

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIM KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PROFESYONELLERİNİN SPİRİTÜALİTE İLE İLGİLİ
BİLGİ VE TUTUMLARI**

**Tezi Hazırlayan
Ahmet DURAN**

**Tez Danışmanları
Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Mayıs 2019
NEVŞEHİR**

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YOĞUN BAKIM KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PROFESYONELLERİNİN SPİRİTÜALİTE İLE İLGİLİ
BİLGİ VE TUTUMLARI**

**Tezi Hazırlayan
Ahmet DURAN**

**Tez Danışmanları
Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK
Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Mayıs 2019
NEVŞEHİR**

KABÜL VE ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK'in ve Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN'in danışmanlığında yürütülen ve Ahmet DURAN tarafından hazırlanan "Yoğun Bakım Kliniklerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Spiritüalite ile İlgili Bilgi ve Tutumları" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

31/05/2019

JÜRİ

Başkan :Prof. Dr. Nimet Karataş imza:

Üye :Doç. Dr. Hanife Özçelik imza:

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Pınar Tekinsoy Kartın imza:

ONAY:

Bu tezin kabulü enstitü yönetim kurulunun 26.06.2019..tarih ve 39.358 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.



İmza

Ahmet DURAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince tüm bilgilerini benimle paylaşmaktan kaçınmayan, her türlü konuda desteğini benden esirgemeyen ve tezimde büyük emeği olan, aynı zamanda kişilik olarak da bana çok şey katan değerli hocalarım Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK ve Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN'e

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren saygı değer hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a,

Maddi ve manevi olarak her zaman desteklerini hissettiren değerli aileme ve eşim Fatma DURAN'a

Araştırmaya katılmayı kabul edip, katkıda bulunan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki tüm sağlık çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**YOĞUN BAKIM KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PROFESYONELLERİNİN SİRİTÜALİTE İLE İLGİLİ BİLGİ VE
TUTUMLARI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Ahmet DURAN

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

MAYIS 2019

ÖZET

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonelleri, emosyonel stres, fiziksel hastalık ve ölüm gibi değer ve inançların tehdit edildiği ya da varoluşsal krizlerin yaşandığı, yaşam hakkında cevap bulunmaya çalışıldığı, yaşamın anlamı, umut, güç ve bağlantı kaynaklarını bulmada yetersiz kaldığı ve spiritüalitenin sorgulandığı zor zamanlarda bakım sunmaktadırlar. Bu araştırma yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırma Ankara il merkezinde bulunan, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan 10 adet yoğun bakım kliniğinde çalışan 121 hemşire ve 15 doktordan oluşan 136 sağlık profesyoneli ile yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama araçları Sosyo-Demografik Anket Formu ve Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği kullanılmış olup, uygulama öncesi kurum izni, etik kurul ve sağlık profesyonellerinden yazılı onay alınmış ve anket formları yüz yüze görüşme ile uygulanmıştır. Araştırma verileri SPSS 22.00 paket programı ile yüzde, frekans ve ortalama, kruskal wallis testi ve pearson korelasyon testi gibi istatistik analizleri ile değerlendirilmiştir. Sağlık profesyonellerinin yaş ortalaması $28,01 \pm 5,7$ 'dir. Katılımcıların %75,0'nin kadın, %55,1'inin bekâr, %51,5'inin lisans mezunu, çoğunluğunun (%88,9) hemşirelerden oluştuğu, %41,9'unun anestezi reaminasyon yoğun bakım kliniğinde çalıştığı ve çalışma yılı ortalamalarının ise $5,22 \pm 4,9$ yıl olduğu tespit edilmiştir. Sağlık profesyonellerinin %74,3'ü daha önce spiritüalite ve spiritüel bakım ile ilgili bir eğitim almadıkları ve %88,2'sinin spiritüalite kavramıyla ilgili bilgiyi yeterli bulmadığı ve %47,1'inin çalıştığı yoğun bakım kliniğinde spiritüel bakım uygulaması yapmadığı belirlenmiştir. Spiritüel bakım

uygulamaları yapanların ise, sadece %22,1'inin hastaların yaşamını anlamlı yapan geçmiş konuları konuştuğu, %40,4'ünün hasta ile yakınlarının görüşmesini sağladığı, %44,1'inin hastaları etkin dinlediği, sadece %15,4'nün dini görevlerini yerine getirmek için ortam hazırladığı, %66,9'unun hastalara bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davrandığı belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği (MMBDÖ), maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalaması $17,0 \pm 2,5$, dinsel alt boyut puan ortalaması $14,8 \pm 2,1$ ve bireysel bakım alt boyut puan ortalaması $10,44 \pm 1,8$ olarak bulunmuştur. MMBDÖ'nin toplam puan ortalaması $48,55 \pm 4,4$ olarak bulunmuş olup, sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili tutum ve farkındalığının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin eğitim durumlarına göre maneviyat ve manevi bakım alt puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Diğer sosyo-demografik değişkenlerden cinsiyet, yaş, çalışma yılı, medeni durum ve çalıştığı klinikle ilgili maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak gruplar arası fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Araştırmadaki hemşire ve doktorların maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sonuç olarak yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite kavramı ile ilgili yeterli bilgi ve farkındalığa sahip olmadıkları ve spiritüel bakım davranışlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Spiritüalite, Yoğun Bakım Kliniği, Sağlık Profesyoneli, Spiritüel Bakım

Tez Danışmanları: Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK

Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek ÖZGÜVEN

Sayfa Adeti: 53

ATTITUDE ABOUT SPIRITUALTY OF THE HEALTH PROFESSIONALS WORKING IN INTENSIVE CARE CLINICS

(MSc Thesis)

Ahmet DURAN

**HACI BEKTAŞ VELI UNIVERSITY INSTITUTE OF SCIENCE AND
TECHNOLOGY**

May 2019

ABSTRACT

Health professionals working in intensive care clinics, emotional stress, physical illness and death are threatened or existential crises are experiencing, life is trying to find answers, meaning of life, hope, power and connection sources inadequate to find the source of the difficult times of care and spirituality is questioned They offer. This research was carried out in a descriptive way to determine the knowledge and attitudes of the health professionals working in intensive care clinics related to the spirituality. Research in total, 136 health professionals, 121 nurses and 15 doctors in 10 intensive care clinics in Ankara City Center Ankara Numune Training and Research Hospital. Data collection tools Socio-Demographic Form, Spirituality and Spiritual Care Rating Scale were used in the study and the written permission was obtained from the institution permission, the ethics committee and Health professionals before the application and the forms were applied by face-to-face interviews. The data were analyzed with SPSS 22.0 package program by percentage, frequency and mean, kruskal wallis test and pearson correlation test. The average age of health professionals was 28.01 ± 5.7 years, 75.0% of them were women, 55.1% were single, 51.5% of them were undergraduate, and the majority (88,9%) were nurses, 41,9%. The study was carried out in the anesthesia reanimation intensive care unit and the mean year of study was 5.22 ± 4.9 years. 74,3% of the health professionals had not received any training on spirituality and spiritual care, and 88,2% did not find information on the concept of spirituality and 47,1% did not practice spiritual care in the intensive care unit. Of those who made spiritual care practices, only 22,1% talked about past topics that make patients' lives meaningful, 40,4% of patients and their relatives interviewed, 44,1% of the patients listened effectively, only 15,4% said It was determined that 66,9% of relevant manner

while giving care to patients. Spirituality and spiritual care grading scale (MMBDS), spirituality and spiritual care subscale mean score of health professionals was 17.0 ± 2.5 the mean value of relativity sub-dimension was 14.8 ± 2.1 and the mean value of individual care sub-dimension was $10,44 \pm 1.8$. The mean total score of MMBDS was found to be 48.55 ± 4.4 . It was determined that Health professionals' attitudes and awareness about spirituality were moderate. A statistically significant difference was found between the educational status of Health professionals and the lower average of spirituality and spiritual care ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference between the total socio-demographic variables of gender, age, study year, marital status and the total score averages of spirituality and spiritual care related to the clinic ($p > 0.05$). While there was no statistically significant difference between the mean scores of spirituality and spiritual care grading scale of Nurses and doctors, there was a statistically significant difference between MMBSS total score average ($p < 0.05$).

As a result, it has been determined that the health professionals working in intensive care clinics have not enough knowledge and awareness about the concept of spiritual care behaviors are insufficient.

Keywords: Spirituality, Intensive Care Clinics, Health Professionals, Spiritual Care

Thesis Advisors: Assoc. Prof. Dr. Hanife ÖZÇELİK

Lecturer. Member Şefika Dilek GÜVEN

Number of pages: 53

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xii
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
BÖLÜM 1	
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 2	
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Spiritüalite.....	5
2.1.1. Spiritüalitenin Tanımı ve Tarihçesi.....	5
2.1.2. Spiritüalite ve Spiritüel Bakımın Önemi.....	7
2.1.3. Spiritüalitenin Değerlendirilmesi ve Spiritüel Bakım Verme Engelleri	7
2.2. Yoğun bakım ve spiritüalite.....	9
2.2.1. Yoğun Bakım	9
2.3. Yoğun Bakım Ekibi ve Spiritüalite Kavramına Bakış Açısı	12
2.3.1. Yoğun Bakım Ekibi Rol ve Fonksiyonları.....	12

2.3.2. Yoğun Bakım Hemşiresi	12
2.3.3. Yoğun Bakım Kliniklerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Spiritüalite ile İlgili Bilgi ve Tutumları	13
BÖLÜM 3	
GEREÇ ve YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Tipi	14
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	14
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	15
3.3. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	15
3.4. Verilerin Toplanması.....	15
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	15
3.4.1.1. Sosyo-Demografik Özellikleri Anket Formu (EK I)	15
3.4.1.2. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (EK II).....	15
3.4.1.3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK III).....	16
3.4.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması	16
3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	16
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	17
BÖLÜM 4	
BULGULAR.....	18
BÖLÜM 5	
TARTIŞMA	27

SONUÇ VE ÖNERİLER	34
KAYNAKLAR	37
EKLER.....	44
ÖZGEÇMİŞ.....	52



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	18
Tablo 4.2. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi durumları ve bilgi alma kaynaklarına göre dağılımları.....	19
Tablo 4.3. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüaliteye yönelik görüşlerine göre dağılımları.....	20
Tablo 4.4. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüel bakıma yönelik uygulamalarına göre dağılımları.....	21
Tablo 4.5. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları.....	22
Tablo 4.6. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüel bakıma yönelik uygulamaları ve maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı.....	23
Tablo 4.7. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı.....	24
Tablo 4.8. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin yaş, çalışma yılı ortalamaları ve maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt puan ortalamaları arasındaki ilişki.....	26

SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

CNA: Kanada Hemşireler Birliği

NANDA: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği

ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği

r(Rho): Pearson Korelasyon Kat Sayısı

p: Kruskal- Wallis Test

p: Pearson Korelasyon Test

SPSS: (Statistical Package for Social Sciences) Paket program

n: Birim sayısı

% : Yüzde

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Hayatı hissetmek, yaşamdan anlam bulmak, canlı olmak ve nefes almak anlamlarına gelen spiritüalite kavramı Latince spirus kelimesinden gelmektedir [1]. Spiritüaliteyi Oldnall, bireylerin yaşamlarına anlam kazandıran, bireylerin yaşamını etkileyen inanç ve değerlerini düzenleyen, bireyin hissetmiş olduğu ruh ve tanımlamıştır [2].

Spiritüalite, sıklıkla holistik bakımın önemli, bir yönüdür [3]. Kanada Hemşireler Birliği(CNA), spiritüalitenin bir bireyin sağlığının ayrılmaz bir boyutu olduğuna inanmaktadır. Bununla birlikte Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği(NANDA) spiritüel distres ve spiritüel boyutun güçlendirilmesi potansiyeli adlı tanımlarını hemşirelik tanı listesinde yer verilmiştir [4].

Yoğun bakım kliniklerinde yatan her bir hastanın verilen bakımdan memnun kalması oldukça önemlidir. Hasta memnuniyeti her hastanın sıkıntılarını, sorunlarını giderebilmek için, hastaların kendilerine özel olarak planlanmış ve hastanede kaldıkları süre içerisinde verilen bakımın kalitesi hasta memnuniyetini etkileyen en önemli unsurlardandır [5].

Yoğun bakım klinikleri, genelde hayati riskleri olan hastaların monitörize edilerek takip edilen, hayati bulgularının desteklendiği, teknolojik cihazların bulunduğu, özel girişimler ve multidisipliner bir ekip tarafından tedavi edildiği klinikler olarak tanımlanmaktadır [6].

Sülü tarafından 2006 yılında çocukları yoğun bakımda yatan ailelerin spiritüel gereksinimlerinin belirlendiği çalışmada, yoğun bakım kliniğine yatışı yapılan çocukların ailelerine spiritüel bakımın uygulanmasının önemi belirlenmiştir [7].

