın anlamını ve amacını keşfetmeyi içeren bir bakım olduğu vurgulanmaktadır (Yılmaz ve Okyay, 2009).

İnsanın manevi boyutu göz önüne alındığında yalnızca bu boyuta ait destek için hastaneye din görevlisinin çağırılmasıyla sınırlandırılmış dini fonksiyon ve uygulamaların yetersiz kalacağı açıktır. Manevi boyut yalnızca dini inançları içermemekle birlikte, hayatın anlam ve amacını anlamayı sağlayan hisleri de içerisinde barındırır (Çelik ve ark., 2014).

Genellikle manevi bakım ile din kavramları birbirlerinin yerine yanlış olarak kullanılsa da Çetinkaya ve ark. (2007)'nin belirttiğine göre, yapılan bir araştırmada sürekli dini uygulamalara devam eden kişilerin stresle baş etmelerinde, hastalıkların iyileşmesinde, depresyonun giderilmesinde, madde bağımlılığının bırakılması ve önlenmesinde, kalp hastalıklarında ve yüksek tansiyonun önlenmesinde, ağrıların giderilmesinde ve mortalite de %25 oranında azalma olduğu kanıtlanmıştır.

Maneviyat, formal dini yapılar içinde ya da dışında yaşanabilmekte, yani dini uygulamalardan daha geniş yelpazede ve daha bireysel olarak düşünülmelidir (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Bu bağlamda güçlü dini inanışları olmayan kişilerin de manevi boyutları vardır.

1.2. Maneviyat

Maneviyat kavramı ile ilgili günümüzde tam bir tanım yapılamamakta olup bazen din ile aynı, bazen dini de içerisine alan daha kapsayıcı, bazen de dine alternatif olarak gösterilen, anlaşılabilirliği ve tanımlanması zor soyut bir kavramdır (Tanyi, 2002; Henry, 2003).

Latince’ de ‘spiritus’ kelimesinden köken alan canlı olmak, hayatta kalmak daha kapsamlı olarak yaşamı hissetmek anlamına gelen ‘spiritualite’ kelimesi Türkçe’ de maneviyat olarak karşılık bulmaktadır (Çekin, 2014; Eğlence ve Şimşek; 2014). Maneviyat, fizik ötesi âleme ait yani maddi olmayan, duyularla algılanabilen, soyut ve tinsel bir kavramdır (Türk Dil Kurumu, 2006; Karataş, 2015). Birçok araştırmacı tarafından spiritualite kavramının maneviyat ile aynı anlamı taşıdığının belirtilmesi nedeni ile çalışmamız içerisinde bütünlüğü sağlamak amacıyla maneviyat kavramı ile ifade edilecektir.

Maneviyat kavramının tanımına ait bir diğer karmaşa ise, bu kelimenin multi-disipliner karşılığının olmasıdır. Genellikle İlahiyat ve Felsefe alanlarında maneviyat kavramı din kavramı ile eşit iken, sağlık camiasında; bireyin kendisini anlama, kişilerin endişelerinin giderilmesi, ruhsal olarak iyileşmesi, acının ve ağrının azaltılmasında bireylere yardımcı olarak baş etmeyi güçlendiren anlamlarına gelmektedir (Daştan ve Buzlu,2010).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nursing Association) 1994 yılı itibari ile maneviyatı “Psikiyatrik Ruh Sağlığı Klinik Standartları”nda kullanmaya başlamıştır. ANA’da yer alan kavrama göre; kişilerin, aile veya toplumun ruhsal ve duygusal olarak iyileşmesine etki edebilecek, kişiler arası, sosyal ve kültürel, manevi ve çevresel koşulların değerlendirilmesi gerekir. ANA kodlarında bahsedilen manevi

değerler ise, bireyin inanç ve değerleri; etnik, evrensel, dini inanç farklılıklarının olmaksızın her bireyin eşit olarak yararlandığı sağlık bakımı hakkına sahip olmasıdır (Sülü, 2014).

Psikoloji biliminde kişileri davranışa yönlendiren nedenlere güdü denir. Güdüler bireyin, istik ve gereksinimleri sonucunda ortaya çıkarlar. Bu kapsamda duayı da, bireyin tabii gereksinimleri arasında değerlendirmek mümkündür. Dua etmenin temelinde de bazı güdüler vardır fakat tek bir güdünün olduğunu söylemek yanlıştır. Psikanalitik tedavinin temel prensibinin “ hareket etmeden herşeyi olduğu gibi anlamak” olduğu varsayıldığında, ilke olarak başkalarıyla konuşmayı engelleyen düşünceleri unutmaktan kurtaran sözler, tedavi edici bir özelliğe sahiptir. Bu kapsam da dua eden bireyler de; kendisine yalan söylenmesinin mümkün olmadığına inandığı aşkın varlığa/Tanrı’ya, diğer kişilerden gizlediği her şeyi söyleyerek, kendisinin Tanrı ile olan ilişkisi konusundaki gerçeği gizlemeden olduğu gibi kabullenir. Bireyin psikolojik işlevselliğinden ortaya çıkan bazı rahatsızlıkların dua ve dini telkin yoluyla iyileştirildiği, psikolog ve psikiyatristler tarafından da bilinen bir psikolojik tedavi yöntemidir (Koç, 2005).

1.3. Manevi Bakım

Manevi bakım, insanların dini ve hayatsal düşünceleriyle bağlantılı olarak insanın yaşadıklarını ifade edebilme sürecinde uzmanca bir yardım, profesyonel bir destek veya bireylerin güvenliğini kazanacak nitelikte yapılan danışmanlıktır. Din kavramının ve maneviyatın kavramsal yönden birbirinden farklılaştırılmasının en önemli sonuçlarından biri, dini bir kavram olmaktan farklı olarak insanın manevi durumu ile bağlantılı olduğu anlaşılmış ve yeniden tanımlanmıştır. Dolayısıyla bu önemli farklılaştırmayla birlikte, önceden dini sebeplerle önemsiz görünen birçok manevi unsur, toplumsal ve bireysel olarak yeniden ilgi görür hale gelmiştir. Bunun

en belirgin örneklerinden birisi ise, gerek uluslararası toplumlarda gerekse ülkemizde manevi bakım konusunda ki çalışma ve araştırmaların artmasıdır. Bu çalışma ve araştırmaların en dikkat çeken yönü de, diyanet ve ilahiyat camiasından önce sağlık ve sosyal hizmet alanında çalışma ve araştırmaların daha fazla olmasıdır (Karagül, 2012).

Manevi bakım, psiko-sosyal rehâbilitasyon çalışmalarının büyük ve önemli bir kısmını kapsamaktadır. Bakıma ihtiyacı olan bireylerin kişisel gelişimlerini, morallerinin yükseltilmesini, hayata karşı olan umutsuzluklarının giderilmesini, manevi olarak endişe ve korkularının azaltılmasını ve manevi düşünceleriyle hayatlarının birleştirilmesini amaçlayan sosyal değerleri üstün ve bireyleri merkeze alan bakım hizmetlerini kapsamaktadır (Başar, 2007).

Manevi bakım; bireylerin kederli, üzüntülü, yalnızlık korkusu ve ümitsizliğe düşmüş hallerinde, birden bire gelen hastalık, ameliyat, sakatlık, doğal afetler, aniden gelen krizler veya yaşlılık gibi durumlarda bireylerin yanlarında olarak onlara dini ve sosyal anlamda destek sağlayabilmek; bireylerin olası soru ve sorunlarına yardımcı olarak onların ibadetlerini yerine getirebilmeleri için danışmanlık yapmak olarak açıklanmaktadır (Karagül, 2012).

Tanımlamalardan da anlaşılabileceği gibi, manevi bakım bireylerin içerisinde bulundukları sıkıntılı durumlarda hayatlarına anlam kazandırılabilmesi için profesyonelce yapılan destek hizmetleridir. Manevi bakım konusu, ülkemizde varlığını son yıllarda hissettiren fakat yeterli olarak literatürde yer almayan, araştırmaların devam ettiği bir alandır. Alanın yeni olması ve yeterli çalışmaların yapılmamasından dolayı kavram kargaşaları günümüzde hala devam etmektedir. Günümüzde manevi bakım kavramının ihtiyacı olan kişilerin bilgilendirilmemesinden ve sağlık profesyonellerinin manevi bakımı kendilerinin alanı olarak görmemelerinden dolayı hastanelerde uygulanan manevi bakım

destekleri bir hayli azdır. Manevi bakım uygulamaları yurtdışında uzmanlık alanı olarak görülmekte ve bu eğitim verilerek manevi bakım uygulamaları profesyonelce yapılmaktadır.

Amerika’da manevi bakım, 1994 yılında ANA tarafından “Psikiyatrik Ruh Sağlığı Klinik Uygulama Standartları”nda uygulanmaya başlamış ve tamamlayıcı tıp hizmetlerinde önemli bir yer edinmiştir. Bu standartlara göre; kişilerin, aile veya toplumun duygusal ve ruhsal iyileşmesini etkileyebilecek; kişilerarası, sosyo-kültürel, çevresel koşulların ya da manevi ihtiyaçların ele alındığı standartlar oluşturulmuştur (Sülü, 2006).

Karagül’ün “Manevi Bakım ve Hollanda Örneği” çalışması Hollanda’da uygulanan ve temsil olarak niteleyebileceğimiz çalışmaları izah etmektedir (Karagül, 2012).

Ülkemizde sağlık alanındaki manevi bakım hizmetleri; Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında, hastanelerde manevi destek ve dini rehberlik kapsamında “Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü” 07.01.2015 tarihinde imzalanarak bu konuda uzmanlık eğitimi verilmeye başlanmıştır (Diyanet İşleri Başkanlığı, 2015).

Bu imzalanan protokol sonrasında pilot bölgelerde uygulanmaya başlanan manevi destekler için belirtilen şartlar; sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları doğrultusunda hastalara dini vazifelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gerekli önlemler alınarak, kurum hizmetlerinde olumsuzluklara sebebiyet verilmeden, başkalarını rahatsız etmeden ve sağlık personeli tarafından devam ettirilen tıbbi tedaviye hiçbir şekilde müdahale edilmemek şartı ile hastalara dini konulardan bahsederek ve bireyleri manevi açıdan desteklemek üzere hastaların talep etmeleri

halinde dini inançlarına uygun olan din görevlileri hastaneye davet edilebilir şeklindedir.

Manevi bakımın; hastalıkların önlenmesinde, sağlığın ilerletilmesinde, iyileşme sürecinde, hastaların ağrıları ve yaşam stresleri ile baş etmelerinde ve bireylerin hastalıkla baş etmesinde yararlı olduğu saptanmıştır (Yıldırım, 2005; Daştan ve Buzlu,2010). Culliford'un (2002) kanserli hastalarda yapmış olduğu bir çalışmada %93'ünün manevi uygulamalar sonucunda umutlarını kaybetmediklerinin sonucuna ulaşılmıştır. Cotton ve arkadaşlarının (1999) yapmış oldukları bir çalışmada, manevi bakım uygulanan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük, yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sülü'nün (2014) belirttiğine göre, Moadel ve arkadaşlarının 248 kanserli hastada yapmış oldukları çalışmada hastaların %40'ı manevi gereksinimlerinin karşılanması sonucunda korkularının azaldığını, umutlarının arttığını ve kendilerini daha rahat hissettiklerini ifade etmişlerdir. Frensler ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, yüksek düzeyde manevi gereksinimlerin karşılanmasının fiziksel semptomların tedavisinde önemli oranda etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sülü, 2014). Ergül ve Bayık'ın (2004) belirttiğine göre, Tongprateep'in çalışmasında, Budist yaşlıların güçlü manevi inançları ile birlikte hastalık sürecinde daha az acı çektikleri ve yaşam kalitelerinin arttıkları belirtilmiştir.

1.4. Hastane Hizmetlerinde Manevi Bakım

Manevi bakım, tıbbi ve alternatif bakım hizmetlerinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Özellikle kronik hastalığı olanlara, kalıcı sakatlığı olan hastalara ve yaşlılığa bağlı olarak gelişen sağlık sorunlarına yönelik bakımın önemli bir paçasıdır (Mollaoğlu, 2013).

Ülkemizde yapılan iki araştırmaya göre, hastane ortamında hasta ve hasta yakınları için manevi bakım ve destek konusunda ihtiyaç duyulmakta fakat bu ihtiyaç karşılanamamaktadır (Ergül ve Bayık, 2004; Sülü, 2006).

Ülkemiz din görevlilerinin hastanelerdeki görevleri hastane mescitlerinde namaz kıldırarak ve ölüm sonrası hizmet vermekle sınırlı kalmıştır. Hastalar için moral gibi hizmetlerin sunulmasında rol almamışlardır. 7 Ocak 2015 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından imzalanan “Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği” protokolü ile birlikte belirli bir eğitime tabi tutulan din görevlileri tarafından yatan hastalar ve yakınlarına yönelik manevi destek dönemi uygulaması başlamıştır.

İmzalanan protokole göre hastanelerde uygulanması planlanan durumlar (Diyanet İşleri Başkanlığı, 2015);

1. Talepte bulunan hastalara, hasta yakınlarına ve sağlık çalışanlarına içinde bulundukları şartları göz önünde bulundurarak moral, motivasyon ve manevi destek sağlamak, dini ve manevi konularda manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri sunmak ve çalışma usullerini belirlemek.
2. Hasta ve yakınlarının yapacakları ibadetler için ibadethanelerin erişebilir ve ulaşılabilir hale getirilmesi konusunda çalışmak.
3. Kurumlarda öncelikle milli ve dini günler başta olmak üzere ihtiyaç duyulduğunda ahlaki, dini ve milli duyguları geliştirmeye yönelik faaliyetleri planlamak ve yürütmektir.

1.5. Hekimlikte Bütüncül Yaklaşım

Hekimlik eğitimi almak, hekimlik alanlarında akademik bakışla ve bilimsel endike yöntemlerle araştırmayı gerektirmektedir (Şahinoğlu ve Oğuz, 1994). Sağlık alanında, güncel tıbbi yöntem ve yaklaşımların dışında uygulanan ama bilimsel mekanizmaları anlaşılamamış etkili yöntemlere uzun bir süre duyarsız kalınmıştır. Fakat farklı düşünce ve inanışlara ait tıbbi yaklaşımlar, rutin dışı uygulamalar, farklı bakış açıları, bütüncül yaklaşım yeni hipotezler için ipuçları olarak görülebilmelidir. Konvansiyonel tıbbin tamamen veya kısmen reddettiği yöntemlerin aslında etkili tıbbi mekanizmalar içeriyor olabileceği gerçeği göz ardı edilmemelidir. Elbette, konvansiyonel tıbbi yöntemleri tamamen dışlamak da bilimsellikten uzaktır (Çetin, 2007).

Konvansiyonel tıp, hastalığa ait semptomları ortadan kaldırmayı başarı olarak kabul eden ve şu anda yaygın olarak kabul gören yaklaşım olup, hastalığın ortadan kaldırılmasına odaklı fonksiyonel tıbbi yaklaşımın popüler hali olarak uygulandığından dolayı yoğun olarak eleştirilmektedir. Bu kapsamdaki yeni arayışlar fonksiyonel tıbbin yanı sıra bütüncül, alternatif ve tamamlayıcı bakım yöntemlerini gündeme getirmiştir. Semptomatik tedavinin genellikle kökten bir iyileştirme sağlamaması, sorunların kronikleşmesi, hastanın psikolojisinin bozulması gibi etkenler, geleneksel ve alternatif yöntemleri gündeme taşımakla kalmayıp, farmakoekonomi adlı yeni bir bilim dalı oluşmasına da yol açmıştır (Bath 2006).

Farmakoekonomi disiplin ve yaklaşımı, ilaç tedavisi ve endike tedavi paketlerinin genel maliyetleri ve yararları üzerine odaklanan, bu konuda veri toplayan, alternatif kaynaklar oluşturan, bunları inceleyen, kritik ve analitik süreçlere dayalı olarak alternatif uygulama sentezlerini araştıran, öneren bilim alanıdır (Tokaç, 2013).

Bilimsel tıp, modern tıp veya batı tıbbı gibi isimlerle bildiğimiz konvansiyonel tıbbi uygulamalar yerine diğer yöntemlerin uygulanmasını alternatif tıp olarak tanımlanmaktadır. Holistik, bütüncül anlamına gelen bir kelimedir. Sağlık alanı için kullanıldığında arzulanır bir sağlık durumu için fiziki, duygusal, sosyal ve manevi tüm boyutların dikkate alındığı bir yaklaşımı ifade etmektedir. İnsanın inancı, hissedışı, düşünce ve duyguları, nörolojik sistem ve kardiyovasküler sistem aracılığıyla vücudun tümünü etkiler. Bu yolla, beyne gönderilen uyarılar, duyguları ve psişik durumu şekillendirilmesinde etkilidir. Çünkü beyin ve vücut birbirinden bağımsız olarak çalışan yapılar değildir. Bütüncül tıp bu nedenle, sistemi tümüyle ele alan yöntemlerle hastaya yaklaşır (Aslan, 2016).

Geleneksel tıp, dini inançlara, felsefi ve toplumsal tecrübelerle dayalı tıbbi yaklaşım ve yöntemlerden meydana gelmektedir. Tamamlayıcı tıp, bilimsel tıbbi tedavi protokolleri yanı sıra alternatif tıbbi ürün ve yöntemlerin kullanımını ifade etmektedir. Alternatif ve tamamlayıcı tıp birbirinden ayrı tanımlar olmalarına rağmen genellikle birlikte, çoğu zaman da birbirinin yerine kullanılmaktadır. Her iki kavramda daha çok geleneksel yaşamda yer alan bitkileri, hayvansal ürünleri, ses, koku, hareket, uyarı gibi teknikleri kendilerine yöntem olarak benimsemektedir (Bodeker at all., 2005.).

Bütüncül tıp yaklaşımı, bireylerin toplumsal ortamları içinde ele alındığı ve bu nedenle tıbbi algı ve anlayışa modern toplumlardaki rahatsızlıklar konusunda önemli bir katkı sağladığı olasılığına dayanır. Bütüncül tıp, hastaların kendi atmosferi içinde fiziksel bir varlık olduğu kadar, toplumsal, psikolojik, duygusal yönden tam bir bütün olarak ele aldığı tıbbi bir paradigmadır (Cockerham ve Ritchey, 1997).

Bütüncül bilim anlayışı dâhilinde hekimin hastasını parça-bütün ilişkisi açısından değerlendirip, hastaya herhangi bir tanı koyarken ya da tedavi aşamasında onu bir bütün içinde ele alması gerekmektedir. Şahinoğlu'na (2000) göre, hastanın

tanı koyma ve tedavi aşamasında birbirini kapsayan bir şekilde yani bütüncül olarak ele alınışı iki şekilde olabilir. İlk aşamada, hastanın tedavi edilmesi esnasında bireyin biyolojik bir sistem olarak bütün içinde görülmesi ve değerlendirilmesidir. Diğer aşama ise, onun biyolojik sistem olmasının ötesinde psikolojik ve sosyal bir varlık olduğu, tanı ve tedavi aşamalarında bunların onun biyolojik tedavisinin yanı sıra duygularının, manevi gereksinimlerinin öneminin olduğunun bilinmesidir.

Bütüncül yaklaşım, hastalıkların iyileşmesine ve bireylerin hastalıklarla baş etmesinde faydalı olacaktır.

1.6. Hemşirelik Alanında Maneviyat ve Manevi Bakım

Bireyin var oluşunun bütün özelliklerinin korunmasında, sürdürülmesinde veya elde edilebilmesinde ona yardım etmek hemşirelik bakımının temellerinden birini oluşturmaktadır. Hemşirelik tarihinde hemşireliğin hastaların sadece fiziksel ihtiyaçlarına yönelik bakım uygulayan bir meslek olarak tanımlandığı herhangi bir dönem olmamıştır. Hemşireliğin gelişmesinde öncülük eden Florence Nightingale “Sağlığın devamı için manevi gereksinimler, vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilmektedir. Bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa veya zarar gördüyse fiziksel hastalıklarda ortaya çıkabilmektedir.” sözleri ile hemşireliğin meslekleşme sürecinin en başından itibaren insanın bir bütün olarak ele alınması gerektiğinin altını çizmiştir (Ergül ve Bayık, 2004; Hutchinson, 1997).

Hemşirelik tarihinin ilk yıllarından itibaren insana bir bütün olarak yaklaşılmış olsada bütüncül bakım kavramı, 1960’lı yıllarda tartışılmaya başlamış ve 1980’li yıllarda Rogers, Parse ve Newman gibi hemşire teorisyenlerince hemşirelik

literatürüne kazandırılmaya çalışılmıştır. Bu dönemlerde ki hemşirelik teorisyenleri insanların içindeki ve çevresindeki dünyayı algılama yetenekleriyle birleştirilmiş bir bütün olarak ele almışlardır. Holistik yaklaşımı ile çevrili girişimler bütünü olarak tanımlanmaya çalışılmış ve hemşirelerin bu yaklaşımla hastaların bütün gereksinimlerini yerine getirilebileceği belirtilmiştir (Cox, 2003).

Joyce Travelbee 1971 yılında bu yaklaşım ile ilgili olarak “Bir hemşire sadece fiziksel ağrıyı azaltmak için veya fiziksel açıdan değil, bireye bütüncül bakım verir.” ifadeleriyle hastaların ihtiyaç duyduğu bakımın tüm boyutlarının ele alınmasının gerekliliğini göstermiştir (Martsolf and Mickley, 1998). Virginia Henderson ise bu yaklaşım ile ilgili olarak; hemşireliğin amacının, bireyi temel ihtiyaçlarını karşılamada bağımsız olması gerektirğini ifade etmiş ve bu temel ihtiyaçların, fizyolojik, ruhsal, sosyolojik, manevi ve entelektüel alanlardan meydana geldiğini ileri sürerek “İnançları doğrultusunda ibadet etme gereksinimi” dahil olmak üzere 14 temel ihtiyacı tanımlamıştır (Kostak, 2007).

NANDA hemşirelik tanıları sınıflandırılmasında, bireylerin manevi boyutu ile ilgili olarak “Manevi sıkıntı” (Spiritual Distres) tanısına yer vermiş ve manevi sıkıntıyı “Yaşama anlam kazandıran, yaşam için ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşayan ya da bu rahatsızlık için risk taşıyan bir grup ya da bireylerde ki durum” olarak tanımlamıştır (Carpenito, 2004).

