



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI VE YÖNETİM ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN MANEVİ DESTEK
ALGILARININ BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ
BAKIM ALGILARI İLE İLİŞKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Asiye Nur ULUSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

TRABZON-2025

BEYAN

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

14.02.2025

Asiye Nur ULUSOY

İthaf

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



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez sürecim boyunca bilgi ve deneyimi ile bana her zaman rehberlik eden ve tezimin yazım sürecinde yardım ve desteğini esirgemeyen pek kıymetli danışmanım Prof. Dr. Birsal Canan Demirbağ'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimleriyle hem mesleki gelişimime hem de eğitim sürecime katkıda bulunan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Havva Öztürk, Doç. Dr. Aysel Özsaban ve Doç. Dr. Şule Bıyık Bayram'a,

Tez savunma sınavımda kıymetli görüş ve önerilerini benimle paylaşan değerli hocalarım Doç. Dr. Yeter Kurt ve Dr. Öğr. Üyesi Betül Bayrak'a

Yüksek lisans eğitimime başladığım günden bu yana her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen kıymetli arkadaşım Yeşim Topal'a ve ailesine,

Hayatım boyunca her zaman sevgi, destek ve anlayışlarını hissettiğim; her zaman yanımda olan, tüm bu süreçlerde en az benim kadar yorulan en büyük destekçim ve yardımcım olan biricik aileme,

Çalışmam boyunca bana destek olan tüm arkadaşlarıma,

Çalışmama katılan bütün hemşire meslektaşlarıma tüm kalbimle ve en içten duygularıyla sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Asiye Nur ULUSOY

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

ix

ÖZET

x

ABSTRACT

xi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Maneviyat

4

2.1.1. Maneviyat Kavramı

4

2.1.2. Holistik Yaklaşım ve Maneviyat

7

2.2. Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik

8

2.3. Hemşirelikte Manevi Bakıma Yönelik Gelişmeler

10

2.4. Maneviyat Yaklaşımında Hemşirelik Kuramları

12

2.5. Bireyselleştirilmiş Bakım

15

2.5.1. Hemşirelikte Bakım Kavramı

15

2.5.2. Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım Kavramı

16

3. GEREÇ ve YÖNTEM

19

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

19

3.2. Araştırma Soruları

19

3.2.1. Araştırmanın Değişkenleri

19

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

19

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

20

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

23

3.5.1. Veri Toplama Araçları

23

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu

24

3.5.1.2. Manevi Destek Algısı Ölçeği	24
3.5.1.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- A- Hemşire Versiyonu	24
3.5.2. Araştırma Verilerinin Toplanması	25
3.5.3. Araştırmanın Etik Yönü	26
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	26
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
4. BULGULAR	28
4.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	28
4.2. Hemşirelerin Manevi Destek Algısına İlişkin Bulgular	31
4.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulgular	35
4.4. Manevi destek Algısı ve Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	42
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	47
5.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	47
5.2. Hemşirelerin Manevi Destek Algıları ile İlgili Bulguların Tartışılması	48
5.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlgili Bulguların Tartışılması	52
5.4. Hemşirelerin Manevi Destek Algısı ve Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	57
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	63
EKLER	75
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	76
Ek 2. Kişisel Bilgi Formu	78
Ek 3. Manevi Destek Algısı Ölçeği	80
Ek 4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- A- Hemşire Versiyonu	81
Ek 5. Etik Kurul İzni	82
Ek 6. Kurum İzni	85
Ek 7. Ölçekler Kullanım İzinleri	89
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Örneklemi oluşturan hemşire sayısının hastanelere göre dağılımı	21
Tablo 2. Üniversite hastanesindeki hemşire sayısının servislere göre dağılımı	21
Tablo 3. Devlet hastanesindeki hemşire sayısının servislere göre dağılımı	22
Tablo 4. EAH- 1'deki hemşire sayısının servislere göre dağılımı	23
Tablo 5. EAH- 2'deki hemşire sayısının servislere göre dağılımı	23
Tablo 6. BBSA- Hemşire Cronbach Alpha değerleri	25
Tablo 7. Normal Dağılım	27
Tablo 8. Hemşirelerin kişisel özellikleri	28
Tablo 9. Hemşirelerin mesleki özellikleri	28
Tablo 10. Hemşirelerin manevi destek algısı puan ortalamaları	31
Tablo 11. Hemşirelerin kişisel özelliklerine göre manevi destek algısı puan ortalamalarının karşılaştırılması	31
Tablo 12. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre manevi destek algısı puan ortalamalarının karşılaştırılması	32
Tablo 13. Hemşirelerin BBSA- Hemşire puan ortalamalarının dağılımı	35
Tablo 14. Hemşirelerin kişisel özelliklerine göre BBSA- Hemşire puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 15. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre BBSA- Hemşire puan ortalamalarının karşılaştırılması	37
Tablo 16. Hemşirelerin manevi destek algısı puan ortalamaları ile BBSA- Hemşire puan ortalamaları arasındaki ilişki	43
Tablo 17. Manevi destek algısının BBSA- Hemşire üzerine etkisi	43
Tablo 18. Manevi destek algısının BBSA- Hemşire Klinik Durum alt boyutu üzerine etkisi	44
Tablo 19. Manevi destek algısının BBSA- Hemşire Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu üzerine etkisi	45
Tablo 20. Manevi destek algısının BBSA- Hemşire Karar Verme Kontrolü alt boyutu üzerine etkisi	45

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

BBSA- Hemşire	Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- A- Hemşire Versiyonu Ölçeği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAH- 1	Eğitim Araştırma Hastanesinin Birinci Kampüsü
EAH- 2	Eğitim Araştırma Hastanesinin Birinci Kampüsü
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBM	International Business Machines
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Maks	Maksimum
Min	Minimum
MDA	Manevi Destek Algısı Ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TDK	Türk Dil Kurumu
vb.	Ve Benzeri

Simgeler

β	Beta Katsayısı
d	Cohen Değeri
df	Serbestlik Derecesi
F	Anova Testi
n	Örneklem
η^2	Eta Kare
Ort	Ortalama
r	Korelasyon Katsayısı
SS	Standart Sapma
t	Bağımsız Gruplar t Testi
$\bar{x}$	Ortalama

ÖZET

Hemşirelerin Manevi Destek Algılarının Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisinin İncelenmesi

Araştırma, hemşirelerin manevi destek algıları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı tipte yapıldı. Araştırmanın evrenini, 30.01.2014- 27.02. 2024 tarihleri arasında, Trabzon merkezdeki dört hastanede çalışan 1350 hemşire oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise dört hastanenin dahili ve cerrahi servislerinde aktif olarak çalışan ve ‘Tabakalı Rastgele Örnekleme’ yöntemi ile seçilen 300 hemşire oluşturdu. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Manevi Destek Algısı” ve “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- A- Hemşire Versiyonu” ölçekleri kullanıldı. Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirildi. Veriler; frekans ve yüzde analizleri, ortalama ve standart sapma istatistikleri, pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleriyle incelendi. Bağımsız gruplar t-testi, Anova ve post hoc (Tukey, LSD) analizleri yapıldı. Hemşirelerin “Manevi Destek Algısı” toplam puan ortalamasının 49.78 ± 7.24 , “BBSA- Hemşire” toplam puan ortalamasının 4.22 ± 0.53 , “Klinik Durum” alt boyut puan ortalamasının 4.33 ± 0.55 , “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyut puan ortalamasının 3.99 ± 0.69 , “Karar Verme Kontrolü” alt boyut puan ortalamasının 4.24 ± 0.59 olduğu saptandı. Hemşirelerin Manevi Destek Algısı toplam puan ortalaması ile BBSA- Hemşire toplam, Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulundu ($p=0.000<0.05$). Sonuç olarak, hemşirelerin manevi destek algılarının ve bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek düzeyde olduğu; aralarında pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu kapsamda çalışma bulgularının, hemşirelik alanına katkıda bulunması ve sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları ile sunucularına hasta bakımı ve çıktılarının iyileştirilmesi yönünden yardımcı olması, ülkemizde yapılacak başka çalışmalar için fikir oluşturması ve kaynak niteliğini taşıması beklenmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bakım, Bireyselleştirilmiş Bakım, Hemşirelik, Manevi Bakım, Manevi Destek Algısı

ABSTRACT

Evaluation of The Relationship Between Nurses' Perceptions of Spiritual Support and Perceptions of Individualized Care

The research was conducted as a cross-sectional and correlational study to examine the relationship between nurses' perceptions of spiritual support and individualized care. The study population consisted of 1350 nurses working in four hospitals in central Trabzon between 30.01.2014 and 27.02.2024. The sample of the study comprised 300 nurses actively working in the internal medicine and surgical wards of the four hospitals, selected using the 'Stratified Random Sampling' method. Data were collected using the "Personal Information Form," "Spiritual Support Perception," and "Individualized Care Scale-A-Nurse Version" scales. The data obtained in the study were evaluated using the IBM SPSS 22.0 statistical program. Data were analyzed using frequency and percentage analyses, mean and standard deviation statistics, Pearson correlation, and linear regression analyses. Independent groups t-test, ANOVA, and post hoc (Tukey, LSD) analyses were performed. The nurses' "Spiritual Support Perception" total mean score was found to be 49.78 ± 7.24 , the "ICS-A-Nurse" total mean score was at 4.22 ± 0.53 , the "Clinical Situation" subdimension mean score was at 4.33 ± 0.55 , the "Personal Life Situation" subdimension mean score was at 3.99 ± 0.69 , and the "Decision-Making Control" subdimension mean score was at 4.24 ± 0.59 . A positive and weak correlation was found between the nurses' Spiritual Support Perception total mean score and the ICS-A-Nurse total, Clinical Situation, Personal Life Situation, and Decision-Making Control mean scores ($p=0.000<0.05$). In conclusion, it was found that nurses' perceptions of spiritual support and individualized care were at high levels, with a positive and weak correlation between them. In this context, the study findings are expected to contribute to the field of nursing, assist healthcare providers and presenters in improving patient care and outcomes, generate ideas for future studies in our country, and serve as a resource.

Keywords: Care, Individualized Care, Nursing, Spiritual Care, Spiritual Support Perception

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hemşireler sağlığı bozulan veya beklenmedik olarak ani bir şekilde gelişen hastalık durumuyla karşı karşıya kalan hastaların tedavi, bakım ve rehabilitasyonunda önemli bir yere sahiptirler. Hasta bireyler, tedavi süreçlerinde oluşan streslerini hemşirelerin bakım hizmetlerini içeren destek mekanizmalarıyla yönetebilmektedirler (1).

Bakım hizmetlerinde hastaya yönelik bakım yaklaşımı “holistik” yaklaşımdır. Hasta, holistik bakımda, fizyolojik, emosyonel, kültürel, sosyal, manevi ve ruhsal yönden bir bütün olarak ele alınır. Bütünlüğün sağlıklı olması bu alt grupların birbiriyle doğru etkileşimine bağlıdır (2). Holistik yaklaşım anlayışı, hastanın hastalığı süresince duyduğu gereksinimlerinin karşılanması anlamına gelmektedir. Bu gereksinimlerden biri olan manevi yaklaşım gereksinimi diğer gereksinimlerin yanında uzun yıllar boyunca daha az önemsenmiştir. Manevi bakım; hastanın yaşama isteğini çoğaltmayı, manevi yönlerini desteklemeyi ve kendine olan öz saygısını yükseltmeyi hedefleyen ve odak noktasına hastayı alan bir bakımdır. Maneviyat kelimesi öncelikle aklımızda ahlaki ve dini değerler olarak canlansa da hastanın hayat felsefesinin oluşmasını amaçlayan duygu ve düşüncelerini de içermektedir, salt dini inanışlar olarak değerlendirilmemelidir (3).

Manevi bakım yaklaşımının verilebilmesi için bu bakımı verenlerin de bu yaklaşım algılarının farkında olmaları gerekmektedir. Maneviyat; kişilerin şahsi değerlendirmelerini, kavramlar, insanlar veya nesneler arasında kurdukları bağlantı ve algılamalarını kapsayacak bir biçimde, engin bir yelpazede bakış açılarını anlamak ve söze dökmek üzere kullanılan çok boyutlu bir kavramdır (4). Yapılan araştırmalar; sağlık alanında maneviyyatın anlam ve değerinin tam olarak bilinmemesi nedeniyle manevi bakım yaklaşımında eksiklikler yaşandığından bahsetmektedir (4,5). Hastanın hem manevi potansiyelini arttıracak hem de manevi yönden duyduğu eksikliği kapatacak ihtiyaçlar, manevi ihtiyaçlardır. Bu ihtiyaçlar, fizyolojik ihtiyaçlardan farklı olarak; ölçümü zor, daha öznel daha tinsel ve daha karışık ihtiyaçlardır (6). Hemşirelerin bakım verdikleri hastaların manevi ihtiyaçlarının farkında olabilmeleri için, sahip oldukları bireysel maneviyyatlarının da bilincinde olmalarının bakım vermede önemli olduğu bildirilmektedir (5, 7, 8). Manevi bakımın kalitesini; hemşirelerin edinmiş oldukları kişisel düşünce yapıları, manevi ihtiyaçlara ve manevi bakıma yönelik tutumları, bireysel yaşamlarına yönelik sergiledikleri bakış açıları belirlemektedir. Hastayı her daim bakım uygulamalarıyla destekleyen bir hemşirenin; manevi ihtiyaçlar konusunda da yeterli donanım, bilgi ve ustalığa sahip olması icap etmektedir (5). Hemşireler; hastaların

manevi başa çıkma yöntemlerini, bu yöntemlerin yorumlanmasının nasıl olacağını ve bu yöntemleri uygulamaya nasıl dökceklerini kavramış olmalıdırlar. Çünkü hastanın sağlığını koruması veya yeniden kazanması döneminde maneviyat, iyileşme dönemine pozitif yönlü olarak tesir etmektedir. Fakat güncel araştırmalarda, bütün bu olumlu düşüncelere zıt olarak, hemşirelerin manevi bakıma yönelik girişimlerinin, verilen bakım hizmetlerinde yeterli nitelikte olmadığı tespit edilmektedir (5, 9, 10). Hemşirelerin manevi bakım uygulamalarında; düşünce yapılarının, bireysel olarak hayata karşı duydukları istek ve ümidin, hastanın ihtiyaç duyduğu manevi bakımın önemini kavramış olmalarının, bu hususta sahip olunan duyarlılığın, işin sağladığı koşul ve durumların, diğer sağlık profesyonelleri ile olan etkileşimleri gibi pek çok etkenin önemli birer rol oynadığı bilinmektedir (5).

Bakım sırasında manevi desteğin yetersiz kalması; hastaların hayat doyumunda düşüş olmasına, alınan bakımdan memnun kalınmamasına, tedavinin daha zorlu geçmesine, kurum olanaklarının yeterince değerlendirilememesine ve masraflarında artış göstermesine yol açmaktadır (7). Manevi desteğin; sağlık hizmetlerindeki yeri, hastanın yaşamındaki önemi, sağladığı yarar ve eksikliğinde oluşan sorunlar incelendiğinde; sağlık hizmetlerinin sunumunda manevi bakımın yer almasının ne kadar önemli olduğu görülmektedir (11). Manevi bakıma yönelik pek çok ülkede, hastaların manevi gereksinimlerini karşılamak üzere sağlık kuruluşlarında dini personellerden de yararlanılmaktadır. Ancak tüm sağlık profesyonellerinin bilhassa hastayla birebir etkileşim halinde olan hemşirelerin, bu hususta önemli fonksiyonu olduğu bilinmektedir. Manevi bakım yalnızca din adamlarının çalışma alanı olarak görülmemelidir. Maneviyat, hemşireliğin ontolojik (varoluş felsefesi) dayanağının ve insani boyutunun göz ardı edilemez önemli bir parçasıdır (12).

Hemşireliğin başlıca hedefi, hastaların iyilik halinin devamlılığının sağlanması ve ileriye taşınması, bakım ise hemşireliğin başlıca çalışma alanıdır. Bakım kavramı sağlık disiplinleri içerisinde ele alındığında da hemşirelik mesleği ve hemşirelik bakımı ön plana çıkmaktadır. Hemşirelerin hastaya özgü kaliteli bir bakım hizmeti sunabilmeleri, bütüncül bir yaklaşımla, bu yaklaşımın hususlarına yönelik bakım uygulamalarını da içine alan girişimlerde bulunmalarına bağlıdır. Hemşireler hastaya özgü bakım yaparken hastanın sahip olduğu inançları, değerleri, kültürü, geleneksel yapısı vb. bireye özgü olan pek çok etkeni dikkate almalıdırlar. Bireyselleştirilmiş bakım olgusu uzun yıllardan beri hemşirelik bakım yaklaşımıdır (13). Geleneksel bakıma bir seçenek olarak gelişen bireyselleştirilmiş bakım, günümüzde de giderek artan bir ilgiyle öncelikler arasında yer almaktadır (14, 15).

Hemşirelik bakımının, hastanın; inanç, fikir, yönelim, yaşantı, his, değer ve yargılarına göre planlanması ve yürütülmesi, bu planlama ve uygulama dönemlerinde hastanın aktif rol almasının sağlanması, bireyselleştirilmiş bakımı ifade etmektedir (16). Bu bakım yaklaşımı, hastanın iyileşme sürecine ve yapılan uygulamalara adaptasyonunu arttırmakla beraber, hastaya önemli ve kıymetli olduğu duygusunu da yaşatmaktadır (13). Hastaları tek tek değerlendirmek, bireysel hayatını ve klinik seyrini önemsemek, yapılacak girişimlerde karar verici olmasını sağlamak bakımın bireysel olarak yapıldığını gösterir (17). Bireyselleştirilmiş bakım; malpraktis sayılarını, enfeksiyon ve ölüm oranlarını da düşürerek, sağlık bakım hizmetlerine de olumlu etkiye bulunmaktadır (18). Hastanın; fikirleri, hisleri, manevi yaklaşımı, inanç, değer ve yargıları bireyselleştirilmiş bakımın odak noktasındadır (19- 22).

Literatürde yapılan çalışmalar, manevi bakımın; hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini arttırdığını, hastanın anksiyetesini azaltarak, bireyin sağlık durumuna pozitif yönlü bir katkıda bulunduğunu göstermektedir (16). Manevi bakımın bireyselleştirilmiş bakım planı doğrultusunda yapılması da iyileşme sürecinde daha da etkili olmaktadır. Bu doğrultuda literatür incelendiğinde, hemşirelere yönelik bireyselleştirilmiş bakım algıları ile manevi destek algılarını ayrı ayrı değerlendiren çalışmalar olmasına rağmen; bireyselleştirilmiş bakım algıları ile manevi destek algılarını karşılaştıran bir çalışmanın bulunmaması dikkat çekicidir. Bu eksiklikten yola çıkılarak, çalışmanın amacı, hemşirelerin manevi destek algıları ve bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere planlanmıştır.

1. GENEL BİLGİLER

2.1. Maneviyat

2.1.1. Maneviyat Kavramı

Maneviyat/spiritualite sözcüğü kökenini Latin dilinde soluk, nefes anlamlarını taşıyan “spiritus” sözcüğünden almaktadır. Maneviyat kelimesi, Arapça manevi ve mana kelimelerinden türemiş olup; ruhi, tinsel, soyut, maddesel olmayan, inanış ve manevi dünya ile ilişkili olan, duyu ile hissedilebilen, görünür olmayan, kalp ile algılanan, manevi şeyler olarak ifade edilmektedir (23). Türk Dil Kurumu’nda (TDK) yer alan anlamlarına baktığımızda ise;

“Erdem, ahlak, inanç vb. değerler bütünü”, ‘maddi olmayan, manevi şeyler, moral’ anlamlarını taşıdığı görülmektedir (24).

Maneviyat ile ilgili tanımların içeriği analiz edildiğinde; bireyin sahip olduğu hayat görüşü, tüm inanç ve değerleri ile içsel dünyasını ifade eden bir kelime olduğu görülmektedir. “Bağlılık”, “birey için hayatın anlam ve amacı” ile “aşkınlık” terimleri maneviyatın tanımındaki temel unsurlardır. Maneviyat, bireylerin; anlam, amaç ve aşkınlığı arama ile dışa vurma biçimlerini ifade eden, insanlığın dinamik ve içsel bir yönüdür. Maneviyat aynı zamanda bireyin; benliğine, ailesine, çevresine, içinde yaşadığı topluma, doğaya ve kutsal olana duyduğu bağlılık duygusuyla bağlantılıdır. Maneviyat; inançlar, değerler, gelenekler ve uygulamalar yoluyla ifade edilir (25). Maneviyat tanımının önem arz eden bir başka unsuru ise “enerji” kavramıdır. Bu kavram, bireyin benliğinde bulunan ateşi ifade etmektedir. Maneviyat ise bireyin içinde barındırdığı, var olan enerjisini yönlendiren ve birleştiren bir güçtür (26). Bireyin duygu durumu ile maneviyatı arasındaki bağda da duruma göre farklılıklar yaşanmaktadır. Bağışlama, huzur, sevgi, iyilik hali, ümit etme vb. duygular ile maneviyat arasında farklı bağlantılar görülebilmektedir. Bireyin sahip olduğu his dünyası, yine sahip olduğu maneviyatının bir yansıması olarak oluşabileceği gibi, maneviyatının bir parçası şeklinde de dışa vurabilir. Dini inançlarla temellendirilen manevi bir tutumda “korku” ve “suçlu hissetme” gibi negatif duyguların maneviyatla bağdaştırılması buna bir örnek olarak verilebilir. Bu ve benzeri negatif duyguların daha çok, dinsel inanışlarda yaşanabilen yanlış algılamalar sonrasında olduğu görülmektedir (23).