Yapılan çalışmalarda spiritüalite kavramı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Narayanasamy (1993) ve McSherry (2000), sağlık profesyonellerinin, spiritüalite ve hastaların spiritüel gereksinimlerini karşılama konusunda bilgilerinin ve hazırlıklarını için yaptıkları çalışmada, sağlık profesyonellerinin spiritüel bakımla ilgili bilgi ve becerilerin yetersiz olduğunu ve bireylerin spiritüel gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığı belirlenmiştir. [8,9]. Baldacchino'nun 2006 da Malta'da spiritüel

bakımla ilgili çalışmasında, sağlık profesyonellerinin kendilerini, eğitimleri sırasında yeterli bilgi almadıkları için spiritüel bakım vermede yetersiz gördükleri yaptığı çalışmada tespit edilmiştir [10]. Melhem GAB (2018) ve arkadaşlarının 2018’de yapılmış olan çalışmada, sağlık profesyonellerinin %92,9’unun spiritüalite ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları tespit edilmiştir [11]. Bununla birlikte Choi ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılan diğer bir çalışmada, yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin büyük bir çoğunluğunun yoğun bakım hastasının spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasının kendilerinin sorumluluğunda olduğunu belirtmişlerdir [12]. Azarsa ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan çalışmada, yoğun bakım hastalarında yakın iletişimin önemi ve spiritüel bakımla ilgili pozitif tutumların önemine vurgu yapılmaktadır [13]. Canfield ve arkadaşları tarafından yürütülen kalitatif çalışmada, sağlık profesyonelleri spiritüaliteyi bir insanı yaşam amacı ve anlamı olarak tanımlanmış ve hemşirelerin spiritüel ihtiyaçlarının tanımlamasının gerekliliği belirlenmiştir [14]. Lundberg ve Kerdonfag tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada, hemşirelerin yoğun bakım hastasının spiritüel gereksinimlerine karşı duyarlı olmasının ve değerlendirmesinin gerekliliği belirlenmiştir [15]. Yapılan diğer çalışmalar arasında Uygur’un (2016) ve Özbaşaran ve ark. çalışmalarında, Türkiye’de spiritüalitenin hemşireler tarafından çok az anlaşılıp tanımlandığını ve hemşirelerinin büyük çoğunluğunun spiritüel bakım vermenin kendi sorumlulukları olduğunun farkında olmadıkları belirlemişlerdir [4, 16]. Bununla birlikte Özveren ve Kırcı’nın 2018’de yapmış olduğu çalışmada, sağlık profesyonellerinin %55,7’sinin spiritüel bakımı hiç duymadığı ve %81,4’ü spiritüel bakım hakkında hiç bilgi almadığı tespit edilmiştir [17]. Yılmaz ve Okyay’ın (2009) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin çok azının (%34,8’inin) spiritüalite ve spiritüel bakım ile ilgili bilgi ve eğitim aldığı tespit edilmiştir [28]. Bunun yanında Kostak ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada, sağlık profesyonellerinin %62,7’si spiritüel bakımı duyduklarını, %29,1’inin spiritüel bakım verdiklerini ve sadece %15,1’nin spiritüel bakımla ilgili bilgi aldıklarını belirtmişlerdir [63]. Sağlık profesyonelleri ile spiritüalite ve spiritüel bakım ile ilgili yapılan çok sayıda çalışmanın da gösterdiği üzere, sağlık profesyonellerinin spiritüalite kavramı ve spiritüel bakımla ilgili bilgi ve tutumlarına yönelik yetersizlik ve eksikliklerin olduğu bir kez daha ortaya konmaktadır.

Spiritüalite ve spiritüel gereksinimler, özellikle yoğun bakıma yatışı yapılan hasta ve yakınlarının ve onlara 24 saat bakım sağlayan sağlık profesyonellerinin emosyonel stres, fiziksel hastalık ve ölüm gibi değer ve inançlarının tehdit edildiği ya da var oluşsal krizlerin yaşandığı, yaşam ve sonsuzluk hakkında cevap bulunmaya çalışıldığı, yaşamın anlamı, umut, güç ve bağlantı kaynaklarını bulmada yetersiz kalındığı yoğun bakım ortamlarında ve zor zamanlarda öne çıkmaktadır [14,18]. Bu nedenle yoğun bakım kliniğinde yatışı yapılan her bireyin spiritüel gereksinimleri vardır. Bu spiritüel gereksinimler hem yoğun bakım ortamı hem de genel sağlık durumunun hasta ve hasta yakınlarında oluşturduğu büyük bir stres ve travmatik süreçten kaynaklanmaktadır [20]. Sağlık profesyonelleri, yoğun bakımda tedavi ve bakım için hasta hakkında veri toplanırken bütüncül bakış açısı benimsemeli, kolay gözlemlenen fiziksel sorunlarla birlikte sosyal, psikolojik ve spiritüel gereksinimler konusunda da duyarlı olmalı ve değerlendirme yapmalıdır [20]. Ancak sağlık profesyonellerinin çalışma ortamı, çalışma koşulları, hastaya bakım veren diğer multidisipliner ekip üyeleriyle iletişimi gibi birçok faktörün spiritüel bakımı etkilediği belirtilmektedir [1, 20]. Özellikle gerilimin ve iş baskısının yoğun yaşandığı yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonelleri, diğer kliniklerde çalışan meslektaşlara göre, uzun süre şiddetli ağrı çeken hastalarla ve ölümlerle daha sık karşılaşmakta ve ağır ve kritik hastalıklara sahip olan hasta ve ailelerine bakım vermektedirler [20-25]. Bu nedenle yoğun bakım kliniğinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ve spiritüel bakımla ilgili bilgi ve tutumlarının yeterli düzeyde olması gerekmektedir.

Spiritüel gereksinimleri tanımlayabilmek ve yapılan girişimleri belirlemek önemlidir. Yapılan çalışmalarda; Lundberg ve Kerdonfag tarafından Thai’li yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım hastasının spiritüel gereksinimleri arasında, hasta ve ailesi ile iletişim kurma, mental destek sağlama, kültürel ve dini ritüelleri karşılama ve ailenin bakıma katılması gibi gereksinimlerini belirlemişlerdir [15]. Ülkemizdeki diğer çalışmalar arasında ise Okyay’ın 2008 de yaptığı çalışmada hastaların gereksinimlerini karşılamak için hemşirelerin %89’u hastaları dinlediği, %38,2’si hastaların ibadet etmesi için ortam sağladığı, %87,8’i ise bakım verirken güler yüzlü davrandığını belirtmiştir [26]. Eğlence ve Şimşek’in (2014) yaptığı çalışmada hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini karşılamak için hemşirelerin %53,8’i konuşmak, %30,7’si dinlemek, %26,9’u psikolojik destek sağlamak ve %15,3’ü rahat ortam sağladıklarını

belirtmiştir [27]. Yılmaz ve Okyay'ın (2009) çalışmasında da hemşirelerin hastaların spiritüel gereksinimlerini karşılamak için onları dinledikleri, bakım verirken güler yüzlü davrandıkları ve gerektiğinde akrabalarıyla görüşmelerini sağladıkları belirtilmiştir [28]. Esendir'in 2016'da yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %20'sinin hastaları dinlediğini, %21'inin hastaların ibadet etmek istediğinde onlara ortam hazırladığını ve %31'inin bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davrandıklarını belirtmiştir [29]. Bakır ve arkadaşlarının 2017 de yapmış olduğu çalışmada sağlık profesyonellerinin %64'ü spiritüel bakım sağladığı, %28,3'ü terapötik dokunuşu kullandıkları, %26,2'si hastaları dinlediği, %2,3'ü psikolojik olarak desteklediği, %12,4'ü hastalarla konuştuğunu ve %9,7'si onları rahatlamak için uygulamalar yaptıklarını belirtmiştir [30].

Yoğun bakım kliniğinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ve spiritüel bakım ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi bu nokta oldukça önemlidir. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite, spiritüel bakım ve spiritüel uygulamalarla ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi ile ülkemiz için sınırlı ve yeterinde anlaşılammış olan spiritüalite kavramına bilimsel bir katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Bu araştırma yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Hipotezleri

H0: Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları arasında anlamlı bir fark yoktur.

H1: Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları arasında anlamlı bir fark vardır.

2.BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1.Spiritüalite

2.1.1. Spiritüalitenin tanımı ve tarihçesi

1948 yılında Cenevre’de Dünya Sağlık Örgütü tüzüğünde ‘‘Sağlık yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.’’ Şeklinde tanımlamıştır [12]. Bireylere bütüncül(holistik) bakımın verilmeye başlanmasıyla birlikte spiritüalite, fiziksel, ruhsal ve sosyal boyut kadar önem kazanmıştır [31]. Spiritüalite kavramının Türkçe de tam bir karşılığı olmaması nedeniyle Türk Dil Kurumu tarafından soyut, dinsel, görülmeyen duyularla sezilebilen ve maddi olmayan anlamlarına gelen Arapça kökenli bir kelime olan maneviyat kavramı kullanılmaktadır [32]. Oldnall ise kavramı, bireylerin yaşamlarına anlam kazandıran, bireylerin yaşamını etkileyen inanç ve değerlerini düzenleyen, bireyin hissetmiş olduğu ruh ve tanımlamıştır [2].

Spiritüalite tarih boyunca birçok şekilde tanımlanmış olmakla birlikte 12. yüzyılda bireyin ruhsal boyutuna yönelirken, 15 ve 16. yüzyıllarda dini yönüne, 17. yüzyılda ilk kez Fransa’ da modern anlamda kullanılmış ve 20. yüzyılda birçok dilde dini ve dini olmayan şekilde tanımlanmıştır [18]. Tarih boyunca birçok yazar spiritüaliteyi tanımlamıştır. Narayanasamy’e göre spiritüalite, ‘‘gizli bir yolculuk, koşulsuz bir sevgi ve bireyin yaşamdaki amacı ve yaşama verdiği anlam olarak tanımlamıştır [33]. Walsh’a göre spiritüalite, doğa ötesi inanç ve uygulamaları kapsayan bir yapıdır diye tanımlamıştır [34]. Florance Nightingale ise spiritüaliteyi fiziksel organlar kadar önemli bir öge olduğunu ve bireyin fiziksel durumunun, sosyal ve psikolojik olarak bireyi etkilediğini ifade etmiştir [26]. Spiritüaliteyi Aristo, bireyin ruhunu canlandıran aynı zamanda bireyin ruhunun doğası, bireyin kendi spiritüalitesi olarak tanımlamıştır [35]. Meleis spiritüaliteyi, bireyin kendisi ve çevresindeki insanlarla olan ilişkilerini, yaşam boyunca kazanılan deneyimleri, yaşamın anlamını anlama ve kendisine anlamlı gelen unsurları içerdiğini ifade etmiştir [36]. Ross ise spiritüaliteyi bireyin, maddenin ötesinde olan her şey ve bunların temel anlamlarına ilişkin içsel kaynaklarının toplamı olarak ifade etmiştir [37].

Amerikan Hemşireler Birliği ve Uluslararası Hemşireler Birliğine (ICN) göre hemşirelerin fonksiyonu, bireylerin sağlığını bütüncül olarak koruma ve geliştirme, hastalıkları önleme, ağrıyı azaltma ve bireyin varlığının sürdürülmesi ve korunmasıdır [31]. Modern dönemde spiritüalite sosyal bilimlerin yanı sıra sağlık alanında da büyük ilgi uyandırmış ve sağlık alanında temel kavramlar arasına girmiştir [38]. Sağlık alanında bireyin spiritüel yönü, biyo-psiko-sosyal yön kadar önem taşımaktadır. Buna rağmen sağlık profesyonellerinin birçoğu bireylerin spiritüel yönünü göz ardı etmektedir. Sağlık profesyonellerinin bireylere bütüncül(holistik) bakım vererek bireylerin kendilerinin farkında olmasına, yaşamından anlam bulmasına yardım etmeleri gerekmektedir [1,39]. Spiritüel bakımın bireylerin tedavisinde fiziksel ve psikolojik olarak olumlu yönde etkilendiği, yaşam tarzını olumlu etkilediğini, bireyin spiritüel distresini azaltarak bireyin daha mutlu ve güçlü olmasına doğrudan katkı sağlamaktadır [40]. Böylece bireylerin hastalıkla baş etme gücüne olumlu etki eden spiritüalite, bireyin spiritüel gereksinimlerini ve yoksunluğunu giderecek ve bireyin spiritüel yönünü destekleyecek ve yaşamı tehdit eden hastalık, ölüm korkusu, yoğun bakım ortamında yatma, aile fertlerinden ayrı kalma ve yalnızlık hissetmesine neden olmaktadır ve bireyin stresle baş etme, anksiyetenin azalması, mortalitenin azalmasında spiritüel bakım uygulamaları önemli bir güce sahiptir [41,42]. Ayrıca spiritüalite, bireyin hayatında önemli krizlerle baş etme yeteneğini etkilediği gibi hastalığında anlam bulmasına da yardımcı olmaktadır. [29,43]

Yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonelleri hastaların ve hasta yakınlarının spiritüel değerlerine önem vererek onların gereksinimlerine yönelik spiritüel bakım vermesi hem hastaların hem yakınlarının stresle baş etmesinde etkili olmaktadır [43,45].

Sağlık profesyonellerinin yoğun bakımdaki hastaların geçirdiği zor zamanları göz önüne alarak hastalara karşı empati yapması, onların korkularını dinlemesi, onları yakınları ile görüştürmesi gibi spiritüel bakım girişimlerinin hastaların stresini azalttığı fiziksel, ruhsal ve mental rahatlığı sağladığı ve hasta ve yakınlarının hastalıkla baş etme, kendilerini güçlü hissetme ve yaşam kalitelerinde olum yönde etki yaptığı bildirilmektedir [18]. Bu nedenle hastalara bütüncül (holistik) bakım verme sağlık bakımında en kapsamlı yaklaşım olmuştur. Bütüncül bakımın verilmeye başlanmasıyla spiritüalitenin de önemini göstermiştir [39,46].