Manevi sıkıntı; bireyin yaşamış olduğu çevrede değer ve inanç sistemlerinin tehdit edildiği, değer ve inançları ile ilgili bir kriz yaşadıkları ya da bireyin hayatını devam ettirmesi için anlam bulamadığı, ümitsizlik duygusuna kapıldığı zamanlarda ortaya çıkmaktadır (Öz, 2004; Govier, 2000). Manevi sıkıntı yaşayan hastalara yönelik yaklaşımlar, hastaların inanç ve değerlerine saygı göstererek bu inanç ve değerlerle sağlık bakımı arasındaki olumsuzlukları azaltmak ve ortadan kaldırmak olmalıdır (Okuyay, 2008).

Hemşirelik alanında yıllarca manevi bakıma ilişkin bilgiler, dini uygulamalar ve inanç sistemleri olarak ele alınmıştır. İnsanın manevi yönü ele alındığında, manevi boyuta yönelik destek için yalnızca din görevlilerinin hastaneye çağrılmasıyla kısıtlı dini fonksiyon ve uygulamalarının yetersiz kalacağı düşünülebilir. Günümüzde insanların fiziksel ve psikososyal yönlerinin üstünde ve var oluşun daha da ilerisinde bir boyut olan manevi boyuta yönelik hemşirelik bakımının önemli olduğu kanıtlanmış ve hemşireler tarafından da kabul edilmiştir (Ergül ve Bayık, 2004).

Hutchinson'ın 1997 yılında hemşirelerin manevi destek uygulamada dikkat etmesi gereken önemli ilkeleri şu şekildedir;

1. Manevi ihtiyaçlara ilişkin hemşirelik tanısı, var olan ve olması muhtemel olan problemler kadar bireyin baş etme gücünü açıklamayı da hedeflemelidir.
2. Manevi bakımda hemşirelerin öncelikli hedefleri birey için önemli olan manevi değerlerini kullanmalarını sağlamaktır.
3. Hemşire, manevi bakımın insanların bakış açılarını değiştirmek, inançlarından alı koymak değil, bunun aksine insanların ihtiyaç duyduğu manevi gereksinimlerine yardımcı olunmasının farkında olmalıdır.
4. Manevi ihtiyaçların tanınması ve bakım uygulaması, hemşireler ve hasta bireyler arasında güvenilir ve anlayışlı bir ilişki üzerine temellendirilmelidir. Bu bakım bireylerin, kültürünü, sosyal ve manevi inançlarını bunlarla birlikte bireylerin düşünce ve dini inanç uygulamalarını da göz önünde bulundurarak planlanmalıdır.
5. Hemşire, manevi bakım uygulamasında yer alan diğer ekip üyelerini bilgilendirirken, bilgisinin ve sınırlılıklarının farkında olmalıdır.
6. Hemşire, hemşirelik bakım planı uygularken manevi destek konusunu ele almalıdır. Bu, hemşirelerin bakımda sistematik olmalarını ve bakım vermede sürekliliklerini sağlayacaktır.

Hemşireler manevi destek vermede bu ilkelere dikkat etmeli ve hastalarının gereksinimlerini belirleyerek manevi destek uygulamalıdır. Bireylere uygulanacak manevi bakımın onlara güven duygusunu da kazandıracağı unutulmamalıdır.

1.7. Manevi Bakımı Etkileyen Etmenler

Hemşirelik alanında maneviyat ve manevi bakım kavramlarıyla alakalı birçok literatür bilgisi olmasına rağmen, hemşirelerin manevi destek vermede yetersiz oldukları, zorlandıkları ve manevi bakım verme konusunda çekindikleri gözlenmektedir (Ergül ve Bayık, 2004). Bu alanda yapılmış çalışmalarda hemşirelerin hastalarının manevi gereksinimlerini yeterince gözlemleyemedikleri, eğitim aldıkları süreç içerisinde hastaların ihtiyacı olan manevi gereksinimleri konusunda yeterince eğitilmedikleri ve bu sebepler nedeni ile manevi bakıma ilişkin yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıkları gözlenmektedir. Ayrıca literatürlerde manevi bakım vermede bazı zorluklardan bahsedilmektedir. Bu zorluklar, hastaya yeterince vakit ayıramama, hemşirelerin kendi manevi düşünceleri konusunda değişmez fikirlere sahip olmaları, hemşirelerin maneviyat ve manevi destek konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmamalarıdır (Ergül, 2005). Bunlarla birlikte hemşirelerin bireysel yaşamlarında manevi boyutlarının ve manevi düşüncelerinin farkında olması, manevi ihtiyaçlar ve bakım konusunu algılaması, kendi yaşam beklentileri, bu konuda gönüllü olması ve konuya duyarlılıkları manevi destek uygulamayı etkileyen olumlu durumlar olarak literatürlerde belirtilmektedir. Ayrıca hemşirelerin zaman ve personel yetersizlikleri gibi nedenlerle fiziksel bakıma öncelik vermesi, hastaların bilinç ve duyu sorunları (demans, koma, işitsel kayıplar vb.), nöbet sıklığı, diğer ekip üyeleri ile olumsuz iletişim ve iş ortamında meydana gelen huzursuzlukların manevi bakım vermeyi etkileyen olumsuz etkenlerdir (Okyay, 2008).

Manevi bakım verilirken, öncelikli olarak hastaların psiko-sosyal sorunları ile birlikte hastaların manevi gereksinimlerini gidermeye yönelik bir plan ve program içerisinde hareket edilmeli, yazılı olarak planlanan bu gereksinimler bakım sürecinin her safhasında kontrol edilmelidir. Yöneltilecek olan sorular cevaplayabilecek durumda ise hastalara, cevaplayamayacak durumda ise hasta yakınlarına sorulmalı ve bu süreç özel hayatın gizliliği içerisinde bir sohbet havasında gerçekleştirilmelidir (Mollaoğlu, 2013).

1.8. Hemşirelik Eğitim Sürecinde Manevi Bakım

İnsanlar fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve manevi yönleriyle birlikte bir bütündür ve bu bütünün tüm ögeleri insanların hayat sürecinde eşit ölçülerde öneme sahiptir. Bu bütüncül hayatın devamına rağmen sağlık çalışanları tarafından insanların manevi gereksinim yönleri göz ardı edilmekte veya bu yönde bakım vermeye ilişkin eksiklikler bulunmaktadır. Hemşirelerin manevi destek uygulamaları konusunda yapılan çalışmalar da, bu desteğin istenilen düzeyde verilememe nedenleri, manevi bakımın öneminin anlaşılamamış olması, hemşirelerin bu desteği sunmada yetersiz bilgi sahibi olmaları, sağlık çalışanları tarafından manevi bakım kavramının yanlış algılanması (din ile maneviyatın karıştırılması), manevi desteği sunmada yeterli beceriye sahip olunamaması ve manevi bakımın bilim dışı bir yaklaşım olarak görülmesi sonuçları ortaya çıkmıştır (Ergül, 2005).

Leeuwen ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin manevi destek vermedeki eksikliklerinin nedenleri arasında hemşirelerin yeterli zamanlarının olmaması ve almış oldukları eğitimin yetersiz olduğu bildirilmiştir.

Hemşirelik literatürüne baktığımızda bütüncül bakım çerçevesinde manevi bakımın önemli bir yer tuttuğu vurgulanmaktadır. Her ne kadar teorikde maneviyat ve manevi bakımdan söz edilse de, manevi bakımın hemşirelik eğitime ve uygulama alanına alınmasında bazı engellerle karşılaşılmaktadır. McSherry ve Ross 2002 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, temel olarak iki engelden bahsetmektedirler. Birinci engel; içsel faktörler, ikinci engel ise dışsal faktörler olarak gösterilmektedir. Kurumsal ortamdaki politik, ekonomik ve yönetsel olarak meydana gelen faktörler içsel faktörleri kapsarken, bireysel ve toplumsal değerler, inançlar, ve normlar ise dışsal faktörleri kapsamaktadır. Bu iki engelin dar bir çerçevede ele alınması maneviyatın hemşirelik eğitiminde ve uygulamasında istenilen düzeyde öneme sahip olmamasının nedenlerini oluşturmaktadır.

Hemşirelik kuramcılar tarafından maneviyatın eğitim sürecinde öğretimi ile ilgili olarak çeşitli görüşler ileri sürülmektedir. Literatürde hemşirelik eğitim sürecini kullanarak manevi bakımın öğretilmesi modelini ileri sürerken, manevi bakımın öğretilirliğini de tartışmakta ve eğitim sırasında kişinin bu konuyla olan farkındalığının artırılması yoluna gidilmesini gerektiği ileri sürülmektedir (Sülü, 2006). McSherry ve Ross'un 2002 yılında yaptığı çalışmada manevi bakım kavramının geleneksel yöntemlerle öğrenilmesini ve uygulama alanında manevi bakımla ilgili farkındalığın artırılmasını ileri sürmektedir.

1999 yılında Narayanasamy ASSET (Actioning Spirituality and Spiritual Care in Education Training) tarafından maneviyat ve manevi bakım eğitiminde harekete geçme modeli ile hemşirelik eğitiminde manevi bakım eğitim modeli oluşturulmuştur. Bu modelin eğitim içeriği; maneviyatın bir kavram olarak detaylı boyutları ile anlaşılmasını, manevi bakımla ilgili olarak kişilerin bireysel olarak farkındalığının geliştirilmesini, hemşirelik bakımının manevi bakım boyutunun kapsamlı olarak tanımlanmasını, planlanmasını, uygulama ve değerlendirilmesini içermektedir. Bu eğitim içeriğinin kullanılarak, uygulamalı eğitim sürecinde öğretim teknikleri ile öğrencilere kazandırılması sonucunda öğrencilerde farkındalık

oluşturulduğu, doğru bilgi ve becerilerin öğrencilere kazandırılması sonucunda bireye bu bakımın istenilen düzeyde sunulması amaçlanmaktadır.

1.9. Manevi Bakımda Hemşirelik Bakım Süreci

1.9.1. Hemşirelik Tanısının Belirlenmesi

Manevi gereksinimler açısından hastaların iyi değerlendirilmesi gerekmektedir ve bu değerlendirmeler hemşirelerin hastalarıyla olan tüm etkileşimleri sırasında da devam etmelidir. Hemşireler hastaların manevi ihtiyaçlarını belirlerken detaylı bir anamnez almaya özen göstermelidir. Hastayla kurulacak olan ikili iletişimlerde hastaların ihtiyaçlarına yönelik gözlemler yapılmalıdır.

a. Manevi Boyutun ve Hastaların Manevi Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Gereksinimler iki yolla tanımlanabilir. Doğrudan yani hastaya yöneltilecek sorularla gereksinimler tanımlanabileceği gibi, dolaylı olarak yani gözlem yaparak da hastaların manevi gereksinimleri tanımlanabilir. Hastalara sorulacak sorular açık uçlu olmalıdır. Bireylerin davranışlarını, hareketlerini, sözel ifadelerini, bireysel ilişkilerini ve bireylerin çevresini gözlemlemek manevi gereksinimler için sağlık çalışanlarına ipuçları verebilir. Hastaların manevi gereksinimlerini tanımlamada hemşirelerin kullanabilecekleri ayırıcı durumlar;

- Hastalar sözel veya sözel olmayan iletişimlerle ihtiyaç duyduğu manevi gereksinimlerini ifade etmiş olurlar,

- Manevi gereksinimler hemşireler tarafından bireylerin yaşantılarına göre farklı yollarla gözlemlenebilir,
- Hastaların eğerki bir manevi destek gereksinimi varsa manevi açıdan sıkıntı çektiklerinin bir göstergesidir,
- Hastalar birbirinden ayrı olarak çaresizlik, ümitsizlik duyguları gösterebilirler,
- Hasta bulunduğu duruma çoğu zaman adapte olmada ve uyum sağlamada yetersizdir (Ross, 1994).

Gözlem sonuçları titiz bir şekilde kaydedilmeli, açık uçlu sorulara verilen yanıtlar ve hastaların varsa diğer gereksinim belirtileri ile birleştirilerek ihtiyaçları belirlenmelidir. Hemşirelerin, hastanın manevi destek gereksinimlerini ifade eden ipuçlarını yakalaması, aktif dinleme ve hassas olmayı gerektirir (McSherry and Ross, 2002). Hemşireler, hastalıklarından dolayı acı çeken hasta ve yakınlarından “neden ben?” sorusunu sıkça duyarlar. Hastalar acı durumunu sadece kendileri çekiyormuş gibi ve o hastalığa yakalanan başka kişilerin olmadığı düşüncelerine kapılırlar. Hastaların bu tarz sorular sorması ve bu düşüncelere kapılması manevi sıkıntılarının varlığını göstermektedir. Yaşamış oldukları bu düşüncelerden dolayı hastalar ihtiyaçlarını öfkeyle, üzüntüyle, kızgınlıkla veya korkuyla ifade edebilirler. Bu nedenle hemşireler böyle durumlarda hastaları anlayışla karşılamalı ve onların manevi gereksinimlerini belirlerken ipuçlarını iyi değerlendirmelidirler.

Stoll 1979 yılında, hemşirelerin manevi gereksinimleri belirlemede kullanabilmeleri açısından “Tanrı, mit ve Destek Kaynakları, Dini Uygulamalar ve Manevi İnançlar, Sağlık ilişkisi” başlıkları altında birleştirdiği tanılama basamaklarını içeren bir rehber geliştirmiş ve uygulamaya sunmuştur. Bu rehber kapsamında, hasta bireylere yöneltilecek sorular ile ortaya çıkacak manevi öyküde aşağıdakiler yer alması gerekenler; (McSherry and Ross, 2002).

- 1) Bireylerin inanç düzeyleri ve dindarlıklarının incelenmesi;
 - Bir dine ve inanç topluluğuna sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
 - Size iyi geldiğini düşündüğünüz dualar ve yaptığınız farklı bir durumlar varmı?
 - Ne zaman dua etmeyi tercih edersiniz?
- 2) Destek kaynakları, özellikle bireylerin insanlarla ve akrabalarıyla olan ilişkilerinin incelenmesi;
 - Sizin için en önemli kişi veya kişiler kimlerdir?
 - Herhangi bir durumda yardımına ihtiyaç duyduğunuzda kime gidersiniz?
- 3) Hastalığın, bireylerin dini yaşantılarını uygulamalarında onları etkileyip etkilemediğinin incelenmesi;
 - Size yardımcı olacağını düşündüğünüz din veya inançlarınız hakkında neler düşünüyorsunuz?
 - Sizin açınızdan önemli gördüğünüz dini bir uygulama var mıdır?
- 4) Hastalık ve gelecek ile ilgili endişesi ve neden var olduğu ile ilgili düşünceleri varsa bu konuların netleştirilmesi;
 - Hasta olduğunuzdan dolayı sizin en çok üzülmenize sebep olan durum nedir?
 - Hayatınızda yaşayacağınız gelecek dönemle ilgili olarak ne düşünüyorsunuz?

Hemşire, bireylerin manevi sağlık düzeylerini belirleyen davranışlarını incelerken, bireylerin yaşamış oldukları hastalık durumlarından ortaya çıkan acı ve güçlükler karşısında vermiş olduğu tepkilerden ipucu elde etmeye çalışmalıdır.

1.9.2. Planlamanın Yapılması

Literatürde belirttiğine göre; manevi sıkıntılar ile ilişkili yapılacak planlamada bazı hastaların ihtiyacı olduğu gereksinimler dikkate alınmalıdır. Bunlar;

- Birey için önemli olan dini sorumluluklarını yapabilmesi için yardımcı olunmalıdır,
- Bireyin kendisi için önemli olan içsel kaynaklarını şu anki durumu için etkili bir biçimde kullanmasına yardım edilmelidir,
- Bireyi rahatsız eden herhangi bir durumla karşılaştığı anda Allah ile olan ilişkisinin devam ettirilmesinde yardımcı olunmalıdır,
- Bireyin bu hayatta var olmasının anlamını bulmasına yardımcı olunmalıdır.

Ayrıca Potter ve Perry'in 1995 yılında yapmış oldukları çalışmada planın belirlenmesinde hastanın manevi gereksinimlerini, yaşamış olduğu suçluluk duygusunu, kızgınlığını, güç, barış ve sükûnet duygularını sözel olarak ve uygun bir şekilde ifade edebilmesi sağlanmalıdır.

1.9.3. Hemşirelik Uygulaması

Carpenito 2004 yılında hemşirelik uygulamalarını aşağıda belirttiği gibi özetlemiştir;

1. Hastalara farklı manevi inanç ve uygulamaları kabul ettiğinizi belirtiniz,
2. Hastaların manevi yaşantılarına bakmadan önyargısız bir tutum geliştiriniz,
3. Hastaların manevi gereksinimlerine dikkat ediniz ve onları onaylayınız,
4. Hastaların manevi gereksinimlerinin karşılanabilmesi için bireylere yardımcı olma konusunda sağlık ekibinin istekli olduğunu ifade ediniz,

5. Hastaların günlük dualarını yapmalarına, onlara manevi anlamda katkıda bulunan kişilerin ziyaret etmesine, bireylerin manevi okuma yapmalarına, manevi açıdan önemli olan konuları düşünebilmeleri için yeteri kadar sessiz ortamın oluşmasına ve mahremiyetlerinin sağlanmasına yardımcı olunuz,
6. Hastaların talepleri doğrultusunda dini yaşantılarında ki farz olan ibadetleri uygulamasında din görevlileri ile iletişime geçiniz,
7. Hastaların sağlığı için bir sakıncı yok ise, dini vazifelerini yerine getirebilmeleri için cesaretlendiriniz,
8. Hastalara ihtiyaç duyduklarında yakınları veya istediği kişiler ile birlikte dua etmesi ve diğer kişiler tarafından kendisine dua edilmesi için uygun ortam sağlayınız,
9. Hastaların manevi rahatlıklarını sağlamak için onların manevi konuları tartışmalarına izin veriniz,
10. Hastaların hastalıklarını daha geniş bir bakış açısından görebilmeleri için, geçmiş yaşantısında ki inançları ve manevi deneyimleri hakkında sorular sorunuz,
11. Hastalarla manevi konularda konuşabilmek için kendinizi yeterli ve rahat hissediyorsanız, kendiniz veya ekibin diğer üyeleri ile birlikte manevi konularda onlara yardımcı olunuz (okuma, dua etme vb.).
12. Hasta bireyler manevi konularda yaşamış olduğu olumsuz duygularını, şüphelerini ya da suçluluk duygularını belirtmelerine olanak veriniz ve dinlemeye isteki olduğunuzu onlara hissettiriniz.

1.9.4. Değerlendirme

Değerlendirme aşamasında, planlanmış olan girişimlerin uygulanması sonucunda öngörülen hasta sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığı incelenir. Değerlendirme açık olarak belirtilmeli, öngörülen hedeflere ulaşamamış ise yeni

girişimler planlanmalı ve uygulanmalıdır (Biol, 2004). Eğer hasta uygulanan bu girişimler sonucunda manevi olarak rahatlamış ise;

- Sağlığını olumsuz etkilemeyen manevi uygulamalarına (dua etme, okuma, namaz kılma vb.) devam edecektir,
- Birey yaşamış olduğu anksiyete ve suçluluk duygusunda azalma olduğunu belirtecektir,
- Birey manevi durumu ile ilgili olarak isteklerini elde ederek rahata kavuştuğunu ve kendisinde bir yaşam umudunun oluştuğunu belirtecektir,
- Birey manevi açıdan önemli grdğu kişilerle sonraki süreçte irtibata geçmeye devam edecektir (Okyay, 2008).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hastaların manevi destek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve manevi destek ihtiyaçlarının hastaların stres ve anksiyete düzeylerine etkisinin olup olmadığının araştırılması ayrıca bu hastalara hizmet veren sağlık profesyonellerinin manevi destek algılarının belirlenmesi amacı ile planlanmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

2.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Afyonkarahisar ilinde bulunan Afyon Kocatepe Üniversite Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Veriler, bu hastanenin dahili, cerrahi ve diğer (diyaliz, kan alma, ameliyathane vb.) kliniklerinde yatan, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ve bu hastane kliniklerinde çalışan, çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık profesyonellerinin katılımı ile Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında tarihleri arasında toplanmıştır.

2.3.Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmada, örneklem alınma yoluna gidilmemiş olup, “tam sayım” yapılarak Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi yataklı kliniklerinde yatan tüm hastalara ve yataklı klinikler de çalışan tüm sağlık profesyonellerine ulaşılması

hedeflenmiştir. Bu sayıya ulaşmak amacıyla, hastanenin yataklı bölümlerinde araştırmanın yapıldığı tarihlerde yatan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve formlarını eksiksiz dolduran 289 hasta ve hastanenin dahili ve cerrahi kliniklerinde çalışmakta olan, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli veya raporlu olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve veri formlarını eksiksiz dolduran 270 sağlık profesyoneli verileri kullanılmıştır.

2.4.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada, Afyonkarahisar ilin’de bir üniversite hastanesinde yapılmış olması, hastaların bir kısmının ve doktorların çok büyük bir kısmı ile hemşirelerin bir kısmının çalışmaya dahil olmak istememesi nedeniyle evrenin tamamına ulaşamaması çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

2.5.Veriler Toplama Araçları

Veriler hastalar için “Hasta Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu” (EK1-1), “Hasta Manevi Destek Gereksinim Ölçeği” (EK 1-2), “Beck Anksiyete İndeksi” (EK 1-3) olmak üzere üç, sağlık profesyonelleri için “Sosyodemografik Özellik Formu” (EK 2-1) ve “Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği” (EK 2-2) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Hasta Sosyodemografik Özellikler ve Bilgi Formu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yattığı klinik gibi bireysel özelliklerin yanı sıra manevi bakıma ilişkin bilgilerini de içeren toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

Hasta Manevi Destek Gereksinimi Ölçeği (HMDGÖ), araştırmacılar tarafından literatür taraması yapıldıktan sonra hastaların manevi destek gereksinimlerini belirlemeye yönelik 16 madde hazırlandı. Ölçeğin kapsam geçerliliği için uzman görüşlerine (Bir Biyoistatistik öğretim üyesi, bir Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Öğretim Üyesi, iki İslami İlimler Fakültesi Öğretim Üyesi, bir Vaize, bir Sosyoloji öğretim üyesi, bir Eğitim Psikolojisi Öğretim Üyesi, bir Ölçme ve Değerlendirme Öğretim Üyesi) başvuruldu. Uzman görüşü sonrası uygun bulunan maddeler ölçek kapsamına alındı ve değiştirilmesi yönünde görüş bildirilen maddeler üzerinde de gerekli değişiklikler yapılarak madde sayısı 18'e çıkartıldı. 289 katılımcıya uygulanan ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik analizleri yapıldı ve 6 soru ölçekten çıkarıldı. HMDGÖ toplam 12 sorudan oluşan 5'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçek 5'li likert tipte hazırlanmış olup, 1= "Hiç katılmıyorum", 2= "Katılmıyorum", 3= "Kararsızım", 4= "Katılıyorum", 5= "Tamamen Katılıyorum" şeklindedir. Madde puanlarının soru sayısına bölünmesi ile toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin toplamında alınabilecek en yüksek puan ise 60'dır. Alınan puanların artması Manevi Destek Gereksiniminin (MDG) yükseldiğini göstermektedir. Toplam puan ortalaması arttıkça manevi destek gereksinimi kavramlarının algılanma düzeyi de olumlu yönde artmaktadır. Hastanın MDG 0-19 (Düşük) < 20-40 (Orta) < 41-60 (Yüksek) olarak değerlendirilmektedir. HMDGÖ'nün güvenilirliği 0,87'dir.