Geçmişten bu yana maneviyat kelimesinin tanımlanması ve anlamlandırılmasını incelediğimizde, yaşanan zaman ve topluluğun yapısına göre farklılıklar olduğu

görülmektedir. Maneviyat, orta çağın başlarında Hristiyanlar arasında Tanrı'nın yaşamı etkilemesi olarak görülürken, orta çağın ilerleyen dönemlerinde bireyin ruhi dünyası ile, yeni çağın başlarında ise kilise ile ilişkilendirilmiştir. Modern anlamda ilk kullanımı, yeni çağın ortalarına gelindiğinde Fransa'da görülmektedir. Bu dönemde maneviyat, dua ve mistisizm ile bağdaştırılmıştır. İlerleyen yüzyıllarda ise ortaya çıkan "Aydınlanma Felsefesi" maneviyatın modern tanımının temellerini oluşturmuştur (23). "Aydınlanma Felsefesi" ise 17. Yüzyılda başlayan ve etkileri günümüze kadar ulaşan aydınlanma hareketinin dayandığı felsefedir. İnsanoğlunun yaşamın amacı ve anlamı gibi sorulara akıl yolu ile cevap arayışına girmesi aydınlanma hareketini, dolayısıyla aydınlanma çağını başlatmıştır. Aydınlanma felsefesi ile insanoğlu, dogmatik inanç yapısı ve kilise öğretilerini bir tarafa bırakarak tüm sorunların çözüm merkezine akıllı koymuş, mantıklı cevaplar aramıştır (27). Aydınlanma hareketinin başlangıcı ile sanayi devrimi, globalleşme ve laikleşme süreçleri ile insanoğlu akıllı ve bilimi merkeze alan modern bir yaşam düzenine geçmiştir. Sanayi devrimi ile yeni iş alanları oluşmuş, bu durum göç hareketliliğini getirmiş, tüm bunların sonucunda ise insanoğlu başka kültürler, inanışlar ve hayatlar ile tanışmıştır. Bilimde yaşanan ilerlemelerle insan ömrü uzamış, iletişim ve ulaşım yolları gelişerek bilgi paylaşımı ve erişimi kolaylaşmıştır. Laikleşmenin etkisi ile insanoğlu çağdaş kuram ve değer yargılarına yönelmiş, bu durum dinin sosyal yaşama olan tesirini azaltmıştır (23). Modernleşen ve bilimi merkezine alan Dünya'da maneviyat kavramı zamanla geri planda kalmış; ancak II. Dünya Savaşı ile yeniden önem kazanmaya başlamıştır. Savaşın yaşam şartlarını düşürmesi, yaşanan ekonomik zorluklar ve can kayıpları insanoğlunu çözüm arayışına itmiş, bilim yolu ile istediği yanıtları alamayan insan yeniden "maneviyata" yönelmiştir (28).

Maneviyatın modernizm öncesinde din ve din adamları ile bağdaştırılması manevi baş etme yöntemlerinin de etrafı din ile çizili dar bir alanda kalmasına neden olmuştur (26). Modernizm sonrası çağdaşlaşan, toplumdan uzaklaşan ve yalnızlaşan insanoğlu, bireysel yaşamı öne çıkaran hayat tarzını benimsemeye başlamıştır. Bu bireyselleşme ise yalnızlık, depresyon ve üzüntü hissiyatının yaşanmasına neden olmuştur. İnsanın hayatın anlamını ve iç huzurunu yeniden aramaya başlaması ise maneviyata olan ilginin ve yapılan çalışmaların artmasına yol açmıştır. Sonuç olarak modernizm sonrası insanın anlam arayışının değişimi maneviyat kelimesine yüklenen anlamda da değişikliğe yol açarak, insanoğlunun hayatında yeniden önem kazanmaya başlamıştır (23).

Çağımızda maneviyatın, salt dini değerlerle değil, dini de kapsayan; fakat dini inanışları da aşan bir boyutta geniş bir yelpazede kullanımı yapılmaktadır. Bugün gelinen noktada günümüz tanımında maneviyat, dini uygulamaları barındırabilir veya barındırmayabilir (26). Bazı insanlar maneviyatlarını yaşamları boyunca dua, tefekkür ve meditasyon yaparak geliştirirler. Bazı insanlar ise aile içindeki bozulmuş ilişkilerden veya başka sebeplerden dini inançlar ve uygulamalarla çatışırlar. Bu sebeple de bu yoldan uzaklaşırlar. Tanrı'nın varlığına inanmayan bireyler bile maneviyat aracılığıyla, ilham, hayatın anlamı ve amacını bulabilirler (29).

Her bir bireyin manevi dünyası ve maneviyatının gelişimi bireysel farklılık gösterir. Manevi gelişime katkıda bulunan pek çok metot bulunmaktadır. Maneviyatla ilgili metinler okumak, yoga veya meditasyon uygulamalarına katılmak, dua etmek, ritüeller düzenlemek veya bir gruba üye olmak bu metotlara örnek olarak verilebilir. Meditasyon bireyin zihinsel ve fiziksel olarak rahatlamasını sağlarken; stresten uzaklaştırır. Dua, bireyin yaratıcısı ve iç dünyası ile irtibata geçmesini sağlar ve bireye huzur verir. Yoga uygulaması ise bireyin odak noktasına kendisini almasına, kendisini keşfetmesine ve iç huzura ulaşmasına yardım eder (26).

Maneviyat kişinin iç dünyası, değerleri, yargıları ve inanışları ile alakalıdır; kendisi de dahil diğer bireylerle ve kainatla kurduğu bağlarını da içine alır. Bireyin yaşayabileceği zor olaylarda, hasta olma halinde veya yaşam mücadelesinde sahip olduğu maneviyat önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda maneviyatın, hastanın iyileşme sürecinde de göz önünde bulundurulması elzemdir. Maneviyatın hastanın hastalıkla mücadelesinde, baş etme stratejisini geliştirmesine katkı sağlayan, dikkate alınması gereken bir etken olduğu bildirilmektedir (26). Hastaların önemli bir kısmında, maneviyatın; hastanın başa çıkma stratejilerine kaynak sağlayabileceği, ağrı yönetimini geliştirebileceği, cerrahi sonuçlarını iyileştirebileceği, depresyona karşı koruyabileceği, madde bağımlılığı ve intihar riskini azaltabileceği belirtilmektedir (29).

Manevi yolculuk; güçsüzleşme, ölüm, acı çekme ve iyileşme süreci ile anlamlı bir bağ kurulmasını sağlar. Bu durum hem hastalar hem de sağlık profesyonelleri için anlam arayışına cevap bulma ve tıbbın duygusal olarak zorlayıcı yönleriyle başa çıkma konusunda fayda sağlar. Sağlık uygulamalarında hedef; sağlığı korumak, acı ve ızdırabı azaltmak, hastaları iyileştirmek, bakım vermek ve erken ölümün önüne geçmektir. Bu hedeflere ulaşmak için, bedenin ötesinde açıklanan; duygusal, zihinsel ve ruhsal sağlık dahil olmak

üzere sağlığın tüm yönlerini ele alan, kapsayıcı bir tutum sergilenmelidir (30). Hastaya tüm yönlerini kapsayan bir bakım verebilmesi için; din, manevi bakım ve maneviyat tanımlarını da incelemek ve keşfetmek gerekir (20). Bu bağlamda, hastanın sağlığının bütünsel birçok yönünün kabul edilmesi aynı zamanda etik bir zorunluluktur. Hastanın ruhi yöndeki ihtiyaçları ve bu ihtiyaçlarının sağlığı üzerindeki önemli etkileri göz ardı ediliyorsa, bu aynı zamanda o hastanın tam anlamıyla bir bakım almadığını da göstermektedir. Hastaların manevi yönleri ve ihtiyaçlarının, sağlık ve hastalıkla ilgili bireysel deneyimleriyle bağlantılı olduğu kabul edilmelidir. Bu, hastaların özerkliğini ve benzersizliğini kabul eden, yaşam hedeflerine saygı duyan bir bakım yaklaşımı için esastır (30).

2.1.2. Holistik Yaklaşım ve Maneviyat

Maneviyat, hastaların hastalıkları ve rahatsızlıklarıyla başa çıkmalarına olumlu katkıda bulunan temel bir yaşam boyutudur. Maneviyatın hemşirelik mesleğindeki yerini anlayabilmek için, bütünsel/ holistik hemşirelik bakımı kapsamında insanın bir parçası, bir yönü olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Maneviyat, insan olmanın öznel ve çok boyutlu bir bileşeni olarak tanımlanan geniş bir kavramı temsil etmektedir (31).

Maneviyat, Florence Nightingale'den beri çağdaş hemşireliğin odak noktalarından biri olmuştur. Nightingale maneviyat kavramının, diğer sağlık profesyonellerinden ayrı olarak hemşirelik alanında büyük bir öneme sahip olduğunu vurgulamıştır (32). Hemşirelik uygulamalarına ilişkin çoğu model ve teoride maneviyat, hasta refahının bir yönü olarak kabul edilir ve bu yüzden manevi bakım da hemşirenin rolünün bir parçası olarak tanımlanır (33). Maneviyat, hemşireliğin öncü isimleri tarafından da dini inanç sınırlarının ötesinde bir olgu olarak tanımlanmıştır. Hemşireliğin meslekleşmesini sağlayan Nightingale, aynı zamanda hemşirelik bakımında bütünsel yaklaşımın öncülerinden biri olmuştur. Nightingale maneviyat kavramı ile ilgili; bedenimizi oluşturan tüm doku ve organlar sağlıklı olmaya nasıl etki ediyorsa manevi ihtiyaçların da bir o kadar etki ettiğini, tam bir iyilik hali için manevi ihtiyaçlarında önem taşıdığını ifade ederek hemşirelik bakımındaki önemini vurgulamıştır (32). 1960'lara gelindiğinde holistik bakım kavramı sağlık gündeminde yer edinmeye ve önemini arttırmaya başlamıştır (34). Joyce Travelbee ise 1971 senesinde maneviyatın hemşirelik bakımının her alanında önemli olduğunu; bir hemşirenin hastanın yalnızca fizyolojik, bedensel rahatsızlıklarına yönelik değil hem ruhsal hem de bedensel bütün rahatsızlıklarına yönelik bütünsel bir bakım vermesi gerektiğini ifade ederek anlatmıştır (26).

Literatürde holistik bakımın hemşirelik mesleğinin kaynağı olduğu; ayrıca sorumluluk, bağlılık, umut ve sevginin bu bakımın ayrılmaz parçaları olduğu belirtilmektedir. Holistik bakım, bireyin; fiziksel, zihinsel, duygusal, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönleriyle bir bütün olarak ilgilenen kapsamlı bir bakım modelidir. Holistik hemşirelik yaklaşımı, hastayı tedavi ve bakım sürecine dahil ederek; hastaların farkındalığını, özgüvenini ve yaşam kalitesini iyileştirir. Hastaya holistik bakım vermek hemşirelik bakım kalitesini iyileştirir, bakımla ilişkili uzun vadeli maliyetleri düşürür ve hem hasta hem de hemşire memnuniyetini artırır. Bakım verme rolü ise, hemşirelik mesleğinin özerkliğini sağlar. Bakım verme rolü, hemşireliğin en eski rolüdür ve hem geleneksel hemşirelik uygulamalarının hem de modern hemşirelik rollerinin temelini oluşturur (35).

Holistik bakım; ruhsal, fiziksel ve zihinsel boyutlardan oluşmaktadır ve manevi bakım holistik bakımın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir (36). Güncel çalışmalar, uygulama kılavuzları ve bakım yaklaşımı, manevi ihtiyaçların holistik bakımın odak noktalarından biri olduğunu ve kişinin hayat kalitesinin yükseltilmesinde önemli bir yere sahip olduğunu kabul etmektedir (37).

Literatüre göre manevi bakım; terapötik bir yapıya sahip, karmaşık ve çok yönlü bir olgudur. Manevi bakım sunma süreci etkileşimlidir ve hastaların manevi ihtiyaçlarının belirlenmesi ve değerlendirilmesiyle başlar (25, 26).

2.2. Manevi Destek Algısı ve Hemşirelik

Manevi destek, hemşire ile hasta arasındaki ilişkiye, güvene ve multidisipliner bir ekip yaklaşımına dayanmalıdır; çünkü hastaların iç huzur, umut, rahatlık ve ruhsal iyilik gibi duygularının teşvik edilmesi hayati öneme sahiptir. Literatür, hemşirelerin manevi bakımın sağlanmasında temel unsur olduğuna ve rolünün önemine vurgu yapmaktadır (31). Manevi bakım ile birey hastalık sürecinde etkili baş etme yöntemleri geliştirebilir, hayatın amacını keşfedebilir ve yaşamını anlamlandırabilir (32). Bu süreçte hemşirelerin manevi destek algılarını güçlendirmiş olmaları gerekmektedir.

Manevi destek; hastanın sağlığının bozulduğu, yaşam rutinlerinin değişime uğradığı veya yaşamının amaç ve anlamına yeniden yön vermeye çalıştığı durumlarda; hastanın inanışları doğrultusunda, uzmanlaşmış bir biçimde rehber ve danışman olabilmek, destek sağlayabilmektir. Manevi desteğin amacı; yaşamın herhangi bir döneminde hastaların yaşayabileceği hüznün, yas, kayıp, umutsuzluk vb. durumlarda, yaşamın anlamını yeniden

bulabilmelerine yardımcı olmaktır. Hastanın iç huzurunu yeniden kazanabilmesi için gerekli desteği sağlamaktır (38). Literatürde de manevi desteğin potansiyel olarak terapötik nitelikte olduğu tanımlanmaktadır. Manevi destek, hastaların ihtiyaçları doğrultusunda bütünsel bir yaklaşıma dayalı olarak, hasta ve sağlık personeli arasındaki etkili bir ilişki ve iletişim temelinde verilebilir. Etkili bir iletişim elde etmek için ise empatik bir bakım yaklaşımı ve hasta ile güvenilir bir ilişki kurulması zorunludur. Manevi destek aynı zamanda hem kişilerarası bir kavram hem de daha yüksek bir güç veya Tanrı ile yakın ve şefkatli bir ilişkiye veya kutsal olan ile yakınlığa bağlı, çok odaklı bir kavramdır. Ayrıca manevi desteğin bir diğer niteliği de hastalar üzerinde olumlu etkisinin bulunmasıdır (31).

Hemşireler holistik bakım yaklaşımı ile hastalarına hizmet verirken zaten manevi bakım ihtiyaçlarını da belirlemeye yönelik girişimlerde bulunacaklardır. Bireyin; bağlı olma, aşkın veya kutsal olanla bağ kurma isteği, yaşamın gayesini bulma ve anlamını özümseme, ümit etme gibi ruhanî ihtiyaçları, manevi ihtiyaçları olarak belirtilmektedir. Hastaların manevi ihtiyaçlarını gideremediklerinde oluşan strese ise manevi stres denilmektedir. Hastanın yaşadığı ıstırap, korku ve tedirginliklerine yönelik bir anlam arayışına girmesi, hayatı yeniden anlamlandırma çabalarına karşılık bulamaması, hastada manevi strese yol açmaktadır (26, 39).

Manevi bakım vermek, hastaların manevi ihtiyaçlarının karşılanması, hastanın bakımıyla ilgilenen hemşire tarafından sadece bir “uygulama adımı” olarak görülmemelidir. Hemşire, manevi desteğe ihtiyacı olan hastasının içsel dünyasını oluşturan; hissiyat, fikir ve endişelerini duyumsamalı, hastanın duygu ve fikirlerini bütünleştirerek hastayı tüm yönleriyle ele almalıdır. Hemşireler, mesleğin gerekliliklerinin bilincinde ve multidisipliner bir iş birliği içerisinde hastalarının manevi gereksinimlerini belirleyebilmelidirler. Manevi gereksinimlerin karşılanması için; hemşirelik bakımında maneviyata yönelik girişimlerin de yer alması zorunludur. Hastaların; hasta olma, tedavi sürecinin getirdiği belirsizlikler ve endişe varlığı gibi güç ve anlam arayışında oldukları zamanlarda, bir hemşire tarafından manevi destek görmeleri çok kıymetlidir. Bir hemşirenin hastasına bu yönlü bütünsel bir bakım verebilmesi için; hastanın algı durumunun farkında olması, sosyo-kültürel ve etnik kökeninin hastalığına olabilecek yansımaları hakkında hem yeterli bilgi ve donanımının bulunması hem de uzmanlaşmış olması gerekmektedir (32). Bir hemşire değerlendirme yaparken manevi bakımı salt hastanın sözel bir istekte bulunması durumunda vermemeli, hastanın sözsüz eylemlerini de dikkate almalıdır. Bir hasta, hemşiresine “Niye bu durumu

ben yaşıyorum?”, “Bu hastalık niçin beni buldu?” şeklinde ifadelerde bulunduğu, hemşirenin hastanın manevi desteğe ihtiyacı olduğunu kavraması, bunu kavrayabilecek nitelikte olması gerekmektedir. Hastanın bakımı ise manevi destek uygulamalarını da içerecek şekilde düzenlenmeli ve yapılmalıdır (28).

2.3. Hemşirelikte Manevi Bakıma Yönelik Gelişmeler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafınca kabul gören Evrensel Hasta Hakları'nda manevi destek kavramı yer almaktadır. 1981'de Lizbon'da yapılan, hemen hemen her ülkeden tabip odalarından katılımcıların bulunduğu toplantıda, ‘Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi’nin 11. maddesinde de hastanın manevi destek talep etmeye hakkı olduğu:

“Hastanın kendi inandığı dine mensup bir din adamının yardımını da içinde olmak üzere ruhi ve ahlaki bir teselli istemeye veya reddetmeye hakkı olduğu” şeklinde ifade edilmektedir (40).

Ülkemizde 01.08.1998 senesi 23420 sayılı resmî gazetede ilan edilen Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 38. maddesinde ise manevi destek uygulaması:

“Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiçbir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir.” şeklinde açıklanmaktadır (40).

Ülkemizde 07.01.2015 tarihinde Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan “Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İş Birliği Protokolü” ile de hastanelerde manevi destek hizmetlerinin pilot uygulamasına başlanılmıştır (40). Ancak manevi desteğin hasta bakımı ve yaşam kalitesi yönünden olumlu etkileri vurgulanmasına rağmen uygulamaya entegre edilmesinde engeller olduğu görülmektedir. Literatürde manevi bakımın sunulması sırasında hemşireler tarafından tanımlanan başlıca engeller; manevi bakım verme konusunda eğitim ve donanım eksikliğinin bulunması, yeterli zamanın olmaması ve manevi bakımla ilgili net yönergelerin bulunmaması ile maneviyat

kavramının öznel ve soyut bir kavram olmasından dolayı tanımlanmasının da zor olması olarak belirtilmektedir. Hemşireler ayrıca, maneviyat kavramının öznel bir kavram olduğunu; bu yüzden bakım sırasında kavramın tartışılmasının da zor olduğunu ifade etmektedirler (31, 41, 42). Manevi bakım verme sırasında karşılaşılan bu zorluklar manevi bakıma yönelik olumsuz tutumlara da yol açabilir. Hemşirelerin iş yükünün çok olması ve sayıca yetersiz olmaları; hasta bakımı için ayrılan zamanı, manevi bakımı ve bu bakımın rol modelliğini sınırlamaktadır. Uygulama ortamında manevi bakımın rol modelliğinin sınırlı ve tutarsız olması, hemşirelik öğrencilerinin de manevi bakım sanatını deneyimleyemeden mezun olmalarına neden olmaktadır (43, 44).

Manevi bakımın sağlanması temelde maneviyatın anlaşılmasında yatmaktadır (43). Hastalığın fiziksel yönlerine odaklanan ve sıklıkla manevi ihtiyaçları göz ardı eden geleneksel tıbbi sağlık bakım modeli holistik bakım için bir tehdit oluşturmaktadır (45). Araştırmalar, hastaların sağlık personelleriyle maneviyatı tartışmaya ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Bu durum aynı zamanda hasta ile güven bağı oluşturmak ve hasta- sağlık personeli arasındaki ilişkiyi geliştirmek için de bir fırsat sunmaktadır. Sağlık personelinin hasta ile maneviyat kavramını tartışmasının önündeki en yaygın olarak belirlenen engellerden birinin bilgi ve/veya eğitim eksikliği olduğu bildirilmektedir (46). Hemşirelik ders müfredatında da maneviyat kavramı asgari düzeyde işlenilmektedir. Bu durum ise hemşirelerin mezuniyet öncesinde de manevi bakım konusunda yeterli donanıma sahip olmamalarına neden olmaktadır (45, 22).

Maneviyat, bir umut kaynağı olarak hastaların hastalıklarla başa çıkmalarına yardım edebilir (47). Bu yüzden, sağlık profesyonelleri hasta bakımını planlarken ve uygularken manevi girişimlere de yer vermelidir. Çünkü manevi ihtiyaçların göz ardı edilmesi hastaların fiziksel ve duygusal semptomlarını kötüleştirebilir ve hastalıkla başa çıkma yeteneklerini azaltabilir (47, 48). Yapılan çalışmalar maneviyata önem veren bireylerin daha düşük kan basıncına, daha az kalp sorununa, kalp ameliyatından sonra daha iyi sonuçlara ve daha uzun yaşam süresine sahip olduğunu göstermektedir (49). Manevi bakım üzerine yapılan çalışma bulgularına göre manevi başa çıkma stratejilerinin; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV (Human Immunodeficiency Virus), yüksek kolesterol, serebrovasküler hastalıklar, immünolojik bozukluklar ve özellikle çoğu kanser türü üzerinde olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir (50- 52). Flannelly ve arkadaşları ise yeterli manevi destek alamayan hastaların yoğun bakım ünitesinde tedavi olurken hayatlarını kaybetme olasılıklarının daha

yüksek olduğunu bildirmektedirler (53). Maneviyat ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında, manevi destek uygulamalarına; kurum ve/ veya sistemin yapısal etmenleri, sağlık profesyonelinin manevi destek algısı ve farkındalığı, bakım verilen hastanın maneviyata bakış açısı, içsel dünyası ve yaşama biçimi ile dini olgular ve kültürün etki ettiği gözlenmektedir (28).

Manevi bakım holistik bakımın vazgeçilmez bir parçası ve temeli olduğundan hastaların manevi değerlerini anlamak hemşireler için oldukça önemlidir. (54). Hemşireler, hastalarının manevi uygulamalarını ve ihtiyaçlarını belirleyen, bu ihtiyaçların giderilmesi için gerekli hemşirelik girişimlerini planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık bakım profesyonelleridir (26, 51). Bu yüzden hemşirelerin hastaların manevi gereksinimlerinin de olduğunu ve bu gereksinimlerinin karşılanması gerektiğini kabul etmeleri gerekmektedir (54). Hemşire bakım verirken bakım verdiği hastayı yargılamamalı, hastanın özerkliğine saygı göstermeli ve karşılıklı güven ilişkisi kurmaya çalışmalıdır (32, 51). Bununla beraber manevi bakımın verilmesinde hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin kişisel görüş ve algılarının etkinliği göz ardı edilmemelidir. Hemşirelerin maneviyata ve manevi bakıma yönelik sahip oldukları duyarlılık ve algıları da manevi bakım sağlamalarında önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda manevi bakımın sağlanabilmesi için hemşirelerin öncelikle kendi maneviyatlarını ve bakımla ilişkilerini de keşfetmeleri gerekmektedir (26, 51, 55).

2.4. Maneviyat Yaklaşımında Hemşirelik Kuramları

Geleneksel, tıbbi bakım modelinde hastanın hastalığına odaklanılarak, yalnızca hastalıklı dokunun iyileştirilmesi ön planda tutulmaktaydı; hastanın ruhi ve manevi yönleri ise göz ardı edilerek, hasta bütüncül bir şekilde değerlendirilmemekteydi. Modern bakım yaklaşımlarında ise hasta fiziksel, ruhsal, manevi ve sosyo-kültürel olmak üzere tüm yönleri ile ele alınarak bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmektedir (56).