2.1.2. Spiritüalite ve spiritüel bakımın önemi

Society of Behavioral Medicine'nin yıllık toplantısında spiritüalite güdeme gelen 15 konudan biri olmuştur bu da spiritüaliteye olan ilginin önemini göstermektedir [47].

Spiritüalite sağlık hizmetlerinde farklı açılardan da önemli görülmektedir. Spiritüel değerler bireyin hastalık ve tedavi süresi boyunca onlara olumlu bir güç kaynağı olması, bireylerin spiritüel değerleri, bireye uygulanacak müdahaleler konusunda belirleyici olma, birey üzerinde tedavi ve hastalık süreci boyunca oluşabilecek spiritüel distresin tespit edilmesi ve bu süreç boyunca bireyin stresten etkilenme riskinin engellenmesine yönelik çalışmalar yapılması. Böylece bireyin tedavi ve hastalık boyunca yoğun bakım ortamında kalması sonucunda oluşabilecek spiritüel distresin ortaya çıkmasının önüne geçebilmesi, spiritüaliteyi giderek önemi artan bir konu haline getirmiştir. Ayrıca spiritüalite bireyin hayatını değiştirme potansiyeli yüksek olan hastalıklarda bireye destek olacak önemli bir baş etme yöntemidir [48,49,50].

Bireyin sosyal çevresi, sosyo-kültürel faaliyetleri, değer ve inançları bireylerin spiritüel gereksinimlerini ortaya çıkarır. Bu spiritüel gereksinimlerin kimi zaman yakınlarından kimi zaman arkadaşlarından ve çoğu zamanda sağlık profesyonellerinin karşılaması beklenir. Bireylerin hayat memnuniyeti ve yoğun bakım ünitelerinde kaldığı süreç boyunca spiritüel gereksinimlerinin karşılanması sağlık profesyonellerinin verdiği bakımın ayrılmaz bir parçası olmaktadır [51-53].

2.1.3. Spiritüalitenin değerlendirilmesi ve spiritüel bakım verme engelleri

Spiritüalitenin anlamının tam anlaşılabilmesi ve değerlendirilmesinin zor olması yoğun bakım kliniklerinde spiritüel bakım göz ardı edilmiştir. Spiritüel değerlendirmede karşılaşılan birçok engeller vardır. Bunlardan bazıları spiritüalite kavramı ile ilgili bilgi eksikliğinin olması, spiritüel bakımın öneminin sağlık profesyonelleri tarafından yeterince bilinmemesi, spiritüalitenin din ile karıştırılması, sağlık profesyonellerinin yeterince zamanlarının olmadığını belirtmesi, bireylerin spiritüel gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasına ilişkin planlamanın etkin olarak yapılamaması, spiritüalitenin bilim dışı bir yaklaşım olarak görülmesi, rol belirsizliği, iletişim eksikliği ve çevresel faktörler spiritüel bakım vermeyi engelleyen faktörlerdir [20,33].

Yoğun bakım gibi iş yükünün fazla olan kliniklerde çalışan sağlık profesyonellerinin yaptıkları işlerden doyum alması; pozitif bir tutum içinde olmaları verilen spiritüel bakımın kalitesini arttırmada büyük önem taşımaktadır [53,54].

Spiritüel bakım vermeyi engelleyen faktörleri 3 ana başlık altında alabiliriz

1.Bireysel engeller

Sağlık profesyonellerinin hastaların ve ailelerinin spiritüel gereksinimlerini kendi sorumluluğu olarak görmemesi kişisel, ailesel sorun ya da din görevlilerinin görevi olarak görmesi, sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili kişisel deneyimlerinin eksik olması, çalışma ortamında sağlık profesyonellerinin pratiğinde spiritüel bakımın oldukça yetersiz kalması ve iş yüklerinin fazla olması spiritüel bakımı kaliteli sunabilmeye engel olabilmektedir [14,19].

2. Bilgi engelleri

Sağlık profesyonellerinin spiritüalite ve spiritüel bakım konusunda fazla bilgi alınmaması, spiritüalitenin din ile karıştırılması ve psikolojik bir gereksinim olarak tanımlamaları, spiritüalite hakkında yetersiz olmaya neden olmaktadır. Bu durumda bireye spiritüel bakım vermeyi engeller [18].

3.Çevresel engeller

Sağlık profesyonellerinin hastaların sadece fiziki hastalıkları üzerine yoğunlaşması nedeniyle spiritüel gereksinimlerine yönelik bakım vermek için yeterli zamanlarının olmaması, çalıştıkları kliniğin sağlık profesyonellerinden spiritüel bakıma yönelik beklentilerinin sınırlı olması ve klinik ortamının spiritüel bakım vermek için yetersiz ve uygun olmaması spiritüel bakım vermeye engel olabilmektedir [18].

2.2. Yoğun bakım ve spiritüalite

2.2.1. Yoğun bakım

Yoğun bakım klinikleri, hayati durumları kritik düzeyde olan hastaların tedavi ve takip edildiği teknolojik cihazların yer aldığı, birçok araç gereçlerin çıkardığı seslerin olduğu, bireylere infüzyon setleri takılması, idrar sondası takılması gibi birçok ağırlı girişimlerin olduğu, gece gündüz kavramının kaybolduğu kliniklerdir. Hastaların uyku düzenin kaybolması, aile bireylerini görememe ve bilinmeyen bir ortamda bulunma, tedavi ve hastalık sürecinde sağlık profesyonelleri tarafından yeterli bilgi verilmemesi gibi sebeplerden dolayı bireyleri psiko sosyal yönden olumsuz etkilemektedir [6,55].

Yoğun bakım kliniğinde yatmak sadece hastayı değil yakınlarını da etkilemektedir. Hasta yakınları da sevdikleri bireyi kaybetme korkusu, rol değişikliği ve mali kaygıların olması gibi nedenlerle stres yaşamaktadır [56]. Bundan dolayı yoğun bakım klinikleri hem hasta hem de yakınları için fiziksel ve psiko sosyal yönden birçok stres kaynağıyla karşılaşabileceği klinikler olarak kabul edilmektedir [57]. Yoğun bakım kliniklerinin amacı hayat kurtarmakla birlikte hasta ve ailesini bütüncül olarak desteklemek ve hastaların yoğun bakıma yönelik olumlu deneyimlerle taburcu olmasına ve hayatını devam ettirmesine katkı sağlamaktır. Yoğun bakım kliniklerinde yatmak hastaların sağlığını olumsuz etkilemekle birlikte hastanın tedavi, bakım süreci ve hastanede kalış süresini de uzatmaktadır. Bu nedenle bireyin yoğun bakımda kaldığı süre boyunca hastalık ve tedavi süresi boyunca yaşadıklarına yükledikleri anlam sonucu oluşan psikolojik ve fiziksel tepkiler sağlık profesyonelleri tarafından fark edilerek bütüncül bakım sağlanmalıdır. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin bakım ve teknolojik becerilere sahip olması ve hastalarla etkili iletişim teknikleri kullanması, hastaların kendilerini daha güvende hissetmelerine yol açmaktadır [55]. Bunun yanı sıra hastalara yaklaşmanın bir yolu da hastalara kendi yaşam hikayelerini anlatmasına izin vermek, empati kurarak onları dinleme ve hastalıkların onlar için ne anlama geldiğini bulma konusunda sağlık profesyonellerine spiritüel bakım verme de kolaylık sağlar [3].

Yoğun bakımlarda çalışan sağlık profesyonellerinden olan hemşireler, hastaları gece gündüz hastaların gözlem altında olduğu için olası değişiklikleri fark eden

multidisipliner ekip üyeleridir. Bu nedenle hastalar 24 saat boyunca sistematik ve planlı bir şekilde toplamış olduğu veriler doğrultusunda hastaların sorunlarını tespit ederek soruna yönelik spiritüel bakım vermesi sürecin önemli bir parçasını oluşturur [58,59].

Ülkemizde yoğun bakım ünitelerinin standartları 2018 yılında Resmi Gazete 'de yayınlanan ‘‘Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ’’ e göre yasal olarak belirlenmiştir. Bu tebliğe göre bir yoğun bakımda olması gereken standartlar aşağıda yer almaktadır;

1. Yoğun bakım kliniğinde bulunan her yatak yoğun bakım hastasının ihtiyaçlarını karşılayacak özellikte olmalıdır.
2. Yoğun bakım kliniğinde hastaların, yakınlarının ve yoğun bakımda çalışanların genel kullanım alanları farklı alanlar olmalıdır.
3. Yoğun bakım kliniği hastaların hayati durumlarına göre, sağlık profesyoneli sayısı, mekanik cihazlar ve mekânsal özelliklerine göre basamaklandırılır.
4. Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım kliniğinde hastada gelişebilen akut bir durumda ameliyathane ile irtibat halinde olmalıdır.
5. Koroner yoğun bakım kliniği ve diğer birinci basamak yoğun bakım klinikleri diğer yoğun bakım kliniklerinden ayrı yerlerde düzenlenebilir.
6. Yoğun bakım kliniklerinde hastaların kullanabileceği tuvalet bulunmaz ve yoğun bakımın bulunduğu katta idrar kapları ve sürgülerin temizlenmesi, korunma ve imhası için farklı alanlar olmalıdır.
7. İmmün sistemleri zayıflamış hastaların takip edildiği yoğun bakım klinikleri ameliyathaneler gibi steril alanların şartlarını sağlayacak şekilde havalandırma ve filtre sistemleri olmalıdır. 3. basamak yoğun bakım kliniklerinde izolasyon odalarının olması yeterlidir.
8. Yoğun bakım kliniklerinin duvar ve zemini kolaylıkla temizlenebilecek şekilde olmalıdır.
9. Yoğun bakım kliniklerinde bulunan her 4 yatak için bir lavabo bulunmalı, her hasta yatak başında el dezenfektanı, yataklar arası uygun mesafe ve her yatak için ayrı elektrik ve gaz sistemi olmalıdır.
10. Hastanenin enfeksiyon kontrol komitesi yoğun bakım kliniklerini düzenli kontrol etmeli ve bildirimleri düzenli yapmalıdır.

11. Yoğun bakım kliniğinde takibi gereken çocuk hastalar çocuk yoğun bakım ya da genel yoğun bakımlarda yetişkin hastalardan uygun şekilde ayrılmış alanlarda takip yapılabilir.
12. Hastanelerde 2. basamak yoğun bakım kliniği varsa 1. basamak yoğun bakım, 3. basamak yoğun bakım kliniği varsa 2. ve 1. basamak yoğun bakım kliniği de yapılır.
13. 10 yataktan fazla olan klinikler birden fazla kliniğe ayrılabilir.
14. Yoğun bakım kliniklerinde ziyaretçiler için uygun bekleme alanları bulunmalıdır.
15. Yoğun bakım kliniği sorumlusu anestezi ve reaminasyon, kardiyooloji, iç hastalıkları, göğüs hastalıkları, genel cerrahi, nöroloji, çocuk sağlığı, kalp ve damar cerrahisi uzmanı ya da yoğun bakım deneyimi olan diğer uzmanlar olabilir. [6]

1. Basamak yoğun bakım kliniği

1. basamak yoğun bakım kliniklerinde EKG, ritim, kan basıncı, nabız, ateş gibi vital bulguların takip edildiği, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, entübasyon, kardiyopulmoner resisütasyon ve hastaların ilk stabilizasyonu yapılabilen, 2. ve 3. basamak yoğun bakım kliniklerine transfer yapabilen ve 2. ve 3. basamak yoğun bakımların diğer özelliklerini karşılamayan yoğun bakım klinikleridir.

2. Basamak yoğun bakım klinikleri

Tek organ yetmezliği nedeniyle diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaforez ve mekanik ventilasyon gibi işlemlerin yapıldığı ve 3. basamak yoğun bakımlara transfer yapabilen ve 3. basamak bakımların diğer özelliklerini karşılamayan kliniklerdir.

3. Basamak yoğun bakım klinikleri

Hayati durumları kritik olan takibi gereken hastaların yattığı özel yoğun bakımlardır. Solunum yetmezliği ve/veya çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi, plazmaferez gibi destek tedavilerinin hepsinin yapılabildiği, en üst düzeyde tıbbi ve tedavi yapılabilen yoğun bakım klinikleridir.

2.3. Yoğun bakım ekibi ve spiritüalite kavramına bakış açısı

2.3.1. Yoğun bakım ekibi rol ve fonksiyonları

Yoğun bakım kliniklerinde durumu kritik düzeyde olan hastaların hayati fonksiyonlarının desteklendiği, hastaların takip edilerek, tedavi ve hayati durumu riske giren hastalara acil müdahale edilebilmesi ve karar alınması için sağlık profesyonelleri gerekli eğitim ve niteliklere sahip olmak zorundadırlar. Yoğun bakımlarda iyi bir ekip iş birliğine ve iletişim becerilerine sahip olan sağlık profesyonelleri bulunmalıdır. Yoğun bakım multidisipliner ekip üyeleri arasında; doktor, hemşire, diyetisyen, rehabilitasyon uzmanı ve fizyoterapist gibi sağlık profesyonelleri bulunmaktadır [60].