Beck Anksiyete İndeksi Ölçeği (BAI), Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup bireylerin yaşamış olduğu anksiyete belirtilerinin sıklığının tespit edilmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

Sağlık profesyonelleri için kullanılan formlar; sosyodemografik özellikler formu yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı, çalıştığı birim gibi bireysel özelliklerin yanı sıra sağlık çalışanlarının manevi bakıma ilişkin bilgilerini de içeren toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDATÖ),

Erkan KAVAS ve Nurgül KAVAS tarafından 2014 yılında geliştirilmiş olup toplam 15 sorudan oluşan, beşli likert tipinde bir ölçektir. Maddelerin puanlaması, hiç katılmıyorum "0"dan tamamen katılıyorum "4"e doğru yapılmaktadır. Madde puanlarının soru sayısına bölünmesi ile toplam puan elde edilmektedir. Ölçeğin toplam sorularından alınabilecek en yüksek puan ise 60'dır. Alınan puanların yükselmesi Manevi Destek Algısı (MDA) ve tutumunun yükseldiğini belirtmektedir. Toplam puan ortalaması arttıkça manevi destek kavramlarının algılanma düzeyi de olumlu yönde artmaktadır. MDA 0-19 (Düşük) < 20-40 (Orta) < 41-60 (Yüksek) olarak ele alınmaktadır. MDATÖ'nin güvenirliği 0,944'dür. (Kavas, 2014).

2.6.Verilerin Toplanması ve Süresi

Anket formları yataklı kliniklerde yatan hastalara araştırmacı tarafından birebir uygulanmıştır. Sağlık profesyonellerine ise anket formlarındaki soruları uygun oldukları bir zamanda kendinleri tarafından yanıtlamaları için, anketler sağlık profesyonellerine bir zarf ile birlikte elden dağıtılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin gizliliğini sağlamak amacı ile anket formlarını isimsiz olarak doldurmaları ve yanıtladıkları anketleri kapalı zarfa koymaları istenmiştir. Anketler bir sonraki ziyarette araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

2.7.Etik Yönü

Afyon Kocatepe Üniversitenin Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan (01.04.2016: 2016/27) ve uygulama yapılacak olan hastanenin başhekimliğinden yazılı onay alınmıştır. Ayrıca, örnekleme alınan hasta ve sağlık profesyonellerine uygulama öncesi açıklama yapılarak yazılı onamları alınmıştır.

2.8.Verilerin Analizi

Çalışma verileri SPSS 23 for Windows paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada hastaların tanıtıcı özellikleri, sayı ve yüzde ile değerlendirilmiştir. HMDGÖ'nün puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılmasında, Post hoc testi uygulanmış ve sonrasında Hochberg testi ve Tukey testlerinden yararlanılmıştır. Ölçeğin oluşturulması aşamasında Uzman Görüşüne Dayalı Kapsam Geçerliği testi uygulanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği analizi için Açıklayıcı Faktör Analizinde Kaiser Meyer Olkin Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett's Testleri uygulanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde HMDGÖ'nün Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları tespit edilmiştir. Ölçeğin güvenirlik analizi için Ölçeğin Madde-Toplam Puan İstatistikleri incelenmiştir. Ölçeğin güvenirliği için 60 kişiye 2 gün aryla ölçek uygulanmış ve Ölçeğin test – tekrar test puanları, korelasyon ve t testi sonuçları analizi yapılmıştır. Güvenirlik analizi olarak iç tutarlılığı ölçmek üzere Cronbach's Alpha analizi kullanılmıştır.

Çalışmada sağlık profesyonellerinin tanıtıcı özellikleri, sayı ve yüzde ile değerlendirilmiştir. MDATÖ'nün gruplara göre karşılaştırılmasında, verilerin normal dağılımının değerlendirmesinde Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılmıştır. Bu bilgilerden yararlanarak, iki grup arasında MDATÖ'nden alınan toplam puan ortalamaları arasında gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için non-parametrik bir test olan Mann-Whitney U Test'inden yararlanılmıştır. Güvenirlik analizi olarak iç tutarlılığı test etmek üzere Cronbach's Alpha analizi kullanılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 3.1 'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (N = 289)

Özellikler		n	%
Yaş ($\bar{X} \pm SS: 43.18 \pm 16.79$)	18-25 yaş arası	45	15.6
	26-32 yaş arası	45	15.6
	33-40 yaş arası	63	21.8
	41-50 yaş arası	42	14.5
	51 ve >	94	32.5
Cinsiyet	Erkek	146	50.5
	Kadın	143	49.5
Medeni Durum	Evli	211	73.0
	Bekar	66	22.8
	Boşanmış	12	4.2
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	69	23.9
	İlköğretim Mezunu	98	33.9
	Lise Mezunu	82	28.4
	Üniversite Mezunu	40	13.8
Meslek Durumu	Ev Hanımı	106	36.7
	Memur	25	8.7
	Özel Sektör	35	12.1
	Öğrenci	15	5.2
	Serbest Meslek	83	28.7
	Emekli	25	8.7
Hastahane Yattığı Klinik	Cerrahi Klinik	148	51.2
	Dahili Klinik	141	48.8
Daha Önce Hastahane Yatma Durumu	Evet	160	55.4
	Hayır	129	44.6
Kronik Hastalık Durumu	Evet	111	38.4
	Hayır	178	61.6
Daha Önce Ameliyat Durumu	Evet	134	46.4
	Hayır	155	53.6
Toplam		289	100

Çalışmaya katılanların % 50.5'i erkek, %49.5'i kadındır. %73'ü evli, %22.8'si bekar, %4.2'si boşanmış olduğunu belirtmiştir. Hastaların %23.9'u okur-yazar değil, %33.9'u ilkokul mezunu, %28.4'ü lise mezunu, %13.8'i üniversite mezunudur. Çalışmaya katılanların %36.7'si ev hanımı, %28.7'si serbest meslek, % 12.1'si özel sektörde çalışan, %8.7'si memur, %8.7'si emekli, %5.2'si öğrencilerden oluşmaktadır. %51.2'si cerrahi kliniklerde, %48.8'i dahili kliniklerde yatmakta olup, %55.4'ü daha önceden de hastanede yattığını belirtmiştir. %61.6'sı kronik bir hastalığı olmadığını, %53.6'sı ise daha önce ameliyat olduğunu belirtmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.2. Hastaların Yaptıklarında Kendilerini Daha Rahat Hissettikleri Etkinliklere İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hastaların yaptıklarında kendilerini daha rahat hissettikleri etkinliklere ilişkin bulgular Tablo 3.2 'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Hastaların Yaptıklarında Kendilerini Daha Rahat Hissettikleri Etkinliklerin Dağılımı

Özellikler		n	%
Namaz Kılınca ve Kuran Okuyunca Rahat Hissediyorum	Evet	187	64.7
	Hayır	102	35.3
Dua Edince Rahat Hissediyorum	Evet	218	75.4
	Hayır	71	24.6
Televizyon İzleyip, Müzik Dinleyince Rahat Hissediyorum	Evet	99	34.3
	Hayır	190	65.7
Bilgisayarla Uğraştığımda Rahat Hissediyorum	Evet	55	19.0
	Hayır	234	81.0
Kitap, Gazete, Dergi vb. Okuyunca Rahat Hissediyorum	Evet	57	19.7
	Hayır	232	80.3

Tablo 3.2.Devam Hastaların Yaptıklarında Kendilerini Daha Rahat Hissettikleri Etkinliklerin Dağılımı

Gezme, Piknik vb. Etkinlikler Yapınca Rahat Hissediyorum	Evet	110	38.1
	Hayır	179	61.9
Sevdiği İnsanlarla Sohbet Edince Rahat Hissediyorum	Evet	198	68.5
	Hayır	91	31.5
Yoga Yapınca Rahat Hissediyorum	Evet	7	2.4
	Hayır	282	97.6
Toplam		289	100

Tablo 3.2 'de hastaların hangi faaliyetleri yaptıklarında kendilerini daha rahat hissettiklerine yönelik etkinliklerin dağılımı verilmiştir. Hastalara hangi faaliyeti yapınca kendinizi daha rahat hissediyorsunuz diye sorulmuş, %75.4'ü dua edince, %68.5'i sevdiği insanlarla sohbet edince, %64.7'si Namaz kılıp Kuran okuyunca cevabını vermiştir (Tablo 3.2).

Tablo 3.3. Hastaların Hemşirelerden Manevi Destek Bekleme Durumlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hastaların hemşirelerden manevi destek bekleme ve hemşirelerin manevi desteğe özen gösterme durumlarına ilişkin bulgular Tablo 3.3 'de verilmiştir.

Tablo 3.3. Hastaların Hemşirelerden Manevi Destek Bekleme ve Hemşirelerin Manevi Bakıma Özen Gösterme Durumu Dağılımı

Özellikler		n	%
Hemşirelerden Manevi Destek Bekleme Durumu	Evet	234	80.6
	Hayır	55	19.4
Hemşirelerin Manevi Desteğe Özen Gösterme Durumu	Evet	57	19.7
	Hayır	95	32.9
	Bazen	137	47.4
Toplam		289	100

%80.6'sı hemşirelerden manevi destek beklediğini belirtmiş, %19.7'si hemşirelerin manevi desteğe özen gösterdiklerini, %32.9'u manevi desteğe özen göstermediklerini, %47.4'ü ise bazen manevi desteğe özen gösterdiklerini belirtmiştir (Tablo 3.3). Hastaların manevi desteğe ihtiyaç duyduğu fakat hemşirelerin manevi destek uygulamada yetersiz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.4. Hastaların Hemşirelerden Beklediği Manevi Bakım Desteklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hastaların hemşirelerden bekledikleri manevi destek bakım desteğine ilişkin bulgular Tablo 3.4 'de verilmiştir.

Tablo 3.4. Hastaların Hemşirelerden Beklediği Manevi Bakım Desteklerinin Dağılımı

Özellikler		n	%
Konuşup, sıkıntılarını dinlemesi	Evet	186	64.4
	Hayır	48	15.6
Kuran Okuması ve Namaz Kılması İçin Ortam Hazırlaması	Evet	142	49.2
	Hayır	92	39.8
Hastaneye Din Görevlisi Çağırmasını İstemesi	Evet	85	29.4
	Hayır	149	51.6
Müzik ve Egzersiz Faaliyetleri Yapması	Evet	64	22.1
	Hayır	170	58.9
Dua Etmek İçin Uygun Ortam Hazırlaması	Evet	148	51.2
	Hayır	86	29.8
Toplam		234	81

Hemşirelerden manevi destek bekliyor musunuz sorusuna evet diyen 234 kişinin nasıl bir destek bekliyorsunuz sorusuna, %64.4'ü hemşirelerle konuşup sıkıntılarını dinlemerini istediklerini, %51.2'si dua etleri için uygun ortamı sağlamalarını, %49.2'si Kuran okumak ve Namaz kılmaları için uygun ortamı sağlamalarını istediklerini belirtmiştir (Tablo 3.4).

Tablo 3.5. Hastaların Manevi Desteğin Kimin Tarafından Verilmesini İstemesine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan hastaların verilecek olan manevi desteğin kim tarafından verilmesine ilişkin bulgular Tablo 3.5 'de verilmiştir.

Tablo 3.5. Hastaların Manevi Desteğin Kimin Tarafından Verilmesini İsteme Durumlarının Dağılımı

Özellikler		n	%
Aile ve Akrabaları Tarafından	Evet	205	70.9
	Hayır	84	29.1
Eşi Tarafından	Evet	145	50.2
	Hayır	144	49.8
Yakın Arkadaşları Tarafından	Evet	128	44.3
	Hayır	161	55.7
Din Görevlisi Tarafından	Evet	167	57.8
	Hayır	122	42.2
Hemşire, Doktor vb. Sağlık Çalışanları Tarafından	Evet	210	72.7
	Hayır	79	27.3
Psikiyatrist Tarafından	Evet	98	33.9
	Hayır	191	66.1
Toplam		289	100

Çalışmaya katılan hastaların %72.7'si hemşire ve doktor, %70.9'u aile ve akrabaları tarafından, %57.8'i din görevlisi tarafından kendilerine manevi destek verilmesini istediklerini belirtmiştir (Tablo 3.5).

3.2. Geçerlik Analizleri

3.2.1. Uzman Görüşüne Dayalı Kapsam Geçerliği

Tablo 3.6. HMDGÖ Maddelerinin Kapsam Geçerliliği İndekslerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında geliştirilen HMDGÖ maddelerinin kapsam geçerlilik indekslerine ilişkin bulgular Tablo 3.6 'da verilmiştir.

Tablo 3.6. Ölçek Maddelerinin Kapsam Geçerlik İndeksleri.

Alt Boyut	Madde No	A. Uygun	B. Biraz gözden geçirilmeli	C. Ciddi olarak gözden geçirilmeli	D. Uygun değil	Kapsam Geçerlik İndeksleri
Manevi İhtiyaçlar	1	8	-	-	-	1.00
	2	8	-	-	-	1.00
	4	8	-	-	-	1.00
	7	7	1	-	-	1.00
Manevi Hak	9	7	1	-	-	1.00
	12	7	1	-	-	1.00
Manevi Destek Yararları	3	7	1	-	-	1.00
	5	8	-	-	-	1.00
	6	6	1	1	-	0.80
	8	7	1	-	-	1.00
	10	8	-	-	-	1.00
	11	7	1	-	-	1.00

Uzman görüşlerine dayalı yapılan incelemede ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0.98 bulunmuştur. Ölçeklerde C ve D derecesini alan maddeler en uygun ifadeler ile düzeltilmiştir (Tablo 3.6).

3.2.2. Yapı Geçerliliği

Tablo 3.7. HMDGÖ Maddelerinin KMO ve Barlett's Testine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında geliştirilen HMDGÖ maddelerinin KMO ve Barlett's Testine İlişkin Bulgular Tablo 3.7 'de verilmiştir.

Tablo 3.7. KMO ve Barlett's Testi Değerleri

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği		0.811
	Ki- kare Değeri	1499.302
Bartlett's Test of Sphericity	Serbestlik Derecesi	66
	P	0.000

KMO değeri 0,811 olup örneklem büyüklüğünün analiz için çok iyi olduğu bulunmuştur. Barlett's test sonucu 1499.302 ($p < 0.01$) hesaplanmış verilerin normal dağıldığını değerlerin anlamlı olduğunu göstermektedir (Tablo 3.7).

Tablo 3.8. HMDGÖ Faktörlerinin Açıklanan Toplam Varyans Miktarı ve Öz Değerlerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında geliştirilen HMDGÖ'nün faktörlere göre açıklanan toplam varyans miktarı ve öz değerlerine ilişkin bulgular Tablo 3.8 'de verilmiştir.

Tablo 3.8. Açıklanan Toplam Varyans Miktarı ve Öz Değerler

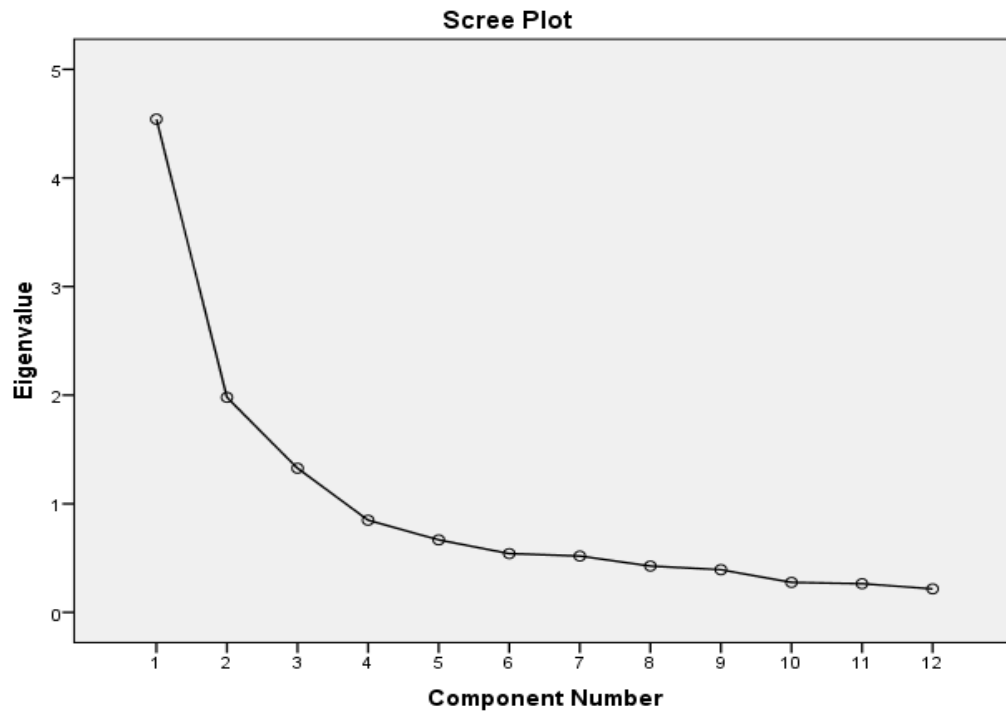
Faktör	Öz değer	Varyans %	Kümülatif %
1	4.541	37.843	37.843
2	1.980	16.497	54.340
3	1.327	11.058	65.398

Yapılan ilk analiz de faktör sayısına herhangi bir sınırlama getirilmemiş ve eigen değeri 1'den büyük üç boyut belirlenmiştir. Tablo 3.8 'de eigen değerlerinin yüksek olması ve toplam varyans yeterli bulunması, ayrıca Şekil 3.1'deki eğimin

kaymaya başladığı noktanın işaret ettiği sayı bize faktör sayısını göstermektedir. Bu sonuçlara bakılarak, ölçeğin üç faktörden oluşmasına karar verilmiştir.

Oluşan üç faktörün toplam varyans miktarı 65.398'dir. Birinci faktörün açıkladığı varyans %37.843; ikinci faktörün %16.497; üçüncü faktör için %11.058 bulunmuştur (Tablo 3.8).

Şekil 3.1. Faktör Analizi Çizgi Grafiği (Scree Plot)



Tablo 3.9. HMDGÖ Maddelerinin Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında geliştirilen HMDGÖ maddelerinin açıklayıcı faktör analizine ilişkin bulgular Tablo 3.9 'da verilmiştir.

Tablo 3.9. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Alt Boyut	Madde no	Faktör Yükleri		
		1	2	3
Manevi İhtiyaçlar	1	0.763		
	2	0.875		
	4	0.787		
Manevi Hak	7		0.918	
	9		0.892	
	12		0.498	
Manevi Destek Yararları	3			0.759
	5			0.669
	6			0.722
	8			0.600
	10			0.742
	11			0.858
Varyans (Total %65)		11.0	16.4	37.8

AFA sonrası boyutlar arasında ilişki beklendiği için döndürme işlemi için Direct Oblimin tekniği kullanılarak maddelerin faktör yükleri bulunmuş ve üç alt boyutta toplanmıştır. AFA'da faktör yükü 0.4 'ün altında olan maddeler çıkarılmıştır. Ayrıca birden fazla faktörde yüksek değer alan ($>0,4$) maddelerde, yük farkının miktarına bakılmış, bu farkın %10'dan daha düşük olan maddeler elenmiştir. Toplam da iki madde ölçekten çıkarılmıştır. Toplam varyans açıklayıcılığı %65.3 olarak tespit edilmiştir. Toplam varyansın %11'ini açıklayan birinci alt boyutun maddelerinin faktör yükleri 0.76 ile 0.87 arasında bulunmuştur. İkinci alt boyut ise toplam varyansın %16,4'ini açıklamış olup, faktör yükleri 0.49 ile 0.91 arasındadır. Son olarak ise toplam varyansın %37.8 'sini açıklayan üçüncü alt boyutun maddelerinin faktör yükleri 0.60 ile 0.85 arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.9).

Tablo 3.10. HMDGÖ'nün Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında geliştirilen HMDGÖ'nün doğrulayıcı faktör analizine ilişkin bulgular Tablo 3.10 'da verilmiştir.