Florence Nightingale hem modern hemşireliğin temellerini atan hem de hastayı bütüncül bir yaklaşımla değerlendiren ilk hemşirelerden biri olarak görülmektedir. Nightingale, hastayı bütüncül bir yaklaşımla ele almış, hastanın bakımında manevi boyutun önemini ise; ruhsal sağlığın da bedensel sağlık kadar önemli olduğu, manevi ihtiyaçların da karşılanması gerektiği ve ruhi yönden kaynaklanan bir rahatsızlığın da bedensel rahatsızlıklara yol açabileceği şeklindeki sözleriyle ifade etmiştir (56).

Virginia Henderson’da hemşirelik bakımında bütüncül bakım yaklaşımını benimsemiş ve 14 temel insan gereksinimi olduğunu ifade etmiştir. Henderson’ın kuramına göre insan; fizyolojik, psikolojik, spiritüel ve sosyo-kültürel boyutlarının bileşiminden oluşmaktadır. Henderson, 14 temel insan gereksinimini ise bu boyutlar doğrultusunda tanımlamıştır. Bu 14 temel insan gereksinimine baktığımızda ise, gereksinimlerden birinin hastanın inancına göre ibadet etmesi olduğu görülmektedir. Nightingale ile eş değer görülen Henderson’da bütüncül bakıma önem vermiş ve bakımda hastanın maneviyatını önemli bir unsur olarak görmüştür (57).

Bir başka hemşirelik kuramcısı olan Abdellah, insanı fizyolojik, ruhsal ve emosyonel ihtiyaçları olan bir varlık olarak ele almıştır. Abdellah, 21 hemşirelik sorunu tanımlamış ve hemşirelik bakımının hastayı odak noktasına alması gerektiğini ifade etmiştir. Holistik hemşirelerden biri olarak kabul edilen Abdellah da tanımladığı 21 hemşirelik sorunu içerisinde hastanın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması yanı sıra ruhsal yönünün de desteklenmesi, hastanın ruhsal amaçlarına ulaşması gerektiğini vurgulamıştır (58).

Hemşirelikte kişilerarası bakım sürecinden etkilenen Jean Watson, ‘İnsan Bakım Modeli’ni oluşturmuştur. Bu modelde, hastanın fizyolojik boyutunun yanı sıra manevi boyutunun da sağlığı üzerinde etkili olduğu kabul edilmektedir. Watson, hastanın sahip olduğu hastalığının hem fizyolojisiyle hem çevresiyle hem de maneviyatıyla bağlantılı olduğunu ifade etmiştir. Hemşirenin bakım verirken, hastanın ruhi dünyasını anlaması, duyumsaması ve hastaya özgü yanıtlar vermesi gerekmektedir. Watson’a göre ruh, hastanın içsel yaşantısıdır ve maneviyat hemşireliğin özü, en temel bileşenidir. Hemşirelik bakımında maneviyatı temel değerlerden biri olarak gören Watson, hastanın ruhunu aynı zamanda manevi bir gücü olarak değerlendirmiştir (59).

Marjory Gordon, 1982’de hemşirelik alanında yaşanan sorunlara yönelik bir taksonomi geliştirmek amacıyla ‘Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli’ni geliştirmiştir. Hemşire, çevre, hastalık ve sağlık kavramlarını içeren bu modelde 11 adet fonksiyonel sağlık örüntüsü tanımlanmıştır. Bu örüntülere bakıldığında Gordon’un 11. Fonksiyonel örüntüsü olarak hastanın değer ve inançlarını aldığı; hastanın inanışlarının ve manevi dünyasının, iyileşme ve karar verme süreçlerine etki ettiğinin kabul edildiği, hastanın bakımında manevi yönüne de önem verildiği görülmektedir (60).

Varoluşçuluk felsefesinden etkilenen Joyce Travelbee, hemşirelik bakımının hümanizm yaklaşımı doğrultusunda planlanmasının ve verilmesinin gerekliliğine vurgu yapmıştır. Hemşireliği kişilerarası bir süreç olarak gören Travelbee, hastayı hastalığına bağlı

acı çeken ve/ veya ağrısı bulunan, yardıma ihtiyacı olan bir birey; hemşireyi ise hastanın acılarını ve/ veya ağrılarını rahatlatan, hastaya yardım eden kişi olarak tanımlamıştır. Bu süreçte hasta ve hemşire arasındaki terapötik iletişimin ve etkileşimin önemine de dikkat çeken Travelbee, hastanın; hastalıkla, yaşamın sonu ve acı çekme ile ilgili sahip olduğu inançlarının hemşirelik bakım ve kalitesine de yön verdiğini belirtmiştir (61).

Kristen Swanson, hemşireliğin bulunduğu konumdan ve hangi konuma gelmesi gerektiğinden yola çıkarak, 1991- 1993 yılları arasında kendi bakım kuramını geliştirmiştir. Hastanın bireyselliğini ve özgüllüğünü vurgulayan bu kuramın, varoluşçu ve hümanistik bakım yaklaşımını desteklediği görülmektedir. Watson'ın bakım yaklaşımından etkilenen Swanson, hastayı duygu, düşünce ve davranışlarıyla tek ve eşsiz bir varlık olarak değerlendirmiştir. Bakımda hastanın yaşam deneyimini de odak noktasına alan Swanson, bu deneyime hastanın sahip olduğu maneviyatının da etki ettiğini ifade etmiş, maneviyatın; iyi olma, hayat, sır, huzur vb. kavramlar ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Swanson'ın bakım kuramını geliştirirken odaklandığı beş temel kavramdan birinin de hastanın inancını sürdürmesi olduğu görülmektedir. Hastanın inançları doğrultusunda kararlar alarak özgürleşmesi, kendi iradesiyle seçimde bulunması ve güçlenmesi, bu bakım yaklaşımının amaçlarından biridir (62).

Modern hemşirelik kuramcılarından biri olan Betty Neuman ise, insan yapısını benzersiz ve sistemsal bir bütün olarak ele aldığı sistemler modelini geliştirmiştir. Neuman modelinde insanı; fiziksel, ruhsal, manevi, sosyal ve kültürel boyutların bileşiminden oluşan bir sistem şeklinde ifade etmiştir. Bu kuramda da hasta bakımında manevi boyutun önemli olarak görüldüğü, sistemin işlevselliğinin ve devamlılığının sağlanmasına bu boyutların etki ettiği ve birbirleriyle ilişkili olduğu görülmektedir (63).

Araf İbrahim Meleis, hasta olmayı sağlığın kaybedilmesinden, hasta olma sürecine doğru bir geçiş olarak tanımlamış ve geçiş teorisini geliştirmiştir. Meleis'e göre hemşirelik geçiş sürecinde olan hastaların desteklendiği bir bilim ve sanattır. Meleis de diğer hemşirelik kuramcıları gibi geçiş dönemindeki hastalara bireyselleştirilmiş ve bütüncül bir bakım uygulanması gerektiğini vurgulamıştır. Bu modelin son kısmının, 'Fiziksel, psikolojik ve spiritüel hemşirelik bakımı' olduğu görülmektedir. Hemşire, geçiş sürecindeki hastaya, tekrar sağlıklı bir yaşama geçmesi sürecinde yardım eden kişidir. Modelde hastanın hemşirelik bakım planında, fizyolojik ve ruhsal bakım uygulamalarıyla beraber spiritüel bakım uygulamalarının da yer alması gerektiği belirtilmektedir (64).

2.5.Bireyselleştirilmiş Bakım

2.5.1. Hemşirelikte Bakım Kavramı

Bakım sözcüğü, TDK Sözlükleri’nde aşağıdaki anlamlara gelmektedir:

“1. Bakmak işi.

2. Bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek.

3. Birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi.” (65).

Bakım; işlevselliğin devamı, hatta mümkünse optimum düzeyde verimlilik alabilmek adına gereken düzenlemelerin uygulanması sürecinde yapılan girişimlerin tamamıdır. Bakım kavramı insanoğlu için ele alındığında, hastanın hayatının iyiye gitmesi, toparlanması veya hayatında ilerleme elde edebilmesi için; ihtiyaçları doğrultusunda uygulanan, hastayı destekleyen, hayatını kolaylaştıran ve hastaya yardımcı olan girişimlerdir (66). Hemşirelik mesleğinin temellendiği başlıca değerlerden biri de bakımdır. Hemşirelik mesleğinin profesyonel bir kimlik kazanmasında lider isimlerden biri olarak görülen Florence Nightingale’de, bakımın hemşireliğin başlıca unsuru olduğunu ifade etmiştir (67).

Hastalara profesyonelleşmiş bir biçimde bakım verilmesinin başlangıcı 1800’lü yıllarda çağdaş hemşireliğin temellerinin atılması ile olmuştur (68). Bakımın zor ve sağlığa yeniden kavuşma sürecinde başlıca husus olduğunu belirten Leininger, 1940 yılında kültüre dayalı hemşirelik bakımı kuramını açıklamıştır (69). 1950’li yıllara gelindiğinde ise lisans seviyesinde düzenlenen eğitimlerin başlangıcı ile ‘Bakım’ kavramı hemşireliğin odak noktalarından biri haline gelmiştir (68). “Temel Hemşirelik Bakımı” kavramını ilk kez kullanan Virginia Henderson (1955) ise bu kavramı sağlık içinde yaşamak ve bireysel hijyenle ilişkilendirmiş; bu doğrultuda bireylerin gereksinimlerine yönelik başlıca 14 bakım ögesi olduğunu belirtmiştir (70). Milton Mayeroff ise 1965 yılında bakımla ilişkili ilk makalesini yayınlamış ve kavram olarak ilk kez tanımını yapmaya çalışmıştır. Bakımı ise karşımızdaki kişiye önem vermek ve olgunlaşmasına yardım etmek olarak görmüş ve bakımın his veya kısa süreli bir durumun ötesinde olduğunu belirtmiştir (68). Joyce Travelbee (1960) ise hasta olan kişinin tüm ihtiyaçlarının giderilmesinden ve bakım uygulamasından hemşirenin sorumlu olduğunu belirtmiştir. Dorothea Orem ise hastanın öz-bakım uygulamalarını yeterince yapamamasından yola çıkarak bakımı; kişinin fiziksel veya ruhsal yönlü ihtiyaçlarını gideremediğinde yapılması gereken girişimler olarak tanımlamıştır

(70). Jean Watson ise bakımı ilk kez ‘bilim’ şeklinde nitelendirmiştir. Ayrıca bakımın; estetik, sanatsal, manevi ve bilimsel bileşenlerinin olduğuna da özel olarak vurgu yapmıştır. Modern hemşireliğin kurulması ve hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesi ile temel değerlerden biri olarak görülmeye başlanan bakım, tarihsel akışta; tanımının yapılması, bilimsel bir odak olarak görülmeye başlanması ve yapılan kuramların ardından bugünkü anlam ve değerine kavuşmuştur. Günümüzde geline nokta, bakımın hemşireliğin temel ve vazgeçilmez değerlerinden biri olduğuna vurgu yapılmaktadır (68).

2.5.2. Hemşirelikte Bireyselleşmiş Bakım Kavramı

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, Suhonen ve arkadaşları tarafından; hastanın bireysel özelliklerinin ve yaşama biçiminin dikkate alındığı, bakıma hasta katılımının sağlandığı ve hastanın da karar vermesinin teşvik edildiği, desteklendiği bakım olarak tanımlanmaktadır (71). Bakımın bireyselleştirilmesi için; bireyler birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmelidir. Bireyin; yaşama biçimi, tercihleri, bakım uygulamalarına katılma ve kendi bakımı üzerinde kontrol sahibi olma isteği ve yeteneği anlaşılmadan bakımın bireyselleştirilmesi mümkün değildir (72). Bireyselleştirilmiş bakımın tanımı TDK hemşirelik terimleri sözlüğünde:

“Bireyin kendine özgü olduğu temel alınarak, hemşirelik bakımının bireyin inançları, değerleri, duyguları, düşünceleri, tercihleri, deneyimleri ve algılarına göre düzenlenmesi, birey merkezli bakım” olarak yapılmaktadır (70).

McWhinney tarafından (1989) ise bireyselleştirilmiş bakım, hastanın penceresinden hastalığı görmeye çalışmak ve hastayı anlamak, bir bağlamda hastanın bakış açısını deneyimlemek şeklinde tanımlanmıştır. Bireyselleşmiş bakım başka bir tanımda ise (2001), hasta bakımının; hastanın değerleri, talepleri ve seçimlerine saygı duyularak ve tüm bunlar dikkate alınarak yapılması, hastanın sahip olduğu tutum, inanç ve değerlerinin ise bakım uygulamalarında yol gösterici olarak kullanılması şeklinde ifade edilmektedir (73).

Tarihsel sürece bakıldığında bireyselleştirilmiş bakımın çıkış noktasının hümanizme dayalı psikoterapi uygulamalarıyla olduğu görülmektedir. İlk olarak 1940 senesinde Amerikalı psikolog Carl Rogers tarafından hasta bakımında bireysellik yaklaşımı benimsenmiş ve Rogers, bu yaklaşımın kuramsal yapısını oluşturmuştur. Rogers’ın hastayı merkeze alan psikoterapi ile ilgili yayınlarından yararlanan sağlık profesyonelleri ise, sağlık

hizmeti alan ve sunan arasındaki bağın anlaşılır hale gelmesine katkıda bulunmuşlardır. Rogers'in ortaya koyduğu teorik çerçeve ve bireyi odak noktasına alan görüş sonrasında terapötik iletişim ve önemi anlaşılmaya başlanmıştır (73- 75).

Bakımda bireyi merkez alan yaklaşımın hemşirelik mesleğindeki kullanımının ise Florence Nightingale ile başladığı görülmektedir. Nightingale, bakım verirken hastalığa odaklanmak yerine hastayı merkeze almış ve sağlık hizmetinin sunumunda doktor ile hemşire arasındaki farkı ortaya koymuştur (73). Bireysellik, 1960'lardan beri modern hemşirelikte önemli bir yere sahip olmuştur. Bireysellik ve bireyselleştirilmiş bakım kavramlarının da hemşirelik literatüründe oldukça sık kullanıldığı görülmektedir. Birey merkezli yaklaşım ile tedavi edilmenin hastalar için önemli olduğu da bilinmektedir. Yine hastanın yaşam kalitesinde de bireysellik ve bireyselleştirilmiş bakım kavramları önemli unsurlar olarak kabul edilmektedir. Bireyselliği hemşirelik yaklaşımının önemli bir bileşeni veya bir felsefesi olarak tanımlayan yazarlarda bulunmaktadır (76).

Bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik bakımının odak noktasındadır ve hasta-hemşire arasındaki bağı temelini de hastanın deneyimlediği bakım tecrübesi oluşturmaktadır (73). Hemşireler, bireyselleştirilmiş bakımın desteklenmesi ve sağlanmasında önemli bir role sahiptir (71). Hasta; bakımı boyunca çekimser kalmamalı, aktif olmalı, bakım uygulamalarına dahil edilmeli ve hastayla paylaşımda bulunulmalıdır. Bu yönlü bir bakım, hastanın kendini yeterli hissetmesine ve kendine karşı pozitif bir tutum geliştirmesine yardımcı olmaktadır (73). Hastalara bakımı sırasında seçim olanağının sunulması, hastaya saygı göstermenin yanı sıra hastanın özerklik ve bağımsızlığını da teşvik etmektedir (76). Hemşireler, hastalarla en çok zaman geçiren sağlık profesyonelleridirler. Sağlık bakım hizmeti alan hastaların, bireysel bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanması hususunda da en uygun meslek grubu hemşirelerdir (77).

Bireyselleştirilmiş bakım; sağlık hizmeti alan hastanın duygularını dikkate alan, gereksinimlerini karşılayan, seçimlerine saygılı yaklaşan, iletişimin ve paylaşımın önemli olduğu, yakınlarının da bakım uygulamalarına katılımlarının desteklendiği, devamlılık ve oryantasyon gerektiren bir bakım yaklaşımıdır (73). Bazı örgütsel faktörler sağlanan bakımın türünü etkileyebilmektedir. Bu nedenle, bakımın sağlandığı kurumsal çevrenin de bakımın bireyselleştirilmesi üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır. Bakımın uygulanma biçimi, çalışma organizasyonu ve uygulama ortamı gibi örgütsel faktörlerin bakımın bireyselleştirilmesine etki ettiği görülmektedir. Bu bağlamda hem hastanelerin yapı ve

teknoloji gibi örgütsel bağlamı hem de hemşirelik birimi yapısı (örneğin hemşire-hekim iş birliği gibi) bakımın bireyselleştirilmesini ve hasta sonuçlarını etkileyen faktörlerdir (77).

Sağlık kurumlarında; hastanın sağlık sorunu, hastaneye yatışı sırasında verdiği tepkiler ve durumu dikkate alınarak bireyselleştirilmiş bakım gerçekleştirilir (71). Bireyselleştirilmiş bakım ilkelerine göre çalışmanın hastalar ve sağlık personelleri için daha geniş yararları olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu bağlamda, hastanın; kişisel özelliklerinin, değerlerinin, tercihlerinin ve ifade ettiği ihtiyaçlarının dikkate alınmasının, hastaların fiziksel fonksiyonlarını iyileştirdiği ve maliyet açısından da etkili olduğu bilinmektedir (77). Bireyselleştirilmiş bakımın; öz yönetim, hasta memnuniyeti, hasta özerkliği, algılanan bakım yaklaşımı ve yaşam kalitesi gibi olumlu hasta sonuçlarına katkıda bulunduğu; ayrıca depresyon düzeyini de azaltabileceği bildirilmektedir (71).

Sağlık bakım hizmeti sunucuları açısından ise bireyselleştirilmiş bakım; personelin iş tatminini, motivasyonunu ve bakım hakkındaki olumlu algılarını artırır ve önyargılara veya klinik deneyime dayalı hatalardan kaçınılmasını sağlar. Ayrıca, her hastanın kendine özgü özelliklerinin dikkate alınması, bakım sağlayıcılar için çalışma ortamını iyileştiren nadir müdahalelerden biri olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda bireyselleştirilmiş bakımın, klinik uygulamanın genel olarak geliştirilmesine katkı sağladığı da belirtilmektedir (77).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, hemşirelerin manevi destek algıları ile bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirmek, aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış; kesitsel ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin manevi destek algıları ne düzeydedir?
2. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ne düzeydedir?
3. Hemşirelerin manevi destek algıları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında bir ilişki var mıdır?
4. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri, manevi destek algıları ve bireyselleştirilmiş bakım algılarına etki ediyor mu?

3.2.1. Araştırmanın Değişkenleri

Hemşirelerin “Manevi Destek Algısı Ölçeği” ve “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A- Hemşire Versiyonu”ndan almış oldukları puanlar araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Hemşirelerin, mesleki; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, toplam çalışma süresi, hemşirelik mesleğini sevmeye ve meslekten memnuniyet düzeyi, bulunduğu serviste çalışma süresi ve çalışılan birim gibi kişisel özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Trabzon il sınırları içerisinde ve Trabzon merkezde yer alan; bir üniversite hastanesi, bir devlet hastanesi ve bir eğitim araştırma hastanesinde yapıldı. Araştırmaya dahil edilen eğitim araştırma hastanesinin Trabzon merkezde yer alan iki farklı binası bulunmaktadır. Eğitim araştırma hastanesine bağlı olan bu iki binada hem sunulan sağlık bakım hizmeti hem de görev yapmakta olan sağlık bakım profesyonelleri birbirinden farklı olup, bu iki bina konum olarak da farklı yerlerde bulunmaktadır. Araştırma verileri 30.01.2024- 27.02. 2024 tarihleri arasında toplandı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesi, bir devlet hastanesi ve bir eğitim araştırma hastanesinin iki farklı binasında çalışan 1350 hemşire oluşturdu. Evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı. Örneklem alınacak kişi sayısının hesaplanmasında Salant ve Dillman (1994) tarafından bulunan yöntem kullanılmıştır (78). Homojen bir dağılım göstermeyen bu evren için % 95 güven aralığında, $\pm$ % 5 örneklem hatası ile örneklem formülü kullanılarak, örneklemi oluşturacak kişi sayısı “Eşitlik 1”de gösterildiği gibi hesaplanmıştır.

$$n = 1350 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (1350-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 299 \quad (\text{Eşitlik 1})$$

Güç (power) analizi, araştırma hipotezine yönelik olarak hesaplanmıştır. Hesaplamada G*Power 3.1 programı kullanılmıştır. Etki büyüklüğü, Cohen’in (1988) bulduğu çoklu regresyon analizine göre orta düzeyde 0.15 olacak şekilde hesaplanmıştır (79). Araştırmada evrenin temsil edilebilmesi ve testin gücünün yüksek olması için 299 ve üzeri hemşireye ulaşılması hedeflendi. Çalışma, gönüllü olarak çalışmayı kabul eden 300 hemşire ile tamamlandı.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri:

- Araştırmanın yapılacağı hastanede en az 6 aydır hemşire olarak çalışmak
- Yataklı servislerde çalışıyor olmak (Araştırmaya; gününbirlik bakım hizmetleri sunulduğu için ameliyathanelerdeki ve polikliniklerdeki, enfeksiyon riskini arttırmamak için yoğun bakım birimlerindeki, hasta sirkülasyonunun hızlı olmasından dolayı acil servislerdeki ve araştırmada kullanılan ölçeklerin yetişkin bakımına yönelik olması nedeniyle de pediatri servislerindeki hemşireler dahil edilmemiştir.)
- Çalışmaya katılımda gönüllü olmak

Araştırmaya dahil edilmeme ölçütleri:

- Hemşirelik dışı personel olmak (ebe, sağlık teknisyeni, hekim vb.)
- Yataklı servis dışı birimler ile yoğun bakım, pediatri ve acil servis birimlerinde çalışıyor olmak
- Veri toplandığı süreçte izinli veya raporlu olmak

Araştırmada her bir hastaneden alınacak örneklem grubu; dahil edilme kriterlerine göre, çalışmaya alınma kriterlerine uygun her bir hastanenin yataklı servislerinde çalışan (yoğun bakımlar, pediatri ve acil servisler hariç) toplam 549 hemşire sayısı üzerinden “Tabakalı Rastgele Örneklem” yöntemi kullanılarak belirlendi. Hemşire sayısına göre yapılan orantılı tabakalama yöntemi ile üniversite hastanesindeki 138 hemşire, devlet hastanesindeki 51 hemşire, eğitim araştırma hastanesinin birinci binasından (EAH- 1. Bina) 35 hemşire ve eğitim araştırma hastanesinin ikinci binasından (EAH- 2. Bina) 76 hemşire araştırmanın örneklem grubunu oluşturdu (Tablo 1).