Sağlık profesyonellerinin düzenli bir şekilde çalışması, bu profesyonellerin bir bireyin kritik durumundan yeniden yaşama kazandırılması sürecinde rol almasından dolayı oldukça önemlidir. Sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliği arttıkça hizmet kalitesi ile hasta memnuniyeti ve sağlık çalışanlarının iş doyumunun arttığı, tıbbi hataların ve bakım maliyetlerinin azaldığı ileri sürülmektedirler. Sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde yapılabilmesi için sağlık profesyonelleri arası ilişkiler kaliteli olmalıdır. Bu nedenle kaliteli hasta bakımı verebilmek ancak, etkili, sistematik ve planlı bir şekilde çalışan sağlık profesyonelleriyle mümkündür [61]. Özellikle hayatlarının sonuna yaklaşan insanlar için standart, multidisipliner bir ortamda spiritüel bakımın sağlanması hastalar için çok önemlidir [62].

2.3.2. Yoğun bakım hemşiresi

Yoğun bakım kliniklerinde gece gündüz hastaları en fazla gözlemleyen ve değişiklikleri en erken fark eden, kaliteli, ileri bakım ve tedavileri yapan, hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli irtibat halinde olan sağlık profesyonelleridir. Hemşirelerin görev, yetki ve

sorumluluklarının yanı sıra; yoğun bakım kliniğinde enfeksiyon gelişiminin önlenmesi için önlemlerin alınması, kurumun belirlediği skalalarla hastaları değerlendirme, hastaları monitörize ederek izleme ve acil durumlarda ekip ile iletişim kurar, hastaların solunum sıkıntısı, sıvı elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunlar, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, kateter bakımı ve aspirasyon gibi işlemlere yönelik

hemşirelik bakımını planlama ve uygulama, hastaların fiziksel ve psikososyal yönden değerlendirip hastaya yönelik hemşirelik bakımını verme görevi bulunmaktadır.

2.3.3. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları

Ülkemizde yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili tutum ve yaklaşımlarıyla ilgili çalışmalar sınırlı olsa da, genel olarak hemşirelerin spiritüalite ile ilgili yaklaşımlarını içeren çalışmalar bulunmaktadır [4,7,16,17,28,63]. Ergül ve Bayık'ın (2004) yaptıkları çalışmada, günümüz hemşireler tarafından spiritüalitenin önemli bir boyut olduğunu kabul ettiklerini belirtmişlerdir [31]. Uygur'un 2016'da ve Özbaşaran'ın ve arkadaşlarının 2011 de yapmış oldukları çalışmalarda, Türkiye'de spiritüalitenin hemşireler tarafından çok az anlaşılıp tanımlandığı ve hemşirelerinin büyük çoğunluğunun spiritüel bakım vermenin kendi sorumluluklarının olduğunu farkında olmadığını belirtmişlerdir [4,16]. Bununla birlikte Özveren ve Kırca'nın 2018'de yapmış oldukları çalışmada sağlık profesyonellerinin %55,7'sinin spiritüel bakımı hiç duymadığı ve %81,4'ü spiritüel bakım hakkında hiç bilgi olmadığını belirtmişlerdir [17]. McSherry'nin 2000 yılında yapmış olduğu çalışmada sağlık profesyonellerinin spiritüalite ve spiritüel bakımla ilgili bilgi ve becerilerinin yetersiz ve sınırlı olduğunu belirtmiştir [8]. Azarsa ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada 109 yoğun bakım hemşiresiyle yapılan çalışmada, yoğun bakım hastalarına yakın iletişimin önemi ve spiritüel bakımla ilgili pozitif tutumların önemine vurgu yapılmaktadır [13]. Choi ve arkadaşları tarafından 2018 yılında 219 yoğun bakım sağlık profesyoneli ile yapılan diğer bir çalışmada, yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin büyük bir çoğunluğunun yoğun bakım hastasının spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasının kendilerinin sorumluluğunda olduğunu belirtmişlerdir [12]. Lundberg ve Kerdonfag da 2010 yılında yapmış oldukları çalışmada Thai'li yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım hastasının gereksinimlerine karşı duyarlı olunması ve değerlendirilmesinin gerekliliği belirlenmiştir [15].

Yoğun bakım kliniklerinde yatan hastaların spiritüel bakımla ilgili gereksinimlerinin karşılanması ve etkili, yeterli hasta bakımının yapılması için yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ve spiritüel bakım ile ilgili bilgi ve tutumları bu açıdan oldukça önemlidir.

BÖLÜM 3

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım kliniklerinde yürütülmüştür. 1800'lü yılların ikinci yarısında Gureba Hastanesi adıyla kurulan, 1924 yılında bir yasa ile Ankara Numune Hastanesi adını almıştır. Ankara'nın en eski sağlık kuruluşu olan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde toplam 1100 yatak bulunmaktadır. Hastanede toplam 10 adet yoğun bakım kliniği bulunmakta ve 81 yoğun bakım hasta yatağıyla hizmet vermektedir. İki hastaya bir hemşire bakım vermektedir. Sağlık profesyonelleri 08-16, 16-08 ve 08-08 olarak nöbet tutmaktadırlar.

Araştırma Ankara il merkezinde bulunan, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan 10 adet yoğun bakım kliniğinde yürütülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan yoğun bakım klinikleri;

1. Acil Dâhiliye Yoğun Bakım Kliniği
2. Acil Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği
3. Anestezi Reaminasyon Yoğun Bakım Kliniği 1
4. Anestezi Reaminasyon Yoğun Bakım Kliniği 2
5. Anestezi Reaminasyon Yoğun Bakım Kliniği 3
6. Koroner Yoğun Bakım Kliniği 1
7. Koroner Yoğun Bakım Kliniği 2
8. Nöroloji Yoğun Bakım Kliniği
9. Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği
10. Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği

3.2.Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma Mayıs- Eylül 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma evrenini, Ankara İl merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan 10 adet yoğun bakım kliniğinde görev yapan 140 hemşire ve 32 doktor olmak üzere toplam 172 sağlık profesyoneli oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise 121 hemşire ve 15 doktordan oluşan toplam 136 sağlık profesyoneli oluşturmuş ve sağlık profesyonellerin %79'una ulaşmıştır. Ancak doktorların tayin ve sirkülasyonlarının fazla olması nedeniyle sayıları sınırlı kalmıştır.

3.3. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden sağlık profesyonelleri araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplaması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, Sosyo-Demografik Form (EK I), spiritüalite ile ilgili tutumların belirlenmesi için ülkemizde kullanılan adıyla Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (EK II) kullanılmıştır.

3.4.1.1. Sosyo-Demografik Özellikleri Anket Formu (EK I)

Araştırmacı tarafından literatür kullanılarak (Okyay 2008) hazırlanan bu formda sağlık profesyonellerinin, sosyo-demografik ve mesleki çalışma özellikleri ile spiritüaliteye ilişkin bilgi ve sorular yer almaktadır [26].

3.4.1.2. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (EK II)

Maneviyyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ), McSherry, Draper ve Kendric tarafından 2002 yılında ve 17 maddelik çok boyutlu olarak geliştirilmiştir [8]. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Ergül ve Temel tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.76 olarak tespit edilmiştir. Bu ölçek Türk toplumu için geçerli güvenilir bir araçtır. [64]. Ölçek beşlilikert tipi 1., 2., 5., 6., 7., 8., 9., 10.,

11., 12., 14., 15., ve 17., maddeler 1- Kesinlikle Katılmıyorum, 2- Katılıyorum, 3- Kararsızım, 4- Kesinlikle Katılıyorum, 5- Tamamen Katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. 3., 4., 13., ve 16. Maddeler ise ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 85, en düşük puan ise 17'dir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması spiritüalite ve spiritüel bakımla ilgili algılarının pozitif yönde yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek; maneviyat ve manevi bakım, bireysel bakım ve dinsel olarak 3 alt boyutlarından oluşmaktadır.

Ölçeğin alt boyutları şu şekildedir;

- Maneviyat ve Manevi Bakım, 7 madde (6., 7., 8., 9., 11., 12., ve 14., maddeler)
- Bireysel Bakım, 4 madde (1., 2., 10. ve 15. Maddeler)
- Dinsellik, 4 madde (4., 5., 13. ve 16. Maddeler) ile temsil edilmektedir [64]

3.4.1.3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK III)

Sağlık profesyonellerinin çalışmaya başlamadan önce çalışmayla ilgili bilgilendirme yapılarak gönüllü katıldıklarını beyan eden bir formdur. Bu formda araştırmaya katılanların ne kadar süre katılacağı, uygulamanın herhangi bir risk oluşturmadığı, gerekli izinlerin nerelerden alındığı ve sağlık profesyonelleri tarafından imzalanan yazılı bir izindir.

3.4.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırma Mayıs-Eylül 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinden araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanıp yazılı onayları alınmıştır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından Sosyo-Demografik Özellikleri Anket Formu (EK I) Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (EK II) kullanılarak görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri toplandıktan sonra bilgisayarda SPSS 22.00 (Statistical Program For Social Sciences) paket programı ile uygun istatistik analizler kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma verileri için öncelikle sayı, yüzde, frekans ve ortalama hesaplanmıştır. Araştırmada verileri “Kruskal Wallis Testi” ve “Pearson Korelasyon

Testi” gibi istatistik yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir. Ölçeğin Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutu ile bilgi değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bağımsız değişkenler; Sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma yılı, yoğun bakım klinik türleri), bağımsız değişkendir.

Bağımlı değişkenler; Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği puanlarıdır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla sağlık profesyonellerine araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında bilgi verilmiş ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formuyla yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (**EK 3**)Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul onayı (**EK 4**) ve Ankara il merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinden yazılı izin alınmıştır (**EK 5**).

BÖLÜM 4

BULGULAR

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (N:136)

Sosyo-demografik özellikler	N	%
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	28,01 \pm 5,7	
Cinsiyet		
Kadın	102	75,0
Erkek	34	25,0
Medeni Durum		
Evli	58	42,6
Bekâr	78	57,4
Sağlık Profesyoneli		
Hemşire	121	88,9
Doktor	15	11,1
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	23	16,9
Önlisans	19	14,0
Lisans	70	51,5
Yüksek lisans	20	14,7
Doktora	4	2,9
Çalışılan Yoğun Bakım		
Acil Dâhiliye ve Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği	21	15,4
Anestezi Reaminasyon Yoğun Bakım Kliniği	57	41,9
Koroner Yoğun Bakım Kliniği	23	16,9
Nöroloji Yoğun Bakım Kliniği	15	11,0
Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği	10	7,4
Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği	10	7,4
Çalışma Yılı Ortalaması ($\bar{X} \pm SS$)	5,22 \pm 4,9	
Toplam	136	100,0

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4,1 'de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki sağlık profesyonellerinin yaş ortalaması 28,01±5,7, % 75,0'nin kadın, %55,2'sinin bekâr ve %51,5'inin lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğu (%88,9) hemşirelerden oluşmaktadır. Katılımcıların %41,9'unun anestezi reaminasyon yoğun bakım kliniğinde çalıştığı ve çalışma yılının ortalamalarının ise 5,22±4,9 yıl olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi durumları ve bilgi alma kaynaklarına göre dağılımları (N:136)

Sağlık profesyonellerinin spiritüalite bilgi durumları ve kaynakları	N	%
Daha önce spiritüalite ile ilgili herhangi bir yerden eğitim alma durumu		
Alan	35	25,7
Almayan	101	74,3
Eğitim aldığınız kaynaklar? (n:35)		
Meslek eğitimim sırasında	24	17,6
Hizmet içi eğitim programlarında	9	6,6
Sağlıkla ilgili kongre, sempozyum vb. toplantılarda	4	2,9
Sağlıkla ilgili yayın, makale vb.	9	6,6
Televizyon, radyo gibi basın yayın organlarında	5	3,7
Spiritüalite kavramı ile ilgili alınan eğitimin yeterli olma durumu		
Yeterli	16	11,8
Yetersiz	120	88,2
Spiritüalite ile ilgili bilimsel bir yayın(makale vb.) okudunuz mu?		
Evet	41	30,1
Hayır	95	69,9
Toplam	136	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi durumları ve bilgi alma kaynaklarına göre dağılımları Tablo 4,2'de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun (%74,3'ü) daha önce spiritüalite ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını, eğitim alanların ise %17,16'sının mesleki

eğitimi sırasında, %6,6'sının hizmet içi eğitim programlarında, %2,9'unun sağlıkla ilgili kongre, sempozyum vb. toplantılarda, %6,6'sının sağlıkla ilgili yayın, makale vb. kaynaklardan, %3,7'sinin televizyon, radyo gibi basın yayın organlarından eğitim aldığını bildirmiştir. Sağlık profesyonellerinin %88,2'si spiritüalite ile ilgili alınan eğitim ve bilgiyi yeterli bulmadığını %69,9'u spiritüalite ile ilgili herhangi bir bilimsel bir yayın ve makale okumadığını belirtmektedir.