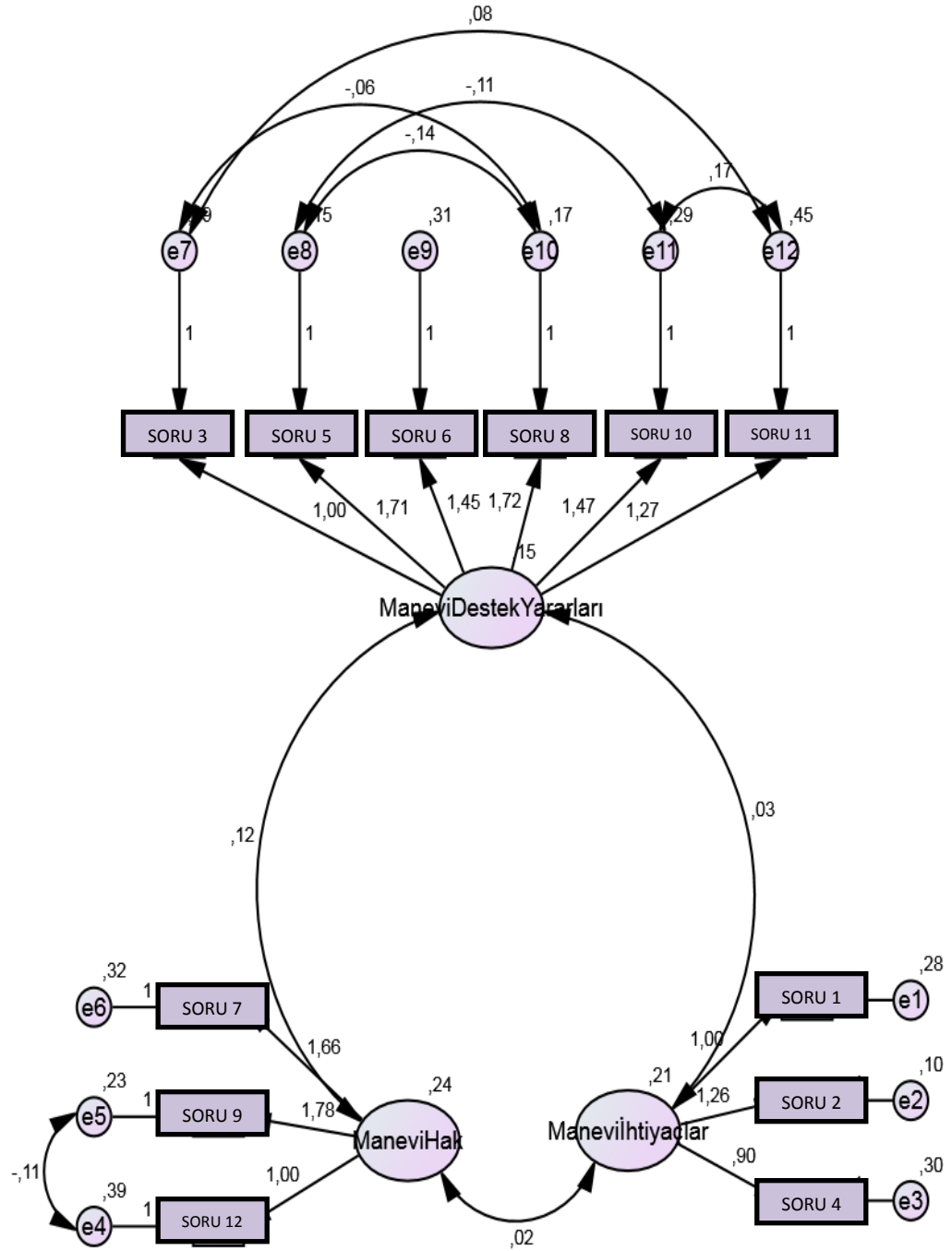
Tablo 3.10. Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

	Ki-Kare uyum testi / Serbestlik Derecesi (χ^2/df)	Uyum İyiliği Testi (GFI)	Karşılaştırmalı Uyum Testi (CFI)	Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü (RMSEA)
Sonuçlar	2.843	0.935	0.943	0.080

Tablo 3.10 'da HMDGÖ'nün DFA uyum değerleri görülmektedir. DFA sürecinde ölçeğin üç boyuttan oluşan bir yapı sergilediği doğrulanmıştır. Buna göre HMDGÖ' nün $\chi^2/df= 2.843$, GFI= 0.935, CFI=0.943, RMSEA= 0.080 olarak tespit edilmiştir (Tablo 3.10).

HMDGÖ standardize edilmiş regresyon katsayıları, değişkenlerin birbirleri arasında yapmış oldukları etkiyi gösteren korelasyon katsayısı Şekil 3.2.'de verilmiştir. Şekilde 'e'ler itemları (madde) ifade etmektedir. DFA'da faktör yükü 0.5' in üstünde bulunmuş ve ölçeğin 12 maddeli üç boyuttan oluşan bir yapı sergilediği doğrulanmıştır.

Şekil 3.2. HMDGÖ Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları (Path Katsayıları)



3.3. Güvenirlik Analizleri

Tablo 3.11. HMDGÖ'nün Madde-Toplam Puan İstatistiklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında geliştirilen HMDGÖ'nün madde-toplam puan istatistiklerine ilişkin bulgular Tablo 3.11 'de verilmiştir.

Tablo 3.11. Ölçeğin Madde – Toplam Puan İstatistikleri

Alt Boyut	No	Madde				
		Ortalama Değer	Ölçek Varyansı	Toplam Korelasyon	Çoklu Korelasyon	Cronbach's alpha
Manevi İhtiyaçlar	1	44.7612	30.752	.282	.389	.841
	2	44.7509	31.049	.263	.495	.841
	4	44.8685	30.990	.255	.341	.842
Manevi Hak	7	45.6263	26.749	.560	.617	.821
	9	45.6713	27.131	.515	.579	.826
	12	45.2976	28.703	.482	.322	.827
Manevi Destek Yararları	3	44.9170	29.333	.448	.337	.830
	5	45.2561	27.413	.667	.542	.813
	6	45.1661	27.556	.626	.541	.816
	8	45.3495	27.346	.657	.580	.814
	10	45.2734	27.540	.634	.627	.816
	11	45.2595	27.616	.585	.570	.819

HMDGÖ'nün madde varyansı ile toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi gösteren madde-toplam puan güvenirliliği katsayıları Tablo 3.11 'de verilmiştir. Ölçeğin Madde-Topman İstatistikleri sonucuna göre Madde Toplam Korelasyon değerleri 0.2 'nin altında olan dört madde ölçekten çıkarılmıştır. Manevi ihtiyaçlar madde-toplam puan güvenirlilik katsayıları 0.255 ile 0.282 arasında, manevi hak boyutun 0.322 ile 0.617 arasında, manevi destek yararları boyutun ise 0.337 ile 0.627 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Tablo 3.11.).

Tablo 3.12. HMDGÖ'nün Test-Tekrar Test Puanları, Korelasyon ve T Testi Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında geliştirilen HMDGÖ'nün test-tekrar test puanları, korelasyon ve t testi sonuçlarına ilişkin bulgular Tablo 3.12 'de verilmiştir.

Tablo 3.12. Ölçeğin test – tekrar test puanları, korelasyon ve t testi sonuçları (n=60)

Alt Boyut	Test	Tekrar Test	R	T	p
	X ± SS	X ± SS			
Manevi İhtiyaçlar	4.5 ± 0.5	4.6 ± 0.7	0.93**	-0.226	0.823
Manevi Hak	3.1 ± 1.0	3.3 ± 1.0	0.91**	-1.882	0.070
Manevi Destek Yararları	4.3 ± 0.5	4.4 ± 0.6	0.88**	-1.160	0.256
Toplam	4.1 ± 0.5	4.2 ± 0.6	0.93**	-1.680	0.104

**Korelasyon, 0.01 seviyesinde önemlidir.

HMDGÖ'nün test – tekrar test puan ortalamaları, korelasyon katsayıları ve t testi sonuçları Tablo 3.12 'de verilmiştir. Ölçeğin ve alt boyutlarının test - tekrar test ölçümlerine ilişkin korelasyon katsayıları; manevi ihtiyaçlar boyutun 0.82; manevi destek yararları boyutun 0.25; manevi hak boyutun 0.07; ölçeğin ise 0.10 olarak tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analizde ölçeğin test – tekrar test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3.13. HMDGÖ'nün Cronbach's Alpha Katsayılarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında geliştirilen HMDGÖ'nün Cronbach's Alpha Katsayılarına ilişkin bulgular Tablo 3.13 'de verilmiştir.

Tablo 3.13. Ölçeğin Cronbach's Alpha Katsayıları

Alt Boyut	Katsayı
Manevi İhtiyaçlar	0.75
Manevi Hak	0.77
Manevi Destek Yararları	0.86
Toplam	0.83

HMDGÖ'nün Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı 0.83; manevi ihtiyaçlar alt boyutunun 0.75; manevi hak alt boyutun 0.77 ve manevi destek yararları alt boyutun 0.86 olarak belirlenmiştir (Tablo 3.13).

Tablo 3.14. HMDGÖ'nün Puan Ortalamaları İle Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında geliştirilen HMDGÖ'nün Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine göre dağılımları Tablo 3.14.1 ve 3.14.2'de verilmiştir.

Tablo 3.14.1. HMDGÖ Puan Ortalamaları ile Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Gruplar		Sayı	Ortalama $\pm$ SS	P**
Cinsiyet	Erkek	146	4.0 $\pm$ 0.4	0.011*
	Kadın	143	4.1 $\pm$ 0.4	
Kronik Hastalık Varlığı	Evet	111	4.2 $\pm$ 0.4	0.000*
	Hayır	178	4.0 $\pm$ 0.4	
Daha Önce Ameliyat Olma	Evet	134	4.2 $\pm$ 0.5	0.000*
	Hayır	155	3.9 $\pm$ 0.4	
Hemşirelerden Manevi Destek Bekleme	Evet	233	4.1 $\pm$ 0.4	0.000*
	Hayır	56	3.7 $\pm$ 0.5	
Yattığı Klinik	Cerrahi	148	4.1 $\pm$ 0.5	0.208*
	Dahili	141	4.0 $\pm$ 0.4	

*p<0.05, ** Independent Samples test kullanılmıştır.

Katılımcıların HMDGÖ puan ortalamaları ile cinsiyet, kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat olma durumu, hemşirelerden manevi destek bekleme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0.05). Katılımcıların hastanede yattığı klinik ile HMDGÖ ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p=0.208) (Tablo 3.14.1).

Tablo 3.14.2. HMDGÖ Puan Ortalamaları ile Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Gruplar		N	Ortalama $\pm$ SS	p**
Yaş	18-25 yaş arası	44	3.9 $\pm$ 0.5	0.000*
	26-32 yaş arası	44	3.9 $\pm$ 0.4	
	33-40 yaş arası	63	3.9 $\pm$ 0.4	
	41-50 yaş arası	42	4.0 $\pm$ 0.3	
	51 ve üzeri	94	4.3 $\pm$ 0.4	
Medeni durumu	Evli	211	4.1 $\pm$ 0.3	0.000*
	Bekar	66	3.8 $\pm$ 0.5	
	Boşanmış	12	4.1 $\pm$ 0.1	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değilim	69	4.4 $\pm$ 0.4	0.000*
	İlkokul Mezunu	98	4.0 $\pm$ 0.4	
	Lise Mezunu	82	4.0 $\pm$ 0.4	
	Üniversite Mezunu	40	3.9 $\pm$ 0.7	
Mesleği	Ev Hanımı	106	4.2 $\pm$ 0.0	0.000*
	Memur	25	4.0 $\pm$ 0.1	
	Özel Sektör	35	3.8 $\pm$ 0.0	
	Öğrenci	15	3.9 $\pm$ 0.1	
	Serbest Meslek	83	4.0 $\pm$ 0.0	
	Emekli	25	4.2 $\pm$ 0.1	

*p<0.005, **One-WayAnova testi kullanılmıştır

Katılımcıların HMDGÖ puan ortalamaları ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Katılımcıların yaşları arttıkça manevi destek gereksinimlerinin de arttığı belirlenmiştir (p=0.000).

Hastaların medeni durumları ile HMDGÖ puan ortalamalarının karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Evli olan hastaların manevi destek gereksinimleri bekârlara oranla daha yüksektir (p=0.000). Katılımcıların HMDGÖ puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında karşılaştırma yapıldığında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Eğitim seviyesi arttıkça manevi destek gereksinimi azalmaktadır (p=0.000).

Katılımcıların HMDGÖ puan ortalamaları ile meslekleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan ve öğrencilerin emekli ve ev hanımlarına göre manevi destek gereksinimi daha az bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 3.14.2).

Tablo 3.15. BAI Ölçeği Güvenirliliği, BAI Ölçeği Puan Ortalamaları ile HMDGÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında BAI Ölçeği Cronbach's Alpha Katsayısı, BAI Ölçeği puan ortalamaları ile HMDGÖ puan ortalamalarının korelasyonu Tablo 3.15.1 ve Tablo 3.15.2'de verilmiştir.

Tablo 3.15.1. BAI Ölçeği Alpha Katsayısı

	Katsayı
BAI	0.93

BAI Cronbach's Alpha Katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (Tablo 3.15.1).

Tablo 3.15.2. BAI Puan Ortalaması ile HMDGÖ Puan Ortalamaları Korelasyonu

		BAİ
	r	0.241 **
HMDGÖ	p	0.000 *
	N	289

* $p<0.05$, ** Pearson Correlation Kullanılmıştır.

Tablo 3.15.2'de katılımcılara uygulanan BAI Ölçeği puan ortalamaları ile HMDGÖ puan ortalamalarının korelasyonu verilmiştir. Katılımcıların anksiyete düzeyleri arttıkça manevi destek gereksinimlerinde doğru orantılı şekilde artmaktadır ($p<0.05$). (Tablo 3.15.2)

Tablo 3.16. BAI Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastaların Hemşirelerden Manevi Destek Bekleme Durumlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında BAI ölçeği puan ortalamaları ile hastaların hemşirelerden manevi destek bekleme durumlarına ilişkin veriler Tablo 3.16 'da verilmiştir.

Tablo 3.16. BAI ölçeği Puan Ortalaması ile Hemşirelerden Manevi Bakım Bekleme Durumu

Gruplar		Sayı	Ortalama $\pm$ SS	P**
Hemşirelerden Manevi Bakım Bekleme Durumu	Evet	233	0.9 $\pm$ 0.5	0.002*
	Hayır	56	0.7 $\pm$ 0.5	

* p<0.05, ** Independent Samples test kullanılmıştır.

Tablo 3.16 'da BAI Ölçeği puan ortalamaları ile hemşirelerden manevi destek gereksinimi bekleme durumu dağılımı verilmiştir. Katılımcıların hemşirelerden manevi destek bekleme durumu ile anksiyete düzeylerinin anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.16).

Tablo 3.17. Sağlık Profesyonellerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu çalışma, doktor ve hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Tablo 3.17'de hemşire ve doktorların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin verilerin sayı ve yüzdelik dağılımları ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 3.17. Sağlık Profesyonellerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n = 270)

Özellikler	Grup	n	%
Meslek	Doktor	49	18.1
	Hemşire	181	67.1
	Sağlık Memuru	16	5.9
	Ebe	7	2.6
	ATT	17	6.3
Cinsiyet	Kadın	199	73.7
	Erkek	71	26.3
Medeni durum	Evli	145	53.7
	Bekar	120	46.3
	Boşanmış	5	1.9
Yaş ($X \pm SS: 28.51 \pm 5.70$)	18-25	84	31.1
	26-30	105	39.0
	31 ve >	81	29.9
Eğitim düzeyi	Lise	80	29.6
	Ön Lisans-Lisans	136	50.4
	Lisans üstü	54	20.0
Çalışılan klinik	Cerrahi	105	38.9
	Dahili	99	36.7
	Diğer (Ameliyathane, Kan alma, Diyaliz vb.	66	24.4
Meslekte çalışma süresi	5 yıl ve <	146	54.1
	6 yıl ve >	124	45.9
Toplam		270	100

Çalışmaya katılan katılımcıların %67.1'i hemşire %18.1'i doktor, %6.3'ü ATT, % 5.9'u sağlık memuru ve %2.6'sı ebelerden oluşmaktadır. %73.7'si kadın, %26.3'ü erkek ve %53.7'si evlidir. Sağlık profesyonellerinin yaş ortalaması 28.51 ± 5.70 , %39'u 26-30 yaş arasında, %70.4'ü lisans ve yüksek lisans mezunu olup ve %38.9'u cerrahi kliniklerde çalışmaktadır. Meslekte çalışma süreleri incelendiğinde ise %54.1'i 5 yıldan daha kısa süredir çalıştıkları belirlenmiştir (Tablo 3.17).

Tablo 3.18. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakıma İlişkin Bilgi, Bilgi Alma ve Uygulama Durumlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan sağlık profesyonellerinin manevi bakıma ilişkin bilgi, bilgi alma ve manevi bakım uygulamalarına göre dağılımları Tablo 3.18 'de verilmiştir.

Tablo 3.18. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakıma İlişkin Bilgi, Bilgi Alma ve Uygulama Durumlarına Göre Dağılımları

Özellikler		n	%
Maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgi sahibi olma	Evet	145	53.7
	Hayır	125	46.3
Maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim alma	Evet	54	20.0
	Hayır	216	80.0
Manevi bakımla ilgili bilgi alma yolları	Mesleki eğitim süreci	34	12.6
	Hizmet içi eğitim	13	4.8
	Bilimsel etkinlik/ yayınlardan	5	1.8
	Basın organlarından	2	0.7
Alınan eğitim/bilginin yeterliliği	Evet	13	24.1
	Hayır	41	75.9
Hastaların manevi gereksinimlerini önemseme	Evet	261	96.7
	Hayır	9	3.3
Hastalara manevi bakım uygulamaya	Evet	191	70.7
	Hayır	79	29.3
Manevi bakımın hastaların iyileşmesinde etkilidir	Evet	256	94.8
	Hayır	14	5.2
Toplam		270	100

Çalışmaya katılanların %53.7'si manevi bakım hakkında bilgisi olduğunu, %20'si manevi bakım konusunda eğitim aldığını, %12.6'sı bu eğitimi mesleki eğitim sürecinde aldığını ve %75.9'u bu eğitimin yeterli olmadığını belirtmiştir. Sağlık profesyonellerinin %96.7'si hastaların manevi gereksinimlerini önemsemediğini,

%70.7'si hastalarına manevi bakım uyguladığını ve %94.8'i manevi bakımın hastaların iyileşmesinde etkili olduğunu belirtmiştir (Tablo 3.18).

Tablo 3.19. Doktor ve Hemşirelerin Hastaların Manevi Bakım Gereksinimlerini Önemseme ve Manevi Bakım Uygulama Durumlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan doktor ve hemşirelerin hastaların manevi bakım gereksinimlerini önemseme ve manevi bakım uygulama durumlarına göre dağılımları Tablo 3.19 'da verilmiştir.

Tablo 3.19. Doktor ve Hemşirelerin Hastaların Manevi Bakım Gereksinimlerini Önemseme ve Manevi Bakım Uygulama Durumlarına Göre Dağılımları

Özellikler		Hemşire		Doktor	
		n	%	n	%
Hastaların manevi gereksinimlerini önemseme	Evet	215	97.3	46	93.9
	Hayır	6	2.7	3	6.1
Hastalara manevi bakım uygulama	Evet	165	74.7	27	55.1
	Hayır	56	25.3	22	44.9
Manevi bakımın hastaların iyileşmesinde etkilidir	Evet	213	96.4	43	87.8
	Hayır	8	3.6	6	12.2

Her iki grubunda hastaların manevi bakım gereksinimlerini önemsedığı, hemşirelerin %74.7'sinin doktorların ise %53.1'inin hastalara manevi bakım uyguladığı ve hemşirelerin %96.4'ü doktorların %87.8'si manevi bakımın hastaların iyileşmesinde etkili olduğunu düşündükleri belirlenmiştir (Tablo 3.19).

Tablo 3.20. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakım Algılarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan sağlık profesyonellerinin manevi bakım algılarına göre dağılımları Tablo 3.20 'de verilmiştir.

Tablo 3.20. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakım Algılarının Dağılımı

	n	%
Hastanın elini tutmak ve hastayı dinlemek	177	65.6
Hastanın mahremiyetine saygı duymak	194	71.9
Hastanın yoga vb. etkinlikleri yapmasına olanak sağlamak	55	20.4
Hastanın bir din görevlisi ile görüşmesini sağlamak	133	49.3
Hastanın yakınları ile görüşmesini sağlamak	163	60.4
Hastaya müzik dinletip, film izleterek dikkatinin başka yöne çekilmesini sağlamak	99	36,7
Hastanın namaz kılmasını ve kuran okumasını sağlamak	145	53.7
Hastanın dua etmesine uygun ortam hazırlamak	157	58.1

Sağlık profesyonellerinin manevi bakımın ne olduğu sorusuna; %71.9'u "Hastanın mahremiyetine saygı duymak", %65.6'sı "Hastanın elini tutmak ve hastayı dinlemek", %60.4'ü "Hastanın yakınları ile görüşmesini sağlamak", %58.1'i "Hastanın Dua etmesine uygun ortam hazırlamak", %53.7'si "Hastanın Namaz kılmasını ve Kuran okumasını sağlamak" ve %49.3'ü "Hastanın bir din görevlisi ile görüşmesini sağlamak" cevabını vermişlerdir (Tablo 3.20).

Tablo 3.21. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan sağlık profesyonellerinin manevi bakım uygulamalarına göre dağılımları Tablo 3.21 'de verilmiştir.

Tablo 3.21. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakım Uygulamalarının Dağılımı

	n	%
Hastaları dinliyorum ve kendilerini ifade etmelerini sağlıyorum	168	87.5
Hastaları kuran okumaya ve namaz kılmaya teşvik ediyorum	27	10.0
Hastalar isterlerse hastaneye bir din görevlisi çağırıyorum	9	3.3
Hastaların mahremiyetinin gizli tutulmasına özen gösteriyorum	125	46.3
Hastaların müzik, dizi, film vb. programları izleyerek dikkatlerinin başka yöne çekilmesini sağlıyorum	40	14.8
Hastaların ibadetlerini yapabilecekleri uygun ortamları hazırlıyorum	39	14.4
Hastaların yakınları ile görüşmelerini sağlıyorum	113	41.9

Hastalarına manevi bakım uygulayan sağlık profesyonellerinin manevi bakım uygulamaları incelendiğinde; %87.5'i hastalarını dinlediğini ve kendilerini ifade etmelerini sağladıklarını, %46.3'ü hastaların mahremiyetinin gizli tutulmasına özen gösterdiğini ve %41.9'u hastaların yakınları ile görüşmelerini sağladığını belirtmiştir (Tablo 3.21).

Tablo 3.22. Sağlık Profesyonellerinin Uygulanan Manevi Bakımın Hastaların İyileşmesi İçin Düşünülen Faydalarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan sağlık profesyonellerinin uygulanan manevi bakımın hastaların iyileşmelerinde nasıl bir olumlu etkisi olacağına ilişkin bulgular Tablo 3.22 'de verilmiştir.