Her bir hastaneden örneklem grubuna dahil edilecek hemşireler ise her bir servis için serviste çalışan hemşire sayısına göre orantılı tabakalama yapılarak belirlendi. Her serviste aynı sayıda hemşire olmadığından her servisteki hemşirenin çalışmaya girme şansını olasılıklı yapmak üzere servisler birer küme olarak düşünülüp tabakalama örneklem metodu kullanılarak katılımcılar araştırma için seçildi (Tablo 2, Tablo 3, Tablo 4, Tablo 5). Her servisten araştırmaya alınacak kişi sayısı belirlendikten ve kişilere numara verildikten sonra basit rastgele örneklem tablosu kullanılarak başlangıç kolonu seçildi ve katılımcılar araştırmaya alındı. Böylece her bireyin örneğe seçilme şansı birbirinden bağımsız ve birbirine eşit şekilde yapıldı. Belirlenen örneklem büyüklüğüne ulaşıncaya kadar seçim işlemine devam edildi.

Tablo 1. Örneklemi oluşturan hemşire sayısının hastanelere göre dağılımı

No	Hastaneler	Hemşire Sayısı	Tabaka Ağırlığı	Örneklemdeki Hemşire Sayısı
1	Üniversite Hastanesi	252	0.45	138
2	Devlet Hastanesi	93	0.16	51
3	EAH- 1. Bina*	64	0.11	35
4	EAH- 2. Bina**	140	0.25	76
Toplam	4	549		300

*EAH- 1. Bina: Eğitim araştırma hastanesinin birinci binası

** EAH- 2. Bina: Eğitim araştırma hastanesinin ikinci binası

Tablo 2. Üniversite hastanesindeki hemşire sayısının servislere göre dağılımı

No	Servisler	Hemşire Sayısı	Örneklemdeki Hemşire Sayısı
1	Dahili Servis 1	12	7
2	Cerrahi Servis 1	12	7
3	Cerrahi Servis 2	8	4

Tablo 2. (Devam)

No	Servisler	Hemşire Sayısı	Örneklemdaki Hemşire Sayısı
4	Dahili Servis 2	8	4
5	Dahili Servis 3	8	4
6	Cerrahi Servis 3	8	4
7	Dahili Servis 4	8	4
8	Dahili Servis 5	8	4
9	Dahili Servis 6	8	4
10	Dahili Servis 7	20	11
11	Dahili Servis 8	8	4
12	Dahili Servis 9	13	7
13	Cerrahi Servis 4	13	7
14	Cerrahi Servis 5	14	8
15	Cerrahi Servis 6	14	8
16	Cerrahi Servis 7	14	8
17	Cerrahi Servis 8	14	8
18	Dahili Servis 10	7	4
19	Dahili Servis 11	7	4
20	Cerrahi Servis 9	7	4
21	Cerrahi Servis 10	7	4
22	Dahili Servis 12	10	6
23	Cerrahi Servis 11	24	13
Toplam	23	252	138

Tablo 3. Devlet hastanesindeki hemşire sayısının servislere göre dağılımı

No	Servisler	Hemşire Sayısı	Örneklemdaki Hemşire Sayısı
1	Dahili Servis 1	12	7
2	Dahili Servis 2	14	8
3	Cerrahi Servis 1	9	5
4	Cerrahi Servis 2	10	5
5	Dahili Servis 3	13	7
6	Dahili Servis 4	11	6
7	Cerrahi Servis 3	13	7
8	Cerrahi Servis 4	11	6
Toplam	8	93	51

Tablo 4. Eğitim araştırma hastanesinin birinci binasındaki hemşire sayısının servislere göre dağılımı

No	Servisler	Hemşire Sayısı	Örneklemdaki Hemşire Sayısı
1	Cerrahi Servis 1	19	10
2	Cerrahi Servis 2	10	6
3	Dahili Servis 1	11	6
4	Cerrahi Servis 3	11	6
5	Dahili Servis 2	7	4
6	Dahili Servis 3	6	3
Toplam	6	64	35

Tablo 5. Eğitim araştırma hastanesinin ikinci binasındaki hemşire sayısının servislere göre dağılımı

No	Servisler	Hemşire Sayısı	Örneklemdaki Hemşire Sayısı*
1	Dahili Servis 1	10	6
2	Dahili Servis 2	10	6
3	Dahili Servis 3	10	6
4	Dahili Servis 4	10	5
5	Dahili Servis 5	10	5
6	Dahili Servis 6	10	5
7	Dahili Servis 7	10	5
8	Dahili Servis 8	10	5
9	Cerrahi Servis 1	10	6
10	Cerrahi Servis 1	10	6
11	Cerrahi Servis 1	10	6
12	Cerrahi Servis 1	10	5
13	Cerrahi Servis 1	10	5
14	Cerrahi Servis 1	10	5
Toplam	14	140	76

*Bu kurumda her bir serviste çalışan hemşire sayısı eşittir. Hemşire sayısına göre yapılan tabakalama işlemine göre kurumdan toplamda 76 hemşire, her bir servisten de 5.42 hemşire alınması gerektiği hesaplandı. Kurumdan alınacak örneklem sayısına ulaşmak için rastgele seçilen 6 servisten 6 hemşire, yine rastgele seçilen 8 servisten de 5 hemşire örneklem grubuna dahil edildi.

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (Ek-1), “Kişisel Bilgi Formu” (Ek- 2), “Manevi Destek Algısı (MDA)” (Ek- 3) ve “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- A- Hemşire Versiyonu (BBSA- Hemşire)” (Ek- 4) ölçekleri kullanıldı.

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Bilgi formu, hemşirelerin sosyodemografik (cinsiyet, eğitim düzeyi, yaş, medeni durum) ve mesleki özelliklerini (toplam çalışma süresi, hemşirelik mesleğini sevmeye ve meslekten memnuniyet düzeyi, bulunduğu serviste ne kadardır çalıştığı, çalışılan birim) tanılamaya yönelik hazırlanmış 15 sorudan oluştu.

3.5.1.2. Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDA)

Kavas ve Kavas tarafından 2014 yılında ebe, hemşire ve doktorların manevi destek hakkındaki düşüncelerini ortaya koymak için oluşturulmuştur (80). Ölçek totalde tek boyut ve 15 maddeden oluşan, Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte ters kodlama yoktur. Ölçekte, “Hiç Katılmıyorum” 0 puan, “Tamamen Katılıyorum” 4 puan olacak şekilde puanlama yapılmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin sorulara işaretlemiş oldukları cevapların puanları toplanarak totaldeki puan hesaplanmaktadır. Ölçekten en çok 60 puan değerinde sonuç alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe, çalışmaya katılan bireylerin maneviyat ve manevi bakım algı düzeyleri ile manevi destek algı düzeyleri de pozitif yönlü olarak artış göstermektedir. Manevi Destek Algısı Ölçeği, 41- 60 arası puan değeri ‘yüksek’, 21- 40 arası puan değeri ‘orta’ ve 0-20 arasındaki puan değeri de ‘düşük’ olacak şekilde değerlendirilmektedir. Ölçeğin puan hesaplamasında kesme noktası yoktur. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı Kavas ve Kavas tarafından 0.94 olarak hesaplanmıştır (34). Bu çalışmada da Cronbach Alpha değeri 0.90 olarak hesaplanmıştır.

3.5.1.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- A- Hemşire Versiyonu (BBSA- Hemşire)

Bu ölçek, 2009’ da Suhonen ve arkadaşlarının çalışması sonucunda, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma yönelik düşüncelerini ortaya koymak için geliştirilmiştir (81). Acaroğlu ve arkadaşları ise ölçeğin Türkçeye uyarlamasını yapmışlardır (82). İki kısım içeren ölçekte; ilk kısımda hemşirelerin bakım verirken hastaların bireyselliğini desteklemesi, ikinci kısımda da hastaların bakımını bireyselleştirme algıları hesaplanmaktadır. Bu araştırmada ölçeğin ilk kısmı uygulandı. BBSA-Hemşire, beşli likert tipte ve totalde 17 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçekte “Kesinlikle Katılıyorum” 5 puan, “Kısmen Katılıyorum” 4 puan, “Kararsızım” 3 puan, “Kısmen Katılmıyorum” 2 puan, “Kesinlikle Katılmıyorum” 1 puan olarak hesaplanmaktadır. BBSA- Hemşire, “Klinik Durum” (1, 2, 3, 4, 5, 6 ve 7. Madde), “Kişisel Yaşam Durumu” (8, 9, 10 ve 11. Madde) ve bakım hakkında “Karar Verme Kontrolü” (12, 13, 14, 15, 16 ve 17. Madde) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutların oluşturduğu madde puanlarının toplamının madde

sayısına bölünmesiyle alt boyutların puanları değerlendirilir. Bu ölçeğe totalde 1- 5 arası puana ulaşılabilir. Elde edilen puanların yükselmesi, hemşirelerin hastaların bireyselliğini destekleme algılarının da yükseldiği sonucunu açığa çıkarmaktadır (13).

Likert tipi bir ölçeğin güvenilirliği Cronbach Alpha değeri ile hesaplanmaktadır. Bir ölçeğe Cronbach Alpha değerinin yüksekliği ölçeğin maddelerinin de o oranda birbirleriyle tutarlı olduğunu ifade eder. Yüksek Cronbach Alfa değeri aynı zamanda, ölçeğe maddelerin aynı temel kavramı etkili bir şekilde ölçtüğünü göstermektedir. Cronbach Alpha değerinin; 0.80- 1.00 arasında olması ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğunu, 0.60- 0.79 arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu, 0.40- 0.59 arasında olması ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğunu ve 0.00- 0.39 arasında olması ölçeğin güvenilirliğinin olmadığını göstermektedir (83). Cronbach Alpha değeri; Suhonen ve arkadaşları tarafından 0.88, Şendir ve arkadaşları tarafından ise 0.91 değerinde hesaplanmıştır (13). Bu çalışmada da Cronbach Alpha değeri 0.92 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. BBSA- Hemşire Cronbach Alpha değerleri

	Orijinal çalışmadaki Cronbach Alpha değeri	Türkçe versiyonundaki Cronbach Alpha değeri	Bu çalışmadaki Cronbach Alpha değeri
BBSA Toplam	0.88	0.92	0.92
Klinik Durum	0.84	0.89	0.86
Kişisel Yaşam Durumu	0.73	0.80	0.74
Karar Verme Kontrolü	0.78	0.83	0.86

3.5.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma anketleri katılımcılara dağıtılmadan önce, araştırmacı tarafından; araştırmanın amacı, içeriği, kapsamı, süresi ve katılımcılardan araştırma boyunca ne istenildiği anlatıldı. Gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini taşıyan hemşirelerden araştırma verileri, gündüz veya gece

vardiyasında olan hemşirelere verildi. Daha sonra anketler aynı gün toplandı. Anket formlarının doldurulma süresi yaklaşık 8-10 dakika sürdü.

3.5.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (tarih: 14.11.2023, sayı: E-13562490-050.01.04-444499) ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izinler alındı (Ek- 5, Ek- 6). Araştırma verileri toplanmadan önce araştırmada kullanılan ölçekleri geliştiren ve Türkçe geçerlik/güvenirliliğini yapan araştırmacılardan izinler alındı (Ek- 7). Araştırma verileri toplanmadan önce katılımcılara araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldı ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek- 1) okutulduktan sonra imzalatıldı. Araştırmada elde edilen bilgilerin, sadece bu araştırmada kullanılacağı, kişisel bilgilerin gizli tutulacağı ve araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacağı hakkında bilgi verildi. Ayrıca katılımcılara, araştırma sonuçları yazılırken isimlerinin kesinlikle araştırma raporunda yer almayacağı açıklandı. Katılım gönüllülük esasına dayalı olarak yapıldı. Araştırma verileri hemşirelerin çalışmalarını etkilemeyecek zaman aralıklarında toplandı.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla değerlendirildi. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelendi. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterebilmesi için, basıklık çarpıklık değerlerinden elde edilen bulguların +1.5 ile -1.5, +2.0 ile -2.0 arasında olması gerekmektedir (84, 85). Bu araştırmada değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlendi (Tablo 7). Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanıldı.

Hemşirelerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelendi. Korelasyon katsayısının (r) 0.90-1.00 arasında olması çok yüksek, 0.70-0.89 arasında olması yüksek; 0.50-0.69 arasında olması orta; 0.26-0.49 arasında olması zayıf; 0.00-0.25 arasında olması ise çok zayıf olarak yorumlanmaktadır (86). Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki

farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizleri kullanıldı.

Etki büyüklüğünün hesaplanmasında Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanıldı. Gruplar arasında görülebilecek farkın, istatistiksel açıdan öneminin bulunup bulunmadığına, aradaki farkın anlamlı olup olmadığına etki büyüklüğü ile bakılmaktadır. Eta kare değeri 0.14 ise büyük, 0.06 ise orta, 0.01 ise küçük olarak; Cohen değeri 0.8 ise büyük, 0.5 ise orta, 0.2 ise küçük olarak bakılmaktadır (87).

Tablo 7. Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
MDA Toplam	1.14	-0.63
BBSA Toplam	0.84	-1.25
Klinik Durum	0.86	-1.41
Kişisel Yaşam Durumu	0.78	-0.70
Karar Verme Kontrolü	0.47	-1.03

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları çalışmanın yapıldığı hastanelerde, dahili ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerle sınırlıdır. Bu nedenle sonuçlar diğer hastaneler ve bu birimlerde çalışan diğer sağlık personelleri için genelleştirilemez.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 8. Hemşirelerin kişisel özellikleri (n=300)

Kişisel Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	35	11.7
Kadın	265	88.3
Medeni Durum		
Bekâr	125	41.7
Evli	175	58.3
Eğitim Durumu		
Lise	28	9.3
Ön lisans	35	11.7
Lisans	216	72.0
Lisansüstü	21	7.0
Yaş		
25 ve Altı	44	14.7
26-30	96	32
31-35	45	15
36-40	37	12.3
41-45	45	15
46 ve Üzeri	33	11
Yaş Ortalaması	Ort.	SS
(Ort.±SS)	33.97	7.96

*Tablodaki yüksek değerler koyu renkle belirtildi.

Hemşirelerin %32'sinin 26- 30 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamasının 33.97±7.96 olduğu belirlendi. Hemşirelerin %88.3'ünün kadın, %58.3'ünün evli ve %72'sinin lisans mezunu olduğu görüldü.

Tablo 9. Hemşirelerin mesleki özellikleri (n=300)

Mesleki Özellikler	n	%
Kurum		
Üniversite Hastanesi	138	46.0
Devlet Hastanesi	51	17.0

*Tablodaki yüksek değerler koyu renkle belirtildi.

Tablo 9. (Devam)

Mesleki Özellikler	n	%
Kurum		
EAH- 1. Bina ^a	35	11.7
EAH- 2. Bina ^b	76	25.3
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu		
Evet	199	66.3
Hayır	101	33.7
Görev		
Sorumlu Hemşire	27	9.0
Servis Hemşiresi	273	91.0
Kurumda Çalışma Süresi		
1 Yıldan Az	18	6.0
1-5 Yıl	65	21.7
6-10 Yıl	71	23.7
11-15 Yıl	52	17.3
16-20 Yıl	49	16.3
21 Yıl ve Üzeri	45	15.0
Çalışılan Birim		
Dahili Klinik	147	49.0
Cerrahi Klinik	153	51.0
Klinikte Çalışma Süresi		
1 Yıldan Az	44	14.7
1-5 Yıl	123	41.0
6-10 Yıl	74	24.7
11 Yıl ve Üzeri	59	19.7
Haftalık Çalışma Saati		
40 Saat	231	77.0
40 Saat üzeri	69	23.0
Çalışma Şekli		
Gündüz Vardiyası	65	21.7
Gece ve gündüz vardiyası	235	78.3
Manevi bakıma yönelik bir eğitim alma durumu		
Evet	69	23.0
Hayır	231	77.0

*Tabloda yüksek değerler koyu renkle gösterilmiştir.

a: Eğitim araştırma hastanesinin birinci binası

b: Eğitim araştırma hastanesinin ikinci binası

Tablo 9. (Devam)

Mesleki Özellikler	n	%
Bireyselleştirilmiş bakıma yönelik bir eğitim alma		
Evet	95	31,7
Hayır	205	68.3
Hastalara Verdiği Bakımı Yeterli Bulma Durumu		
Evet	178	59.3
Hayır	122	40.7
	Ort.	SS
Haftalık Çalışma Saati	42.22	5.21
Bakmakla yükümlü olunan günlük hasta sayısı	15.74	7.75

*Tabloda yüksek değerler koyu renkle gösterilmiştir.

a: Eğitim araştırma hastanesinin birinci binası

b: Eğitim araştırma hastanesinin ikinci binası

Hemşirelerin %46'sının üniversite hastanesinde, %17'sinin devlet hastanesinde, %11.7'sinin eğitim araştırma hastanesinin birinci binasında, %25.3'ünün eğitim araştırma hastanesinin ikinci binasında çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin %66.3'ünün hemşirelik mesleğini kendi istekleriyle seçtikleri, %91'nin ise servis hemşiresi olarak çalıştığı sonucuna ulaşıldı. Hemşirelerin %23.7'sinin bulundukları kurumda 6- 10 yıl arasında çalıştıkları, %51'inin cerrahi servislerde çalıştığı ve %41'inin ise 1 yıl ile 5 yıl arasında aynı klinikte görev aldığı belirlendi. Hemşirelerin %77'sinin haftalık çalışma saatine göre 40 saat çalıştıkları ve haftalık çalışma saati ortalamalarının 42.22 ± 5.21 (min=40, maks=72) olduğu saptandı. Hemşirelerin %78.3'ünün hem gündüz hem de gece vardiyasında çalıştığı, günlük bakmakla yükümlü oldukları hasta sayısı ortalamasının 15.74 ± 7.75 (min=3, maks=43) olduğu saptandı. Hemşirelerin %77'si manevi bakıma yönelik bir eğitim, %68.3'ü ise bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik bir eğitim almadıklarını ifade etti. Hemşirelerin %59.3'ünün ise hastalara verdikleri bakımı yeterli buldukları belirlendi.

4.2. Hemşirelerin Manevi Destek Algısına İlişkin Bulgular

Tablo 10. Hemşirelerin manevi destek algısı puan ortalamaları (n=300)

Manevi Destek Algısı	Ort.	SS	Minimum	Maksimum
Toplam	49.78	7.24	12.0	60.0

Hemşirelerin “Manevi Destek Algısı” toplam puan ortalaması 49.78 ± 7.24 (min=12, maks=60) olarak saptandı. Hemşirelerin manevi destek algısı gruplarının dağılımına bakıldığında; %94’ünün manevi destek algısının yüksek, %5.7’sinin orta, %0.3’ünün düşük olduğu saptandı.

Tablo 11. Hemşirelerin kişisel özelliklerine göre manevi destek algısı puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

Kişisel Özellikler	n	Manevi Destek Algısı Toplam
Yaş		Ort±SS
25 ve Altı	44	51.34 ± 6.78
26-30	96	49.25 ± 7.51
31-35	45	50.51 ± 8.28
36-40	37	48.24 ± 7.19
41-45	45	50.33 ± 6.37
46 ve Üzeri	33	49.24 ± 6.68
F=		1.024
p=		0.403
Cinsiyet		Ort±SS
Erkek	35	48.60 ± 10.35
Kadın	265	49.94 ± 6.74
t=		-1.028
p=		0.461

* F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 11. (Devam)

Kişisel Özellikler	n	Manevi Destek Algısı Toplam
Medeni Durum		Ort±SS
Bekâr	125	49.19±7.16
Evli	175	50.20±7.29
t=		-1.195
p=		0.233
Eğitim Durumu	n	Ort±SS
Lise	28	51.53±6.91
Ön lisans	35	49.57±8.15
Lisans	216	49.50±7.18
Lisansüstü	21	51.57±6.60
F=		1.201
p=		0.309

*F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hemşirelerin manevi destek algısı puan ortalamalarının kişisel özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 11’de gösterildi. Hemşirelerin; yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile manevi destek algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 12. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre manevi destek algısı puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

Mesleki Özellikler	n	Manevi Destek Algısı Toplam
Kurum		Ort±SS
Üniversite Hastanesi	138	50.38±6.86
Devlet Hastanesi	51	48.8±7.60
EAH- 1. Bina	35	49.94±6.58
EAH- 2. Bina	76	49.27±7.97
F=		0.754
p=		0.521

*F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

a: Eğitim araştırma hastanesinin birinci binası

b: Eğitim araştırma hastanesinin ikinci binası

Tablo 12. (Devam)

Mesleki Özellikler	n	Manevi Destek Algısı Toplam
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu		Ort±SS
Evet	199	49.92±7.07
Hayır	101	49.51±7.61
t=		0.457
p=		0.648
Görev		Ort±SS
Sorumlu Hemşire	27	50.88±6.09
Servis Hemşiresi	273	49.67±7.35
t=		0.830
p=		0.407
Kurumda Çalışma Süresi		Ort±SS
1 Yıldan Az	18	52.05±7.45
1-5 Yıl	65	50.46±7.04
6-10 Yıl	71	49.45±8.43
11-15 Yıl	52	48.67±7.11
16-20 Yıl	49	49.22±6.49
21 Yıl ve Üzeri	45	50.31±6.35
F=		0.845
p=		0.518
Çalışılan Birim		Ort±SS
Dahili Klinik	147	49.70±7.62
Cerrahi Klinik	153	49.85±6.88
t=		-0.177
p=		0.859
Klinikte Çalışma Süresi		Ort±SS
1 Yıldan Az	44	51.04±8.41
1-5 Yıl	123	49.15±7.40
6-10 Yıl	74	50.36±6.60
11 Yıl ve Üzeri	59	49.42±6.74
F=		0.96
p=		0.41
Haftalık Çalışma Saati		Ort±SS
40 Saat	231	49.74±6.90
40 Saat Üzeri	69	49.89±8.34
t=		-0.150
p=		0.881
Çalışma Şekli		Ort±SS
Gündüz Vardiyası	65	49.53±6.76
Gece ve Gündüz	235	49.85±7.38
t=		-0.307
p=		0.759

*F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

a: Eğitim araştırma hastanesinin birinci binası

b: Eğitim araştırma hastanesinin ikinci binası

Tablo 12. (Devam)

Mesleki Özellikler	n	Manevi Destek Algısı Toplam
Manevi Bakıma Yönelik Bir Eğitim Alma Durumu		Ort±SS
Evet	69	51.46±6.84
Hayır	231	49.28±7.30
t=		2.209
p=		0.028
Bireyselleştirilmiş Bakıma Yönelik Bir Eğitim Alma		Ort±SS
Evet	95	49.93±7.32
Hayır	205	49.71±7.22
t=		0.249
p=		0.803
Hastalara Verdiği Bakımı Yeterli Bulma Durumu		Ort±SS
Evet	178	49.33±7.28
Hayır	122	50.44±7.16
t=		-1.306
p=		0.193

*F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

a: Eğitim araştırma hastanesinin birinci binası

b: Eğitim araştırma hastanesinin ikinci binası

Hemşirelerin manevi destek algısı puan ortalamalarının mesleki özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 12’de gösterildi. Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile manevi destek algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.521$). Hemşirelerin, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumları ile manevi destek algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.648$). Hemşirelerin servis hemşiresi veya sorumlu hemşire olarak çalışma durumları ile manevi destek algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.407$). Hemşirelerin, bulundukları kurumda çalışma yılları ile manevi destek algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.518$). Hemşirelerin çalıştıkları kliniğin dahili veya cerrahi klinik olması ile manevi destek algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.859$). Hemşirelerin mevcut olarak çalıştıkları kliniklerdeki çalışma süreleri ile manevi destek algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.412$). Hemşirelerin haftalık olarak çalışma saatleri ile manevi destek algısı

toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.881$). Hemşirelerin vardiyalı olarak çalışıp çalışmama durumları ile manevi destek algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.759$). Hemşirelerin bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik eğitim alma durumları ile manevi destek algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.803$). Hemşirelerin hastalara verdikleri bakımı yeterli bulma durumları ile manevi destek algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0.193$).