Tablo 4.3. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüaliteye yönelik görüşlerine göre dağılımları (N:136)

Özellikler	N	%
Spiritüel bakımı önemli bulma durumu		
Buluyor	130	95,6
Bulmuyor	6	4,4
Çalışılan klinikte spiritüel bakım yapılma durumu		
Yapılıyor	72	52,9
Yapılmıyor	64	47,1
Size sağlık profesyonelleri spiritüel gereksinimlere önem vermesi durumu		
Önem vermeli	134	98,5
Önem vermemeli	2	1,5
Çalıştığınız klinikte gereksinimlere dikkat edilme durumu		
Ediliyor	82	60,3
Edilmiyor	54	39,7
Spiritüel bakım için eğitimin önemli olma durumu		
Önemli	126	92,6
Önemi değil	10	7,4
Toplam	136	100

Tablo 4.3'de sağlık profesyonellerinin spiritüalite ve spiritüel bakıma yönelik görüşlerine yer verilmiştir. Araştırma kapsamındaki sağlık profesyonellerinin %95,6'sı spiritüel bakımın önemli olduğunu %60,3'ü çalıştığı klinikte spiritüel gereksinimlere dikkat ettiğini ve %92,6'sının spiritüel bakım için eğitimin önemli olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir. Sağlık profesyonellerinin %47,1'inin çalıştığı yoğun bakım kliniğinde spiritüel bakım uygulaması yapmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüel bakıma yönelik uygulamalarına göre dağılımları (N:136)

Etkili, aktif dinleme	N	%
Dinliyor	60	44,1
Dinlemiyor	76	55,9
Hasta ve yakınlarının görüşmesini sağlama		
Sağlıyor	55	40,4
Sağlamıyor	76	59,6
İbadet/dini görevler yerine getirmek istendiğinde ortam hazırlama		
Hazırlıyor	21	15,4
Hazırlamıyor	115	84,6
4.Bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranma		
Davranıyor	91	66,9
Davranmıyor	45	33,1
5.Yaşamını anlamlı yapan geçmiş yaşantıları konuşma		
Konuşuyor	30	22,1
Konuşmuyor	106	77,9
Toplam	136	100

Tablo 4,4’de sağlık profesyonellerinin spiritüel bakıma yönelik uygulamalarına göre dağılımlarına yer verilmiştir. Araştırma kapsamındaki sağlık profesyonellerinin spiritüel bakıma yönelik uygulamalarına bakıldığında; %44,1’inin hastaları etkin dinlediği, %40,4’ünün hasta ile yakınlarının görüşmesini sağladığı, %15,4’nün dini görevlerini yerine getirmek için ortam hazırladığı, %66,9’unun hastalara bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davrandığı, %22,1’inin de hastaların yaşamını anlamlı yapan geçmiş konuları konuştuğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları

MMBDÖ*	$\bar{x}\pm SS$	Min-max
MMBDÖ toplam puan ortalaması	48,55±4,4	17-85
Maneviyat ve Manevi Bakım	17,0±2,5	17-85
Dinsellik	14,8±2,1	17-85
Bireysel Bakım	10,44±1,8	17-85

*MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Sağlık profesyonellerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları dağılımları Tablo 4,5’de verilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin MMBDÖ maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalamasının 17,0±2,5 olduğu, dinsellik alt boyut puan ortalamasının 14,8±2.1 olduğu ve bireysel bakım alt boyut puan ortalamasının 10.44±1.8 olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin MMBDÖ toplam puan ortalamasının 48,55±4,4 olduğu belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili duyarlılık ve farkındalıklarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüel bakıma yönelik uygulamaları ve maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

	Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyut Puanı	Dinsellik Alt Boyut Puanı	Bireysel Bakım Alt Boyut Puanı	MMBDÖ Toplam Puan
Hastalarınıza yönelik herhangi bir spiritüel bakım uygulama yapma durumu				
Yapan	62,65	70,43	63,44	63,91
Yapmayan	82,06	64,02	80,22	79,13
P*	0,008	0,337	0,021	0,038
Etkin, aktif dinleme				
Dinleyen	61,28	76,21	63,93	66,13
Dinlemeyen	74,20	62,41	72,11	70,37
P*	0,055	0,040	0,223	0,533
İbadet/dini görevleri yerine getirmek istendiğinde ortam hazırlama				
Hazırlayan	68,05	64,45	63,10	67,43
Hazırlamayan	68,58	69,24	69,49	68,70
P*	0,954	0,603	0,488	0,892

P*: Kruskal Wallis Testi, $p < 0,05$

Sağlık profesyonellerinin spiritüel bakıma yönelik uygulamaları ve maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4,6'da verilmiştir. Araştırmamız da ilginç olarak yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinden hastalarına spiritüel bakım uygulamaları yapmadığını ifade eden sağlık profesyonellerinin maneviyat ve manevi bakım duyarlılık alt boyutu bireysel bakım alt boyut puanı ve ölçek toplam puanları hastalarına spiritüel bakım uygulaması yapan sağlık profesyonellerinden yüksek puan almış oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Sağlık profesyonellerinin hastalarına spiritüel bakım uygulaması kapsamında aktif, etkin dinleme yapan sağlık profesyonellerinin maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği dinsellik alt boyut puanlarının bu uygulamayı yapmayan sağlık profesyonellerinin puan ortalamalarına göre yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$)

Tablo 4.7 Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

	Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyut Puanı	Dinsellik Alt Boyut Puanı	Bireysel Bakım Alt Boyut Puanı	MMBDÖ Toplam Puan
Cinsiyet				
Kadın	65,69	66,02	67,55	64,84
Erkek	76,94	75,94	71,35	79,49
P*	0,144	0,197	0,621	0,60
Medeni Durum				
Evli	64,16	70,99	61,09	61,94
Bekar	71,11	67,38	75,80	74,40
P*	0,417	0,574	0,020	0,127
Eğitim Durumu				
Sağlık Meslek Lisesi	68,80	65,02	68,78	62,04
Önlisans	64,32	52,97	63,05	58,45
Lisans	63,27	74,05	65,70	67,46
Yüksek lisans	92,88	70,58	77,93	86,23
Doktora	56,25	54,75	95,63	82,88
P*	0,045	0,266	0,431	0,164
Sağlık Profesyoneli				
Hemşire	66,28	67,54	66,68	65,95
Doktor	86,40	76,23	83,20	89,10
P*	0,059	0,414	0,122	0,031
Çalıştığı Klinik				
Acil Dahiliye ve Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği	68,31	74,60	66,62	70,62
Anestezi Reaminasyon Yoğun Bakım Kliniği	70,08	64,98	67,80	70,15
Koroner Yoğun Bakım Kliniği	66,85	67,26	71,83	66,54
Nöroloji Yoğun Bakım Kliniği	79,47	74,07	85,43	76,87
Kardiyovasküler Cerrahisi Yoğun Bakım Kliniği	44,80	75,15	64,75	57,60
Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği	70,95	63,60	47,15	57,50
P*	0,407	0,880	0,287	0,784

P*:Kruskal Wallis Testi $p < 0,05$

Sağlık profesyonellerinin sosyo-demografik ve mesleki tanımlayıcı özellikleri ile maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4,7’de gösterilmiştir. Sağlık profesyonellerinin cinsiyet değişkeni ile maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyut puan ortalamalarına göre gruplar arası fark istatistik olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) Sağlık profesyonellerinin medeni durum değişkeni ile maneviyat ve manevi bakım alt boyutlarından bireysellik bakım puan ortalamalarına göre gruplar arası fark istatistik olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık profesyonellerinin eğitim durumları ile manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyutlarından maneviyat ve manevi bakım ölçeği puan ortalamalarına göre gruplar arası fark istatistik olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Sağlık profesyonellerinden hemşire ve doktorların maneviyat ve manevi bakım derecelendirme ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken MMBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) Sağlık profesyonellerinin çalıştığı yoğun bakım klinikleri ile maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına göre gruplar arasındaki fark istatistik olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 4.8. Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin yaş, çalışma yılı ortalamaları ve maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	Dinsellik Alt Boyutu	Bireysel Bakım Alt Boyutu	MMBDÖ Toplam Puan Ort.
Yaş	r -0.046	-0.053	-0.055	-0.09
	P 0.596	0.537	0.525	0.299
Çalışma Yılı	r -0.140	-0.063	-0.082	-0.143
	P 0.104	0.468	0.344	0.097
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	1	-0.160	0.396	0.724
		0.062	0.000	0.000
Dinsellik Alt Boyutu	r -0.160	1	0.010	0.398
	P 0.062		0.912	0.000
Bireysel Bakım Alt Boyutu	r 0.396	0.010		0.561
	P 0.000	0.912	1	0.000
MMBDÖ Toplam Puan Ort.	r 0.724	0.398	0.561	
	P 0.000	0.000	0.000	1

*MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Pearson Korelasyon Testi, r(Rho): Pearson Korelasyon Kat Sayısı

Tablo 4,8’de yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin yaş, çalışma yılı ortalamaları ve maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Maneviyat ve manevi bakım ölçeği toplam puan ortalaması ve alt puan ortalaması arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin yaş ortalaması ve maneviyat ve manevi bakım toplam puan ve alt puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık profesyonellerinin çalışma yılı ortalaması ve maneviyat ve manevi bakım toplam puan ve alt puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Bu bölümde yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumlarına yönelik bulguları tartışılmıştır.

Araştırmada yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin %74,3'ü daha önce spiritüalite ve spiritüel bakım ile ilgili bir eğitim almadıkları ve eğitim alanların %88,2'sinin spiritüalite kavramıyla ilgili eğitimi yeterli bulmadığı ve %69,9'u spiritüalite ile ilgili bilimsel bir yayın, makale okumadığını belirtmiştir (Tablo 4,2). Sağlık profesyonellerinin %95,6'sı ise spiritüel bakımın önemli olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.3).

Yapılan çalışmalarda da yeterli eğitim almadıkları, kendilerini yetersiz gördükleri saptanmıştır. Melhem GAB ve ark. tarafından 2018'de yapmış olduğu çalışmada, sağlık profesyonellerinin %92,9'unun spiritüalite ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları tespit edilmiştir [11]. Bununla birlikte Cruz JP ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada, araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %63,6'sının spiritüalite ile ilgili bir eğitim almadığı belirlenmiştir [65]. Aynı şekilde Balboni MJ ve ar. (2014) yaptığı çalışmada hemşirelerin %60'ı, doktorların %62'si spiritüalite ve spiritüel bakımla ilgili yeterli eğitim almadığını ifade etmiştir [45]. Baldacchino'nun Malta'da spiritüel bakımla ilgili hemşirelik sorumluluklarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında da, hemşirelerin kendilerini, eğitimleri sırasında yeterli bilgi almadıkları için spiritüel bakım vermede yetersiz gördükleri saptanmıştır [10].

Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinin spiritüalite ile ilgili tutum ve yaklaşımlarıyla ilgili çalışmalar sınırlı olsa da, genel olarak hemşirelerin spiritüalite ile ilgili yaklaşımlarını içeren çalışmalar bulunmaktadır [4,7,15,16,17,26,28,46,52]. Türkiye'de spiritüalitenin hemşireler tarafından çok az anlaşılıp tanımladığı ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun spiritüel bakım vermenin kendi sorumluluklarının olduğunu farkında olmadığı belirlenmiştir [4,16]. Özveren ve Kırcı'nın (2018) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılanların %55,7'si spiritüel bakımı hiç duymadığını ve %81,4'ü spiritüel bakım hakkında hiç bilgi almadığını belirtmişlerdir [17]. Akgün ve ark. (2010) çalışmasında araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin %62,7'si spiritüel bakım

kavramını duyduklarını, sadece %15,5'i spiritüel bakım hakkında bilgi aldığını ve %29,1'i de hastalarına spiritüel bakım verdiklerini belirtmişlerdir [15]. Yılmaz ve Okyay'ın (2009) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %34,8'nin spiritüel ve spiritüel bakım kavramını doğru tanımladıklarını bulmuşlardır. Çalışmada hemşire ve ebelerin %33,3'ünün spiritüel bakım kavramını hiç duymamış olması da bu konu hakkında ki eğitim eksikliğini göstermesi açısından önemlidir [28]. Esendir'in (2016) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %43,5'inin spiritüel ve spiritüel bakımla ilgili eğitim aldığını ve katılımcıların üçte birinden fazlası mesleki eğitimleri sırasında aldığını ifade etmişlerdir. Yine katılımcıların üçte birine yakın kısmı, bu bilgiyi televizyon, radyo vb. sosyal medya araçlarından aldıklarını bildirmişlerdir [29]. Okyay'ın (2008) yaptığı çalışmada hemşirelerin %65,2'sinin spiritüel ve spiritüel bakımla ilgili daha önce eğitim almadığı, eğitim almış olanların %85,3'ünün bu eğitimi mesleki eğitimi sırasında aldığı ve %58,6'sının eğitimi sırasında aldığı bilgileri yetersiz buldukları görülmüştür [26]. Bakır ve ark. (2017) yaptığı çalışmada hemşirelerin %44,8'i spiritüel bakım konusunda eğitim almış ve %64,1'i hastalarına spiritüel bakım sağladığını belirtmiştir. Katılımcıların %43,8'i hizmet içi eğitimlerden, %26,2'si mesleki eğitimleri esnasında bilgi aldığı, %24,1'i kongre ve sempozyum vb. den , %6,9'u medya organlarından eğitim aldığını bildirmiştir [30]. Dünya da ve Türkiye'de spiritüel ile ilgili yapılan çalışmalarında gösterdiği üzere, sağlık profesyonelleri spiritüel kavramıyla ilgili bilgi ve eğitimlerinin yetersiz olduğunu ve bu konuyla ilgili özel bir duyarlılık oluşturulması gerektiği bakış açısının bizim çalışma sonuçlarımızla örtüştüğü tespit edilmiştir.