Tablo 3.22. Uygulanan Manevi Bakımın Hastaların İyileşmeleri İçin Düşünülen Faydaları

	n	%
Hastaların streslerinin azalacağını düşünüyorum	183	67.8
Hastaların tedaviye uyum sürecini hızlandıracağını düşünüyorum	149	55.2
Hastanın hastanede kalış süresini azaltacağını düşünüyorum	73	27.0
Hastalara güven duygusu kazandıracağını düşünüyorum	102	37.8

Sağlık profesyonellerinin manevi bakım uygulamalarının hastaların iyileşme süreçlerine olumlu etkileri nelerdir sorusuna, %67.8'i "Hastaların streslerinin azalacağını düşünüyorum", %55.2'si Hastaların tedaviye uyum sürecini hızlandıracağını düşünüyorum cevabını vermiştir (Tablo 3.22).

Tablo 3.23. Doktor ve Hemşirelerin MDATÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan doktor ve hemşirelerin MDATÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 3.23 'de verilmiştir.

Tablo 3.23. Doktor ve Hemşirelerin MDATÖ Puan Ortalamaları

Sağlık profesyonelleri	Min.	Max.	X±SD	P
Doktor	28	60	45.87±9.04	
Hemşire	25	60	48.87±7.55	p=0.014*
Toplam	25	60	48.15±7.10	

* p<0.05, ** Mann Withney U test kullanılmıştır.

Sağlık profesyonellerinin MDATÖ puan ortalaması 48.15±8.10 iken hemşirelerin puan ortalaması 48.87±7.55, doktorların 45.87±9.04 olarak belirlenmiştir. Doktor ve hemşire grupları arasında MDATÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde bir farklılık gözlemlenmiştir (p<0.05) (Tablo 3.23). Bu çalışmada MDATÖ'nün iç tutarlılık katsayısı incelendiğinde Cronbach α değeri 0.93 olarak bulundu.

Tablo 3.24. Sağlık Profesyonellerinin MDATÖ Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik ve Manevi Bakımla İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan Sağlık Profesyonellerinin MDATÖ puan ortalamaları ile Sosyo-Demografik Özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 3.24.1 ve Tablo 3.24.2'de verilmiştir.

Tablo 3.24.1. Sağlık Profesyonellerinin MDATÖ Puan Ortalamaları ile Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Gruplar		Sayı	Ortalama ± SS	p**
Yaş	18-25	84	3.1 ± 0.4	0.049*
	26-30	105	3.1 ± 0.5	
	31 ve >	81	3.3 ± 0.5	
Cinsiyet	Erkek	71	3.2 ± 0.5	0.521***
	Kadın	199	3.1 ± 0.5	
Medeni Durumu	Evli	145	3.2 ± 0.5	0.107
	Bekar	120	3.1 ± 0.5	
	Boşanmış	5	3.1 ± 0.4	
Çalıştığı Klinik	Dahili	99	3.2 ± 0.5	0.003*
	Cerrahi	105	3.1 ± 0.4	
	Kan Alma, Ameliyathane, Diyaliz	66	3.3 ± 0.5	
Meslekte Çalışma Yılı	1-5 yıl	146	3.1 ± 0.5	0.103***
	6 yıl ve >	124	3.2 ± 0.5	
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	80	3.1 ± 0.5	0.717
	Ön Lisans - Lisans	136	3.2 ± 0.5	
	Lisans Üstü	54	3.2 ± 0.6	
Mezun Olunan Bölüm	Tıp	49	3.0 ± 0.6	0.025*
	Hemşirelik	181	3.2 ± 0.5	
	Sağlık Memurluğu	16	3.2 ± 0.5	
	Ebelik	7	3.4 ± 0.5	
	ATT	17	2.9 ± 0.6	

*p<0.05, ** One-Way Anova testi, *** Independent Samples test kullanılmıştır.

Tablo 3.24.1’de sağlık profesyonellerinin tanımlayıcı özellikleri ile MDATÖ puan ortalamaları verilmiştir. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, meslekte çalışma

yılı ve eğitim durumu ile MDATÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Katılımcıların yaşı ve MDATÖ puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapıldığında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Katılımcıların yaşı arttıkça MDATÖ puan ortalamaları anlamlı bir şekilde artmaktadır. Katılımcıların çalıştığı klinikle MDATÖ puan ortalamaları arasında karşılaştırma yapıldığında anlamlı bir fark bulunmuş olup; kan alma, ameliyathane, diyalizde çalışanların dahili ve cerrahi kliniklerde çalışanlara göre puan ortalamaları daha anlamlı olduğu bulunmuştur. Katılımcıların mezun olduğu bölüm ile MDATÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuş olup; ebe, hemşire ve sağlık memurlarının tıp fakültesi ve ATT bölümünden mezun olanlara göre puan ortalamaları daha anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 3.24.1).

Tablo 3.24.2. Sağlık Profesyonellerinin MDATÖ Puan Ortalamaları ile Manevi Bakımla İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması

Gruplar		Sayı	Ortalama $\pm$ SS	p**
Manevi Bakım Hakkında Eğitim Alma Durumu	Evet	54	3.3 $\pm$ 0.4	0.038*
	Hayır	216	3.1 $\pm$ 0.5	
Manevi Bakım Hakkında Bilimsel Yayın Okuma Durumu	Evet	45	3.1 $\pm$ 0.4	0.572
	Hayır	225	3.2 $\pm$ 0.5	
Manevi Bakım Uygulama Durumu	Evet	191	3.2 $\pm$ 0.4	0.002*
	Hayır	79	3.0 $\pm$ 0.6	
Pre-operatif Dönemde Manevi Bakım Gereklilik Durumu	Evet	235	3.2 $\pm$ 0.5	0.009*
	Hayır	35	2.9 $\pm$ 0.5	
Manevi Bakım Önemseme Durumu	Evet	261	3.2 $\pm$ 0.4	0.000*
	Hayır	9	2.0 $\pm$ 0.3	
Manevi Bakımın İyileşmeye Katkı Durumu	Evet	256	3.2 $\pm$ 0.5	0.000*
	Hayır	14	2.4 $\pm$ 0.5	

*p<0.05, ** Independent Samples test kullanılmıştır.

Tablo 3.24.2’de sağlık profesyonellerinin tanımlayıcı ve manevi bakım algı durumlarının MDATÖ puan ortalamaları verilmiştir. Sağlık profesyonellerinin

manevi bakım hakkında bilimsel yayın okuma durumları ile MDATÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Katılımcılardan manevi bakım hakkında bilgisi olanların MDATÖ puan ortalaması yüksek çıkmakta ve bilgisi olmayanlar ile anlamlı fark bulunmaktadır. MDATÖ puan ortalaması arttıkça sağlık profesyonellerinin manevi bakım uygulaması anlamlı olarak artmaktadır ($p<0.05$). Pre-operatif dönemde manevi bakımın gerekli olduğu düşüncesine katılan katılımcıların MDATÖ puan ortalaması yüksek çıkmıştır. Manevi bakımı önemseyen ve hastanın iyileşmesine katkı sağlayacağını ifade edenlerin MDATÖ puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 3.24.2).



4. TARTIŞMA

4.1. Hastaların Manevi Bakım Algılarına İlişkin Bulgularının İncelenmesi

Katılımcılara ne yaptığınızda kendinizi daha rahat hissediyorsunuz sorusu sorulmuş, %75.4'ü dua edince, %68.5'i sevdiği insanlarla sohbet edince, %64.7'si namaz kılıp Kuran okuyunca, %38.1'i gezme, piknik vb. etkinlikleri yapınca, %34.3'ü televizyon izleyip, müzik dinleyince, %19.7'si kitap, gazete, dergi vb. okuyunca, %19.0'ı bilgisayarla uğraştığında, %2.4'ü ise yoga yapınca cevabını vermişlerdir.

Maneviyatın sağlıkla olan ilişkisine bakıldığında, hastalıkların önlenmesinde, sağlığın ilerletilmesinde, hastalıkların iyileşmesinde veya kişilerin hastalıklarla ve zorluklarla baş etmeleri gibi durumlarda fayda sağladığı belirlenmiştir. Manevi bakım hastalık sırasında hastalıkla baş etmenin önemli bir parçası olabilir ve kişilerin tepkilerini olumlu olarak etkileyebilir (Yıldırım, 2005; Wilson and Miles, 2001).

Sülü'nün (2006) yapmış olduğu çalışmada, çocukları yoğun bakımda yatan annelerin zor durumlarıyla başa çıkabilmek için en çok dua ettiklerini, Kuran okuduklarını ve namaz kıldıklarını belirttikleri bildirilmiştir. Wilson ve Miles'in (2001) yapmış olduğu başka bir çalışmada ise Afrika kökenli Amerikalı kanser hastalarının inançlarını bir iyileşme ve başetme kaynağı olarak algıladıkları, bu sebeple dini uygulamaları fiziksel sağlıklarını ve duygusal kararlılıklarını geri elde edecekleri bir yol olarak gördükleri belirtilmiştir.

Grant (2004) tarafından yapılan çalışmada, maneviyatın kişilere huzur ve başa çıkma gücü kazandırdığı, fiziksel rahatlatma (ör: ağrının azaltılması vb.) ve kendini

tanımasını sağladığı, yakın çevreleriyle bağlantı kurmalarına ve başkalarıyla işbirliği yapmalarına yardımcı olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada, kanser hastası olan bireylerin; %82.8'nin dua edip, namaz kıldığı, %9.8'inin adak adadığı ve %2.2'sinin nazarlık kullandığı bildirilmiştir (Yazgan, 2014).

Günümüzde birçok araştırmacı tarafından yapılan çalışmalarda, çağdaş bir teorik bakış açısı ile hastaların manevi gereksinimleri güven, ümit, sevgi, yaşamın anlamı ve amacı, ilişkiler ve tecrübeye ulaşmasını sağlayabilme olarak tanımlanmıştır. Narayanasamy (1999)'nin çalışmasında, dua etme ve ibadetler gibi geleneksel dini uygulamaların hastalar tarafından sıklıkla beklenen manevi gereksinimler olduğu belirtilmiştir. Yapmış olduğumuz çalışmada, literatürle uyumlu olarak hastaların dinleri ile ilişkili gereksinimlerini gerçekleştirdiklerinde kendilerini daha rahat hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

4.2. Hastaların Hemşirelerden Manevi Destek Bekleme Durumlarının İncelenmesi

Maneviyat; bireyin kendi inanışlarını, hayallerini ve deneyimlerini içinde barındırır. Manevi destek korkulardan ve olumsuz düşüncelerden kendini alı koymak için olumlu yaklaşımların kullanılmasını, yaşama bir anlam ve amaç kazandırılmasını, günlük hayatın küçük sevinçleri üzerinde yoğunlaştırılmasını kapsamaktadır (Elkins and Cavendish, 2004).

Sağlık hizmeti veren meslekler içerisinde büyük bir sınıfı oluşturan hemşirelerin temel amacı bireylere bakım vermektir. Hemşireler hastalık, ağrı, yalnızlık, stres gibi olumsuz durumları olan kişilerle çok sık karşılaşmakta ve bu kişilere destekleyici bakım uygulamaktadırlar (Yazgan, 2014).

Manevi gereksinimler, manevi yoksunluğun giderilmesini veya bireyin manevi gücünü destekleyerek hastalıklarla baş etmelerinde onlara yardımcı olacak gereksinimlerdir. Bireyin dini inançlarını yerine getirebilmelerini sağlayan faktörlerdir. Yapılan bu tanımların içeriği, hemşirelerin bireylere vereceği manevi destekde amaçlarını ve yapabileceklerini açıkça belirtmektedir. Manevi gereksinimler, fiziksel ihtiyaçlara oranla daha soyut ve karmaşık gereksinimler olup aynı zamanda ölçümü ve anlaşılması güç ihtiyaçlardır. Bu nedenle bireylerin sağlık bakımında daha açık olarak anlaşılan ve kolaylıkla değerlendirilebilen fiziksel gereksinimler öncelikli olarak ele alınmakta, buna karşılık manevi gereksinimler göz ardı edilebilmektedir. Fakat bireylerin manevi gereksinimlerinin de belirlenmesi ve ihtiyaçları olan bakımın sağlanması oldukça önemlidir (Ergül ve Bayık, 2004).

Oldnall'ın (1996) yapmış olduğu çalışmada, dini uygulamaların maneviyatın sadece bir kısmı olduğunu, bu sebeple sağlık bakım ortamlarında hizmet alan hastaların %20'sinin manevi destekten mahrum bırakıldıklarını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğu hastalıkları ile başa çıkabilmek için birtakım dini uygulamalara yöneldiklerini, inançları sayesinde kendilerini daha güçlü hissettiklerini ve bu sayede streslerinin azaldığını belirtmişlerdir. Hastalığın Allah'tan geldiğine ve kader inancıyla bunun bir sınav olduğuna ve sabretmeleri gerektiğine inanmaktadırlar. Oldnall (1996), bireylerin yaşamak için nedenlere ve yaşamın, sağlığın, sıkıntının ve hastalıkların anlamının açıklanmasına yardım edecek bir dizi inançlara ihtiyaçları olduğunu, bunlar olmazsa bireylerin ölmeye başladıklarını belirtmiştir.

Bu çalışmada, katılımcıların %80.6'sı hemşirelerden manevi destek beklediklerini, %47.9'u hemşirelerin manevi desteğe bazen özen gösterdiklerini, %32.9'u özen göstermediklerini ve %19.7'si hemşirelerin manevi desteğe özen gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların hemşirelerden bekledikleri manevi

bakım destekleri, %64.4'ü hemşirelerin kendileri ile konuşup sıkıntılarını dinlemesi, %51.2'si dua etmeleri için uygun ortam hazırlanması, %49.2'si Kuran okuması ve Namaz kılması için uygun ortam hazırlanması, %29.4'ü hemşirelerin hastaneye din görevlisi çağırması ve %22.1'i müzik ve egzersiz faaliyetleri yapmasını istediği sonucuna ulaşılmıştır. Grant'ın (2004) belirttiğine göre; Tuck ve ark. (2004) yapmış oldukları bir çalışmada, psikiyatri ve halk sağlığı hemşirelerinin hastalarına yaygın olarak; hastalarını dinleme, dua etme, dokunma ve hastalarının yanında olarak onlara destek olma gibi manevi destekler uyguladıklarını tespit etmiştir.

Yazgan'ın (2014) yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların hemşirelerden bekledikleri manevi destek sırasıyla, çocukluklarını istedikleri zaman görmelerine izin verilmesi, çocuklukları hakkında bilgi verilmesi ve çocuklarıyla yakından ilgilenmeleri şeklindedir.

Ross (1994), bir araştırmasında hastaneye yatan 10 yaşlı hasta ile manevi gereksinimlerini belirlemeyi amaçlamıştır. Ross'un araştırma sonucunda yaşlıların manevi destek beklentileri yaşamın anlamını bulma ihtiyacı, sevgi ve ait olma hissi, ahlaki devamlılık için dini inançlarını yerine getirebilmeleri olarak belirtmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada literatürle uyumlu olarak, hastaların hemşirelerden manevi destek bekledikleri ve hemşirelerin bu beklentilerine tam olarak özen göstermedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Hastalar hemşirelerden manevi destek olarak, kendileri ile konuşup, sıkıntılarını gidermelerine yardımcı olmalarını istediklerini belirtmişlerdir.

Manevi bakım tamamlayıcı ve alternatif bir girişim olarak da düşünülmelidir. Müzik terapisi, dokunma ve dua etme gibi manevi destek girişimlerinde tamamlayıcı uygulamalar içerisinde yer almaktadır (Yıldırım, 2005).

Katılımcıların %72.7'si sağlık profesyonelleri, %70.9'u aile ve akrabaları, %57.8'i din görevlisi, %50.2'si eşi, %44.3'ü yakın arkadaşları , %33.9'u psikiyatri tarafından manevi destek verilmesini istediklerinin sonucuna ulaşmıştır. Sülü (2006) yapmış olduğu çalışmada, hastaların eşlerinden ve ailelerinden manevi destek aldıkları sonucuna ulaşıldığı, hastaların büyük çoğunluğunun manevi gereksinimler konusunda sorunlarını doktorlarıyla paylaşmadıklarını ve doktorlardan herhangi bir manevi destek alamadıklarını belirtmiştir.

Günümüzde hemşirelik uygulamaları incelendiğinde hemşirelerin hastalarına bazı manevi destek sağladıkları görülecektir. Örneğin; kişilerin ümit, yaşamın anlamı, amacı, sevgi, umut ve ait olma gibi gereksinimler manevi gereksinimlerdir ve bu durumlarda hemşirelerin kişilerin kaygı ve sıkıntılarını dinlemesi, empati yapması ve stres vb. durumlarda bireylerin bu gereksinimlerine destek olmaları hemşirelik uygulamalarıdır (Salladay, 1997).

Ewen'ın (2004) belirttiğine göre; Greasley ve ark. (2004) yaptıkları bir araştırmada, doktorların maneviyat kavramını dini uygulamalar ve bireylerin inanç alanlarıyla tanımladıklarını ifade etmişler, bu çalışmada tüm sağlık çalışanları için din ile maneviyat kavramı arasındaki farkın anlaşılması gerektiğini vurgulamışlardır.

Taylor'un (2003) 248 kanserli hastayla yapmış olduğu çalışmada, hastaların %40'ından fazlasının manevi destek gereksinimlerinin karşılanması ile korkularının azaldığı, hayatın anlamını buldukları ve kendilerini daha rahat hissettikleri belirtilmiştir.

4.3. HMDGÖ Puan Ortalamaları ile Hasta Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırma kapsamında katılımcıların yaş ortalamaları; 18-25 yaş arası %15.6, 26-32 yaş arası %15.6, 33-40 yaş arası %21.8, 41-50 yaş arası %14.5, 51 ve üstü yaş aralığı 32.5 olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaşları ile manevi destek gereksinimleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların yaşları arttıkça manevi destek gereksinimleri de anlamlı şekilde artmaktadır ($p=0.000$). Manevi gereksinimler yaş ilerledikçe artan ihtiyaçlar olarak görülmektedir.

Katılımcıların cinsiyet dağılımları erkek %50.5, kadın %49.5 olarak bulunmuştur. Katılımcılara medeni durumları ile ilgili soru sorulmuş ve %73.0'ı evli, %22.8'i bekar, %4.2'si boşanmış olduğunun sonucuna ulaşılmıştır.

Cinsiyetin manevi destek gereksinimine etkisinin olduğu tespit edilmiş ve kadınların manevi destek gereksinim ölçeği puan ortalamaları erkeklere oranla daha anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Akgül ve Bayraktar'ın (2009) yaptığı çalışmada da, cinsiyetin manevi ihtiyaçları etkilediği sonucuna ulaşılmış ve kadınların (%76.7) erkeklere (%53.3) oranla daha fazla manevi desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Yazgan'ın (2014) kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında, kadınların manevi tutumlarının erkek hastalara oranla daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Sağlıklı bireylerde yapılan diğer bir araştırmada ise cinsiyetin manevi tutumları etkilemediği belirtilmiştir (Çınar, 2013). Literatürlerde; dini inanışlar yönünden cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığını belirten başka çalışmalarda yer almaktadır (Cirhinlioğlu,2006; Cirhinlioğlu,2010). Çalışma bulgularımızın, yaş ve cinsiyet özelliklerine ilişkin bulgular bakımından literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Kronik hastalığın manevi destek gereksinimini etkilediği sonucuna ulaşılmış, kronik hastalıkları olanların manevi destek gereksinimleri daha anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$). Daha öncesinde ameliyat olanların manevi destek gereksinimleri olmayanlara göre daha anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gürol'un (2004) belirttiğine göre; Baldree ve ark. (1982) 35 hemodiyaliz hastası üzerinde yaptıkları bir çalışmada, ibadet ve dini inançların savunma ve hastalıklarla başa çıkma mekanizmasında önemli olduğunun sonucuna ulaşılmıştır.

Hutchinson'a (1997) göre manevi gereksinimler tüm insanlar için gerekli temel öğelerdir. Bireyler bu gereksinimleri insan ilişkileri veya dini inançları ile karşılayabilirler. Hemşirelerin tüm bireyleri bu bakış açısıyla ele almaları ve bireylerin sağlığına bütüncül olarak katkı sağlayacak hemşirelik girişimlerini planlayıp uygulamalıdır.

Katılımcılara hemşirelerden manevi destek bekliyormusunuz sorusu sorulmuş, evet cevabını verenlerin manevi destek gereksinimleri daha anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yazgan (2014)'ın çalışmasında, katılımcılar manevi destek için psikolog ya da sağlık profesyonelleri ile konuşmalarının kendilerine olumlu etkisinin olacağını bildirmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların yarısı hemşirelerle ihtiyaçları olan manevi gereksinimlerini ifade edemediklerini, bunun sebeplerinin ise hemşirelerin iş yükünün fazla olduğu düşüncesi, zamanlarını almak istemedikleri ve hemşirelerden bekledikleri manevi desteği alamadıkları şeklinde ifade etmiştir. Narayanasamy'nin (1999) manevi bakımın gerekli olduğu durumların ve sonuçlarının değerlendirilmesi amacı ile 115 hemşire ile yaptığı çalışmada; hemşirelerin hastalarına yeterli manevi destek sağlayamadıkları sonucuna ulaşılmış, bunun nedeni olarak ise hemşirelerin manevi bakım konusunda eğitim almamaları, maneviyat ile din arasındaki farklılığın anlaşılmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. Odnall (1996) çalışmasında, hemşirelerin hastalarının manevi gereksinimlerinin bilincinde olduklarını ancak bu gereksinimleri dini bir boyut olarak algıladıkları için bu gereksinimlerin bir din görevlisi tarafından karşılanması gerektiğini düşündüklerini belirtmiştir.

Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımları; %36.7'si ev hanımı, %8.7'si memur, %12.1'i özel sektör çalışanı, %5.2'si öğrenci, %28.7'si serbest meslek sahibi, %8.7'i de emeklidir. Katılımcıların %51.2'si cerrahi kliniklerde, %48.8'i dahili kliniklerde yatmaktadır.