Hemşirelerin manevi bakıma yönelik eğitim alma durumları ile manevi destek algısı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.028$). Manevi bakıma yönelik eğitim alan hemşirelerin manevi destek algısı toplam puanlarının ($x=51.46$), manevi bakım ile ilgili herhangi bir eğitim almayan hemşirelerin toplam puanlarından ($x=49.28$) daha yüksek olduğu saptandı ($t=2.209$, $p=0.028<0.05$, $d=0.303$, $\eta^2=0.016$).

4.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulgular

Tablo 13. Hemşirelerin BBSA- Hemşire puan ortalamalarının dağılımı ($n=300$)

	Ort.	SS	Minimum	Maksimum
BBSA- Hemşire Toplam	4.22	0.53	1.06	5.00
Klinik Durum	4.33	0.55	1.00	5.00
Kişisel Yaşam Durumu	3.99	0.69	1.25	5.00
Karar Verme Kontrolü	4.24	0.59	1.00	5.00

Hemşirelerin BBSA- Hemşire toplam puan ortalaması 4.22 ± 0.53 ($\min=1.06$, $\max=5$) olarak saptandı. BBSA- Hemşire ölçek alt boyunlarında ise “Klinik Durum” puan ortalaması 4.33 ± 0.55 ($\min=1$, $\max=5$), “Kişisel Yaşam Durumu” puan ortalaması 3.99 ± 0.69 ($\min=1.25$, $\max=5$), “Karar Verme Kontrolü” puan ortalaması 4.24 ± 0.59 ($\min=1$; $\max=5$) olarak saptandı.

Tablo 14. Hemşirelerin kişisel özelliklerine göre BBSA- Hemşire puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

Kişisel Özellikler	n	BBSA-Hemşire Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Erkek	35	4.23±0.61	4.31±0.66	4.09±0.69	4.23±0.64
Kadın	265	4.22±0.52	4.34±0.53	3.98±0.69	4.25±0.59
t=		0.082	-0.295	0.892	-0.163
p=		0.934	0.768	0.373	0.870
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
25 ve Altı	44	4.43±0.42	4.52±0.42	4.23±0.61	4.45±0.50
26-30	96	4.13±0.49	4.25±0.47	3.85±0.75	4.17±0.52
31-35	45	4.27±0.52	4.34±0.53	4.06±0.71	4.34±0.61
36-40	37	4.16±0.55	4.28±0.55	3.93±0.65	4.17±0.65
41-45	45	4.16±0.74	4.29±0.83	3.97±0.72	4.13±0.81
46 ve Üzeri	33	4.30±0.35	4.43±0.40	4.07±0.49	4.29±0.39
F=		2.37	1.777	2.049	2.147
p=		0.039	0.117	0.072	0.060
PostHoc=		1>2, 1>4, 1>5 (p<0.05)			
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bekâr	125	4.27±0.48	4.38±0.45	4.03±0.68	4.29±0.56
Evli	175	4.19±0.57	4.29±0.61	3.96±0.70	4.21±0.62
t=		1.299	1.387	0.837	1.152
p=		0.195	0.167	0.403	0.250
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Lise	28	4.23±0.55	4.36±0.51	3.98±0.74	4.24±0.58
Önlisans	35	4.16±0.50	4.31±0.44	3.85±0.80	4.18±0.57
Lisans	216	4.23±0.55	4.34±0.58	4.01±0.67	4.24±0.61
Lisansüstü	21	4.27±0.39	4.27±0.43	4.06±0.62	4.40±0.48

*F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 14. (Devam)

Kişisel Özellikler	n	BBSA- Hemşire Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
F=		0.232	0.120	0.614	0.606
p=		0.874	0.948	0.606	0.612

*F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hemşirelerin BBSA- Hemşire toplam ve klinik durum, kişisel yaşam durumu ile karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamalarının, kişisel özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 14'te gösterildi. Hemşirelerin; cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile BBSA- Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hemşirelerin yaşları ile BBSA- Hemşire toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F=2.375$, $p=0.039<0.05$, $\eta^2=0.039$). BBSA- Hemşire toplam puan ortalamaları ile hemşirelerin yaşları karşılaştırıldığında 25 ve altı yaş grubunda olan hemşirelerin BBSA- Hemşire toplam puanlarının; 26-30 yaş grubu, 36-40 yaş grubu ve 41- 45 yaş grubunda olan hemşirelerin BBSA- Hemşire toplam puanlarından daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin yaşları ile BBSA- Hemşire klinik durum, kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre BBSA- Hemşire puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=300)

Mesleki Özellikler	n	BBSA- Hemşire Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Kurum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Üniversite Hastanesi	138	4.26±0.49	4.37±0.53	4.02±0.71	4.30±0.52
Devlet Hastanesi	51	4.06±0.73	4.23±0.75	3.87±0.75	3.98±0.83

*F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 15. (Devam)

Mesleki Özellikler	n	BBSA-Hemşire Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Kurum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
EAH- 1. Bina	35	4.29±0.44	4.41±0.43	4.00±0.67	4.36±0.52
EAH- 2. Bina	76	4.22±0.46	4.31±0.47	4.00±0.62	4.26±0.53
F=		2.146	1.083	0.644	4.254
p=		0.094	0.356	0.587	0.006
PostHoc=					1>3, 2>3, 4>3 (p<0.05)
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	199	4.24±0.55	4.33±0.58	4.05±0.67	4.26±0.61
Hayır	101	4.19±0.49	4.34±0.48	3.87±0.72	4.22±0.57
t=		0.805	-0.104	2.058	0.571
p=		0.421	0.917	0.040	0.568
Görev		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sorumlu Hemşire	27	4.32±0.38	4.43±0.40	4.18±0.55	4.30±0.41
Servis Hemşiresi	273	4.21±0.54	4.32±0.56	3.97±0.70	4.24±0.61
t=		1.057	0.961	1.498	0.487
p=		0.292	0.338	0.135	0.627
Kurumda Çalışma Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1 Yıldan Az	18	4.30±0.58	4.38±0.53	4.13±0.74	4.32±0.64
1-5 Yıl	65	4.27±0.45	4.37±0.44	4.01±0.71	4.33±0.54

*F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

a: Eğitim araştırma hastanesinin birinci binası

b: Eğitim araştırma hastanesinin ikinci binası

Tablo 15. (Devam)

Mesleki Özellikler	n	BBSA-Hemşire Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Kurumda Çalışma Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
6-10 Yıl	71	4.17±0.53	4.28±0.52	3.89±0.79	4.22±0.57
11-15 Yıl	52	4.19±0.52	4.29±0.54	4.01±0.62	4.18±0.59
16-20 Yıl	49	4.29±0.40	4.42±0.48	4.03±0.53	4.31±0.48
21 Yıl ve Üzeri	45	4.16±0.73	4.28±0.78	3.98±0.73	4.14±0.78
F=		0.669	0.614	0.486	0.852
p=		0.647	0.689	0.787	0.514
Çalışılan Birim		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Dahili Klinik	147	4.21±0.60	4.29±0.63	4.05±0.70	4.23±0.65
Cerrahi Klinik	153	4.23±0.46	4.37±0.46	3.93±0.68	4.25±0.54
t=		-0.203	-1.311	1.557	-0.305
p=		0.840	0.194	0.121	0.760
Klinikte Çalışma Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1 Yıldan Az	44	4.28±0.56	4.39±0.49	4.06±0.79	4.31±0.61
1-5 Yıl	123	4.22±0.47	4.32±0.50	3.96±0.67	4.28±0.55
6-10 Yıl	74	4.16±0.58	4.26±0.60	3.97±0.70	4.19±0.65
11 Yıl ve Üzeri	59	4.25±0.58	4.41±0.61	4.03±0.67	4.20±0.61
F=		0.497	0.981	0.318	0.604
p=		0.685	0.402	0.812	0.613
Haftalık Çalışma Saati		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
40 Saat	231	4.23±0.55	4.34±0.56	4.00±0.71	4.24±0.61
40 Saat Üzeri	69	4.20±0.48	4.30±0.50	3.96±0.61	4.25±0.55
t=		0.297	0.508	0.413	-0.113
p=		0.766	0.612	0.680	0.910

*F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

a: Eğitim araştırma hastanesinin birinci binası

b: Eğitim araştırma hastanesinin ikinci binası

Tablo 15. (Devam)

Mesleki Özellikler	n	BBSA- Hemşire Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Çalışma Şekli		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gündüz Vardiyası	65	4.22±0.44	4.34±0.47	4.05±0.60	4.19±0.47
Gece ve Gündüz	235	4.22±0.56	4.33±0.57	3.97±0.71	4.26±0.63
t=		-0.008	0.182	0.831	-0.860
p=		0.994	0.856	0.407	0.390
Manevi Bakıma Yönelik Bir Eğitim Alma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	69	4.36±0.42	4.45±0.48	4.19±0.55	4.38±0.48
Hayır	231	4.18±0.56	4.30±0.56	3.93±0.72	4.20±0.62
t=		2.537	1.978	2.720	2.188
p=		0.012	0.049	0.007	0.029
Bireyselleştirilmiş Bakıma Yönelik Bir Eğitim Alma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	95	4.31±0.57	4.40±0.62	4.11±0.68	4.33±0.63
Hayır	205	4.18±0.51	4.30±0.51	3.93±0.69	4.20±0.58
t=		1.896	1.393	2.027	1.737
p=		0.059	0.165	0.044	0.083
Hastalara Verdiği Bakımı Yeterli Bulma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	178	4.24±0.50	4.36±0.50	3.99±0.68	4.27±0.56
Hayır	122	4.19±0.58	4.29±0.62	3.99±0.70	4.20±0.65
t=		0.843	1.034	0.006	1.020
p=		0.400	0.302	0.995	0.309

*F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

a: Eğitim araştırma hastanesinin birinci binası

b: Eğitim araştırma hastanesinin birinci binası

Hemşirelerin BBSA- Hemşire toplam ve klinik durum, kişisel yaşam durumu ile karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 15'te gösterildi. Hemşirelerin servis hemşiresi veya sorumlu hemşire olarak çalışma durumları ile BBSA- Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 15). Hemşirelerin, bulundukları kurumda çalışma yılları ile BBSA- Hemşire toplam ve alt boyut puan

ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 15). Hemşirelerin çalıştıkları kliniğin dahili veya cerrahi klinik olması durumu ile BBSA- Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 15). Hemşirelerin mevcut olarak çalıştıkları kliniklerdeki çalışma süreleri ile BBSA- Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 15). Hemşirelerin haftalık olarak çalışma saatleri ile BBSA- Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 15). Hemşirelerin vardiyalı olarak çalışıp çalışmama durumları ile BBSA- Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 15). Hemşirelerin hastalara verdikleri bakımı yeterli bulma durumları ile BBSA- Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$, Tablo 15).

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F=4.254$, $p=0.006<0.05$, $\eta^2=0.041$). BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları ile hemşirelerin çalıştıkları kurum karşılaştırıldığında üniversite hastanesinde, eğitim araştırma hastanesinin birinci binasında ve eğitim araştırma hastanesinin ikinci binasında çalışan hemşirelerin BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamalarının, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamalarından daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile BBSA- Hemşire toplam ile klinik durum ve kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Hemşirelerden, mesleği isteyerek seçenlerin BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalamaları ($x=4.05$), mesleği isteyerek seçmeyenlerin BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalamalarından ($x=3.87$) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t=2.058$, $p=0.04<0.05$, $d=0.252$, $\eta^2=0.014$). Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumları ile BBSA- Hemşire toplam, klinik durum ve karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Hemşirelerden, manevi bakıma yönelik bir eğitim alanların BBSA- Hemşire toplam puan ortalamaları ($x=4.36$), manevi bakıma yönelik bir eğitim almayanların BBSA- Hemşire toplam puan ortalamalarından ($x=4.18$) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu

($t=2.537$, $p=0.012<0.05$, $d=0.348$, $\eta^2=0.021$). Hemşirelerden, manevi bakıma yönelik bir eğitim alanların BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalamaları ($x=4.19$), manevi bakıma yönelik bir eğitim almayanların BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalamalarından ($x=3.93$) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t=2.720$, $p=0.007<0.05$, $d=0.373$, $\eta^2=0.024$). Hemşirelerden, manevi bakıma yönelik bir eğitim alanların BBSA- Hemşire klinik durum alt boyut puan ortalamaları ($x=4.45$), manevi bakıma yönelik bir eğitim almayanların BBSA- Hemşire klinik durum alt boyut puan ortalamalarından ($x=4.30$) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t=1.978$; $p=0.049<0.05$; $d=0.271$; $\eta^2=0.013$). Hemşirelerden, manevi bakıma yönelik bir eğitim alanların BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları ($x=4.38$), manevi bakıma yönelik bir eğitim almayanların BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamalarından ($x=4.20$) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t=2.188$, $p=0.029<0.05$, $d=0.300$, $\eta^2=0.016$).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile ilgili eğitim alan hemşirelerin BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalamaları ($x=4.11$), bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile ilgili eğitim almayan hemşirelerin BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalamalarından ($x=3.93$) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t=2.027$, $p=0.044<0.05$, $d=0.252$, $\eta^2=0.014$). Hemşirelerin bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik eğitim alma durumları ile BBSA- Hemşire toplam, klinik durum ve karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

4.4. Manevi Destek Algısı ve Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Hemşirelerin Manevi Destek Algısı ve bireyselleştirilmiş bakım düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkilerini incelemek için korelasyon analizi yapıldı. Analiz sonuçları aşağıdaki tablolarda yer almaktadır (Tablo 16, 17, 18, 19, 20).

Hemşirelerin Manevi Destek Algısı toplam puan ortalaması ile BBSA- Hemşire toplam, klinik durum, kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü toplam madde puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizleri incelendiğinde (Tablo 16); BBSA- Hemşire toplam puan ortalaması ile manevi destek algısı toplam puan ortalaması arasında $r=0.404$ pozitif zayıf ($p=0.000<0.05$), klinik durum alt boyut toplam puan ortalaması ile manevi destek algısı toplam puan ortalaması arasında $r=0.399$ pozitif zayıf ($p=0.000<0.05$), kişisel

yaşam durumu alt boyut toplam puan ortalaması ile manevi destek algısı toplam puan ortalaması arasında $r=0.275$ pozitif zayıf ($p=0.000<0.05$), karar verme kontrolü alt boyut toplam puan ortalaması ile manevi destek algısı toplam puan ortalaması arasında $r=0.381$ pozitif zayıf ($p=0.000<0.05$) düzeyde korelasyon olduğu bulundu.

Tablo 16. Hemşirelerin manevi destek algısı puan ortalamaları ile BBSA- Hemşire puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Manevi Destek Algısı Toplam	
	r	p*
BBSA- Hemşire Toplam	0.404**	0.000
Klinik Durum	0.399**	0.000
Kişisel Yaşam Durumu	0.275**	0.000
Karar Verme Kontrolü	0.381**	0.000

* <0.05

** <0.01 ; Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 17. Manevi destek algısının BBSA- Hemşire üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE				Alt	Üst
Sabit	2.736	0.197		13.863	0.000	2.348	3.125
Manevi Destek Algısı Toplam	0.030	0.004	0.404	7.621	0.000	0.022	0.038

*Bağımlı Değişken: BBBSA- Hemşire Toplam, $R=0.404$; $R^2=0.160$; $F=58.085$; $p=0.000$; Durbin Watson Değeri=1.993

Hemşirelerin manevi destek algıları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiyi incelemek, aralarındaki neden- sonuç ilişkisini belirlemek için regresyon analizi yapıldı (Tablo 17). Bağımlı değişken olan BBSA- Hemşire toplam puan ortalamasını açıklamada manevi destek algısının önemli bir faktör olduğu bulundu. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($F=58.085$,

$p=0.000<0.05$). Beta katsayısı incelendiğinde bu modelin açıklamasında manevi destek algısının, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını %16 oranında açıkladığı saptandı ($R^2=0.160$). Hemşirelerin manevi destek algısının, bireyselleştirilmiş bakım düzeyini arttırdığı bulundu ($\beta=0.404$). Manevi destek algısındaki 1 birimlik artışın, BBSA- Hemşire toplam puanı üzerinde 0.030 birimlik bir artış olarak etki ettiği görüldü.

Tablo 18. Manevi destek algısının BBSA- Hemşire Klinik Durum alt boyutu üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE				Alt	Üst
Sabit	2.819	0.204		13.805	0.000	2.417	3.221
Manevi Destek Algısı Toplam	0.030	0.004	0.399	7.510	0.000	0.022	0.038

*Bağımlı Değişken: Klinik Durum, $R=0.399$; $R^2=0.156$; $F=56.404$; $p=0.000$; Durbin Watson Değeri=2.069

Hemşirelerin manevi destek algıları ile BBSA- Hemşire klinik durum alt boyutu arasındaki ilişkiyi incelemek ve aralarındaki neden- sonuç ilişkisini belirlemek için regresyon analizi yapıldı (Tablo 18). Bağımlı değişken olan BBSA- Hemşire klinik durum alt boyutu puan ortalamasını açıklamada manevi destek algısının önemli bir faktör olduğu bulundu. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($F=56.404$, $p=0.000<0.05$). Beta katsayısı incelendiğinde bu modelin açıklamasında manevi destek algısının, hemşirelerin BBSA- Hemşire klinik durum alt boyutunu %15.6 oranında açıkladığı saptandı ($R^2=0.156$). Hemşirelerin manevi destek algısının, BBSA- Hemşire klinik durum alt boyut puan düzeyini arttırdığı bulundu ($\beta=0.399$). Manevi destek algısındaki 1 birimlik artışın, BBSA- Hemşire klinik durum alt boyut puanı üzerinde 0.030 birimlik bir artış olarak etki ettiği görüldü.

Tablo 19. Hemşirelerin manevi destek algısının BBSA- Hemşire Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE				Alt	Üst
Sabit	2.677	0.269		9.953	0.000	2.148	3.207
Manevi Destek Algısı Toplam	0.026	0.005	0.275	4.946	0.000	0.016	0.037

*Bağımlı Değişken: Kişisel Yaşam Durumu, R=0.275; R²=0.073; F=24.465; p=0.000; Durbin Watson Değeri=1.894

Hemşirelerin manevi destek algıları ile BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyutu arasındaki ilişkiyi incelemek ve aralarındaki neden- sonuç ilişkisini belirlemek için regresyon analizi yapıldı (Tablo 19). Bağımlı değişken olan BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyutu puan ortalamasını açıklamada manevi destek algısının önemli bir faktör olduğu bulundu. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (F=24.465, p=0.000<0.05). Beta katsayısı incelendiğinde bu modelin açıklamasında manevi destek algısının, hemşirelerin BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyutunu %7.3 oranında açıkladığı saptandı (R²=0.073). Hemşirelerin manevi destek algısının, BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyut puan düzeyini arttırdığı bulundu (β =0.275). Manevi destek algısındaki 1 birimlik artışın, BBSA- Hemşire kişisel yaşam durumu alt boyut puanı üzerinde 0.026 birimlik bir artış olarak etki ettiği görüldü.

Tablo 20. Manevi destek algısının BBSA- Hemşire Karar Verme Kontrolü alt boyutu üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE				Alt	Üst
Sabit	2.679	0.223		12.032	0.000	2.241	3.117
Manevi Destek Algısı Toplam	0.032	0.004	0.381	7.123	0.000	0.023	0.040

*Bağımlı Değişken: Karar Verme Kontrolü, R=0.381; R²=0.143; F=50.742; p=0.000; Durbin Watson Değeri=2.027

Hemşirelerin manevi destek algıları ile BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyutu arasındaki ilişkiyi incelemek ve aralarındaki neden- sonuç ilişkisini belirlemek için regresyon analizi yapıldı (Tablo 20). Bağımlı değişken olan BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyutu puan ortalamasını açıklamada manevi destek algısının önemli bir faktör olduğu bulundu. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($F=50.742$, $p=0.000<0.05$). Beta katsayısı incelendiğinde bu modelin açıklamasında manevi destek algısının, hemşirelerin BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyutunu %14.3 oranında açıkladığı saptandı ($R^2=0.143$). Hemşirelerin manevi destek algısının, BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyut puan düzeyini arttırdığı bulundu ($\beta=0.381$). Manevi destek algısındaki 1 birimlik artışın, BBSA- Hemşire karar verme kontrolü alt boyut puanı üzerinde 0.032 birimlik bir artış olarak etki ettiği görüldü.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu bölümde, hemşirelerin; kişisel ve mesleki özellikleri, Manevi Destek Algısı Ölçeği ve BBSA- Hemşire Ölçeği ile ilgili bulguları tartışıldı.

5.1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun kadın hemşire olduğu saptandı. Hemşirelere yönelik manevi ve bireyselleştirilmiş bakım algısı ile ilgili yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde demografik dağılımın bu çalışmayla benzer olduğu görüldü (12, 34, 88). Araştırmalara katılan erkek hemşire sayısının, kadın hemşire sayısından az olması; hemşirelik mesleğinde çalışan kadın hemşire sayısının erkek hemşire sayısından fazla olmasının bir sonucu olarak değerlendirildi.