Araştırmamızda sağlık profesyonellerinin %95,6'sı spiritüel bakımın önemli olduğunu düşündüğü, %60,3'ü çalıştığı klinikte spiritüel gereksinimlere dikkat ettiğini ve %47,1'inin çalıştığı yoğun bakım kliniğinde spiritüel bakım uygulaması yapmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3)

Yapılan çalışmalarda yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonelleri ile yapılan çalışmalarda; Choi ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılan diğer bir çalışmada, yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin büyük bir çoğunluğunun yoğun bakım hastasının spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasının kendilerinin sorumluluğunda olduğunu belirtmişlerdir [12]. Canfield ve arkadaşları tarafından 30 yoğun bakım hemşiresiyle yürütülen kalitatif bir çalışmada, sağlık profesyonelleri spiritüel bir insanı yaşam amacı ve anlamı olarak tanımlanmış ve hemşirelerin spiritüel

ihtiyaçlarının tanımlanmasının gerektiğini belirlemiştir [16]. Lundberg ve Kerdonfag tarafından 2010 yılında yapılan Thai'li yoğun bakım hemşireleri ile yapılan çalışmada, hemşirelerin yoğun bakım hastasının spiritüel gereksinimlerine karşı duyarlı olunması ve değerlendirilmesinin gerekliliği belirlenmiştir [15].

Narayanasamy (1993) ve McSherry'nin (2000) yaptığı araştırma da, sağlık profesyonellerinin spiritüel bakımla ilgili bilgi ve becerilerinin sınırlı olduğunu ve hastaların spiritüel gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığı belirlenmiştir [8,9]. Özbaşaran ve ark. tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada, spiritüalitenin hemşireler tarafından çok az anlaşılıp tanımlandığı ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun spiritüel bakım vermenin kendi işlerinin olduğunu farkında olmadığını belirtmiş ve hemşirelerin eğitim düzeylerinin artmasıyla birlikte spiritüalite ve spiritüel bakım algılarında önemli düzeyde artış olduğunu saptamıştır [16]. Uygur'un (2016) çalışmasında hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirenin kendi spiritüalitesinin etkili olduğunu düşünen hemşirelerin %78,3'ü spiritüel bakım kavramını önceden duymuş iken %61,9'u önceden duymamış olduklarını bildirmiştir. Spiritüel bakım kavramı hakkında bilgi alan hemşirelerin %76,6'sı, bilgi almayan hemşirelerin ise %71,3'ü hastaların spiritüel bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılamada hemşirenin kendi spiritüalitesinin etkili olduğunu düşünmekte olup bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [4]. Özveren ve Kırca'nın yapmış olduğu çalışma da öğrencilerin %85,7'si spiritüel bakımın gerekli olduğunu ve %82,8'i klinik uygulamalarda spiritüel bakım veremediklerini ifade etmiştir [17].

Yapılan çalışmalardan da anlaşıldığı üzere yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonelleri spiritüalite ve spiritüel bakımla ilgili tutumları bizim çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin %47,1'inin spiritüel bakım uygulaması yapmadıkları tespit edilmiştir. Sağlık profesyonellerinin spiritüel bakım uygulamaları yapanların ise, %44,1'inin hastaları etkin dinlediği, %40,4'ünün hasta ve yakınlarının görüşmesini sağladığı, %15,4'ünün dini görevlerini yerine getirmek için ortam hazırladığı, %66,9'unun hastalara bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davrandığı ve sadece %22,1'inin hastaların yaşamını anlamlı yapan

geçmiş konuları konuştuğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Çalışmamız da ilginç olarak, yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinden maneviyat ve manevi bakım duyarlılık, bireysel bakım ve ölçeğin toplam puanları yüksek olan yani spiritüel ve spiritüel bakımla ilgili orta düzeyde duyarlılık gösteren sağlık profesyonellerinin hastalarına spiritüel bakım uygulamalarını yapmadıkları tespit edilmiş ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.6).

Canfield ve arkadaşları tarafından 30 yoğun bakım hemşiresiyle yürütülen kalitatif bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin spiritüel bakım ihtiyaçlarının belirlenmesinin gerekliliğini belirtmişlerdir [14]. Azarsa ve arkadaşları tarafından 2015 yılında 109 yoğun bakım hemşiresiyle yapılan çalışmada, yoğun bakım hastalarında yakın iletişimin önemi ve spiritüel bakımla ilgili pozitif tutumların önemine vurgu yapılmaktadır [13]. Lundberg ve Kerdonfag'ın 2010'da Thai'li yoğun bakım hemşireleri ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin belirlediği yoğun bakım hastasının spiritüel gereksinimleri arasında, hasta ve ailesi ile iletişim kurma, mental destek sağlama, kültürel ve dini ritüelleri karşılama ve ailenin bakıma katılması gibi gereksinimleri olduğunu bildirmiştir [15]. Ülkemizde Sülü ve ark. tarafından 2006 yılında çocukları yoğun bakımda yatan ailelerin spiritüel gereksinimlerinin belirlendiği çalışmada, yoğun bakım kliniğine yatışın aile bireylerinin yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği, birçok farklı spiritüel gereksinimin ortaya çıktığı ve spiritüel bakımın uygulanmasının önemi belirlenmiştir [7]. Saunders MM'nin (2016) yapmış olduğu çalışmada, hemşirelerin hastalarının %82'sini hastane din görevlisine yönlendirirken, doktorların hastalarının %3'ünü yönlendirdiği açıklanmıştır [66]. Okyay'ın (2008) yaptığı çalışmada hemşirelerin %78,7'si spiritüel uygulamaya yaptığını ifade etmiştir. Hemşirelerin spiritüel uygulamalar incelendiğinde %89'u spiritüel bakım olarak hastaları dinlediğini, %71,2'si hastaların yakınları ile görüşmesi için ortam sağladığını, %87,8'i ise bakım verirken güler yüzlü davrandığını ifade etmişlerdir [26]. Bakır ve ark. (2017) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %64'ünün spiritüel bakım sağladığını, %28,3'ünün terapötik dokunuşu kullandıklarını, %26,2'sinin hastaları dinlediğini, %2,3'ünün psikolojik olarak desteklediğini, %12,4'ünün hastalarla konuştuğu ve %9,7'si onları rahatlatmak için uygulamalar yaptığını ifade belirlenmiştir [30]. Esendir'in 2016'da yaptığı çalışmada sağlık profesyonellerinden araştırmaya katılanların %20'sinin hastaları dinlediğini, %21'inin hastalara ibadet etmek istediğinde

onlara ortam hazırladığı ve %31'inin bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davrandıkları belirtilmiştir [29]. Balboni MJ ve ark. (2014) yaptığı çalışmada 112 hemşire ve 195 doktorun katıldığı çalışmada hemşirelerin %71'i ve doktorların %73'ünün spiritüel bakıma yeterli zamanı olmadığı için yapamadıklarını belirtmiş ve hemşirelerin %74'ü ve doktorların %39'u spiritüaliteyi tartışmak için özel alanların olmadığını belirtmiştir [45]. Bakır ve ark. (2017) yapmış olduğu araştırmada katılanların %47,6'sı yoğun bakım kliniklerinde eleman eksikliği, %28,3'ü aşırı iş yükü nedeniyle spiritüel bakım veremediğini belirtmiştir [30].

Çalışmamızda yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüaliteye ilgili duydukları ve spiritüel bakımın önemli olduğunu düşünmelerine rağmen kliniklerde spiritüel uygulama yapma sıklığı bakımında literatüre göre oldukça geride kaldıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumlarının hala sınırlı ve spiritüel bakım davranışlarının yeterince anlaşılmamış olduğu görülmüştür. Ancak en sık yapılan spiritüel uygulama çeşitleri bakımından literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan sağlık profesyonellerinin maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği (MMBDÖ) maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalamasının $17,0 \pm 2,5$ olduğu, dinsel alt boyut puan ortalamasının $14,8 \pm 2,1$ olduğu ve bireysel bakım alt boyut puan ortalamasının $10,44 \pm 1,8$ olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin MMBDÖ toplam puan ortalamasının $48,55 \pm 4,4$ ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Ülkemizdeki yoğun bakım hemşirelerinin spiritüalite ile ilgili tutum ve yaklaşımlarıyla ilgili çalışmalar bulunmasa da, genel olarak sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili yaklaşımlarını içeren çalışmalar bulunmaktadır [4,28,30,63]. Çalışmamıza benzer olarak Uygur'un (2016) çalışmasında MMBDÖ'nin puan ortalaması $53,76 \pm 4,58$ iken; MMBDÖ'nin ölçeklerinde maneviyat ve manevi bakım alt ölçeğinin puan ortalaması $24,61 \pm 2,84$, dinsel alt puan ortalaması $11,24 \pm 2,12$ ve bireysel alt ölçeği $10,89 \pm 1,86$ olarak belirtmiştir [4]. Kostak ve ark. çalışmasında MMBDÖ'nin puan ortalaması $60,97 \pm 7,92$ bulunurken maneviyat ve manevi bakım alt ölçeğinin puanı $25,88 \pm 4,35$, dinsel alt ölçeği puan ortalaması $13,94 \pm 2,61$, bireysel bakım alt ölçeği $13,66 \pm 2,45$

olarak bulunmuştur [63]. Yılmaz ve Okyay'ın (2009) çalışmasında ise MMBDÖ'nin puan ortalaması $54,57 \pm 5,09$, maneviyat ve manevi bakım $25,10 \pm 3,44$, dinsel alt ölçeği puan ortalaması $11,24 \pm 2,16$, bireysel bakım alt ölçeği puan ortalaması $11,13 \pm 2,02$ olarak bulunmuştur [28]. Çelik ve ark. çalışmasında MMBDÖ'nin toplam puan ortalaması $53,40 \pm 5,33$, maneviyat ve manevi bakım alt boyut puan ortalamasının $24,32 \pm 3,53$, dinsel alt ölçeği puan ortalaması $10,79 \pm 2,37$ olduğu ve bireysel bakım alt ölçeği puan ortalaması $13,49 \pm 1,90$ olarak bulunmuştur [67]. Bakır ve ark. (2017) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin MMBDÖ toplam puan ortalama puanı $57,62 \pm 12,00$, maneviyat ve manevi bakım alt ortalama puanı $24,88 \pm 7,66$, dinsel alt puan ortalaması $13,33 \pm 3,60$ ve bireysellik alt puan ortalaması $13,33 \pm 3,10$ olarak bulunmuştur [30].

Çalışmamızdaki yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili tutum, duyarlılık ve farkındalık oranları orta düzeyde tespit edilmiş olup, ülkemizde yapılan diğer çalışma bulguları ile paralel ve benzer sonuçları destekler niteliktedir. Bu sonuçlar doğrultusunda ülkemiz için spiritüalite hala sınırlı ve yeterince anlaşılmamış olduğu ve konuda bilimsel ve kanıta dayalı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya katılanların cinsiyet, yaş, çalışma yılı, medeni durum ve çalıştığı klinikle ilgili maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sağlık profesyonellerinden hemşire ve doktorların maneviyat ve manevi bakım derecelendirme ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, MMBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4,7)

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ve spiritüel bakım yaklaşımını yoğun bakım kliniğinde çalışmanın dışında mesleki eğitim düzeyi, çalışma yılı, yaş, cinsiyet, medeni durum ve kişinin sahip olduğu inanç ve değerler gibi birçok faktör etkilemektedir [4,27,28,67,68,69]. Lundberg ve Kerdonfag'ın 2010 da yapmış olduğu çalışmada sağlık profesyonellerinin yaşı, çalışma yılı, eğitimleri ve kültürel faktörler spiritüel bakımı etkilediği bulunmuştur [15]. Çalışmamızla benzer şekilde, Uygur ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelerin eğitim düzeylerinin spiritüaliteyi algılamalarını etkilediği, eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerin spiritüalite ve

spiritüel bakım algılarının olumlu yönde değiştiği bulunmuştur [63]. Özbaşaran ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) benzer şekilde hemşirelerin eğitim düzeyleri ile spiritüel bakım verme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [16].

Özbaşaran ve arkadaşlarının (2011) yılındaki çalışmalarında, Türkiye’de spiritüalitenin hemşireler tarafından çok az anlaşılıp tanımlandığını ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun spiritüel bakım vermenin kendi sorumluluklarının olduğunun farkında olmadığını belirlemiştir [16].

Kostak ve arkadaşlarının çalışmalarında hemşirelerin yaş, eğitim düzeyleri, çalışma yılı ve çalışılan kliniğin türünün spiritüaliteyi etkilemediği bulunmuştur [63]. Bener şekilde yapılan çalışmalarda Eğlence ve Şimşek (2014), Yılmaz ve Okyay (2009), Kavas ve Kavas (2015) ve Çelik ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında hemşirelerin yaşlarının spiritüel bakım ile ilgili puanlarını etkilemediğini belirlemiştir [27,28,67,68]. Yapılan bir başka çalışmada sağlık profesyonellerinin çalışma koşulları ve çalışma ortamında spiritüel bakım verilmesini etkilediği görülmüştür [30].