Katılımcıların yattığı kliniklerin manevi destek gereksinimlerini etkilemediği anlaşılmıştır ($p>0.05$). Katılımcıların medeni durumları ile HMDGÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Evli ve boşanmışların, bekarlara oranla manevi destek gereksinimleri daha anlamlı çıkmıştır ($p=0.000$). Evli olanlar ile bekar olanlar arasında anlamlı fark ($p=0.000$), evli ve boşanmışlar arasında anlamsız fark bulunmuştur ($p=0.995$). Yazgan'ın (2014) yaptığı çalışmada medeni durumun, kanser hastası olan bireylerde manevi tutumlarını etkilemediğinin ancak kanser hastası olmayan ama evli olan bireylerin manevi tutumlarının daha anlamlı olduğunu bildirilmiştir. Uysal (1995) tarafından yapılan, sağlıklı bireylerde dini tutum ve davranış özellikleri konulu çalışmada, evli bireylerin dini inançlarının bekarlara göre daha anlamlı olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; %23.9'u okur-yazar olmadığı, %33.9'u ilköğretim, %28.4'ü lise ve %13.8'i önlisans, lisans ve lisans üstü eğitim mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların eğitim durumu manevi destek gereksinimlerini etkilemektedir. Eğitim seviyesi arttıkça manevi destek gereksinimlerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcılardan okur-yazar olmayanların manevi destek gereksinimi daha fazla çıkmıştır ($p<0.05$). Katılımcıların meslekleri ile manevi destek gereksinim ölçeği arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Emekli ve ev hanımlarının diğer mesleklere oranla manevi destek gereksinimlerinin daha fazla olduğu anlaşılmıştır. Phelps ve ark. (2009) yaptığı çalışmada, hastaların eğitim seviyesi arttıkça manevi destek gereksinimlerinde azalma olduğunu vurgulamıştır. Kuzgun ve Sevim'in

(2004) yaptığı araştırmada da, ilköğretim düzeyindeki kişilerin manevi yönelimlerinin lise ve lisans düzeylerinde ki kişilerden daha yüksek olduğunu belirtilmiştir. Çalışmamızda elde edilen eğitim ve medeni durum özelliklerine ilişkin bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

4.4. BAI ile HMDGÖ'nün İncelenmesi

Maneviyatın; inanç, umut, güven, saygı, sevgi gibi duyguları içinde barındıran bir boyutu vardır. Yaşam için bir sebep ve anlam kazandıran duygulardır. Kişiler özellikle stres, fiziksel rahatsızlıklar veya ölümle yüzleşme anında bu duygusal kavramlara yönelmeye başlarlar (Narayanasamy, 2004).

BAI ile HMDGÖ puan ortalamaları arasında korelasyon testi yapılmış, BAI ile HMDGÖ arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların anksiyete düzeyleri arttıkça manevi destek gereksinimlerinde anlamlı şekilde artmaktadır ($r=0.241$, $p=0.000$).

Katılımcılara sorulan hemşirelerden manevi destek bekliyormusunuz sorusu ile BAI puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark çıkmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerden manevi destek bekleyen katılımcıların, anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0.002$).

4.5. HMDGÖ'nün İncelenmesi

Sağlığı geliştirme, bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini sağlamayı ve sağlıklarını geliştirmeyi olanaklı hale getiren bir süreçtir (WHO, 2015). Bu süreç içerisinde bireylerin tutumlarının değerlendirilmesi, sağlık davranışlarının anlaşılması açısından önemlidir. Bu çalışmada hastaların manevi destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirilmesi ve sağlık profesyonellerinin manevi bakım konusunda ki algılarının tespiti amaçlanmıştır.

Bir ölçme aracının amacını ve değişkeni ölçülmek üzere yapılan derecelendirme geçerlilik kavramı ile ifade edilir. Herhangi bir ölçme aracının geçerliliğini kanıtlamak üzere birden fazla ölçüt bulunmaktadır. Geçerlilik ölçütlerini, kapsam (içerik) geçerliliği, yapı geçerliliği, ölçüt (kriter) geçerliliği olmak üzere üç başlık altında toplayabiliriz (Alpar, 2006). Bu çalışmanın geçerliliğini kanıtlamak için uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği analizleri yapılmıştır.

Bir ölçeğin amacıyla alakasız olan faktörlerin etkisinden uzaklaştırma işlemine domain geçerlilik ya da uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliliği denir. Bu analizin amacı, ölçeğin ölçmek istenen alanı ölçüp ölçmediği ve ölçülecek alan dışında farklı kavramların bulunup bulunmadığını değerlendirmektir. Çalışmamızda uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliliği analizine göre ölçeğin KGI değeri 0.98 bulunmuştur (Tablo 3.6.1). Bu değer Davis tarafından geçerli ölçüt olarak kabul edilen 0.80 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir (Yurdugül, 2005).

Yapı geçerliliği; ölçeğin, ölçülmek istenen kavram ya da kavramsal yapının tümünü ne derecede aynı amacı kapsadığını gösterir. Herhangi bir ölçeğin ve ölçekten elde edilen puanın istatistiksel olarak hangi anlamı taşıdığını araştırma

sürecidir. Yapı geçerliliği, hazırlanan ölçeğin yapısı hakkında bilgi sahibi olmayı sağlar (Özgüven, 2000). Bir ölçeğin yapı geçerliliğini öğrenmek için kullanılan en sık yöntem faktör analizidir. Faktör analizinin amacı, ölçekteki maddelerin kaç farklı boyut altında toplanacağını anlamak için yapılan bir değerlendirmedir. Faktör analizi doğrulayıcı ya da açıklayıcı faktör analizi olabilmektedir (Büyüköztürk, 2016). HMDGÖ'ye hem AFA hem de DFA yapılmıştır (Tablo 3.9.1 ve 3.10.1).

Açıklayıcı faktör analizinde öncelikle örneklemin uygun olup olmadığını tespit etmek için Kaiser-Meyer-Olkin Sampling Adequacy (KMO) ve Barlett Sphericity testleri uygulanmaktadır. KMO katsayısı 1'e yaklaştıkça verilerin uygunluğu artmakta, 1 olduğunda ise mükemmel bir uyum olduğu anlamını (0.90'larda mükemmel, 0.80'lerde çok iyi, 0.70-0.60 iyi veya orta, 0.5 kötü veya kabul edilmez) ifade etmektedir. AFA sürecinde KMO katsayısı 0.811 bulunmuş, örneklemin yeterli büyüklükte olduğu anlaşılmıştır (Tablo 3.7.1). Çoğu parametrik yöntemi kullanabilmek için ölçülen özelliğin evrende normal dağılım göstermesi gerektiği ifade edilmiştir. Çok değişkenli bir ölçeğin normal dağılımdan gelip gelmediğini anlamak için Barlett Sphericity testi yapılmaktadır. Tablo 3.7.1'de elde edilen chi-square (χ^2) istatistiğinin anlamlı çıkması verilerin normal dağıldığının göstergesidir (Çapri, 2006; Tavşancıl, 2010). HMDGÖ p değeri 0,000 bulunmuş ve verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. AFA sonrası maddelerin faktör yükleri bulunmuş ve üç alt boyutta toplanmıştır. AFA'da varimax dikey döndürme tekniği ile faktör yükü 0,4'ün altında olan 2 madde ölçekten çıkarılmıştır. Özdeğer (Tablo 3.8.1), çizgi grafiği (Şekil 3.1.), toplam varyans, faktör sayısına bakılarak 12 maddenin üç faktörden oluşan bir yapı sergilediği belirlenmiştir. Polat ve Arabacı'nın (2016) ve Dadak'ın (2017) yapmış oldukları çalışmada da çizgi grafiğine bakılarak ölçeğin üç boyut altında toplanmasına karar verilmiştir. Çalışmada ölçeğin toplam varyans açıklayıcılığı %65.398 olarak tespit edilmiştir. Toplam varyansın, %37.843'ünü açıklayan birinci alt boyut maddelerin faktör yükleri 0.76 ile 0.87 arasındadır. İkinci alt boyut ise toplam varyansın %16.497'sini açıklamakta olup maddelerin faktör yükleri 0.49 ile 0.91 arasındadır. Son olarak toplam varyansın %11.058'ini açıklayan üçüncü alt boyutun maddelerin faktör

yüklerinin 0.60 ile 0.85 arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.9.1). Açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması ilgili kavram ya da yapının yeterli düzeyde ölçüldüğünün bir göstergesi olarak kabul edebiliriz (Tavşancıl, 2010).

Çalışmamızda ölçeğin alt boyutlarının da uyumlu olup olmadığını anlamak için AFA'nın yanı sıra DFA yapılmıştır. DFA'da uyum istatistikleri olarak Ki-Kare uyum testi (χ^2), Karşılaştırmalı Uyum Testi (The Comparative Fit Index - CFI), Uyum İyiliği Testi (The Goodness of Fit Index - GFI) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü (Root Mean Square Error of Approximation - RMSEA) değerleri hesaplanmıştır (Küçükturan, 2005; Kline, 2010). Analiz sonucunda bulunan χ^2/df oranının beşten küçük olması gerekmektedir (Şimşek, 2007; Bayram, 2010). GFI ve CFI değerlerinin 0.80 ile 0.90 arasında olması ölçeğin iyi uyuma elverişli olmasını gösterirken; değerler 0.90 ve üzerinde ise yeterli iyi uyumu yansıtır (Corral ve Calvete, 2000). RMSEA değerinin 0.05 ile 0.08 arasında olması kabul edilebilir uyumu gösterirken, 0.05'in altında olması verilerle iyi uyum olduğunu göstermektedir (Schumacker ve Lomax, 2004). HMDGÖ'nün DFA sürecinde faktör yükleri 0.5 'in üzerinde bulunmuş ve ölçeğin üç boyuttan oluşan bir yapı sergilediği tespit edilmiştir. 12 madde ve üç alt boyuttan oluşan ölçeğin DFA değerlerinin ($\chi^2/df= 2.843$, GFI= 0.935, CFI=0.943, RMSEA= 0.080) yeterli düzeyde uyum değerlerine sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 3.10.1).

Bir ölçeğin birbiriyle tutarlı sonuçları vermesi, ölçülmek istenen belli bir şeyin her seferinde aynı sembolleri alması ya da aynı yöntem ve ölçütlerin izlenmesi ile aynı sonuçların alınmasına güvenilirlik denilmektedir (Ercan ve Kan, 2004). Güvenirlik ile ilgili birçok ölçüt geliştirilmiş ve farklı şekilde yaklaşımlar ifade edilmiştir. Literatürde birçok güvenilirlik ölçütünden bahsedilmektedir; bunlar iç tutarlılık, değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası ve içindeki uyum olmak üzere temelde üç başlık altında ifade edilmektedir (Özgüven, 2000). Bir ölçek çalışmasında bunların hangisinin kullanılması gerektiği konusunda herhangi bir kesin bilgi yoktur. Çoğu araştırmacı ölçek çalışmalarında birden fazla güvenilirlik metodu

uygulamaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2003; Özdamar, 2010). HMDGÖ çalışmasında iç tutarlılık ve değişmezlik analizleri yapılmıştır.

Değişmezlik Analizinde; Test-tekrar test güvenilirliğine ve madde-toplam korelasyon katsayısına (r) bakılmıştır. Madde Toplam Puan Korelasyonu; ölçek maddeleri ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Bu korelasyon pozitif yönde ve yüksek değerde ise testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ifade etmektedir (Tavşancıl, 2010). Madde toplam puan korelasyon katsayısı olarak; genel kabul edilen değer 0.20 üzeridir (Büyüköztürk, 2016). HMDGÖ'nün madde varyansı ile toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi gösteren madde toplam puan güvenilirliği katsayıları incelendiğinde; 0.20'nin altında olan toplam 4 soru ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeği oluşturan 12 maddenin, madde toplam puan güvenilirliği katsayıları incelendiğinde ise 0.255 ile 0.627 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Tablo 3.11.1). Test-tekrar Test Toplam Puan Ortalamaları (t testi); bir ölçek mükemmel derecede güvenilir ise test-tekrar test puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayısının 1 yada 1'e çok yakın olması gerektiği belirtilmektedir (Alpar, 2006). HMDGÖ'nün test – tekrar test puan ortalamaları, korelasyon katsayıları ve t testi sonuçları incelendiğinde, tüm alt boyutların korelasyon katsayılarının 0.88'in üzerinde ve toplamının 0.93 olduğu tespit edilmiş ve test – tekrar test toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 3.12.1) ($p>0.05$). Yaptığımız çalışmada ölçeğin mükemmel yakın derecede güvenilir olduğu kanıtlanmıştır.

İç Tutarlılık Analizi için ölçeğin Cronbach's Alpha (α) katsayıları hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha (α) güvenilirlik katsayısı, Bir ölçeğin Cronbach' s alpha (α) katsayısı 0.00-0.40 arasında ise güvenilir değil, 0.40-0.60 arasında ise düşük güvenilir, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir, 0.80-1.00 arasında ise yüksek güvenilir olarak açıklanır (Alpar, 2006). Bu çalışmada yapılan analizlerde Cronbach α değeri, manevi ihtiyaçlar alt boyutun 0.75, manevi hak alt boyutun 0.77, manevi destek yararları alt boyutun 0.86, toplam ölçeğin Cronbach' s alpha (α)

katsayısı 0.83 bulunmuştur. Tüm alt boyutlarının α değerlerinin 0.75'in üzerinde ve iç tutarlılıklarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.13.1).

4.6. Sağlık Profesyonellerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Katılımcıların yaşları incelendiğinde 18-25 yaş arası %31.1, 26-30 yaş arası %39.0, 31 ve üzeri olanlar %29.9'dur. Ortalama yaşlarına bakıldığında ise 28.51 olarak bulunmuştur ($X \pm SS: 28.51 \pm 5.70$). Eğlence ve Şimşek'in (2014) yaptığı çalışmada da katılımcıların 30-34 yaş aralığının %48.4 olduğu belirtilmiştir. Gönenç ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada ise katılımcıların %45.2'si 25-34 yaş aralığında olduğu vurgulanmıştır. Çalışma bulgularımızın, yaş özelliğine ilişkin bulguları literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %73.7'si kadınlardan, %26.3'ü erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcılarımızın %67.1'nin hemşirelerden oluşması ve hemşirelerin ağırlıklı olarak bayan olmasından dolayı bayan katılımcı sayısı fazla orandadır. Esendir'in (2016), sağlık çalışanları üzerine yapmış olduğu çalışmada da katılımcıların %66'sının bayanlardan oluştuğunu bildirilmiştir. Katılımcıların medeni durumları, %53.7'si evli, %44.4'ü bekar ve %1.9'u boşanmış kişilerden oluşmaktadır. Eğlence ve Şimşek'in (2014) yaptığı çalışmada katılımcıların %84.4'ü evlilerden, %10.9'u bekarlardan ve %4.7'si bekarlardan oluştuğu belirtilmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, %29.6'sı lise mezunu, %50.4'ü ön lisans ve lisans mezunu, %20.0'ı lisansüstü sonucuna ulaşılmıştır. Kostak'ın (2014) yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların %27'si sağlık meslek lisesi, %60'ı önlisans ve %23'ü ise lisans ve lisansüstünden oluşmaktadır. Katılımcıların meslek grubuna ilişkin dağılımları, %67.1'i hemşire, %18.1'i doktor %6.3'ü ATT, %5.9'u sağlık memuru ve %2.6'sı ebelerden oluşmaktadır. Esendir'in (2016) yapmış olduğu

çalışmanın evreni %27.1'i doktorlardan, %62.1'i hemşirelerden ve %10.7'si diğer sağlık çalışanlarından oluştuğu belirtilmiştir.

Katılımcıların %38.9'u cerrahi kliniklerde, %36.7'si dahili kliniklerde ve %24.4'ü diğer (ameliyathane, kan alma, diyaliz vb.) kliniklerde çalışmaktadır. Katılımcıların meslekte çalışma süreleri incelendiğinde %54.1'i 5 yıl ve 5 yıldan daha kısa süredir çalışmaktadır. Melhem'in (2016) 560 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin ortalama çalışma yılının 5.5 yıl olduğu tespit edilmiş ve %39.5'nin cerrahi kliniklerde çalıştığını belirtmiştir. Çelik ve ark. (2014)'nin yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin toplam çalışma yıllarının %56.5'nin 1-5 yıl arasında olduğu belirtilmiştir. Çalışma verilerimizin; yaş, cinsiyet, medeni durum, çalıştığı klinik ve eğitim durumu özelliklerine ilişkin bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Hemşire grubunun yapmış olduğumuz çalışmaya katılımının diğer meslek gruplarından fazla olmasının sebebi, hastane çalışanları içerisinde sayıca daha fazla olmalarıdır.

4.7. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakıma İlişkin Bilgi, Bilgi Alma ve Uygulama Durumlarının İncelenmesi

Katılımcıların %53.7'sinin manevi bakımla ilgili bilgilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %80'ninin manevi bakımla ilgili daha önceden herhangi bir eğitim almadıkları, manevi bakımla ilgili eğitim alanların; %12.6'sı mesleki eğitim süreci içerisinde eğitim aldıkları, %4.8'i hizmet içi eğitimlerde bilgi aldıkları, %1.8'i ise bilimsel etkinlik ve yayınlardan yararlanarak bilgi sahibi oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %75.9'u manevi bakım konusunda aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Esendir'in (2016) yapmış olduğu çalışmada; katılımcıların %55.4'nün manevi bakımla ilgili bilgilerinin olmadığı,

bilgisi olanların %42'sinin hizmet içi eğitim ve %26'sının manevi bakımla ilgili yayın/makalelerden bilgi aldıkları ifade edilmiştir.

Kostak ve ark. (2010) yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların %62.7'si manevi bakım konusunu daha önceden duydukları, %84.5'nin manevi bakım konusunda bilgi almadıkları belirtilmiştir. Yılmaz ve Okyay (2009) yaptıkları çalışmada, katılımcıların %34.8'inin maneviyat ve manevi bakım konusunda daha önceden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Narayanasamy ve Owens (2001) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin hastalarının manevi gereksinimlerinden yeterince haberdar olmadığı ve hemşirelik bakım planının oluşturulmasında manevi bakıma ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Baldacchino ve Draper (2006)'ın Malta'da manevi bakımla ilgili olarak hemşirelerin sorumluluklarını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin eğitim aldıkları dönemlerde yeterli bilgi almamaları nedeni ile manevi bakım vermede kendilerini yeterli görmediklerini belirtmiştir. Ross'un (2006) yaptığı çalışmada; hemşirelerin, hastaların manevi gereksinimlerine ilişkin bilgilerinin çok sınırlı olduğunu, manevi bakımı tanımlamada zorlandıklarını ve manevi gereksinimlerini karşılayabilmeleri için eğitimlerinin yetersiz olduğunu ifade ettiklerini belirtmiştir. Çalışmamızda, hemşirelerin manevi bakım konusunda bilgi düzeylerine ilişkin bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Katılımcılardan %96.7'si hastaların manevi gereksinimlerini önemsediklerini, %70.7'si hastalarına manevi bakım uyguladıklarını, %87.5'i hastalarını dinlediğini ve kendilerini ifade etmelerini sağladıklarını, %46.3'ü hastaların mahremiyetinin gizli tutulmasına özen gösterdiğini ve %41.9'u hastaların yakınları ile görüşmelerini sağladıklarını, %14.8'i hastaların müzik, dizi, film vb. programları izleyerek dikkatlerinin başka yöne çekilmesini sağladıklarını, %14.4'ü hastaların ibadetlerini yapabilecekleri uygun ortamları hazırladıklarını, %10'u hastaların ibadetlerini yerine getirebilmeleri için onlara yardımcı olduklarını, %3.3'ü hastalar isterlerse hastaneye bir din görevlisi çağırdıklarını belirtmiştir. Kostak ve ark. (2010) yapmış oldukları

çalışmada katılımcıların %71.9'u hastalarına manevi bakım vermediklerini ifade etmişlerdir. Esendir (2016) yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların hastalarına uyguladıkları manevi bakımları sırasıyla, %31'i manevi bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum, %%28'i hastalarımı dinliyorum, %21'i ibadet etmek istediklerinde onlara ortam hazırlıyorum ve %20'si de gerektiğinde yakınları ile görüşmelerini sağlıyorum şeklinde olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda, sağlık profesyonellerinin manevi destek uygulamalarına ilişkin bulgularının literatürle uyumlu olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda, katılımcıların, manevi destek olarak hastalarını dinlemesi ve kendilerini ifade etmelerini sağlamaları manevi destek uygulama açısından önemli bir özellik olarak görülmektedir.

Katılımcıların %94.8'i hastalara uygulanan manevi bakımın hastalıkların iyileşmesinde ve baş etme sürecinde etkili olacağını düşünmekte, %67.8'i uygulanan manevi bakımın hastaların streslerini azaltacağını, %55.2'si hastaların tedaviye uyum sürecini hızlandıracağını, %37.8'i hastalara güven duygusu kazandıracağını, %27'si hastaların hastanede kalış sürelerini kısaltacaklarını ifade etmişlerdir.

4.8. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Bakım Algılarının İncelenmesi

Katılımcıların manevi bakım konusunda ki algılarının incelenmesinde, %71.9'u manevi bakımın hastaların mahremiyetlerine saygı duymak, %65.6'sı hastaların elini tutmak ve onlarla sohbet ederek onların sıkıntılarını dinlemek, %60.4'ü hastaların yakınları ile görüşmelerini sağlamak, %58.7'si hastalarının dua etmeleri için uygun ortam hazırlamak, %53.7'si hastaların ibadetlerini yerine getirebilmeleri için uygun ortam hazırlamak, %49.3'ü hastaların bir din görevlisi ile

görüşmelerini sağlamak, %36.7'si hastalara müzik dinletip, film izleterek dikkatlerinin başka yöne çekilmesini sağlamak, %20.4'ü hastaların rahatlamaları için yoga vb. etkinlikleri yapmalarını için olanak sağlamak olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Okyay (2008)'in yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin manevi algılarına bakıldığında, %51'inin maneviyatın yaşamımızda ki iyi ve kötü durumlardan anlam çıkarma ile ilgili olmadığını, %52.9'u hastalar gereksinim duyduklarında, onlara zaman ayırarak manevi bakım sağlanamayacağını ve %49.5'nin ise hastalığının nedenini bulmada hastalara yardımcı olarak manevi bakım sağlanamayacağını ifade ettiklerini vurgulamıştır. Çalışmamızda, sağlık profesyonellerinin manevi bakım algılarına ilişkin bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

4.9. Sağlık Profesyonellerinin MDATÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Sağlık profesyonellerinin MDATÖ toplam puan ortalaması 48.15 ± 8.10 iken hemşirelerin puan ortalaması 48.87 ± 7.55 , doktorların 45.87 ± 9.04 'tür. Gruplar arasında MDATÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde bir farklılık gözlemlenmiştir. Bu çalışmada MDATÖ'nün iç tutarlılık katsayısı incelendiğinde Cronbach α değeri 0.93 olarak bulunmuştur. Kavas'ın (2014) geliştirmiş olduğu MDATÖ puan ortalamalarını inceleyecek olursak; MDATÖ'nün toplam puan ortalaması değeri 44.15 ± 10.83 , hemşirelerin puan ortalaması 43.98 ± 10.50 , doktorların puan ortalaması 43.47 ± 13.39 ve ebelerin puan ortalaması 45.28 ± 9.89 olarak bulunmuştur.