Hemşirelerin çoğunluğunun 26 ile 30 yaş arasında olduğu ve medeni durumlarının evli olduğu saptandı. Elde edilen bu bulguların, bu konu ile benzer olarak yapılan çalışmalardaki yaş ve medeni durum dağılımı ile benzer olduğu gözlemlendi (13, 34, 88- 91). Medeni duruma yönelik elde edilen bu bulgu, hemşirelerin ağırlıklı bir kısmının 25 yaş üstünde olmasının bir sonucu olarak değerlendirildi. Hemşirelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; çoğunluğunun lisans mezunu olduğu tespit edilirken, bu konuya benzer olarak yapılan çalışmalardaki eğitim dağılımının da çalışma bulgularımızla benzer olduğu görüldü (13, 92, 93). Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunun hemşirelik mesleğini kendi istekleriyle seçtikleri ve servis hemşiresi olarak çalıştığı saptandı. Çalışma bulgusunun, bu konuya benzer olarak yapılan diğer çalışmalardaki bulgularla örtüştüğü gözlemlendi (28, 70, 94-96).

Hemşirelerin bulundukları kurumda çalışma sürelerinin dağılımına bakıldığında, çoğunun 6- 10 yıl ve üzerinde aynı kurumda çalıştığı saptandı. Macit ve Karaman'ın (2019), çalışmasında da hemşirelerin kurumdaki çalışma sürelerine ait dağılımın çalışmamızla benzer olduğu görüldü (12). Hemşirelerin çoğunluğunun mevcut olarak çalıştıkları klinikteki çalışma sürelerinin 6- 10 yıl ve üzerinde olduğu saptandı. Çalışma bulgularının; Kavak ve arkadaşlarının (2014) çalışması ve Aydın'ın (2022) çalışmasındaki, klinikteki çalışma süresine ait dağılım ile benzer olduğu gözlemlendi (91, 97).

Hemşirelerin çoğunun hem gece hem de gündüz vardiyasında çalıştıkları, haftalık çalışma saatlerinin 40 saat, çalışma saati ortalamalarının yaklaşık 42 saat ve bakmakla yükümlü oldukları hasta sayısı ortalamasının yaklaşık 15 olduğu saptandı. Elde edilen bu

bulguların, çalışma konumuzla benzer olarak yapılan başka çalışmaların bulgularıyla benzer olduğu gözlemlendi (13, 89, 98, 99). Elde edilen bu sonuçlar, hemşirelerin çalışma düzenleri ile ilişkilendirildi. Hemşirelerin çoğunun hastalara verdikleri bakımı yeterli bulduğu görülürken; bu çalışmadaki bulgudan farklı olarak, benzer konularda yapılan çalışmalarda hemşirelerin çoğunun hastalara verdikleri bakımı yeterli bulmadıkları görüldü (98, 100). Bu bulgular, bakım verilen hasta sayısı ortalamasının yüksek olması ile ilişkilendirildi. Hemşirelerin çoğunun bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ve manevi bakıma yönelik herhangi bir eğitim almadıkları tespit edilirken; ülkemizde yapılan benzer çalışmaların çalışma bulgularımızı desteklediği gözlemlendi (6, 70, 99, 101).

5.2. Hemşirelerin Manevi Destek Algıları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Manevi Destek Algısı Ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının 41 ile 60 puan arasında olması; manevi destek algısının ‘yüksek’ olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada da hemşirelerin manevi destek algılarının yüksek olduğu bulundu. Çalışmamızla benzer olarak; hemşirelerin manevi destek algılarının yüksek düzeyde bulunduğu benzer çalışmaların olduğu gözlemlendi (12, 34). Farklı ülkelerde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde; Wang ve arkadaşlarının (2022) Çinli hemşireler ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin manevi bakım algılarının orta düzeyde; Azarsa ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise İranlı yoğun bakım hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım algılarının orta ve olumlu düzeyde olduğu görüldü (102, 103). Bu bağlamda hemşirelerin yaşadıkları toplumların sosyo-kültürel yapıları ve inançlarının birbirinden farklı olmasının, ülkelere göre manevi bakım algısına yönelik alınan puanların farklılık göstermesine yol açmış olabileceği düşünüldü. Ovayolu ve arkadaşlarının (2021), hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ise; öğrencilerin manevi bakım ölçeğinden aldıkları puanların iyi düzeyde olduğu, aile yapılarının manevi bakım algılarını etkilediği ve çoğunluğunun manevi bakım konusunda bilgi sahibi olduğu görüldü. Ayrıca öğrencilerin; meditasyon yaparak, müzik dinleyerek, terapiye giderek ve ibadet ederek manevi gereksinimlerini karşıladıkları da gözlemlendi (104). Verilen farklı çalışma örnekleri incelendiğinde, bu çalışmada hemşirelerin manevi destek algıları ile ilgili elde edilen sonucun literatür çalışmalarıyla örtüştüğü görülmektedir.

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine göre manevi destek algısı puan ortalaması incelendiğinde; yaşın, cinsiyetin, medeni durumun, eğitim düzeyinin, mevcut çalışılan kurum ve kliniğin, mevcut kurum ve klinikteki çalışma süresinin, mesleği kendi

isteğiyle seçmiş olmanın, servis hemşiresi veya sorumlu hemşire olarak çalışıyor olma durumunun, haftalık çalışma saatinin, vardiya usulüne göre çalışıp çalışmama durumunun, hastaya verdiği bakımı yeterli veya yetersiz olarak bulmanın ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik eğitim almış olma durumunun hemşirelerin manevi destek algılarına etki etmediği saptandı. Genç ve Durğun'un (2018), sağlık çalışanları ile; Uzelli ve arkadaşlarının (2019), hemşirelerle yaptığı benzer çalışmalarda da yaşın manevi destek algısına etki etmediği görüldü (3, 6). Çalışma bulgumuzdan farklı olarak Esendir ve Kaplan'ın (2018), çalışmasında ise yaşın manevi destek algısına etki ettiği; 26 ile 32 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının daha yüksek manevi destek algısına sahip olduğu gözlemlendi. Çalışmamızda, hemşirelerin yaşının manevi destek algılarına etki etmediği görülürken, manevi destek algısı puan ortalamasının en yüksek 25 ve altındaki yaş grubu hemşirelerde olduğu gözlemlendi. Bu durumun maneviyat ve manevi bakımın önceki yıllara nazaran son yıllarda daha fazla önem kazanmasının bir sonucu olabileceği düşünüldü (105).

Cinsiyetin manevi destek algısı üzerinde etkili olmadığı ile ilgili bulgumuz Özkaya'nın (2023) çalışma bulgusu ile benzerlik gösterirken; Melhem ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise cinsiyet ile manevi bakım arasında anlamlı bir ilişki olduğu, kadın hemşirelerin erkek hemşirelere kıyasla manevi bakım verme puanlarının daha yüksek olduğu görüldü (106). Bu çalışmada hemşirelerin medeni durumlarının ve eğitim düzeylerinin manevi destek algılarına etki etmediği tespit edilirken; literatürde de çalışma bulgularımız ile benzer bulgulara sahip çalışmaların olduğu görüldü (22, 34, 99, 107). Çalışma bulgumuzun aksine Chan'ın (2010) çalışmasında medeni durum ile manevi bakım algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, evli olan hemşirelerin manevi bakım algılarının bekar hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; Wu ve Lin'in (2011) çalışmasında ise hemşirelerin eğitim düzeylerinin maneviyatlarına etki ettiği, eğitim düzeyinin artmasının manevi bakım algısını olumlu olarak etkilediği gözlemlendi (108, 109).

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile manevi destek algıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ile ilgili çalışma bulgumuzun, Aydın'ın (2022) çalışmasında da benzer olduğu; ancak Genç ve Durğun'un (2018) çalışmasında, çalışma bulgumuzdan farklı olarak sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurum ile manevi destek algıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (3, 97). Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile manevi destek algıları arasındaki ilişkiye yönelik benzer çalışmalardaki farklı sonuçlar; çalışılan kurumların farklı bölgelerde yer alması ve yapılarında görülebilecek değişiklikler ile ilişkilendirildi. Hemşirelerin mesleği

isteyerek seçme durumlarının manevi destek algısına etki etmediği görülürken; Korkmazer'in (2023) çalışmasında da çalışmamızla benzer olarak mesleği kendi isteğiyle seçen hemşireler ile ailesinin isteği ile seçen hemşireler arasında manevi destek algısı puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi (110). Hemşirelerin bulundukları kurumdaki ve klinikteki çalışma süreleri ile manevi destek algıları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı tespit edilirken, kurumda ve klinikte bir yıldan daha az çalışan hemşirelerin, bir yıldan daha fazla sürede çalışan hemşirelere göre manevi destek algısı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Kurumdaki ve de klinikteki çalışma deneyimi fazla olan hemşirelerin manevi destek algısı puan ortalamalarının daha az olması, çalışma yılının artmasının mesleki yıpranmayı da arttırması ile ilişkilendirilebilir. Kavas ve Kavas'ın (2015) sağlık çalışanlarının manevi bakım algıları ve buna etki eden etmenleri inceledikleri çalışmada ise; katılımcıların manevi destek algısının yüksek olduğu, ayrıca yaşın, cinsiyetin, kıdemin, çalışma yılının ve mesleğin manevi destek algısına etki etmediği gözlemlendi (111). Hemşirelerin servis sorumlu hemşiresi veya servis hemşiresi olarak çalışma şekli ile manevi destek algıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ve ülkemizde de bu çalışmada elde edilen bulgularla benzer sonuçları bulunan başka çalışmaların olduğu görüldü (12, 97, 112). Selvi'nin (2019), çalışmasında ise, bu çalışmada elde edilen bulgudan farklı olarak servis sorumlu hemşirelerinin, servis hemşireleri ve yoğun bakım hemşirelerine göre manevi destek algılarının daha yüksek olduğu; çalışma şeklinin manevi destek algısına etki ettiği görüldü (112).

Hemşirelerin hastalara verdikleri bakımı yeterli bulma durumları ile manevi destek algıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi. Literatür incelendiğinde; Chen ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında, hemşirelerin orta düzeyde manevi bakım algısına sahip olduğu, büyük bir yüzdesinin manevi bakım sağlama konusunda güven eksikliği yaşadığı ve çok azının sağladıkları manevi bakım hizmetlerinden memnun olduğu görüldü (113). Mamier ve arkadaşlarının (2019), çalışmasında da hemşirelerin ortalama olarak son 72- 80 iş saatinde 17 terapötik manevi bakım uygulamasını 1 ile 2 kez sağladığı, manevi bakım konusunda eğitim almanın ve gündüz vardiyasında çalışmanın manevi bakım uygulamalarına etki ettiği; cinsiyet, yaş ve çalışma yılının manevi bakıma etki etmediği ve hemşirelerin manevi bakım uygulamalarını ise kayıt altına almadıkları, nadiren belgeledikleri gözlemlendi (22). Diego ve arkadaşlarının (2022), İspanya'daki yoğun bakım ünitelerinde ve acil servislerde çalışan hemşirelerin COVID-19 salgını sırasında hastalara ve ailelerine verdikleri manevi bakım ile ilgili algı ve tutumlarını inceledikleri çalışmada;

hemşireler arasında maneviyatın tanımıyla ilgili bir fikir birliğinin olmadığı, hastanın desteklenebilmesi için duyguların ve maneviyatın özel bir öneme sahip olduğunu düşündükleri, manevi bakımın önündeki engelleri ise pandemi sırasında iş yükünün çok olması (örneğin molaların olmaması), zaman yetersizliği ve eğitim eksikliği olarak tanımladıkları görüldü. Ayrıca, pandemi döneminde aile ziyaretlerine izin verilmemesi ve din adamlarına tam olarak ulaşılamaması nedeniyle hastalara psikolojik ve manevi destek sağlama sorumluluğunun hemşirelere kaldığını; bazı katılımcıların ise bu durumla başa çıkmak için uygun ve yeterli eğitime sahip olmadıklarını belirttikleri görüldü (114).

Hemşirelerin, manevi bakıma yönelik eğitim alma durumları ile manevi destek algıları arasındaki ilişki incelendiğinde; manevi bakıma yönelik eğitim alma durumu ile manevi destek algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu; bu bağlamda manevi bakıma yönelik eğitim almanın, manevi destek algısını arttırdığı bulundu. Elde edilen bu bulgunun, Küçük'ün (2019) çalışma bulgusu ile benzer olduğu görülürken; ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, çalışma bulgularımızdan farklı olarak, manevi bakıma yönelik eğitim almış olmanın, manevi destek algısına etki etmediği görüldü (2, 6, 34, 99). Literatürde ise; manevi bakım farkındalığını ancak yeterli bir eğitimin arttırabileceği, hemşirelerin manevi bakım ile ilgili daha fazla eğitim ve rehberliğe ihtiyaç duydukları, manevi bakıma yönelik eğitim içeriklerinin hemşirelik müfredatına da eklenmesi gerektiğini bildiren çalışmaların olduğu gözlemlendi (109, 115- 117). Ayrıca hemşirelerin manevi bakım ile ilgili eğitim almalarının, manevi bakım uygulamalarını kolaylaştıracağı da bildirilmektedir (109). Estebarsari ve arkadaşlarının (2023) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada; hemşirelik öğrencilerinin manevi bakım sağlama konusunda daha yetkin bir hale getirilmesi durumunda daha verimli ve kaliteli bakım müdahalelerinin elde edileceği öngörülmekte ve manevi bakımın hemşirelik eğitim programlarının bir parçası olması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (118). Egan ve arkadaşlarının (2017), Yeni Zelandalı hemşirelerin manevi bakım algılarını değerlendirdikleri çalışmada; birçok hemşirenin manevi bakımı hemşirelik uygulamasının önemli bir boyutu olarak gördüğü, manevi bakım konusunda “rol modele” ihtiyaç duydukları, ayrıca hemşirelerin bir kısmının da manevi uygulamaların yapılması veya manevi bilgilerin tartışılması konusunda gerginlik yaşadıkları gözlemlendi (21). Çalışmaların büyük çoğunluğu, hemşirelerin manevi bakımı hemşirelik rolünün önemli bir yönü olarak algılamalarına rağmen, çoğunun hastaların manevi ihtiyaçlarıyla başa çıkma konusunda kendilerine güvenmediklerini ve manevi bakımın sağlık hizmeti uygulamalarında kasıtlı olarak ihmal edilmeye ve seyrek olarak uygulanmaya devam ettiğini

göstermektedir (42, 103). Aras ve Erkoç'un (2024), onkoloji hemşirelerinin ölüm kaygısı ile manevi destek algısı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada ise; bakım hizmeti alan birey ve/veya yakınına manevi yönden yardım sağlayan hemşirelerin manevi destek algısının daha yüksek, ölüm kaygılarının ise daha az olduğu görüldü (119). Hemşirelere yönelik maneviyat, manevi bakım ve manevi destek algısı üzerine yapılan çalışmalar; ülkemizde daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu, manevi bakım uygulamalarına etki eden faktörlerin belirlenmesine yönelik araştırmaların yapılması gerektiğini; ayrıca hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası maneviyat, manevi bakım ve manevi destek ile ilgili eğitimlerin düzenlenmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır (105, 111, 119).

5.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlgili Bulguların Tartışılması

BBSA- Hemşire ölçeğinden toplamda 1- 5 arası puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın artması, hemşirelerin bakım verirken hasta bireyselliğini destekleme algılarının da arttığını göstermektedir. Bu çalışmada hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının 'çok yüksek' olduğu saptandı. Hemşirelerin BBSA- Hemşire alt boyunlarından aldığı puanlar incelendiğinde ise; bireyselleştirilmiş bakım algılarının, 'Klinik Durum' ve 'Karar Verme Kontrolü' alt boyutlarında çok yüksek, 'Kişisel Yaşam Durumu' alt boyutunda ise yüksek olduğu bulundu. Çalışmamızla benzer olarak; Özakgöl ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında da hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu; Can ve Acaroğlu'nun (2015) çalışmasında ise iyi düzeyde olduğu görüldü (93, 120). Atay ve Yurttaş'ın (2021) çalışmasında hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının orta düzeyde olduğu; Cho ve arkadaşlarının (2022) Amerikalı hemşireler ile yaptıkları çalışmada ise çalışma bulgularının çalışmamızla benzerlik gösterdiği gözlemlendi (121, 122). Theys ve arkadaşlarının (2021), Flaman ve Hollandalı hemşireler ile yaptıkları çalışma sonucunda da hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek düzeyde olduğu görüldü (71). Literatür incelendiğinde; hemşirelerin, hemşirelik öğrencilerinin ve hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendiren güncel çalışmaların olduğu görülmektedir (18, 88, 89, 123- 127). Suhonen ve arkadaşları (2011); Kıbrıs, Finlandiya, Yunanistan, Portekiz, İsveç, Türkiye ve Amerika'da çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını ve bireyselleştirilmiş bakım algısında ülkelere göre herhangi bir farklılık olup olmadığını değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada; hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik uygulamaları ile hasta bireyselliğini büyük ölçüde desteklediklerini düşündükleri; bireyselleştirilmiş bakım algısında ise ülkeler arası farklılıklar olduğu tespit edilmiştir.

İskandinav ülkelerindeki ve Amerika'daki hemşirelerin, BBSA- Hemşire skalasından yüksek puanlar aldığı görülürken, Akdeniz ülkeleri ve Avrupa'nın güney kesimlerindeki hemşirelerin (Yunanistan hariç) daha düşük puanlar aldıkları; bireyselleştirilmiş bakım sağlanması konusunda ise en yüksek puanı Amerikalı hemşirelerin, en düşük puanı da Portekizli hemşirelerin aldığı görülmüştür. (123). Bartkeviciute ve arkadaşları da (2021) sağlık profesyonellerinin ve diyabetli yaşlı hastaların, bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin algılarını değerlendirmiş ve iki grubun algılarını karşılaştırmışlardır. Çalışma sonucunda sağlık profesyonellerinin, bireyselleştirilmiş bakım desteği ve hizmeti sunma konusunda hastalardan daha olumlu bir algıya sahip oldukları bulunmuştur (124). Kousoulou ve arkadaşları (2019) ise Kıbrıs'ta kanser tanısı almış hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda; hastaların bakımlarında bireyselliğin gerçekleşmesini yüksek düzeyde algıladıkları; ayrıca "desteklenmek ve onaylanmak", "saygı görmek" ve "aidiyet" boyutlarından aldıkları puanların da ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, Kıbrıs'taki onkoloji hemşirelerinin hastalara bakım verirken saygı gösterdiklerini; ayrıca hastaların karar alma süreçlerine katılmalarını sağlamak için onlara seçenek sunduklarını ve onlarla bilgi paylaşımında bulunduklarını da göstermektedir (125). Bu bulgular ışığında, bu çalışmadan elde edilen sonuçların literatürle uyumlu olduğu görüldü. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, benzer hastalığı olan diğer hastalara uygulanan rutin ne olursa olsun (çünkü bunlar zamanla değişebilir), hastalık süreci boyunca her hastanın bireysel ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan, hastaya özel, planlı bir bakımdır (128). Bu bağlamda çalışmadaki hemşirelerin, bakım uygulamalarını yerine getirirken hasta bireyselliğine dikkat ettiklerini düşündükleri söylenebilir. Ancak çalışma kapsamında hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarına yönelik veri toplanmadığı için, hastalar açısından uygulanan bakımın ne kadar bireyselleştirildiğine dair kıyaslama ve değerlendirme yapılamadı.

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerine göre bireyselleştirilmiş bakım algıları incelendiğinde; cinsiyetin, medeni durumun, eğitim düzeyinin, mevcut çalışılan kliniğin, mevcut kurum ve klinikteki çalışma süresinin, servis hemşiresi veya sorumlu hemşire olarak çalışıyor olma durumunun, haftalık çalışma saatinin, vardiya usulüne göre çalışıp çalışmama durumunun, hastaya verdiği bakımı yeterli veya yetersiz olarak bulma durumunun hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısına etki etmediği saptandı.

Çalışmada hemşirelerin cinsiyetlerinin bireyselleştirilmiş bakım algısına etki etmediği tespit edilirken, literatürde de çalışma bulgularımızı destekleyen çalışmaların olduğu görüldü (13, 81, 121). Bu çalışmada hemşirelerin medeni durumları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ile ilgili bulgu, Altınbaş ve İster'in (2020) çalışma bulguları ile benzerlik gösterirken; Altınışik ve Arıkan'ın (2022) çalışmasında ise bu çalışmadaki bulgudan farklı olarak hemşirelerin medeni durumlarının bireyselleştirilmiş bakım algılarına etki ettiği, evli olan hemşirelerin bekar hemşirelere göre bakım uygulamalarında hastaların kişisel yaşam durumları ve karar verme kontrolü ile ilgili girişimleri daha fazla destekledikleri görüldü (13, 129). Hemşirelerin eğitim durumlarının bireyselleştirilmiş bakım algılarına etki etmediği tespit edilirken, alanda konumuzla benzer olarak yapılmış diğer çalışmalara bakıldığında çalışma bulgularımızı hem destekleyen hem de desteklemeyen çalışmaların yer aldığı gözlemlendi (13, 70, 130, 131). Bu çalışmada hemşirelerin eğitim düzeylerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilemediği görülse de eğitim seviyesi yüksek olan hemşirelerin daha fazla bireyselleştirilmiş bakım sağlama eğiliminde olduğunu gösteren çalışmalarında olduğu görüldü (124, 131).

Hemşirelerin kurumda ve klinikteki çalışma süreleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülürken; "Klinik Durum" alt boyutunda en yüksek algıya sahip hemşirelerin 11 yıl ve üzerinde klinikte görev yapan hemşireler olduğu bulundu. Bu bulgular doğrultusunda; hemşirelerin klinik deneyimlerinin artmasının, bakım verme girişimlerinde hastanın bireyselliğini desteklemelerine olumlu katkıda bulunduğu düşünülebilir. Çalışmada hemşirelerin hastalara verdikleri bakımı yeterli veya yetersiz olarak değerlendirmelerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarına etki etmediği belirlendi. Çalışma konumuzla benzer olarak Katja ve arkadaşlarının (2022) hemşirelerin yeterlilik düzeyleri ile verdikleri bakımın bireyselleşmesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada ise, hemşire yeterliliğinin hasta merkezli bakımı desteklediği, bakımın bireyselleşmesine olumlu olarak etki ettiği görülmektedir (132). Yiğit ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında ise hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek seviyede olduğu; bunun yanı sıra hemşirelerin hastanın bakımından ayrı olarak, sorumluluğunun dışındaki işlerden dolayı vakit kaybı yaşadığı ve personel sayısının az olmasının da bakımın bireyselleştirilmesini engellediği görüldü (88). Cerit ve Uzun'un (2024) palyatif bakım servisindeki hem çalışan hemşirelerin hem de yatan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını inceledikleri çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım verildiğine dair algıları ile hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verdiklerine dair algılarının her iki grup içinde yüksek olarak

ölçüldüğü gözlemlendi. Bununla beraber, hasta bakım kalitesinin artması ve hastanın iyileşmesi sürecinde hedeflenen sonuçlara ulaşılması için bireyselleştirilmiş bakım sunumunda hem bakım alan hem de bakım veren bireylerin algı düzeylerinin birbirine yakın olması gerektiğinin önemi de belirtilmektedir (89). Bal ve Acaroğlu'nun (2022) çalışmasında ise bakım alan bireylerin, klinikteki ilk karşılaşma biçimlerinin ve hemşirelerin davranışlarının bireyselleştirilmiş bakım algılarında etkili olduğu bulunmuştur (126).