Çalışmamızda hemşire ve doktorların maneviyat ve manevi bakım derecelendirme ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, MMBDÖ toplam puan ortalamalarının doktorlarda hemşirelere göre farklı olması, yapılan çalışmalarda doktor ve hemşire sağlık profesyonelleri arasında bir farkın olmadığı bulunmuştur [68]. Benzer olarak Esendir’in 2016 da yapmış olduğu çalışmada, sağlık profesyonellerinin (doktor, ebe ve hemşire) meslek değişkenine göre Manevi Destek Algısı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur [29].

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumların belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırma kapsamındaki sağlık profesyonellerinin yaş ortalaması $28,01 \pm 5,7$, %75,0'nin kadın, %55,1'inin bekâr ve %51,5'inin lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğu (%88,9) hemşirelerden oluşmaktadır. Katılımcıların %41,9'unun anestezi reaminasyon yoğun bakım kliniğinde çalıştığı ve çalışma yılı ortalamalarının ise $5,22 \pm 4,9$ yıl olduğu tespit edilmiştir
- Araştırma kapsamındaki sağlık profesyonellerinin çoğunluğu (%74,3'ü) daha önce spiritüalite ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı, eğitim alanların ise %17,6'sı mesleki eğitim sırasında, %6,6'sı hizmet içi eğitim programlarında, %2,9'u sağlıkla ilgili kongre, sempozyum vb. toplantılarda, %6,6'sı sağlıkla ilgili yayın organlarından eğitim aldığı görülmektedir.
- Sağlık profesyonellerinin %88,2'si spiritüalite ile ilgili alınan eğitim ve bilgiyi yeterli bulmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin %69,9'u spiritüalite ile ilgili herhangi bir bilimsel bir yayın ve makale okumadığı belirlenmiştir.
- Sağlık profesyonellerinin %95,6'sının spiritüel bakımın önemli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin %60,3'ü çalıştığı klinikte spiritüel gereksinimlere dikkat ettiğini ve %92,6'sının spiritüel bakım için eğitimin önemli olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir.
- Sağlık profesyonellerinin %47,1'inin çalıştığı yoğun bakım kliniğinde spiritüel bakım uygulaması yapmadıkları belirlenmiştir.
- Sağlık profesyonellerinin spiritüel bakıma yönelik uygulamalarına bakıldığında; %44,1'inin hastaları etkin dinlediğini %40,4'ünün hasta ve yakınlarının görüşmesini sağladığı sadece %15,4'nün dini görevlerini yerine getirmek için ortam hazırladığını %66,9'unun hastalara bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davrandığını ve sadece %22,1'inin hastaların yaşamını anlamlı yapan geçmiş konuları konuştuğu belirlenmiştir.

- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin MMBDÖ maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalamasının $17,0 \pm 2,5$, dinsel alt boyut puan ortalamasının $14,8 \pm 2,1$, bireysel bakım alt boyut puan ortalamasının $10,44 \pm 1,8$, MMBDÖ toplam puan ortalamasının $48,55 \pm 4,4$ olduğu belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin spiritüel ile ilgili duyarlılık ve farkındalıklarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Yoğun bakım kliniklerinde hastalarına spiritüel bakım uygulamaları yapmadığını ifade eden sağlık profesyonellerinin maneviyat ve manevi bakım duyarlılık alt boyutu bireysel bakım alt boyut puanı ve ölçek toplam puanları hastalarına spiritüel bakım uygulaması yapamayan sağlık profesyonellerinin yüksek puan almış oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$)
- Sağlık profesyonellerinden spiritüel bakım uygulaması kapsamında hastalara aktif, etkin dinleyen sağlık profesyonellerinin maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği dinsel alt boyut puanlarının bu uygulamayı yapmayan sağlık profesyonellerinin puan ortalamalarından yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).
- Sağlık profesyonellerinin cinsiyet değişkeni ile maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p < 0,05$).
- Sağlık profesyonellerinin medeni durum değişkeni ile maneviyat ve manevi bakım alt boyutlarından bireysellik bakım puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Sağlık profesyonellerinin eğitim durumları ile manevi bakım dereceleme ölçeği alt boyutlarından maneviyat ve manevi bakım ölçeği puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).
- Sağlık profesyonellerinden hemşire ve doktorların maneviyat ve manevi bakım derecelendirme ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, MMBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

- Sağlık profesyonellerinin çalıştığı yoğun bakım klinikleri ile maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistik olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p<0,05$).
- Maneviyat ve manevi bakım ölçeği toplam puan ortalaması ve alt puan ortalaması arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin yaş ortalaması ve maneviyat ve manevi bakım toplam puan ve alt puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p<0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Sağlık profesyonellerinin spiritüalite kavramı ve spiritüel bakıma yönelik mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitimlerle farkındalıklarının ve bilgilerinin artırılması,
- Yoğun bakım kliniklerinde bilinçsiz ve terminal dönem hastalarla çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite kavramını doğru ve yeterli anlaması ve spiritüel girişimlerle ilgili uygulamalı eğitim programlarının katılması,
- Yoğun bakım kliniklerinde bilinçsiz ve terminal dönem hastalarla çalışan sağlık profesyonellerinin hasta ve yakınlarının spiritüel gereksinimlerine yönelik farkındalık ve duyarlılıklarının artırılması sağlanmalı
- Yoğun bakım kliniklerinde bilinçsiz ve terminal dönem hastalarla çalışan sağlık profesyonellerinin hasta ve yakınlarının spiritüel gereksinimlerini tanımlama ve değerlendirme yeterliliğinin olması sağlanmalı
- Yoğun bakım kliniklerinde bilinçsiz ve terminal dönem hastalarla çalışan sağlık profesyonellerinin hasta ve yakınlarının spiritüel bakım uygulamalarına katılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Dedeli, Ö., Karadeniz, G. ‘‘Kanser Ağrısının Kontrolü ile Psikososyal- Spiritüel Modelin Birleştirilmesi’’,*Ağrı Dergisi*,21(2),48-49,2009.
2. Oldhall. A, ‘‘A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients’’,*Journal of Advanced Nursing*, 23,138-144,1996.
3. Rogers. M, Wattis. J, ‘‘Spirituality in Nursing.practice. Nursing standart’’,*Continuing Professional Development*,54-55, 2015.
4. Uygur. D, ‘‘Hemşirelerin Spiritüelite ve Spiritüel Bakım Algısının Belirlenmesi ve İş Doyumu ile Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’,*Yüksek Lisans Tezi*,14-15,Bolu, 2016.
5. Özer. N, Köçkar. Ç, Yurttaş. A, ‘‘Kalp Damar Cerrahisi Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti’’,*Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,12-13,2009.
6. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ‘‘Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları, 03.04.2008 Tarihli ve 11395(2008/25) Sayılı Genelge Eki, Yoğun Bakım Üniteleri’’,
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/957,yogunbakimgenelgesi200853doc.doc?0>
7. Sülü. E, ‘‘Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spiritüel Bakım) Gereksinimleri’’ ,*Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 117-118, İzmir, 2006.
8. McSherry. W, Draper. P, Kendrick. D, ‘‘The Constructvalidity of a rating scale designed to assess Spirituality and spiritual care’’*International Journal of Nursing Studies*, 723-734,2000.
9. Narayanasamy. A, ‘‘Nurses’ awareness and preparedness in meeting their patients’ spiritual needs’’,*Nurse Educ Today*, 13(4), 196-201,1993.
10. Baldacchino. D, ‘‘Nursing competencies for spiritual care’’,*Journal of Clinical Nursing*, 885-896,2006.
11. Melhem. GAB, Zeilani. RS, Zaqqout. OA, Aljwad. AI, Shawagfeh. MQ, Al-Rahim. MA, ‘‘Nurses’ Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison

- Study Among All Health Care Sectors in Jordan”, *Indian Journal of Palliative Care* 42-48, 2018.
12. Choi.PJ, Curlin. FA, Cox. CE, ”Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicals”, *Palliative and Supportive Care*, 2-3, 2018.
 13. Azarsa. T, Davorodi. A, Markani. AK, Gahramanian. A, Vargaeei. A “spiritual wellbeing, Attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence Among critical care nurses”, *Journal of Caring Sciences*, 4(4), 309-320, 2015.
 14. Canfield. C, Taylor. D, Nagy. K, Strauser. C, VanKerhove. K, Wills. S, Sawicki. P, Sorrell. J, “Critical Care Nurses Perceived Need For Guidance in Adressing Spirituality in Critically ILL Patients”, *American Association of Critical Care Nurses*, 206-211, 2016.
 15. Lundberg. PC, Kerdonfag. P, “Spiritual care previded by Thai nurses in intensive care unit”, *Journal of Clinical Nursing*, 1121-1127, 2010.
 16. Özbaşaran. F, Ergül. G, Bayık. Temel A, Gürol Aslan G, Çoban A. Turkish nurses“ perceptions of Spirituality and spiritual care”, *Journal of Clinical Nursing*, 3102-3110, 2011.
 17. Özveren. H, Kırca. K, “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”, *Journal of Religion and Health*, 5-6, 2018.
 18. Yılmaz, M. “Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spiritüalite, Doğası ve Hemşirelikle İlişkisi” , *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimler Dergisi*, 14(2), 65-66, 2011.
 19. Ellis. HK, Narayanasamy. A, “Nursing the spirit: a critical literature review”, *British Journal of Nursing*, 804-807, 2009.
 20. Kaçal. Z, Demirsoy N, “Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Değerlendirme” *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 171-174, 2018.
 21. Dezorti. LW, Crossetti. MGO, “Spirituality in self-care for intensive care nursing professionals” *Rev Latino-am Enformagem*, 16(2), 212-217,2008.

22. Yılmaz. E, Vermişli. S, “Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları”, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 41-46, 2012.
23. Bozkurt. G, Türkmen. E, Zengin. N, “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bağımsız İşlevlerine İlişkin İş Yüğü”, *Yoğun Bakım Hemşirelik Dergisi*, 21(2), 36-41, 2017.
24. Kahraman. BB, Bostancıoğlu. H, “İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta İletişiminde Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 236-242, 2012.
25. Arabacı. S, “Yoğun Bakımlarda Görevli Hemşire Yöneticilerin Liderlik Davranışlarının Hemşirelerin Motivasyonu Üzerine Etkisi”, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, 3-4, İstanbul, 2012.
26. Okyay. N, “Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşüncelerinin Belirlenmesi”, *Yüksek Lisans Tezi*, 6-19, Sivas, 2008.
27. Eğlence. R, Şimşek. N, “Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 49-50, 2014.
28. Yılmaz. M, Okyay. N, “Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri”, *HEMAR-G*, 11(3), 41-52, 2009.
29. Esendir. N, “Sağlık Çalışanlarının Maneviyat ve Manevi Bakım Algısı İstanbul Örneği”, *Yüksek Lisans Tezi*, 52-67, Çanakkale, 2016.
30. Bakır. E, Samancıoğlu. S, Kılıç. SP, “Spiritual Experiences of Muslim Critical Care Nurses”, *Journal of Relig Health*, 2118-2128, 2017.
31. Ergül, Ş, Bayık. A, “Hemşirelik ve Manevi Bakım”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 8(1), 37-38, 2004.
32. İnternet: Türk Dil Kurumu, “Sözlükler”, <http://sozluk.gov.tr/>
33. Narayanasamy. A, Owens. J, “A Critical Incident Study Of Nurses responses To The Spiritual Needs Of Their”, *Journal of Advanced Nursing*, 33, 446-455, 2001.

34. Walsh. F, "Spiritual Resources In Family Therapy", *New York: The Guilford Press*; 65-141, 2008.
35. Baş. S, "Maneviyatı Dindarlıktan Ayırmak: Hilomorfik Bir Bakış Açısı", *Tasavvuf İlmî ve Akademik Araştırma Dergisi*, 1, 73-113, 2016.
36. Arslan. H, Şener. KD, "Stigma, Spiritüalizite ve Konfor Kavramlarının Meleis'in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3-4, 2009.
37. Ross. LA, "Spiritual aspects of nursing", *Journal of Advanced Nursing*, 19, 439-447, 1996.
38. Düzgüner. S, "Maneviyat Algısı ve Diğerkâmlıkla İlişkisi", Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Doktora Tezi*, 21-22, Konya, 2013.
39. Aştı. N, Pektekin. Ç, Adana. F, "Cerrahi Hemşirelik Bakımının Manevi Boyutu", *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27-34, 2005.
40. Öner. H, "Cerrahi Onkoloji Hastalarda Spiritüalizite ve Yaşam Kalitesi", *Yüksek Lisans Tezi*, 1-2, Sivas, 2012.
41. Ercan. F, Körpe. G, Demir. S, "Bir Üniversite Hastanesinde Yataklı Servislerde Çalışan Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları", *Gazi Medical Journal*, 29, 17-22, 2018.
42. Koçak. DB, "Çocuk Hastalara ve Yakınlarına Uygulanan Manevi Bakım (Hollanda Örneği)", Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, 95-96, Ankara, 2015.
43. Gönenç. İ, Akkuzu. G, Altın. DR, Möroy. P, "Hemşirelerin ve Ebelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 34-38, 2016.
44. Hajbaghery. MA, Zehtap. S, "the Importance of Spiritual Care in Nursing", *Nurs Midwifery Studies*, 3(3), 1-2, 2014.
45. Balboni. MJ, Sullivan. A, Enzinger. AC, Epstein. ZD, Tseng. YD, Mitchell. C, Niska. J, Zollfrank. A, Weele. V, Balboni. TA, "Nurse and Physician Barriers to

- Spiritual Care Provision at the End of Life”, *Journal of Painand Symptom Management*, 48(3), 400-409, 2014.
46. Çınar, EF. , Aslan, F. “ Spiritüalizm ve Hemşirelik Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımının Önemi” , *Journal of Academic Resarch in Nursing*, 8(1), 37-38, 2017.
47. Horozcu. Ü, “Tecrübi Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki”, *MİLEL ve NİHAL İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 1-2, 2010.
48. Boztilki. M, Ardiç. E, “Maneviyat ve Sağlık”, *Journal of Academic Resarch in Nursing*, 3, 39-45, 2017.
49. Reinert. KG, Koenig. HG, “ Re-examining definitions of Spirituality in nursing research”, *Journal Adceanced Nursing*, 2622-2631, 2013.
50. Baruh. L, “Risk Algularının, Sağlık Kontrol Odağının ve Dini İnançların Türkiye’de Bireylerin Kanserden Koruyucu Davranışta Bulunma ve Kanser Tarama Testi Yaptırma Eğilimleri ile İlişkisi”, 13-14, Ankara, 2014
51. Erişen. M, Sivrikaya. KS, “Manevi Bakım ve Hemşirelik”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi*, 6(3), 184-190, 2017.
52. Ulcay. HS, “Yaşam Koçlarının Maneviyatla İlgili Deneyimleri Üzerine Fenomenolojik Bir Araştırma”, *Uluslararası Sosyal Araştırma Dergisi*, 10(48), 749, 2017.
53. Ergül. Ş, “Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat ve Manevi Bakım Kavramları Nerede?, Ne zaman?, Nasıl?”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26(1), 65-75, 2010.
54. Kahraman. G, Engin. E, Dülgerler.Ş, Öztürk. E, “Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 12-18, 2014.
55. Sekmen. ID, Ünsar. S, “Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Deneyimlerinin Belirlenmesi”, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 9(20), 113-119, 2018.