Esendir'in (2016) sağlık profesyonellerinde yapmış olduğu çalışmada MDATÖ sonuçları, MDATÖ toplam puan ortalaması değeri, 47.70 ± 9.95 , hemşirelerin puan ortalaması 47.90 ± 10.21 , doktorların puan ortalaması 46.03 ± 9.58 ve ebelerin puan ortalaması 50.78 ± 8.66 şeklinde olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda, MDATÖ puan ortalamalarının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

4.10. Sağlık Profesyonellerinin MDATÖ Puan Ortalamaları ile Sağlık Profesyonellerinin Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Katılımcıların yaşları ile MDATÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların yaşları arttıkça manevi destek algılarında anlamlı bir şekilde artmaktadır ($p=0.049$). Kavas'ın (2014) geliştirmiş olduğu MDATÖ puan ortalamaları ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir. Esendir (2016) yapmış olduğu çalışmada yaşın manevi destek algısını etkilediğini, orta yaş grubunun (26-32 yaş aralığı) manevi destek algılarının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerinin, medeni durumlarının ve eğitim durumlarının manevi destek algılarını etkilemediğinin sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$). Okyay'ın (2008) ülkemizde, Wong ve ark. (2008) Çin'de yapmış oldukları çalışmalarda katılımcıların maneviyatı algılamaları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuş, eğitim durumu arttıkça maneviyat puan ortalamalarında arttığını belirtmişlerdir. Esendir'in (2016) yapmış olduğu çalışmada cinsiyet, medeni durum, eğitim durumunun manevi destek algılarını etkilemediğini belirtmiştir. Kostak ve ark.'nın (2010) yapmış oldukları çalışmalarında eğitim düzeyleri ile katılımcıların "Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği" (MMBDÖ) puan ortalamalarının arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızın MDATÖ puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumları karşılaştırılmasına ilişkin bulgular literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların mesleklerinin manevi destek algılarını etkiledikleri, meslek ve MDATÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Ebe ve hemşirelerin diğer sağlık profesyonellerine göre manevi destek algıları daha anlamlı çıkmıştır ($p=0.025$). Kavas'ın (2014) geliştirdiği MDATÖ puan ortalamaları ile meslek grupları arasında anlamlı fark bulunmadığını belirtmiştir. Gönenç ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada, MMBDÖ toplam puan ortalamaları ile yaş, eğitim durumu ve meslek arasında anlamlı fark olmadığı ifade edilmiştir.

Çalışmamızda, MDATÖ puan ortalamaları ile katılımcıların meslekleri arasındaki bulguların literatürle uyumlu olmadığı görülmektedir. Yapmış olduğumuz çalışmanın evreninin büyük bir çoğunluğu hemşirelerin oluşturması ve manevi destek uygulamada diğer sağlık profesyonellerine oranla daha fazla yüzdeye sahip olmalarından dolayı uyumlu olmadığı düşünülmektedir.

Katılımcıların çalıştığı kliniklerin manevi destek algılarını etkiledikleri, katılımcıların çalıştığı klinikler ve MDATÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kan alma, ameliyathane, diyaliz vb. kliniklerde çalışanların diğer kliniklerde çalışanlara göre manevi destek algıları daha anlamlı çıkmıştır ($p=0.003$). Çelik ve arkadaşları (2014) yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların çalıştıkları klinikler ve meslekte çalışma süreleri ile MMBDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların meslekte çalışma sürelerinin manevi destek algılarını etkilemediğinin sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$). Eğlence ve Şimşek'in (2014) yapmış oldukları çalışmada MMBDÖ toplam puan ortalamaları ile katılımcıların yaşları, eğitim düzeyleri ve meslekte çalışma süreleri arasında anlamlı fark bulunamadığı belirtilmiştir.

Katılımcılardan manevi bakım konusunda daha önceden eğitim alanların manevi destek algıları daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$, $p=0.038$). . Pre-operatif dönemde manevi bakımın gerekli olduğu düşüncesine katılan katılımcıların MDATÖ puan ortalamaları yüksek çıkmıştır ($p<0.05$, $p=0.009$). Katılımcıların manevi bakımla ilgili bilimsel bir yayın okumaları ile manevi destek algıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Ercan ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları çalışmada katılımcıların manevi bakım konusunda bilgilerinin olmasının maneviyat ve manevi bakımı etkilemediğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda manevi bakım konusundan daha önceden eğitim alanların manevi destek algılarına ilişkin bulguların literatürle uyumlu olmadığı görülmektedir. Katılımcıların manevi bakım konusunda daha önceden eğitim almalarının manevi destek konusunda katılımcıları daha bilinçli hale getirdiğini ve algılarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Katılımcılardan manevi bakımı önemseyen ve hastanın iyileşmesine katkı sağlayacağını ifade edenlerin MDATÖ puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Manevi desteği önemseyenlerin manevi destek algıları daha yüksek çıkmıştır ($p=0.000$). Manevi bakımın hastalara katkı sağlayacağını düşünenlerin manevi destek algıları daha anlamlı bulunmuştur ($p=0.000$).

Katılımcılardan hastalarına manevi destek uyguladıklarını söyleyenlerin MDATÖ puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Manevi destek uygulayanların manevi destek algıları daha anlamlı çıkmıştır ($p=0.002$). Ercan ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada katılımcılarının manevi bakım uygulama durumları ile MMBDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğunu, manevi bakım verenlerin MMBDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda, MDATÖ puan ortalamaları ile manevi destek uygulama arasındaki bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada hastaların manevi destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla HMDGÖ geliştirilmiş, hastaların manevi destek gereksinimleri incelenmiş ve sağlık profesyonellerinin manevi destek algıları belirlenmiştir.

- Hastaların manevi desteğe gereksinim duydukları fakat sağlık profesyonellerinden böyle bir destek göremedikleri saptanmıştır.
- Hastaların genel olarak dini inançlarını (Kuran okumak, Namaz kılmak, dua etmek vb.) yerine getirdiklerinde rahatladıkları saptanmıştır.
- Hastaların yarısından fazlasının sağlık profesyonelleri ile birebir görüşüp onlara sıkıntılarını dile getirmek istedikleri sonucuna ulaşılmıştır.
- Hastaların büyük bir çoğunluğu manevi desteğin sağlık profesyonelleri ve aile ve akrabaları tarafından verilmesini istedikleri belirlenmiştir.
- Hastaların yaşları ile manevi destek gereksinimleri arasında anlamlı fark bulunmuş yaş arttıkça manevi destek gereksiniminin anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Hastaların cinsiyet durumu ile manevi destek gereksinimleri arasında anlamlı fark bulunmuş, kadınların manevi destek gereksinimlerinin erkeklere oranla daha anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($p<0.05$).
- Hastaların kronik hastalıkları ile manevi destek gereksinimleri arasında anlamlı fark bulunmuş, kronik hastalıkları olanların manevi destek gereksinimlerinin daha anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Hastaların daha önce ameliyat olma durumları ile manevi destek gereksinimleri arasında anlamlı fark bulunmuş, ameliyat olanların manevi destek gereksinimlerinin daha anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

- Hastaların hemşirelerden manevi destek bekleme durumları ile manevi destek gereksinimleri arasında anlamlı fark bulunmuş, manevi destek bekleyenlerin manevi gereksinimlerinin daha anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Hastaların yattığı kliniklerin manevi destek gereksinimlerini etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$).
- Hastaların medeni durumları ile manevi destek gereksinimleri arasında anlamlı fark bulunmuş, evli olanlar ile bekar olanlar arasında anlamlı ($p=0.000$), boşanmışlar ile anlamsız fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.995$).
- Hastaların medeni durumları ile manevi destek gereksinimleri arasında anlamlı fark bulunmuş, eğitim seviyesi arttıkça manevi destek gereksinimlerinin azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Hastaların meslekleri ile manevi destek gereksinimleri arasında anlamlı fark bulunmuş, ev hanımı ve emeklilerin, özel sektörde çalışan ve öğrencilere göre manevi destek gereksinimlerinin daha anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).
- Hastaların anksiyete düzeyleri ile manevi destek gereksinimleri arasında anlamlı fark olduğu, stresi artan hastaların doğru orantılı şekilde manevi destek gereksinimlerinde arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$, $r=0.241$).
- Bu çalışma kapsamında HMDGÖ geliştirilmiştir. Geçerlilik çalışması için ölçeğin yapı ve kapsam geçerliliği incelenmiş, ölçeğin kapsam geçerliliği kabul edilir bulunmuştur.
- HMDGÖ'nün yapı geçerliliğinin olup olmadığının anlaşılması için AFA ve DFA yapılmış, yapılan AFA değerlendirmesi sonucunda faktör yükü 0.4'ün altında olan 2 madde ölçekten çıkarılmış, ölçeğin 12 maddeden ve üç alt boyuttan oluştuğu belirlenmiştir.
- Belirlenen üç alt boyutun açıkladığı toplam varyans %65.3 olarak tespit edilmiş, kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlenmiştir.

- Ölçeğin alt boyutları ile olan uyumunu anlamak için AFA'nın yanında DFA'da yapılmış 12 madde ve üç alt boyuttan oluşan ölçeğin DFA değerlerinin yeterli düzeyde uyum değerlerine sahip olduğu anlaşılmıştır.
- Ölçeğin güvenirlik çalışması kapsamında, HMDGÖ madde varyansı ile toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi gösteren madde-toplam puan güvenirliği katsayıları belirlenmiş, madde toplam korelasyon değerleri 0.2'nin altında olan 4 madde ölçekten çıkarılmıştır.
- Ölçeğin güvenirlik çalışması kapsamında iç tutarlılık ve değişmezlik analizi uygulanmış, iç tutarlılık analizinde ölçeğin ve tüm alt boyutlarının α değerlerinin 0.75'in üzerinde ve iç tutarlılıklarının yüksek olduğu anlaşılmıştır.
- Değişmezlik analizinde test-tekrar test güvenirliği için ölçek 60 kişiye iki gün arayla uygulanmıştır. Test-tekrar test kapsamında tüm alt boyutlarının korelasyon katsayısı 0.88'in üzerinde bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- Sağlık profesyonellerinin manevi destek algılarına ilişkin yapmış olduğumuz çalışmaların evrenini yüksek bir oranla hemşirelerden oluştuğu belirlenmiştir.
- Sağlık profesyonellerinin manevi bakım konusunda önceden bir bilgilerinin olduğunu fakat çoğunluğunun daha önce hiç eğitim almadıkları, eğitim alanların çoğunluğunda eğitiminin yeterli olmadığı saptanmıştır.
- Sağlık profesyonellerinin tamamına yakınının hastaların manevi gereksinimlerini önemsediklerinin, yarısından fazlasının hastalarına manevi destek gereksinimi uyguladıklarının sonucuna ulaşılmıştır.
- Sağlık profesyonellerinin tamamına yakını hastalara uygulanacak manevi desteğin iyileşmelerini katkı sağlayacağını düşünmekte, büyük bir çoğunluğunun hastalarına manevi destek olarak onlarla konuşup, sıkıntılarını dinlediklerinin sonucuna ulaşılmıştır.
- Sağlık profesyonellerine uygulanan MDATÖ puan ortalamalarının hemşire ve doktorlar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

- Sağlık profesyonellerinin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi ve bilimsel yayın okuma durumları ile manevi destek algıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Sağlık profesyonellerinin yaşları ve meslek grupları ile manevi destek algıları arasında anlamlı fark bulunmuş, yaş arttıkça manevi destek algılarının da arttığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Meslek grupları içerisinde hemşire ve ebelerin diğer sağlık profesyonellerine oranla manevi destek algıları daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$).
- Sağlık profesyonellerinin manevi bakım konusunda eğitim alma, manevi bakımı önemseme ve manevi bakım uygulama durumları ile manevi destek algıları arasında anlamlı fark bulunmuş. Daha önceden eğitim alanların, manevi bakımı önemseyenlerin ve manevi bakım uygulayanların manevi destek algıları daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$).

Bu sonuçlar neticesinde uygulanacak olan manevi desteğin hastalar üzerinde etkili olması açısından;

- Manevi bakım uygulamalarının yaygınlaştırılması ve işlerlik kazanması amacıyla sağlık profesyonellerinin algılarının artırılması için seminer, konferans ve hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Sağlık profesyonellerinin önlisans ve lisans programlarına maneviyat ve manevi bakımla ilgili ders içeriklerinin eklenmesi,
- Hastaların manevi bakım konusunda bilgilendirilmesi ve farkındalık oluşturmak için verilecek olan manevi destek konularında el broşürü, kitapçık, kamu spotu ve bilgilendirilmeleri için seminer konferans gibi programların düzenlenmesi,
- Hastaların manevi destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla bu çalışmadan elde edilen bulgular, HMDGÖ'nün yeterli derecede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermiştir. Hastaların manevi destek gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla farklı çalışmalarda HMDGÖ'nün kullanılması önerilir.

ÖZET

Bu araştırma hastaların manevi destek gereksinimlerinin belirlenmesi, sağlık profesyonellerinin manevi destek algılarının tespit edilmesi ve Hasta Manevi Destek Gereksinim Ölçeği'nin geliştirilmesi için yapılmıştır. Araştırmaya Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Kliniklerinde yatmakta olan 289 hasta ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmakta olan 270 sağlık profesyoneli katılmıştır. Hastaların manevi destek gereksinimlerinin belirlenmesinde “Hasta Sosyo-Demografik Özellikler ve Bilgi Formu”, “Hasta Manevi Destek Gereksinim Ölçeği” ve “Beck Anksiyete İndeksi Ölçeği” kullanılmıştır. Sağlık profesyonellerinin manevi destek algılarını tespit etmek için “Sağlık Profesyonelleri Sosyo-Demografik Özellikler ve Bilgi Formu” ve “Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği” kullanılmıştır.

Hastaların %50.5'i erkek, %49.5'i kadınlardan oluşmaktadır. %80.6'sı hemşirelerden manevi destek beklediklerini %19.7'si hemşirelerin manevi desteğe özen gösterdiklerini belirtmişlerdir. Hastaların %72.7'si sağlık profesyonellerinden, %70.9'u aile ve akrabalarından manevi destek almak istediklerinin sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık profesyonellerinin %67.1'i hemşirelerden, %18.1'i doktorlardan, %6.3'ü ATT'lerden, %5.9'u sağlık memurlarından ve %2.6'sı ebelerden oluşmaktadır. Sağlık profesyonellerinin %53.7'si daha önceden manevi bakım hakkında bilgisinin olduğunu, %80'i daha önce manevi bakımla ilgili hiç eğitim almadığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda, hastaların manevi destek beklentilerinin yüksek olduğu, sağlık profesyonellerinin hastaların manevi destek beklentilerini yeterli düzeyde karşılayamadıklarının sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Manevi bakım, Manevi gereksinim, Ölçek geliştirme, Sağlık profesyonelleri

SUMMARY

This research was carried out to determine the spiritual support needs of the patients, to identify the spiritual support perception of the healthcare professionals and to improve the Scale for Patient Spiritual Support Needs. The research included 289 inpatients in Afyon Kocatepe University Hospital Clinics and 270 healthcare professionals working in Afyon Kocatepe University Hospital. For determination of the patients' spiritual support needs, "Patient Socio-Demographic Characteristics and Information Form", "Scale for Patient's Spiritual Support Needs", and "Beck Anxiety Inventory" were used. For determination of the spiritual support perception of the healthcare professionals, "Healthcare Professionals Socio-Demographic Characteristics and Information Form", and "Spiritual Support Perception Scale" were used.

50.5% of the patients were male and 49.5% were female. 80.6% of the patients stated that they expected a spiritual support from nurses and 19.7% stated that the nurses care about the spiritual support. It was concluded that 72.7% of the patients wanted to receive spiritual support from the healthcare professionals, whereas 70.9% wanted to receive spiritual support from their families and relatives. 67.1% of the health professionals consist of nurses, 18.1% from doctors, 6.3% from EMTs, 5.9% from health officers and 2.6% from midwives. 53.7% of the healthcare professionals stated that they had previously been informed about spiritual care, and 80% stated that they had previously received no training on spiritual care.

In our study, it was concluded that patients had high expectations for spiritual support, and that the health professionals could not meet the spiritual support expectations of the patients at an adequate level.

Key Words: Spiritual care, Spiritual need, Scale improvement, Healthcare professionals

KAYNAKLAR

- AKGÜL, A., BAYRAKTAR, M.F. (2009). Yaşlılarda Sosyal ve Manevi Bakım, Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Eğitimi Bilim Dalı, İstanbul.
- AKGÜN KOSTAK, M. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (7).
- AKGÜN KOSTAK, M., ÇELİKKALP, Ü. ve DEMİR, M. (2010). Hemşire ve Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı.
- ALPAR, R. (2006). Performance Testing Validity and Reliability. Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, 3.Baskı. Nobel Yayın Dağıtım, sy. 299-300. Ankara.
- ALTAŞ, N. (2003). Dini Danışmanlığın Teorik Temelleri. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Cilt: 41, Sayı:4, Ss. 327-350
- ASLAN, R. (2016). Hekimlikte Alternatif ve Tamamlayıcı Tıbbi Yaklaşımlar, *Kocatepe Vet J.*, 9(4): 363-371.
- BALDACCHINO, D., DRAPER, P. (2006). Spiritual Coping Strategies: A Review of the Nursing Research Literature, *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6): 833-841.
- BAŞAR, S. (2007). Diyanet İşleri Başkanlığı'nın Yürüttüğü Cami Dışı Din Hizmetleri Kapsamında Hastanelerde Din Hizmeti İhtiyacı, I. Din Hizmetleri Sempozyumu.
- BATH, G.F. (2006). Practical Implementation of Holistic Internal Parasite Management in Sheep. *Small Ruminant Research*, 62(1-2):13-18.
- BAYRAM, N. (2010). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş & AMOS Uygulamaları. Ezgi Kitapevi, sy. 78. Bursa.
- BİROL, L. (2004). Hemşirelik Süreci, Etki Matbaacılık, 6.Baskı, s:241.
- BODEKER, G., ONG, C.K., GRUNDY, C., BURFORD, G., SHEIN, K. (2005). Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine World Helath Organization, Kobe, p:XII-XIII.

- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2016). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. 22. Baskı. Pegem Akademi, Ankara.
- CARPENITO, L.J. (2004). Hemşirelik Tanılar El Kitabı, Çeviren; F Erdemir, Nobel Tıp Kitapevleri, 10. Baskı, s:365 367.
- CİRHİNLİOĞLU, F. G. (2006). Üniversite Öğrencilerinde Utanç Eğilimi, Dini Yönelimler, Benlik Kurguları ve Psikolojik İyi Hali Arasındaki İlişkiler. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- CİRHİNLİOĞLU, F. G. (2010). Dini Yönelimler ve Önyargı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7 (1):1366-1384.
- COCKERHAM, W. C., RITCHEY, F. J. (1997). "Dictionary of Medical Sociology", *United States of America: Greenwood Press*.
- CORRAL, S., CALVETE, E. (2000). Machiavellianism: Dimensionality of the Mach IV and Its Relation to Self-Monitoring in a Spanish Sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 3(1): 3-139.
- COTTON, S.P., LEVINE, E.G., FITZPATRICK, C.M., DOLD, K.H., TARG, E. (1999). Exploring the Relationships Among Spiritual Well-Being, Quality of Life, and Psychological Adjustment in Women With Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, Sep-Oct 8 (5): 429-438.
- COX, T. (2003). Theory and Exemplars of Advanced Practice Spiritual Intervention, *Complementary Therapies in Nursing And Midwifery*, 9(1):30-34.
- COYLE, J. (2002). Spirituality and Health: Towards a Framework For Exploring The Relationship Between Sprituality and Health, *Journal of Advanced Nursing*, 37 (6):589-597.
- CULLIFORD, L. (2002). Spirituality and Clinical Care. *BMJ*, 325: 1434-1435.
- ÇAPRI, B. (2006). Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1): 62-77.
- ÇEKİN, A. (2014). Maneviyat, Manevi Bakım ve Sosyal Hizmet, Samsun: Etüt.
- ÇELİK, A.S., ÖZDEMİR, F., DURMAZ, H., PASİNLİOĞLU, T. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1-12.

- ÇETİN, O.B. (2007). Eskişehirde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyoekonomi*, 6(6):89- 105.
- ÇETİNKAYA, B., ALTUNDAĞ, S., AZAK, A. (2007). Spiritüel Bakım ve Hemşirelik, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1): 47-50.
- ÇINAR, R. (2013). Turizm Bölgesinde Yaşayan 18-25 Yaş Arası Gençlerin Dinî Tutum Ve Davranışları: Kuşadası Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Sosyolojisi Bilim Dalı, Ankara.
- DADAK, A. (2017). Servikal Kanserden Korunmaya Yönelik Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.
- DAŞTAN, N. B., BUZLU, S. (2010). Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:3, Sayı:1 Sayfa: 73-78.
- DIYANET İŞLERİ BAŞKANLIĞI. (2015). <http://www.diyamet.gov.tr> (Erişim Tarihi: 03.02.2018).
- EĞLENCE, R., ŞİMŞEK, N. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* Cilt: 5 Sayı: 1, Ocak.
- ELKINS, M., CAVENDISH, R. (2004). Developing a Plan for Pediatric Spiritual Care, *Holistic Nursing Practice*, 18(4), 179-184.
- ERCAN, F., KÖRPE, G. ve DEMİR, S. (2018). Bir Üniversite Hastanesinde Yataklı Servislerde Çalışan Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları, *Gazi Medical Journal*, 29: 17-22.
- ERCAN, İ., KAN, İ. (2004). Ölçeklerde Güvenirlilik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3): 211-216.
- ERGÜL, Ş. (2005). Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat ve Manevi Bakım Kavramlar Nerede? Ne Zaman? Nasıl? 3.Uluslararası 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, s:19.
- ERGÜL, Ş., BAYIK, A. (2004). Hemşirelik ve Manevi Bakım, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1):37 45.