Hemşirelerin; yaşları, mevcut çalıştıkları kurum, mesleği isteyerek seçme durumları, manevi bakım ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik eğitim alma durumları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

Hemşirelerin yaşları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları incelendiğinde; 25 yaş ve altındaki hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu; ölçek alt boyutlarında ise yaş ile bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. BBSA- Hemşire toplam puan ortalamalarındaki bu anlamlı farklılığın nedenini bulmak için yapılan ileri analiz sonucunda; farkın nedeninin 25 yaş ve altındaki hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının, 25 yaş üstündeki hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarından yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı. Melikoğlu ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da çalışmamızla benzer olarak hemşirelerin yaşları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülürken; çalışma bulgumuzla benzerlik göstermeyen çalışmalarında olduğu görüldü (13, 121, 133).

Hemşirelerin çalıştıkları kurum ile BBSA- Hemşire toplam, “Klinik Durum” ve “Kişisel Yaşam Durumu” ölçek alt boyutları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirlendi. “Karar Verme Kontrolü” alt boyutunda ise çalışılan kurum ile bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. BBSA- Hemşire “Karar Verme Kontrolü” alt boyutundaki bu anlamlı farklılığın nedenini bulmak için yapılan ileri analiz sonucunda farkın nedeninin; üniversite hastanesi ile eğitim araştırma hastanesinin birinci ve ikinci binasında çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarından yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı. Atay ve Yurttaş'ın (2021) ülkemizde yaptıkları çalışmanın, çalışma bulgularımızı desteklediği; farklı ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında da çalışılan kurum ile bireyselleştirilmiş bakım algısı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu gözlemlendi (71, 121). Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilgili elde edilen bu bulguların

çalışılan kurum ve bölgeye göre farklılık göstermesi, bölgesel ve örgütsel iklim yapısında görülebilecek farklılıkların bir sonucu olabileceği düşünüldü.

Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumları ile BBSA- Hemşire toplam, “Klinik Durum” ve “Karar Verme Kontrolü” ölçek alt boyutları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Kişisel yaşam durumu alt boyutunda ise mesleği isteyerek seçen hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Çalışma konumuzla benzer olarak yapılan başka çalışmalarda ise çalışma bulgumuzdan farklı olarak, hemşirelerin mesleği isteyerek seçmiş olma durumlarının bireyselleştirilmiş bakım algılarına etki etmediği görüldü (133, 134). Çiftçi ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında ise, hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu, öğrencilerin sınıf düzeylerinin ve mesleği isteyerek seçmiş olmalarının bireyselleştirilmiş bakım algılarını arttırdığı gözlemlendi (127). Bu bulgu ile ilgili farklı çalışma sonuçlarının olması, hemşirelik eğitimi ve mesleği boyunca kazanılan bilgi ve mesleki deneyimin; mesleği istemeden seçmiş olanların olumsuz bakış açısını değiştirmesinin bir sonucu olabileceği düşünüldü.

Hemşirelerin, manevi bakıma yönelik eğitim alma durumları ile BBSA- Hemşire toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik eğitim alma durumları ile BBSA- Hemşire ölçek toplam, “Klinik Durum” ve “Karar Verme Kontrolü” alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu. “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyutunda ise hemşirelerin bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik eğitim alma durumları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptandı. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ile ilgili eğitim alma durumlarının, kişisel yaşam durumu alt boyutunda bireyselleştirilmiş bakım algılarını arttırdığı görüldü. Kavaslar’ın (2021) çalışmasında da çalışmamızla benzer olarak hemşirelerin hasta merkezli bakım eğitimi almalarının bireyselleştirilmiş bakım algılarını arttırdığı; Şabanoğlu’nun (2020) çalışmasında ise bu çalışmada elde edilen bulgudan farklı olarak, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım eğitimi almaları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlemlendi (70, 96). Literatürde ise bireyselleştirilmiş hasta bakımını vurgulayan eğitim programlarının yapılmasının ve bu programların sürekliliğinin sağlanmasının, bireyselleştirilmiş bakıma yönelik girişimlerin uygulanmasını daha da güçlendireceği bildirilmektedir (130, 131, 135). Bu iyileştirmelerin bakıma entegre edilmesinin; hasta çıktılarının iyileşmesini, kaçırılan

bakımın azalmasını, memnuniyet düzeyinin ve bakım kalitesinin artmasını sağlayacağı öngörülmektedir. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik eğitim içeriklerinin hemşirelik müfredatında yer alması ise geleceğin hemşireleri olan hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya hazırlanmasında kritik role sahiptir. Bu bağlamda, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım müdahaleleri sunma konusundaki yeteneklerinin artırılması için; eğitim programlarının düzenlenmesi de büyük önem taşımaktadır (130). Her hastanın özel ihtiyaçlarına, tercihlerine ve koşullarına odaklanan bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, sağlık bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi için giderek daha fazla önem kazanan bir model olan hasta merkezli bakım ilkeleriyle uyumludur (130). Hastaların iyileşmeleri için salt doğru tanıyı koymak veya sabit bir tedavi uygulanması yeterli olamamaktadır. Çalışmalar, bunlarla beraber hastaları duymanın, dinlemenin ve onları mümkün olan en iyi tedaviyi hak eden bireyler olarak görmenin önemine de vurgu yapmaktadır (125, 128).

5.4. Hemşirelerin Manevi Destek Algısı ve Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Hastaya özel düzenlenmiş, bakım uygulamalarına hasta katılımının da desteklendiği, hastanın karar verici mekanizmalardan biri olduğu bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile hastanın tüm yönleri ile ele alınmasını savunan bütüncül/ holistik bakım anlayışı günümüzde kabul gören bakım yaklaşımlarıdır. Bakım ise, hemşireliğin başlıca çalışma alanıdır (13). Hastanın; fikirleri, hisleri, manevi yaklaşımı, inanç, değer ve yargıları ise bireyselleştirilmiş bakımın odak noktasındadır. Bu yönden değerlendirildiğinde hemşirelik bakımının odak noktalarından birisinin de manevi bakım olduğu görülmektedir (19- 22).

Hemşireler bakım verirken, insanın olduğu her yerde manevi ihtiyaçlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (5). Bakım sırasında manevi desteğin yetersiz kalması; bireylerin hayat doyumunda düşüş olmasına, alınan bakımdan memnun kalınmamasına, tedavinin daha zorlu geçmesine, kurum olanaklarının yeterince değerlendirilememesine ve bakım masraflarının da artış göstermesine yol açmaktadır (7). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ise yaygın bir şekilde hasta bakım kalitesinin de bir göstergesi olarak görülmektedir (122). Hasta bakımının bireyselleştirilmesinin; daha iyi hasta çıktıları, maliyette düşüş, hemşirelerin motivasyon ve iş tatminlerinin artması gibi kurumsal, personel ve hasta bazı pek çok faydasının olduğu bildirilmektedir (130).

Bu çalışmada hemşirelerin Manevi Destek Algısı toplam puan ortalaması ile BBSA-Hemşire toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde

anlamli bir iliski olduğu saptandı. Çalışmada, hemşirelerin manevi destek algılarındaki artışın, bireyselleştirilmiş bakım algılarını da arttırdığı bulundu.

Hastanın bakımı sırasında, ‘hasta olma’ durumunun; hasta açısından taşıdığı anlam ve öneminin, hastada oluşturduğu hislerin, hastaya duygusal yönlü etkisinin ve hastanın hastalığa olan cevabının dikkate alınması, “Klinik Durum” boyutunda hasta bireyselliğini destekleyen bakım uygulamalarının yer aldığını göstermektedir (120). Bu çalışmada hemşirelerin, BBSA- Hemşire Klinik Durum alt boyutu ile manevi destek algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan analiz sonucunda; Manevi Destek Algısı ile Klinik Durum arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda manevi destek algısı yüksek olan hemşirelerin; “Klinik Durum” bakım uygulamalarında, hasta bireyselliğini daha çok önemsedikleri görüldü. Bu doğrultuda manevi destek algısı yüksek olan hemşirelerin bakım verirken, hastanın hastalığa olan tepkisini ve hastalığının hastada bıraktığı etkiyi daha fazla dikkate aldıkları söylenebilir.

Hastaya bakım verilirken inanış, tutum, değer ve yargılarını gösteren rutinlerinin, günlük yaşam davranışlarının, seçimlerinin, hobilerinin, yakınları ile kurduğu ilişkilerin, çalışma ve geçmiş yaşam tecrübelerinin göz önünde bulundurulması, “Kişisel Yaşam Durumu” boyutunda hasta bireyselliğini destekleyen bakım uygulamalarına yer verildiğini göstermektedir (120). Bu çalışmada hemşirelerin, BBSA- Hemşire Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ile manevi destek algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan analiz sonucunda; Manevi Destek Algısı ile Kişisel Yaşam Durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre; manevi destek algısı yüksek olan hemşirelerin, hastaya bakım verirken, “Kişisel Yaşam Durumuna” yönelik bakım uygulamalarında hasta bireyselliğini daha çok algıladıkları görüldü. Bu bağlamda manevi destek algısı yüksek olan hemşirelerin bakım sırasında, hastanın kişisel yaşam deneyimlerini, yaşam davranışlarını etkileyen inanış ve tutumlarını daha çok dikkate aldıklarını, bakım uygulamalarını ise buna göre planladıkları söylenebilir.

Hastanın bakımı sırasında; tercihlerinin sorgulanması, karar mekanizmalarına dahil edilmesi, seçim fırsatlarının sunulması ve bakımı ile ilgili kararlarda aktif rol almasının desteklenmesi, “Karar Verme Kontrolü” boyutunda hasta bireyselliğini destekleyen bakım girişimlerinin uygulandığını göstermektedir (120). Bu çalışmada hemşirelerin, BBSA- Hemşire Karar Verme Kontrolü alt boyutu ile manevi destek algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan analiz sonucunda; Manevi Destek Algısı ile Karar Verme

Kontrolü arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre; manevi destek algısı yüksek olan hemşirelerin, “Karar Verme Kontrolü” ile ilgili bakım uygulamalarında hasta bireyselliğini daha fazla önemsedikleri görüldü. Bu bağlamda manevi destek algısı yüksek olan hemşirelerin, bakım sırasında hastaya da söz hakkı tanıdıkları ve hastayı karar mekanizmalarına daha çok dahil ettikleri düşünülebilir.

Çalışma sonuçlarından yola çıkarak; manevi desteğin, bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını destekleyen ve uygulamaya yansımaları arttıran önemli unsurlardan biri olduğu söylenebilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, hemşirelerin manevi destek algıları ile bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirmek, aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla; kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

Çalışma sonucunda:

Hemşirelerin;

- %88.3'ünün kadın,
- %58.3'ünün evli,
- %72'sinin lisans mezunu,
- %32'sinin 26- 30 yaş aralığında ve yaş ortalamasının 33.97 ± 7.96 olduğu,
- %46'sının üniversite hastanesinde,
- %17'sinin devlet hastanesinde,
- %11.7'sinin eğitim araştırma hastanesinin birinci binasında,
- %25.3'ünün eğitim araştırma hastanesinin ikinci binasında,
- %66.3'ünün hemşirelik mesleğini kendi istekleriyle seçtikleri,
- %91'nin servis hemşiresi olarak çalıştığı,
- %23.7'sinin bulundukları kurumda 6- 10 yıl arasında çalıştıkları,
- %51'inin cerrahi servislerde çalıştığı,
- %41'inin 1 yıl ile 5 yıl arasında aynı klinikte görev aldığı,
- %77'sinin haftalık çalışma saatine göre 40 saat çalıştığı ve haftalık çalışma saati ortalamalarının 42.22 ± 5.21 olduğu,
- %78.3'ünün hem gündüz hem de gece vardiyasında çalıştığı,
- Günlük bakmakla yükümlü oldukları hasta sayısı ortalamasının 15.74 ± 7.75 olduğu,
- %77'sinin manevi bakıma yönelik bir eğitim almadığı,
- %68.3'ünün bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik bir eğitim almadığı,
- %59.3'ünün hastalara verdikleri bakımı yeterli buldukları,
- “Manevi Destek Algısı” toplam puan ortalamasının 49.78 ± 7.24 olduğu
- %94'ünün manevi destek algısının yüksek olduğu,
- Manevi bakıma yönelik eğitim alma ile manevi destek algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve manevi bakıma yönelik eğitim alan hemşirelerin manevi destek algılarının daha yüksek olduğu,

- BBSA- Hemşire toplam puan ortalamasının çok yüksek 4.22 ± 0.53 ,
- BBSA- Hemşire “Klinik Durum” alt boyut puan ortalamasının çok yüksek 4.33 ± 0.55 ,
- BBSA- Hemşire “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyut puan ortalamasının yüksek 3.99 ± 0.69 ,
- BBSA- Hemşire “Karar Verme Kontrolü” alt boyut puan ortalamasının çok yüksek 4.24 ± 0.59 olduğu,
- Yaş ile BBSA- Hemşire toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, 25 ve altı yaş grubunda olan hemşirelerin BBSA- Hemşire toplam puanlarının; 26-30 yaş grubu, 36-40 yaş grubu ve 41- 45 yaş grubunda olan hemşirelerin BBSA- Hemşire toplam puanlarından daha yüksek olduğu,
- Mevcut olarak çalışılan kurum ile BBSA- Hemşire Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve üniversite hastanesinde, eğitim araştırma hastanesinin birinci ve ikinci binasında çalışan hemşirelerin BBSA- Hemşire Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalamalarının, devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin BBSA- Hemşire Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalamalarından yüksek olduğu,
- Mesleği isteyerek seçme durumları ile BBSA- Hemşire Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve mesleği isteyerek seçen hemşirelerin BBSA- Hemşire Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Manevi bakıma yönelik bir eğitim almaları ile BBSA- Hemşire toplam, Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu,
- Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik eğitim alma durumları ile BBSA- Hemşire Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile ilgili eğitim alan hemşirelerin BBSA- Hemşire Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- Manevi Destek Algısı toplam puan ortalaması ile BBSA- Hemşire toplam, Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu ($p=0.000 < 0.05$),
- Manevi destek algısının, BBSA- Hemşire toplam, Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalamalarını arttırdığı saptandı.

Bu bulgular doğrultusunda:

- Hemşirelik eğitim mufredatına; maneviyat, manevi bakım, manevi destek ve uygulamalarına yönelik daha fazla ders konusunun eklenmesi,
- Hemşirelerin manevi bakıma yönelik farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini arttırmak için; eğitim programlarının düzenlenmesi ve devamlılığının sağlanması,
- Hasta bakımında manevi bakım uygulamalarının desteklenmesi, hemşirelerin manevi bakım uygulamalarının arttırılması ve görünür kılınması için hemşire kayıt sistemlerinin geliştirilmesi,
- Hemşirelerin manevi bakım uygulama becerilerinin geliştirilmesi ve hasta bakımında manevi girişimlerin arttırılması için; diğer mesleklerle iş birliklerinin ve koordineli çalışmaların planlanması ve yapılması,
- Hemşireler, hastalar ve hemşirelik öğrencilerinden oluşan farklı ve daha büyük örneklem grupları ile manevi destek algısı ve bireyselleştirilmiş bakıma yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aydın M, Kaşıkçı M (2019). Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 21(3): 14-24.
2. Küçük İ (2019). Hastaların manevi destek gereksinimlerinin ve sağlık profesyonellerinin manevi destek algılarının belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.
3. Genç Y, Durğun A (2018). Manevi bakımın gerekliliği ve bakım hizmeti veren meslek elemanlarının manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Turkish Studies 13(9): 45-66.
4. Ercan F, Körpe G, Demir S (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. Gazi Medical Journal 29: 17-22.
5. Karaman A (2019). Hemşirelerin manevi bakım algıları ile manevi bakım yeterlilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Manisa.
6. Uzelli DY, Yılmaz D, Karaman D, Çalışkan S (2019). Hemşirelerin manevi destek algıları ve ilişkili faktörler. JAREN 5(3): 188-193.
7. Gijssberts MHE, Liefbroer AI, Otten R, Olzman E (2019). Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. Medical Sciences 7(2): 25.
8. Noome M, Beneken Genaamd Kolmer DM, van Leeuwen E, Dijkstra BM, Vloet LCM (2017). The role of ICU nurses in the spiritual aspects of end-of-life care in the ICU: an explorative study. Scand J Caring Sci. 31(3): 569-578.
9. Gratz M, Paal P, Emmelmann M, Roser T (2016). Spiritual care in the training of hospice volunteers in Germany. Palliative & supportive care 14(5): 532-540.
10. de Graaf E, van Klinken M, Zweers D, Teunissen S (2020). From concept to practice, is multidimensional care the leading principle in hospice care? An exploratory mixed method study. BMJ Supportive & Palliative Care 10(1): e5-e5.
11. Akay M, Şahin Z (2018). Türkiye’de ve dünyada hastane hizmetleri bağlamında manevi bakım [Online]. Erişim adresi: https://www.multicongress.net/2018Multicongress/Ornek_Calisma.pdf. [Erişim tarihi: 1 Ekim 2024].
12. Macit M, Karaman M (2019). Hemşirelerde manevi destek algısının incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 10(3): 293-302.

13. Altınbaş Y, İster ED (2020). Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve bireyselleştirilmiş bakım algıları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 29(4): 246-254.
14. Çopur EÖ, Emiroğlu ON (2017). Birey odaklı bakım ve halk sağlığı hemşireliği uygulamalarındaki önemi. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing- Special Topics* 3(2): 61-65.
15. Toru F (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: bireyselleştirilmiş bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 4(1): 46-59.
16. Erden SM, Dalcalı BK, Güngörmüş E, Kaya H (2022). The relationship between the individualized care perceptions and spiritual care perceptions of nurses. *Perspect Psychiatr Care* 58(4):1712-1719.
17. Çopur EÖ, Can Z, Karasu F, Çam H (2020). Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım algısına yönelik yapılmış lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 3(2): 38-43.
18. Karayurt Ö, Ursavaş EF, İşeri Ö (2018). Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarının ve görüşlerinin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 9(2): 163-169.
19. Arlı ŞK, Bakan AB, Erişik E (2017). An investigation of the relationship between nurses' views on spirituality and spiritual care and their level of burnout. *Journal of Holistic Nursing* 35(3): 214-220.
20. Connerton CS, Moe CS (2018). The essence of spiritual care. *Creative Nursing* 24(1): 36-41.
21. Egan R, Llewellyn R, Cox B, MacLeod R, McSherry W, Austin P (2017). New Zealand nurses' perceptions of spirituality and spiritual care: qualitative findings from a national survey. *Religions* 8(5): 79.
22. Mamier I, Taylor EJ, Winslow BW (2019). Nurse spiritual care: prevalence and correlates. *Western Journal of Nursing Research* 41(4): 537-554.
23. Otuzoğlu M (2017). Onkoloji hastalarının manevi bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik ölçeğin geliştirilmesi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara
24. Türk Dil Kurumu (2024). Türk Dil Kurumu Sözlükleri [online]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>. [Erişim tarihi: 7 Ekim 2024].

25. Willemse S, Smeets W, Van LE, Nielen-Rosier T, Janssen L, Foudraine N (2020). Spiritual care in the intensive care unit: an integrative literature research. *J Crit Care* 57: 55-78.
26. Yelen Akpınar Y, Aşti N (2021). Maneviyat, manevi bakım, manevi bakımın hemşirelikte önemi. *YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2(3): 127-140.
27. Kütük BŞ, Akyol BN, Vural C, Dölek N (2021). Aydınlanma çağı, modernleşme ve sosyal değişme [online]. Erişim adresi: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Ayd%C4%B1nlanma_Cag%C4%B1_Modernlesme_ve_Sosyal_Degisme_.pdf. [Erişim tarihi: 13 Ekim 2024].
28. Özkaya K (2023). Hemşirelerin merhamet düzeyleri ve manevi destek algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Bolu
29. Hall EJ, Powell RA (2021). Valuing the spiritual. *J Relig Health* 60(3): 1430-1435.
30. Sager E (2022). Components of successful spiritual care. *J Relig Health* 61: 1139-1154.
31. Tavares AP, Martins H, Pinto S, Caldeira S, Pontifice Sousa P, Rodgers B (2022). Spiritual comfort, spiritual support, and spiritual care: a simultaneous concept analysis. *Nurs Forum* 57(6): 1559-1566.
32. Erişen M, Karaca Sivrikaya S (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(3): 184-190.
33. Cusveller B, Damsma-Bakker A, Streefkerk T, Van Leeuwen R (2020). Implementing “link nurses” as spiritual care support in a general hospital. *Religions* 11(6):308.
34. Tambağ H, Mansuroğlu S, Yıldırım G (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: bir pilot çalışma. *Çağdaş Tıp Dergisi* 8(2): 159-164.
35. Kerkez M, Öztürk MH (2023). The effect of nurses’ holistic competence in chronic disease management on their attitudes toward caregiver roles. *Journal of Holistic Nursing*. doi: 10.1177/08980101231217374.
36. Cooper KL, Chang E (2023). Implementing a spiritual care subject for holistic nursing practice: a mixed method study. *Journal of Holistic Nursing* 41(3): 233-245.
37. Köktürk Dalcı B (2019). Palyatif bakım birimlerinde manevi bakım ve hemşirelik. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi* 2(2): 29-37.