56. Efil. S, Kurucu. NM, Eser. O, “Beyin Cerrahi Yoğun Bakımında Takip Edilen Hastaların Hasta Yakını Ziyaret Sıklığının ve Hemşire ile Olan İletişimin Hastanın İyileşmesine Etkisi”, *Kocatepe Tıp Dergisi*,12, 151-155, 2011.
57. Dedeli. Ö, Akyol. AD, “ Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*,12(1-2), 26-32, 2008.
58. Korhan. EA, Yönt. GH, Demiray. A, Akça. A, Eker. A, “Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi ve NANDA Tanılarına Göre Değerlendirilmesi”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 16-21, 2015.
59. Yılmaz. A, “Yoğun Bakım Ünitesi Hastalarında Yoğun Bakım Sendromu(deliryum) Görülme Durumu ve Hemşirelerin Görüşleri”, *Yüksek Lisans Tezi*, Sağlık Bilimler Enstitüsü, 1-2, Malatya, 2014.
60. Arık. M, ”Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Aile Üyelerinin Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi”, *Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 99-109, Trabzon, 2018.
61. Ergün. YA, “Yoğun Bakımda Ekip”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 36-49, 2011.
62. Bennett. V, Thompson. ML, “Teaching Spirituality to student nurses”, *Journal of Nursing Education and Practice*, 26-33, 2015.
63. Kostak. AM, Çelikalp. Ü, Demir. M, “Hemşire ve Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4-5, 2010.
64. Ergül. Ş, Temel. AB, “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ’nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliliği”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23, 75-87, 2007.
65. Cruz. JP, Alshammari. F, Alotaibi. KA, Colet. PC, “Spirituality and Spiritual Care Perspectives Among Baccalaureate Nursing Students in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study”, *Shaqra University Nursing Department*, Saudi. Arabia, 559-566, 2017.

66. Saunders. MM, Harris. K, Hale. DL, ‘‘Clinical Nurse Specialist Perceptions’ of Spiritual Care Nurses Need Support, Care Falls Short’’, *Journal of Clinical Nursing*, 176-181, 2016.
67. Çelik. A, Özdemir. F, Durmaz. H, ‘‘Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi’’, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1-12,2014.
68. Kavas. E, Kavas. N, ‘‘Manevi Destek Algısı(MDA) Ölçeği, Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenirliği’’, *International Periodical Forthe Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(2), 905-912, 2014.
69. İnternet: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetler Genel Müdürlüğü, ‘‘Sağlığın Teşviki ve Geliştirme sözlüğü Kısım:1, Temel Terimler Listesi’’,
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagligin%20tesviki.pdf>



EK-1 Sosyo-demografik özellikler anket formu

1.Yaşınız	
2.Cinsiyet	1.Kadın 2.Erkek
3.Medeni durumu	1.Evli 2.Bekar
4.Eğitimi	1.SML 2.Önlisans 3.Lisans 4.Yükseklisans 5.Doktora
5.Şuanda çalıştığınız klinik	1. Acil Dahiliye Yoğun Bakım 2. Acil Cerrahi Yoğun Bakım 3. Reanimasyon Kliniği 1 4. Reanimasyon Kliniği 2 5. Reanimasyon Kliniği 3 6. Koroner Yoğun Bakım 1 7. Koroner Yoğun Bakım 2 8. Nöroloji Yoğun Bakım 9. KVC Yoğun Bakım 10. Beyin Cerrahi Yoğun Bakım
6.Çalışma süreniz	
7.Daha önce maneviyat(spiritüalite) ve manevi bakım ile ilgili herhangi bir yerden bilgi aldınız mı?	1.Evet 2.Hayır
8.Cevabınız evet ise eğitimi nereden aldınız?	1.Eğitimim sırasında 2.Hizmet içi eğitim programlarında 3.Sağlıkla ilgili kongre, sempozyum vb. toplantılarda 4. Sağlıkla ilgili yayın, makale vb.de 5.Televizyon, radyo gibi basın organlarında
9. Spiritüalite kavramı ile ilgili eğitiminiz sırasında bilgi aldıysanız aldığımız bilgi sizce yeterli miydi?	1.Evet 2.Hayır

EK-1 Sosyo-demografik özellikler anket formu(Devam)

10.Maneviyat ile ilgili bilimsel bir yayın,(makale vb.) okudunuz mu?	1.Evet 2.Hayır
11.Hastalarımızın maneviyatına yönelik yaptığımız bir uygulama var mı?	1.Evet 2.Hayır
12.11. soruya cevabınız "evet" ise, uygulamanız nedir?(birden fazla işaretlenebilir)	1.Dinliyorum 2.Gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum 3.İbadet etmek istediğinde hastalara ortam hazırlıyorum 4.Bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum
13.Holistik(bütüncül) bakımın önemli olduğunu düşünüyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır
14.Çalıştığınız klinikte holistik bakım yapıyor mu?	1.Evet 2.Hayır
15.Sizce holistik bakım spiritüaliteyi içeriyor mu?	1.Evet 2.Hayır
16.Sizce sağlık profesyonelleri manevi gereksinimlere dikkat etmeli midir?	1.Evet 2.Hayır
17.Çalıştığınız klinikte hemşirelerin spiritüal gereksinimlere dikkat ettiğini düşünüyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır
18.Spiritüel boyutlar için eğitimin önemli olduğunu düşünüyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır
19.Maneviyat ve manevi bakım kavramları sizin için ne ifade ediyor? Lütfen açıklayınız...	

EK-2 Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği(MMBDÖ)

Lütfen ‘Maneviyat ve Manevi Bakım’ ilişkin aşağıdaki ifadelerle yönelik düşüncenizi uygun cevabı işaretleyerek belirtiniz.

Maneviyat ve manevi bakıma ilişkin ifadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Hemşirelerin, hastanede, hasta isterse bir din görevlisini çağırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
2.Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
3.Maneviyatın yalnızca affetme ve affedilme gereksinimi ile ilgili olduğunu düşünüyorum					
4.Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum					
5.Maneviyatın Allah’a ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını düşünüyorum					
6.Maneviyatın yaşamımızdaki iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma ile ilgili olduğunu düşünüyorum					
7.Hemşirelerin, hasta gereksinim duyduğunda, ona destek olmak için zaman ayırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
8.Hemşirelerin, hastalığının anlamı ve nedenini bulmada, hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
9.Spiritüelitenin, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum					

EK-2 Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği(MMBDÖ)(Devam)

Maneviyat ve manevi bakıma ilişkin ifadeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
10.Maneviyatın, kişinin yaşamını, ‘‘şimdi ve burada’’ yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğunu düşünüyorum					
11.Hemşirelerin, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
12.Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşünüyorum					
13.Maneviyatın, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum					
14.Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum					
15.Maneviyatın, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünüyorum					
16.Maneviyatın, Allah’a/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum					
17.Maneviyatın, insan ahlakını içeren bir konu olduğunu düşünüyorum					

EK-3 Bilgilendirilmiş gönüllü formu

Değerli Katılımcı, yoğun bakım kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemek üzere bir araştırma yapmaktayız. Bu çalışma için Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ve Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan izin alınmıştır. Çalışmamızda size konuyla ilgili bir anket formu uygulanacaktır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu
Yüksek Lisans Öğrencisi Ahmet Duran

Cep Telefonu: 5557639957

Ben,.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma yöntemi araştırmacı tarafından tarafıma anlatıldı. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih: .../...../.....

Katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

Adres:

Tel:

EK-4 NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI



T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı : 84902927

.../.../2017


Konu: Yrd.Doç.Dr.Hanife ÖZÇELİK

Karar Tarihi: 09.02.2017

Karar No : 2017.02.04


Proje yürütücülüğünü Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr.Hanife ÖZÇELİK' in üstlendiği " Yoğun Bakım Kliniklerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Spiritüalite ile İlgili Tutumları" isimli araştırma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurulumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.



Prof. Dr. Filiz KILIÇ
(Başkan)


Prof. Dr. Mehmet KÖÇER
(Üye)


Prof. Dr. Davut KILIÇ
(Üye)

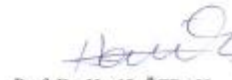

Prof. Dr. İlyas GÖKHAN
(Üye)


Prof. Dr. Nesimi AKTAŞ
(Üye)


Prof. Dr. Zeynep ASLAN
(Üye)


Prof. Dr. M. Durstun ERDEM
(Üye)


Prof. Dr. Fatma KARİPCİN
(Üye)


Prof. Dr. Hanife ÖZBAY
(Üye)

**EK-5 Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul
Onayı**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Tuek Değerlendirme Komisyonu



Sayın; Ahmet Duran
Yoğun Bakım Kliniği

Komisyonumuza değerlendirilmek üzere ilettiğiniz 14.02.2017 tarihli ve 20796219-000-2503 sayılı Ahmet Duran'ın sorumluluğunda yapılan "**Yoğun Bakım Kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritalite ile ilgili tutumları**" isimli çalışma hususunda hastanemiz Tuek Değerlendirme Komisyonunun Araştırma Başvuru Değerlendirme Formu Karar bilgileri ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

02/05/2017

Doç.Dr. Vildan TAŞPINAR
TUEK İletişim Koordinatörü

ANKARA NUMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Doç.Dr. Vildan TAŞPINAR
TUEK İletişim Koordinatörü
02/05/2017

**EK-5 Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul
Onayı (Devam)**



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Tuek Değerlendirme Komisyonu
Tez Başvuru Değerlendirme Formu**



Başvuru Numarası: 0020/2017

Araştırma Protokolü Adı: Yoğun Bakım Kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritalite ile ilgili tutumları

Sorumlu Araştırmacı: Hemşire Ahmet Duran

	BELGE ADI	VAR	YOK
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Klinik eğitim ve idari sorumlusu onaylı ön yazı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bilimsel Araştırma Başvuru Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Araştırma protokolü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	İlgili diğer klinikler için birimler onayı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hasta ve kontrol grubu için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	NA	<input type="checkbox"/>
	IKU Kılavuzunun okunduğuna dair imzalanmış belge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tez çalışması veya tez dışı klinik araştırma bütçe formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hasta Takip Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Helsinki Deklarasyonu'nun imzalanmış kopyası	NA	<input type="checkbox"/>
	Sorumlu araştırmacı ile yardımcı araştırmacıların özgeçmişleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 02/05/2017	Karar No: 2017-0007	
	Hastanemiz YoğunBakım Kliniği'nden Hemşire Ahmet Duran'ın sorumluluğunda yapılması planlanan, yukarıda başvuru bilgileri verilen 0007/2017 no'lu araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler incelenmiştir. Araştırmanın Tuek açısından uygulanabilir olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.		

Doç.Dr. Vildan TASPINAR

TUEK BAŞKANLIĞI
ANKARA NUMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
TUEK Başkanı
Doç.Dr. Vildan TASPINAR
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
TUEK Başkanlığı
Ankara, Sıhhiye Cad. No: 06100

ÖZGEÇMİŞ

Ahmet DURAN 1992 yılında Kayseri de doğdu. İlk ve ortaöğretimi Kayseri de tamamladı. 2014 yılında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Hemşirelik lisans programından mezun oldu. 2015 yılında Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi Reaminasyon Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak çalışmaya başladı ve halen görevine Acil Tıp Servisinde hemşire olarak devam etmektedir. 2016 yılında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi ve Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi ortak Hemşirelik Yüksek Lisans Programına başladı.

Adres: Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Servisi, Ankara

Telefon: 0555 763 99 57

Email: a.duran38@hotmail.com