- ESENDİR, N. (2016). Sağlık Çalışanlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Algısı, İstanbul Örneği, Yüksek Lisans Tezi. Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Çanakkale.
- EWAN, M.M. (2004). Analysis of Spirituality Content in Nursing Textbooks, *Journal of Nursing Education*, 43:20-8.
- GOVIER, I. (2000). Spiritual Care in Nursing: A Systematic Approach, *Nursing Standard*, Jan; (14)17:32, 36.
- GÖNENÇ, İ.M., AKKUZU, G., DURDUN ALTIN, R., MÖROY, P. (2016). Hemşirelerin ve Ebelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3): 34-38.
- GÖZÜM, S., AKSAYAN, S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 5(1): 3-14.
- GRANT, D. (2004). Spiritual Interventions: How, When and Why Nurses Use Them, *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 36-41.
- GÜROL, G. (2004). Spiritüel Bakım, Ege Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Seminer Notları.
- HALL, J. (2006). Spirituality at The Beginning of Life, *Journal of Clinical Nursing* 15, 804–810.
- HENRY, N. (2003). Constructions of Spirituality in Contemporary Nursing Theory, *Journal Of Advanced Nursing*, 42(6):550 557
- HİÇDURMAZ, D., ÖZ, F. (2013). Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spiritüelite, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 50-54.
- HUTCHINSON, M. (1997). Healing The Whole Person: The Spiritual Dimension of Holistic Care, http://Members.Tripod.Com/~Marg_Hutchison/Nurse-4.Html(Erişim Tarihi: Ocak 2018).
- KARAGÜL, A. (2012). Manevi Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi (Hollanda Örneği). *Dini Araştırmalar Dergisi*, Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, Ocak- Haziran; Cilt 14, Sayı 40, ss. 5-27.
- KARATAŞ, Z. (2015). Manevi Temelli Sosyal Hizmet Yaklaşımı, *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* Cilt 1, Sayı 1, Ocak.

- KAVAS, E., KAVAS, N. (2014). Manevi Destek Algısı Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenilirliği, *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(2).
- KLINE, R. B. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, 3rd.ed. New York: Guilford Press.
- KLIMES, R. (2005). *Spiritual Care: Help in Distress*. Learn Well Institute, Inc, a California Nonprofit Public Benefit Corporation, January.
- KOÇ, M. (2005). Ruh Sağlığı İle Dini Başa Çıkma Metodu Olarak Dua ve İbadet Fenomeni Arasındaki İlişki Üzerine Psikolojik Bir Yaklaşım, *EKEV Akademi Dergisi*, 9(24).
- KOSTAK, M. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(2):105, 115.
- KUZGUN, Y., SEVİM S.A. (2004). Kadınların Çalışmasına Karşı Tutum ve Dini Yönelim Arasındaki İlişki. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37(1): 14-27.
- KÜÇÜKTURAN, G. (2005). Anne Baba Tutum Ölçeği. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 19: 238-250.
- LEEUEWEN, R., TIESINGA, L.J., POST, D., JOCHEMSEN, H. (2006). Spiritual Care: Implications for Nurses Professional Responsibility, *Journal of Clinical Nursing*, 15: 875 884.
- MARTSOLF, D.S, MICKLEY, J.R (1998). The Concept of Spirituality in Nursing Theories: Differing World Views and Extent of Focus, *Journal of Advanced Nursing*, 27:294 303.
- MC EWAN, W. (2004). Spirituality in Nursing, *Orthopaedic Nursing*, 23, 321-325.
- MCSHERRY, W., ROSS, L. (2002). Dilemmas of Spiritual Assessment. Considerations for Nursing Practice, *Journal of Advanced Nursing*, 38(5):479 488.
- MELHEM, G.A.B., ZEILANI, R.S., ZAQQOUT, O.A., ALJWAD, A.I., SHAWAGFEH, M.Q., RAHIM, M. (2016). Nurses Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan, *Indian J Palliat Care*, 22, 42-49.

- MOLLAOĞLU, H. (2013). Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım ve New York Healthcare Chaplaincy Örneği, Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.
- NARAYANASAMY, A. (1999). Asset: A Model for Actioning Spirituality and Spiritual Care Education and Training in Nursing, *Nurse Education Today*, 19, 274-285.
- NARAYANASAMY, A., CLISSETT, P., PARUMAL, L., THOMPSON, D. (2004). Responses to the Spiritual Needs of Older People, *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 6-16.
- NARAYANASAMY, A., OWENS, J. (2001). A Critical Incident Study of Nurses 'Responses to the Spiritual Needs of Their, *Journal of Advanced Nursing*, 33, 446-455.
- OKYAY, N. (2008). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşüncelerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas.
- OLDNALL, A. (1996). A Critical Analysis of Nursing: Meeting the Spiritual Needs of Patients, *Journal of Advanced Nursing*, 23, 138-144..
- ÖZ, F. (2004). İnsan, Spiritüel Gereksinimler ve Hemşirelik, *MN Klinik Bilimler & Doktor*, 10(1), 350-355.
- ÖZDAMAR, K. (2010). Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi (Çok Değişkenli Analizler) 10. Baskı. Nisan Kitabevi, Ankara.
- ÖZDOĞAN, Ö. (2009). Aşkın Yanımız Maneviyat, Ankara: Özden Öze
- ÖZEN, Y. (2010). Tanrı-Sen ve Ben Üçümüzün Yolu, Pastoral Psikoloji ve Danışmanlığın Gerekliği Üzerine, *Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi* Cilt 10, Sayı 2, ss. 41-47.
- ÖZGÜVEN, İ.Ö. (2000). Psikolojik testler, 4. Baskı. PDREM Yayınları Sistem Ofset, sy: 83-120. Ankara.
- PHELPS, A. C., MACIEJEXSKI, P., NILSSON, M., BALBONI, T.A., WRIGHT, A.A., PAULK, A.E., TRICE, E., SCHRAG, D., PETEET, J.R., BLOCK, S.D., PRIGERSON, H.G. (2009). Religious Coping and Use of Intensive Life Prolonging Care Near Death in Patients With Advanced Cancer. *JAMA*, 301(11).
- POLAT, M., ARABACI, İ.B. (2016). Açık Liderlik Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 24(1): 79-96.

- POTTER, P.A., PERRY, A.G. (1995). Foundations in Nursing Theory and Practice, London, Mosby:173-174.
- ROSS, L. (2006). Spiritual Care in Nursing: An Overview of the Research To Date, *Journal of Clinical Nursing*, 15:852-862.
- ROSS, L.A. (1994). Spiritual Aspects of Nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 19:439 447.
- SALLADAY, A.S. (1997). Spirituality in Nursing Theory and Practice: Dilemmas for Christian Bioethics, *Christian Bioethics*, 3(1), 20-38.
- SCHUMACKER, R.E., LOMAX, R.G. (2004). A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling, 2nd Ed. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Londra. sy: 79-122.
- SÜLÜ UĞURLU, E. (2014). Hemşirelikte Manevi Bakımın Uygulanması, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt:5 Sayı:3, Temmuz.
- SÜLÜ, E. (2006). Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spiritüel Bakım) Gereksinimleri, Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- ŞAHİNOĞLU PELİN, S. (2000). “Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu”, *Klinik Psikiyatri*, Sayı 3, s. 117-125.
- ŞAHİNOĞLU PELİN, S., OĞUZ, N.Y. (1994). Tıbbi Etik Açısından Hekim Sorumluluğu. *T Klin Tıbbi Etik*, 2:161-163.
- ŞİMŞEK, Ö. F. (2007). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel ilkeler ve Lisrel Uygulamaları. Ankara: Ekinoks
- TANYI R.A. (2002). Towards Clarification of The Meaning of Spirituality, *Journal of Advanced Nursing*, 39(5):500 509.
- TAVŞANCIL, E. (2010). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, 4. Baskı. Nobel Basımevi, Ankara.
- TAYLOR, E.J. (2003). Spiritual Needs of Patients With Cancer and Family Caregivers, *Cancer Nursing*, 26(4), 260-266.
- TOKAÇ, M. (2013). Geleneksel Tıbbı Akademik Yaklaşım: GETTAM. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 28:82-85.

- TÜMER, G. (1994).”Din” Maddesi, Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi, Cilt:9, ss. 312-320.
- TÜRK DİL KURUMU GÜNCEL TÜRKÇE SÖZLÜK .(2006).
<http://www.tdk.gov.tr> (Erişim Tarihi:02.02.2018)
- UYSAL, V. (1995). İslami Dindarlık Üzerine Bir Pilot Çalışma İslami Araştırmalar, 8(3-4): 262-271.
- WILSON, M.S., MILES, S.M. (2001). Spirituality in African-American Mothers Coping With A Seriously in Infant, *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 6(3), 116-121.
- WONG, K.F., LEE, L.Y.K., LEE, J.K.L. (2008). Hong Kong Enrolled Nurses’ Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *International Nursing Review* 55, 333–340.
- YAZGAN, E.Ö. (2014). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- YILDIRIM, Y. (2005). Spiritualite ve Sağlık, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları AD., Seminer Programı, İzmir
- YILMAZ, M., OKYAY, N. (2009). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11 (3): 41-52.
- YURDUGÜL, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. 14. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). New guidance for the prevention and control of cervical cancer. Erişim [<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/en/>]. Erişim tarihi: 23.06.2018.

ÖZGEÇMİŞ

İLYAS KÜÇÜK
Öğretim Görevlisi

E-Posta Adresi: ilyaskucuk@mku.edu.tr

Adres: Hatay Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Öğrenim Bilgisi

Yüksek Lisans **2015-2019** Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi /
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı / Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği
(YL) (TEZLİ)

Lisans **2010-2014** Afyon Kocatepe Üniversitesi / Afyon Sağlık
Yüksekokulu / Hemşirelik Bölümü

Üniversite Dışı Deneyim

Hemşirelik **2014-2017** Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi

Eserler

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1. CİĞERCİ Y., ÇEVİK C., BEŞTEPE G., KÜÇÜK İ., DEMİR Y., POYRAZ M. (2016). Determining The Perception Of Clinical Nurses About Nursing Students. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, (8).

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler:

1. CİĞERCİ Y., KÜÇÜK İ. (2017). Spiritual Support Perception of Healthcare Professionals. 8. EORNA Congress (Özet Bildiri / Poster).

Yazılan ulusal/uluslararası kitaplar veya kitaplardaki bölümler:

1. KÜÇÜK İ., DADAK A. (2019). Türkiye’de Manevi Bakımın Yürütüldüğü Hizmet Alanları. *Sağlık Bilimleri Alanında Araştırma ve Değerlendirmeler - 2019 / Haziran CİLT 2*. Gece Akademi :Gece Kitapevi/Ankara. 79-86.
2. KÜÇÜK İ., DADAK A. (2019). Servikal Kanser ve Korunmaya Yönelik Tutumlar. *Sağlık Bilimleri Alanında Araştırma ve Değerlendirmeler - 2019 / Haziran CİLT 2*. Gece Akademi :Gece Kitapevi/Ankara. 87-100.
3. DADAK A., KÜÇÜK İ. (2019). Taşıaritmiler ve Güncel Tedavi Protokolleri. *Sağlık Bilimleri Alanında Araştırma ve Değerlendirmeler - 2019 / Haziran CİLT 1*. Gece Akademi :Gece Kitapevi/Ankara. 259-268.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

1. CİĞERCİ Y., KÜÇÜK İ., DEMİR Y., POYRAZ M. (2015). Klinisyen Hemşirelerin Uygulamaya Gelen Öğrenci Hemşirelere Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi. (Özet Bildiri / Poster).

Projelerde Yaptığı Görevler:

1. Sağlık Profesyonellerinin Manevi Destek Algısı, Yükseköğretim Kurumları Tarafından Destekli Bilimsel Araştırma Projesi. Yürütücü: CİĞERCİ Y., KÜÇÜK İ. 07/04/2017 – 06/04/2018.

EKLER

Ek-1 Hasta Sosyo-Demografik Özellikler ve Bilgi Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma Manevi Destek Gereksinimlerinizi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Vereceğiniz cevaplar çalışmanın sonuçlarını doğrudan etkileyecektir. Sizin için en uygun olan şıkkı işaretleyiniz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz a) Erkek b) Bayan
3. Medeni durumunuz
a) Evli b) Bekar c) Boşanmış
4. Eğitim durumunuz
a) Okur-yazar değilim
b) İlkokul mezunuyum
c) Lise mezunuyum
d) Üniversite mezunuyum
5. Mesleğiniz.....
6. Hastanede yattığınız klinik
a) Cerrahi klinik b) Dahili klinik
7. Daha önce hiç hastaneye yattınız mı?
a) Evet b) Hayır
8. Kronik bir hastalığınız var mı?
a) Evet b) Hayır
9. Daha önce hiç ameliyat oldunuz mu?
a) Evet b) Hayır
10. Aşağıdakilerden hangisini yapınca kendinizi daha rahat hissediyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)
a) Namaz kılıp, kuran okuyunca
b) Dua edince
c) Televizyon izleyip, müzik dinleyince
d) Bilgisayarla uğraştığımda

- e) Kitap, gazete, dergi vb. okuyunca
- f) Gezme, piknik vb. etkinlikleri yapınca
- g) Sevdiğim insanlarla sohbet edince
- h) Yoga yapınca

11. Hemşirelerden manevi destek bekliyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

12. 11. Soruya cevabınız evet ise nasıl bir manevi destek bekliyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Benimle konuşup, sıkıntılarımı dinlemelerini bekliyorum
- b) Kuran okumam ve namaz kılmam için uygun ortamı hazırlamalarını bekliyorum
- c) Hastaneye sohbet etmem için bir din görevlisi çağırılmalarını bekliyorum
- d) Bana müzik dinletip rahatlatıcı egzersiz yaptırılmalarını bekliyorum
- e) Bana dua etmem için uygun ortamı hazırlamalarını bekliyorum

13. Sizce hemşireler manevi desteğe özen gösteriyorlar mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bazen

14. Verilecek olan manevi desteğin kim tarafından verilmesini istersiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Ailem ve akrabalarım
- b) Eşim
- c) Yakın arkadaşlarım
- d) Din görevlisi
- e) Hemşire, doktor vb. sağlık çalışanları
- f) Psikiyatrist tarafından

Ek-2 Hasta Manevi Destek Gereksinim Ölçeği (HMDGÖ)

	MADDELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hastaların manevi destek alma haklarının olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
2	Hastalara ait ve manevi değeri olan eşyalara (seccade, kitap, teşbih, vb.) karşı saygı gösterilmesi gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3	Fiziksel iyileşmenin yanı sıra ruhsal olarak iyileşmenin de önemli olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
4	Manevi ihtiyaçların (ibadet etmek, kitap okumak vb.) hastane ortamında karşılanması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
5	Yapılacak herhangi bir işlem (cerrahi, anjiyo, kateter takılması gibi) öncesinde manevi destek almak isterim.	1	2	3	4	5
6	Manevi destek almanın stresimi azaltacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7	Yapılacak herhangi bir işlem (cerrahi, anjiyo, kateter takılması gibi) öncesinde manevi destek için hastaneye din görevlisi çağırılması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
8	Verilecek olan manevi destekten sonra daha da hızlı iyileşeceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
9	Yapılacak cerrahi, anjiyo ve kateter takılması gibi işlemlerden önce bir din görevlisi ile konuşmak isterim.	1	2	3	4	5
10	Hemşirelerden alacağım manevi desteğin bana güven duygusu kazandıracağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
11	Doktor tarafından verilecek olan manevi desteğin beni rahatlatacağını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
12	Hastane ortamında ibadetlerimi yapabileceğim bir ortamın olması benim hastalığım ile baş etmemde önemlidir.	1	2	3	4	5

Ek-3 Beck Anksiyete İndeksi Ölçeği (BAI)

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz a) Erkek b) Kadın
3. Medeni durumunuz a) Evli b) Bekar c) Boşanmış
4. Hangi Klinikte Çalışıyorsunuz?
a) Dahili Klinik b) Cerrahi Klinik c) Diğer (Diyaliz, kan
alma, vb.)
5. Eğitim Durumunuz?
a) Sağlık Meslek Lisesi
b) Lisans
c) Lisans üstü
6. Mezun Olduğunuz Bölüm?
a) Tıp Fakültesi
b) Hemşirelik
c) Sağlık Memurluğu
d) Ebelik
e) ATT
7. Meslekte Çalışma Süreniz.....
8. Klinikte Çalışma Süreniz.....
9. Manevi bakım hakkında bilginiz var mı? a) Evet b) Hayır
10. Daha önce manevi bakım hakkında eğitim aldınız mı? a) Evet b) Hayır
11. 10. Soruya cevabınız Evet ise eğitimi nerden aldınız?
a) Okul Döneminde
b) Hizmet İçi Eğitimlerde
c) Kongre, Panel, Sempozyum vb. Programlarında
d) Makale, Kongre Poster Bildirisi gibi Bilimsel Yayınlardan
e) Televizyon, radyo gibi basın organlarından

12. Manevi bakım ile ilgili aldığınız eğitim sizce yeterlimi?

- a) Evet b) Hayır

13. Manevi bakımla ilgili bilimsel bir yayın (makale, kongre poster bildirisi, dergi, vb.)

okudunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

14. Sizce manevi bakım preoperatif dönemde hastalar için gerekli mi?

- a) Evet b) Hayır

15. Sizce manevi bakım denince ne anlıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleleyebilirsiniz)

- a) Hastanın elini tutmak ve hastayı dinlemek
- b) Hastanın mahremiyetine saygı duymak
- c) Hastanın yoga vb. etkinlikleri yapmasına olanak sağlamak
- d) Hastanın bir din görevlisi ile görüşmesini sağlamak
- e) Hastanın yakınları ile görüşmesini sağlamak
- f) Hastaya müzik dinletip, film izleterek dikkatinin başka yöne çekilmesini sağlamak
- g) Hastanın Namaz kılmasını ve Kuran okumasını sağlamak
- h) Hastanın Dua etmesine uygun ortam hazırlamak

16. Hastaların manevi gereksinimlerini önemsiyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

17. Hastalarınıza manevi bakım uyguluyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

18. Soruya cevabınız evet ise hastalarınıza ne tür bir manevi bakım uyguluyorsunuz?

- a) Hastaları dinliyorum ve kendilerini ifade etmelerini sağlıyorum
- b) Hastaları Kuran okumaya ve Namaz kılmaya teşvik ediyorum
- c) Hastalar isterlerse hastaneye bir din görevlisi çağırıyorum
- d) Hastaların mahremiyetinin gizli tutulmasına özen gösteriyorum
- e) Hastaların müzik, dizi, film vb. programları izleyerek dikkatlerinin başka yöne çekilmesini sağlıyorum.
- f) Hastaların ibadetlerini yapabilecekleri uygun ortamları hazırlıyorum
- g) Hastaların yakınları ile görüşmelerini sağlıyorum

19. Hastalara uygulanan manevi bakımın hastaların iyileşmelerine faydası olacağını düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

20. Eğer 19. soruya cevabınız evet ise manevi bakımın hastalara ne tür bir faydası olacaktır?

a) Hastaların streslerinin azalacağını düşünüyorum

b) Hastaların tedaviye uyum sürecini hızlandıracağını düşünüyorum

c) Hastanın hastanede kalış süresini azaltacağını düşünüyorum

d) Hastalara güven duygusu kazandıracağını düşünüyorum



Ek-5 Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeği (MDATÖ)

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

Ek-6 Afyon Kocatepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Kararı

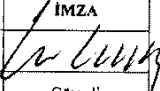
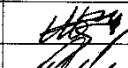
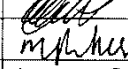
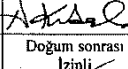
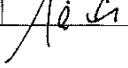
T.C. AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURUL KARARLARI

TOPLANTI SAYISI : 03

KARAR TARİHİ : 01.04.2016

KARAR 2016/27

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi İlyas KÜÇÜK'ün "Hastaların Manevi Destek Gereksinimlerinin ve Sağlık Profesyonellerinin Manevi Destek Algılarının Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tezi için hazırlanan Etik Değerlendirme Başvuru Formu ve Ölçeklerin etik açısından sakıncalı olmadığına oy birliği ile karar verildi.

ÜYENİN ADI SOYADI	İMZA
Prof. Dr. Mehmet KARAKAŞ (Başkan) Sosyal ve Beşeri Bilimler	
Prof. Dr. Abdullah ERYAVUZ (Başkan Yardımcısı) Sağlık Bilimleri, İnsan ve Hayvan Sağlığı	Görevli
Prof. Dr. H. Hüseyin BAYRAKLI Hukuk	
Prof. Dr. Mustafa GÜLER Sosyal ve Beşeri Bilimler	
Doç. Dr. Murat PEKER Fen Bilimleri ve Mühendislik Bilimleri	
Doç. Dr. Ahmet KARAARSLAN Fen Bilimleri ve Mühendislik Bilimleri	
Doç. Dr. Müjgan ÖZDEMİR ERDOĞAN Sağlık Bilimleri, İnsan ve Hayvan Sağlığı	Doğum sonrası İzinli
Doç. Dr. İ. Hakkı NAKİLCİOĞLU Güzel Sanatlar-Müzik	
Doç. Dr. İhsan Cemil DEMİR Meslek Yüksekokulları Temsilcisi	


Prof. Dr. Mehmet KARAKAŞ
Bil. Araş. ve Yayın Etik Kurul Başkanı

Ek-7 Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzni

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
AHMET NECDET SEZER ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE

"Hastaların Manevi Destek Gereksinimlerinin ve Sağlık Profesyonellerinin Manevi Destek Algılarının Belirlenmesi" konulu anket çalışmamızı Afyon Kocatepe Üniversite Hastanesi hasta, doktor ve hemşirelerine uygulayabilmemiz hususunda,

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Afyon Sağlık Yüksekokulu
 Hemşirelik Bölümü
 Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

26.01.2016

 Yrd. Doç. Dr. Yeliz CİĞERCİ

EK: Anket Formu