38. Karagül A (2012). Manevi bakım: anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi Hollanda örneği. Dini Araştırmalar Dergisi 15(40). Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/da/issue/4477/61713>. [Erişim tarihi 4 Kasım 2024].
39. Austin P, Macdonald J, MacLeod R (2018). Measuring spirituality and religiosity in clinical settings: a scoping review of available instruments. Religions 9(3): 70.
40. Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü (2021). Hastanelerde manevi destek ve rehberlik hizmeti (online). Erişim adresi: <https://sakaryaeah.saglik.gov.tr/TR,20365/hastanelerde-manevi-destek-ve-rehberlik-hizmeti.html>. [Erişim tarihi: 5 Kasım 2024].
41. Rushton L (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? Br J Nurs 23(7): 370-374.
42. McSherry W, Jamieson S (2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care: an online survey of nurses' perceptions. J Clin Nurs 20(11-12): 1757-1767.
43. Pipkins CM, Rinker MA, Curl E (2020). Spiritual care perceptions of baccalaureate nursing students. Journal of Holistic Nursing 38(1): 131-138.
44. Briggs CL, Lovan SR (2014). Nursing students' feedback to a spiritual health reflection. J Holist Nurs. 32(3): 183-8.
45. Lukovsky J, McGrath E, Sun C, Frankl D, Beauchesne MA (2021). A survey of hospice and palliative care nurses' and holistic nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. Journal of Hospice & Palliative Nursing 23(1): 28-37.
46. Best M, Butow P, Olver I (2015). Do patients want doctors to talk about spirituality? a systematic literature review. Patient Educ Couns. 98(11): 1320-8.
47. Khezri E, Bagheri-Saveh MI, Kalhor MM, Rahnama M, Roshani D, Salehi K (2022). Nursing care based on the support-based spiritual care model increases hope among women with breast cancer in Iran. Support Care Cancer 30: 423–429.
48. Chaves EdCL, de Carvalho EC, Dantas RAS, de Souza TF, de Paula ND, de Souza L (2010). Validation of Pinto and Pais-Ribeiro's Spirituality Scale in patients with chronic renal insufficiency in hemodialysis. J Nurs UFPE/Revista de Enfermagem UFPE 4(2): 715–721.
49. Mariano C (2019). Holistic integrative therapies in palliative care. Matzo M, Sherman DW (Ed.), Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life, 3-39. <https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=rTexGiX5bqoC&oi=fnd&pg=PA3&o>

ts=cLsBm0Fc17&sig=KVDZc9IkrdjERbiDwnQ0xOFZaYI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.

50. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology* 28(3): 445–452.
51. Karaca T, Altınbaş Y (2024). Spiritual care support perception and spiritual care competence of nursing students in Turkey: a quasi-experimental study. *J Relig Health* 63: 1775–1785.
52. Meier DE (2011). Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in health care. *Milbank Quarterly* 89(3): 343–380.
53. Flannelly KJ, Emanuel LL, Handzo GF, Galek K, Sifton NR, Carlson M (2012). A national study of chaplaincy services and end-of-life outcomes. *BMC Palliative Care* 11: 10.
54. Ebrahimi H, Areshtanab HN, Jafarabadi MA, Khanmiri SG (2017). Health care providers' perception of their competence in providing spiritual care for patients. *Indian J Palliat Care*. 23(1):57-61.
55. Özveren H, Kırca K (2019). Influence of palliative care training on last-year nursing department students' perception on regarding spirituality and spiritual care: a single-group pretest–posttest intervention study. *J Relig Health* 58: 860–869.
56. Bayındır SK, Biçer S (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 4(1): 25-29.
57. Yıldırım ÖÖ (2021). Hemşireliğin Tanımı/ Hemşirelik Bakımında 14 Gereksinim Teorisi. Demirbağ BC (Ed.), *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla*. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 69- 78.
58. Kuralay Ç (2021). 21 Hemşirelik Problemleri. Demirbağ BC (Ed.), *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla*. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 79- 86.
59. Duran S (2021). Bakım Bilimi ve Felsefesi/ İnsan Bakım Modeli. Demirbağ BC (Ed.), *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla*. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 123- 133.
60. Bulut E (2021). Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli. Demirbağ BC (Ed.), *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla*. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 183- 196.
61. Yılmaz TÖ (2021). İnsan İnsana İlişkiler Modeli. Demirbağ BC (Ed.), *Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla*. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 223- 234.

62. Korkmaz M (2021). Bakım Kuramı. Demirbağ BC (Ed.), Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 197- 209.
63. Adıgüzel L (2021). Sistemler Modeli. Demirbağ BC (Ed.), Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 341- 351.
64. Sarı C (2021). Geçiş Teorisi. Demirbağ BC (Ed.), Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 405- 415.
65. Türk Dil Kurumu (2024). Türk Dil Kurumu Sözlükleri [online]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>. [Erişim tarihi: 8 Kasım 2024].
66. Demirbağ BC, Kazak A, Erkuran H (2021). Terminoloji. Demirbağ BC (Ed.), Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla. Akademisyen Kitabevi, Ankara, Sayfa: 3- 19.
67. Kotan H (2022). COVID-19 pandemi sürecinde ameliyat olan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının konfor düzeylerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
68. Kol E, Ergezen FD (2024). Hemşirelik ve Bakım: Tarihsel Süreç. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG (Ed.). Hemşirelik Kavramları. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri LTD. ŞTİ., Ankara, Sayfa: 224- 226.
69. Başak T, Karaduman GŞ (2024). Hemşire Kuramcılara Göre Sağlık Kavramı. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG (Ed.). Hemşirelik Kavramları. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri LTD. ŞTİ., Ankara, Sayfa: 145- 150.
70. Şabanoğlu G (2020). Hemşirelerin eleştirel ve yaratıcı düşünme becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul.
71. Theys S, Van Belle E, Heinen M, Malfait S, Eeckloo K, Beeckman D, Verhaeghe S, Van Hecke A (2021). Individualised care in Flemish and Dutch hospitals: comparing patients' and nurses' perceptions. Scand J Caring Sci. 36(3): 635-649.
72. Suhonen R, Stolt M, Gustafsson ML, Katajisto J, Charalambous A (2014). The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. J Adv Nurs. 70(6): 1356-68.
73. Güney S (2024). Birey Merkezli Bakım. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG (Ed.). Hemşirelik Kavramları. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri LTD. ŞTİ., Ankara, Sayfa: 237- 243.

74. Morgan S, Yoder LH (2012). A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs.* 30(1): 6-15.
75. Hughes JC, Bamford C, May C (2008). Types of centredness in health care: themes and concepts. *Med Health Care Philos.* 11(4): 455-63.
76. Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J (2000). Individualized care in a Finnish healthcare organization. *J Clin Nurs.* 9(2): 218-27.
77. Rodríguez-Martín B, Stolt M, Katajisto J, Suhonen R (2016). Nurses' characteristics and organisational factors associated with their assessments of individualised care in care institutions for older people. *Scand J Caring Sci.* 30(2): 250-9.
78. Salant P, Dillman DA (1994). *How to Conduct Your Own Survey.* John Wiley & Sons, Inc., Newyork; Sayfa: 55.
79. Cohen J (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* Second edition. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale; Sayfa: 1-17.
80. Kavas E, Kavas N (2014). Manevi destek algısı (MDA) ölçeği: geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Electronic Turkish Studies* 9(2).
81. Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Valimaki M, Leino-Kilpi H (2010). Nurses' perceptions of individualized care. *J Adv Nurs* 66(5): 1035-46.
82. Acaroglu R, Suhonen R, Sendir M, Kaya H (2010). Reliability and validity of Turkish version of the Individualised Care Scale. *J Clin Nurs.* 20(1-2): 136-45.
83. Alpar R (2022). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik- Güvenirlik.* Yedinci Baskı. Detay Yayıncılık, Ankara; Sayfa: 581- 589.
84. Tabachnick BG, Fidell LS (2013). *Using Multivariate Statistics.* Sixth edition. Pearson, Boston; Sayfa: 79.
85. George D, Mallery M (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 Update.* Ten edition. Pearson, Boston; Sayfa: 41.
86. Kalaycı Ş (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri.* İkinci Baskı. Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, Ankara; Sayfa: 116.
87. Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N (2018). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik.* 25. Baskı. Pegem Akademi, Ankara; Sayfa: 200.
88. Yiğit H, Enç N, Türen S (2024). Dahili yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algılama düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2(2): 74-88.

89. Cerit B, Uzun LN (2024). Palyatif bakım hastalarının ve hemşirelerinin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin algıları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 33(1): 67-73.
90. Kudubes AA, Akıl ZK, Bektaş M, Bektaş İ (2021). Nurses' attitudes towards death and their effects on spirituality and spiritual care. *J Relig Health* 60: 153–161.
91. Kavak F, Mankan T, Polat H, Sarıtaş SÇ, Sarıtaş S (2014). Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Annals of Health Sciences Research* 3(1): 21-24.
92. Cerit B, Çoşkun S (2018). Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory* 9(2): 103-109.
93. Özakgöl AA, Acaroğlu R, Şendir M, Yalçın Atar N, Eskimez Z (2022). Hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının değerlendirilmesi. *JAREN* 8(1): 20-28.
94. Özdemir NG (2015). Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul
95. Engin G (2022). Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul
96. Kavaslar İ (2021). Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algıları ile çalışma özellikleri arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul
97. Aydın S (2022). Cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ile maneviyat ve manevi bakım arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ordu
98. Bekmezci E (2019). Hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı. Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya
99. Kutlu Ö, Ermin C, Aygün D (2021). Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşları ile manevi bakım algılarının değerlendirilmesi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi* 3(3): 130-142.
100. Bulut S (2022). Dahiliye kliniklerinde covid-19 tanısı ile yatan hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul

101. Şahan FU, Terzioğlu F (2020). Hemşirelerin kanser hastalarına yönelik manevi bakım uygulamaları ve karşılaştıkları engeller. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 9(4): 340-349.
102. Wang Z, Zhao H, Zhang S, Wang Y, Zhang Y, Wang Z, Li X, Xiao L, Zhu Y, Han G, Yan Y, Wang J, Zhang Y, Pang X (2022). Correlations among spiritual care competence, spiritual care perceptions and spiritual health of Chinese nurses: a cross-sectional correlational study. *Palliat Support Care* 20(2): 243-254.
103. Azarsa T, Davoodi A, Markani AK, Gahramanian A, Vargaei A (2015). Spiritual wellbeing, attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence among critical care nurses. *Journal of Caring Sciences* 4: 309–320.
104. Ovayolu Ö, İlter SM, Serçe S, Ovayolu N (2021). Perception status of nursing department students in terms of spirituality and spiritual care. *Dubai Med J* 4(4): 334–340.
105. Esendir Nİ, Kaplan H (2018). Sağlık çalışanlarının maneviyat ve manevi destek algısı: İstanbul örneği. *EKEV Akademi Dergisi* 73: 317-332.
106. Melhem GA, Zeilani RS, Zaqqout OA, Aljwad AI, Shawagfeh MQ, Al-Rahim MA (2016). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: a comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian J Palliat Care*. 22(1): 42-9.
107. Cengiz Z, Olmaz D, Turan M (2021). Perception of spiritual care among palliative care nurses: cross-sectional study in eastern Turkey. *Int J Palliat Nurs*. 27(5): 235-243.
108. Chan MF (2010). Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *J Clin Nurs*. 19(15-16): 2128-36.
109. Wu LF, Lin LY (2011). Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Nurs Res*. 19(4): 250-6.
110. Korkmazer S (2023). Yoğun bakım hemşirelerinin algıladıkları çevresel stresörler ile manevi destek algısı arasındaki ilişkini incelenmesi. Yüksek lisans tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
111. Kavas E, Kavas N (2015). “Hastalarda Manevi Bakım İhtiyacı” konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği. *Journal of Turkish Studies* 10(14): 449-460.
112. Selvi Y (2019). Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme karşı tutumları, manevi destek algıları ve bunlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek

lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir

113. Chen ML, Chen YH, Lin LC, Chuang LL (2020). Factors influencing the self-perceived competencies in spiritual care of nurses in the long-term care facilities. *J Nurs Manag.* 28(6): 1286-1294.
114. de Diego-Cordero R, López-Gómez L, Lucchetti G, Badanta B (2022). Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nurs Outlook.* 70(1): 64-77.
115. Chung MJ, Eun Y (2011). Development and effectiveness of a spiritual care education program for nursing students- based on the ASSET model. *J Korean Acad Nurs.* 41(5): 673-83.
116. Timmins F, Connolly M, Palmisano S, Burgos D, Juárez LM, Gusman A, Soriano V, Jewdokimow M, Sadłón W, Serrano AL, Caballero DC, Campagna S, García-Peñuela JMV (2022). Providing spiritual care to in-hospital patients during COVID-19: a preliminary European fact-finding study. *J Relig Health* 61: 2212–2232.
117. O'Brien MR, Kinloch K, Groves KE, Jack BA (2019). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: a qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *J Clin Nurs.* 28(1-2): 182-189.
118. Estebansari F, Farhadi NA, Barati M, Stiri S, Fath MM, Mostafaie D, Kandi ZRK (2023). The relationship between daily spiritual experiences and the dimensions of spiritual care competence in nursing students: the dimension of professionalization and improvement of the quality of spiritual care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 28(3): 339-344.
119. Aras D, Erkoç A (2024). Onkoloji Hemşirelerinin Ölüm Kaygısı ve Manevi Destek Algıları. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7(2):14-28.
120. Can Ş, Acaroğlu R (2015). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 23(1): 32-40.
121. Atay ME, Yurttaş A (2021). Hemşirelerin etik duyarlılıkları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 29(1): 66-77.
122. Cho H, Sagherian K, Scott LD, Steege LM (2022). Occupational fatigue, individualized nursing care, and quality of nursing care among hospital nurses. *J Nurs Scholarsh.* 54(5): 648-657.

123. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Lemonidou C, Kalafati M, da Luz MD, Idvall E, Berg A, Acaroğlu R, Şendir M, Kanan N, Sousa VD, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H (2011). Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *J Adv Nurs*. 67(9): 1895-907.
124. Bartkeviciute B, Lesauskaite V, Riklikiene O (2021). Individualized health care for older diabetes patients from the perspective of health professionals and service consumers. *Journal of Personalized Medicine*. 11(7): 608.
125. Kousoulou M, Suhonen R, Charalambous A (2019). Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 41: 33-40.
126. Bal C, Acaroğlu R (2022). Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 7(3): 927-946.
127. Çiftçi B, Aras GN, Yıldız Ö (2021). Examining the correlation between intercultural sensitivity and individualized care perception of nursing students. *Nurse Educ Today* 102: 104937.
128. Charalambous A, Adamakidou T, Cloconi C, Charalambous M, Tsitsi T, Vondráčková L, Bužgová R (2017). The quality of oncology nursing care: a cross sectional survey in three countries in Europe. *Eur J Oncol Nurs*. 27: 45-52.
129. Altınışık M, Arıkan F (2022). "Individualized Care" from the viewpoint of Turkish patients and oncology nurses. *Cancer Nursing* 45(6):p E903-E913.
130. Ramos A, Pires S, Sá E, Gomes I, Alves E, Fonseca C, Coelho A (2024). A cross-sectional study of the perception of individualized nursing care among nurses in acute medical and perioperative settings. *Nurs Rep*. 14(4): 3191-3205.
131. Danacı E, Koç Z (2020). The association of job satisfaction and burnout with individualized care perceptions in nurses. *Nurs Ethics*. 27(1): 301-315.
132. Katja L, Terhi L, Minna S, Jouko K, Riitta S (2022). Nurse competence provides more individuality in the care of older hospitalized people. *Nursing Open* 10(5): 3191-3200.
133. Melikoğlu SE, Dalcı BK, Güngörmüş E, Kaya H (2022). The relationship between the individualized care perceptions and spiritual care perceptions of nurses. *Perspect Psychiatr Care* 58(4): 1712-1719.
134. Işık MT, Yıldırım G (2021). Individualized care perceptions and moral distress of intensive care nurses. *Nursing in Critical Care*. 28(2): 184-192.

- 135.** Idvall E, Berg A, Katajisto J, Acaroglu R, Luz MD, Efstathiou G, Kalafati M, Kanan N, Leino-Kilpi H, Lemonidou C, Papastavrou E, Sendir M, Suhonen R (2012). Nurses' sociodemographic background and assessments of individualized care. *J Nurs Scholarsh.* 44(3): 284-93.





EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanı/Elemanları tarafından hazırlandı. Araştırmanın adı “Hemşirelerin Manevi Destek Algılarının Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisinin İncelenmesi” olup, bu çalışma *hemşirelerin manevi destek algıları ile bireyselleştirilmiş bakım algılarını belirlemek ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla* yapılacaktır. Çalışmada *yüz yüze görüşme yöntemi* kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi 7 ay olarak planlanmaktadır. Bu çalışma süresince sizlerden *Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu, Kişisel Bilgi Formu, Manevi Destek Algısı Ölçeği, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- A- Hemşire Versiyonu Ölçeğini yanıtlamaları, taahhüt ettikleri formlara doğru cevaplar vermeleri, formları eksiksiz doldurmaları ve dâhil edilme kriterlerini karşılamaları* beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, “Hemşirelerin Manevi Destek Algılarının Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı (Gerektiği durumlarda yasal temsilcisi):

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

Değerli Meslektaşım,

Bu çalışma, Hemşirelerin “Manevi Destek Algısı”nın, “Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları” ile ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Uygulanan ankette, mesleki ve sosyo-demografik özelliklere yönelik, Manevi Destek Algısı ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hemşire Versiyonu ile ilgili sorular bulunmaktadır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

Çalışmaya gösterdiğiniz katılım için TEŞEKKÜRLER...

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

a) Erkek

b) Kadın

3. Medeni Durumunuz:

a) Bekâr

b) Evli

4. Eğitim Durumunuz:

a) Lisans

b) Ön lisans

c) Lisans

d) Lisansüstü

5. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?

a) Evet

b) Hayır

6. Göreviniz:

a) Sorumlu Hemşiresi

b) Servis Hemşiresi

c) Özel Dal Hemşiresi

7. Çalışma Yılıınız:

8. Çalıştığınız Bölüm:

a. () Nöroloji

k. () Kadın doğum

b. () Kardiyoloji

m. () Ortopedi ve travmatoloji

c. () Göğüs hastalıkları

n. () Beyin ve sinir cerrahisi

d. () Onkoloji

o. () Göğüs cerrahisi

e. () Hematoloji

p. () Kalp damar cerrahisi

f. () Nefroloji

r. () Plastik cerrahi

EK 2. (Devam)

g. () Endokrin

s. () Kulak burun boğaz

h. () Gastroenteroloji

t. () Üroloji

ı. () İntaniye

y. () Göz

j. () Genel cerrahi

9. Bulunduğunuz klinikte çalışma yılınız:

10. Haftalık çalışma saatiniz?:

11. Bakmakla yükümlü olduğunuz günlük hasta sayısı?:

12. Çalışma Şekliniz?

a) Gündüz vardiyası

b) Gece vardiyası

c) Her ikisi

13. Daha önce manevi bakıma yönelik bir eğitim aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

14. Daha önce bireyselleştirilmiş bakıma yönelik bir eğitim aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

15. Vardiyanız sırasında hastalara verdiğiniz bakımı yeterli buluyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

Ek 3. Manevi Destek Algısı Ölçeği

Manevi Bakım; Hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedavilerine hiçbir şekilde müdahalede bulunmamak 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.						
1	Hastaların fiziksel iyileşmesi için ruhi (manevi) iyileşmesinin de gerekli olduğu kanaatindeyim.					
2	Manevi desteğin, hastalık döneminde kişiye güven duygusu verdiği kanaatindeyim.					
3	Manevi desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceği kanaatindeyim.					
4	Hastaların tedavi sürecinde manevi moral desteğe ihtiyaçları olduğu kanaatindeyim.					
5	Manevi destek, hastalarda psiko-sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.					
6	Manevi desteğin, hastalardaki manevi sapmaları (hurafeleri) gidereceği kanaatindeyim.					
7	Manevi desteğin, hastalarda yaşama direncini arttıracak kanaatindeyim.					
8	Manevi desteğin, hastalarda fiziki iyileşmeye de destek olacağı kanaatindeyim.					
9	Zaman zaman sağlık personelinin de manevi desteğe ihtiyacı olduğu kanaatindeyim.					
10	Sağlık personeli olarak, hastalara manevi desteğin nasıl yapılacağını öğrenmek isterim.					
11	Sağlık personeli olarak, hastalara manevi destekte bulunmak isterim.					
12	Hastaların manevi desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olduğu kanaatindeyim.					
13	Hastanede, her türlü dini ve manevi sorunların danışılabilceği bir uzmana ihtiyaç var.					
14	Hastaların, manevi bakımdan önem taşıyan eşyalarına saygı gösterilmelidir.					
15	Hastalar manevi gereksinimlerini (ibadet, kitap, v.b.) hastane ortamında karşılayabilmelidir.					

Ek 4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- A- Hemşire Versiyonu

Bireyselleştirilmiş Bakıma İlişkin İfadeler		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Aşağıdaki maddeleri durum ve görüşlerinize göre cevaplayınız.						
B01	Onların, hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate aldım.					
B02	Hemşirelik bakımı gereksinimlerini dikkate aldım.					
B03	Hastalar bakımlarında yapabildikleri kadar fazla sorumluluk üstlendiler.					
B04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını dikkate aldım					
B05	Hastaların korku ve endişelerini dikkate aldım.					
B06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini dikkate aldım.					
B07	Hastalık/sağlık durumlarının onlar için anlamını dikkate aldım.					
B08	Hastane dışındaki günlük aktivitelerini dikkate aldım (örn. iş, boş zaman aktiviteleri)					
B09	Daha önceki hastane deneyimlerini dikkate aldım.					
B10	Hastanede kaldıkları sürece, günlük alışkanlıklarını dikkate aldım (ör: kişisel hijyen).					
B11	Hastalarım istediğinde aileleri onların bakımında yer aldılar.					
B12	Yapılan açıklamaları anladıklarından emin oldum.					
B13	Onlara, hastalık/sağlık durumları hakkında uygun bilgi verdim.					
B14	Bakımlarına ilişkin isteklerini dikkate aldım.					
B15	Hastalar, kendi bakımları ile ilgili kararların alınmasına katıldılar.					
B16	Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini dikkate aldım.					
B17	Hastalar, banyo yapma zamanı konusunda kendi kararlarını verme fırsatına sahip oldular.					

Ek 5. (Devam)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Manevi Destek Algılarının Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2023/107
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş. Gör. Asiye Nur ULUSOY
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Asiye Nur ULUSOY
Uyruğu : Türk
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Hemşirelik Esasları ve Yönetim Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2017
Lise	Afyon Lisesi	2012

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Kaçkar Devlet Hastanesi	2017- 2023
2. Araştırma Görevlisi	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	2023- Devam ediyor

YABANCI DİL

İngilizce- B2 seviye

YAYINLAR

1. Ulusoy A, Duruk N (2023). Crush Sendromu. Yıldız EK, Tur K (Ed.). 21. Yüzyıl'da Sağlık Bilimleri: Yöntem, Kuram ve Vaka. Özgür Yayınları, Gaziantep, Sayfa: 39-48.

BİLDİRİLER

1. Ulusoy A, Duruk N (2023). Crush Sendromu ve Hemşirelik Bakımı. III. Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Tarihi Kongresi, İzmir, 02-04 Kasım 2023, 350- 356.

2. Ulusoy A, Duruk N (2024). Hemşirelik Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Aşı Tutumlarına Etkisi. 8. Uluslararası 19. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, 25-28 Eylül 2024, 263- 264.
3. Ulusoy A, Duruk N (2024). Mulaj Uygulamasının Hemşirelik Eğitiminde Kullanımı- 3. Uluslararası 7. Ulusal Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, İzmir, 22- 25 Ekim 2024, 350- 357.

