

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE MERHAMET
YORGUNLUĞU İLE MANEVİYAT VE MANEVİ
BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Seda AYDIN

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

ORDU-2022

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Seda Birlikbaş tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Nurgül Bölükbaş danışmanlığında yürütülen “Cerrahi Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu ile Maneviyat ve Manevi Bakım Arasındaki İlişki” adlı bu tez, jürimiz tarafından ... / ... / 20... tarihinde oybirliği/oyçokluğu ile Hemşirelik Anabilim Dalı Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ

Başkan : İmza.....
(Anabilim Dalı, Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Ünvanı, Adı ve SOYADI İmza.....
(Anabilim Dalı, Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Ünvanı, Adı ve SOYADI İmza.....
(Anabilim Dalı, Üniversitesi)

ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../20... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../20...

İmza

Enstitü Müdürü

Ünvanı, Adı ve Soyadı

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Seda AYDIN

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam boyunca verdiği yakın destek, emek ve katkılarından dolayı sevgili danıőman hocam sayın Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'a,

Veri toplama sürecinde destek olan Ordu Devlet Hastanesi ve Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapan yöneticilere ve hemşire arkadaşlarıma,

Lisans ve lisansüstü eğitim sürecimde bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen çok değerli hocalarıma,

Hayatımı paylaőtıđım, her daim yanımda olduğunu bildiğim, hayatımın her alanında ve tez çalışmamda her türlü maddi, manevi desteğini yakından hissettiğim eőim Tunahan AYDIN'a,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan ve tez çalışmamda uzakta olsalar da desteklerini her zaman yanımda hissettiğim annem Müzeyyen BİRLİKBAŞ ve babam Yaőar BİRLİKBAŞ'a,

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım...

ÖZET

CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE MERHAMET YORGUNLUĞU İLE MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Amaç: Araştırma, cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ile maneviyat ve manevi bakım arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan çalışmada, araştırmaya katılmayı kabul eden 176 cerrahi hemşiresi örnekleme oluşturdu. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Merhamet Yorgunluğu Ölçeği, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ile toplandı. Analiz sonuçları kategorik veriler için frekans (yüzde) ve nicel değişkenler için ortalama, standart sapma ve ortanca şeklinde verildi. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Kruskal-Wallis testi, Dunn testi, Mann Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Tamhane testi, bağımsız gruplarda t-testi ve Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı.

Bulgular: Katılımcı hemşirelerin %47.7'si 20-29 yaş aralığında, %71.6'sı lisans mezunu, %55.7'si evli ve %94.3'ü klinik hemşiresidir. Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Puan ortalaması 55.66 ± 22.22 , İkincil travma alt boyutu ortalaması 20.41 ± 9.12 , Mesleki tükenmişlik alt boyutu ortalaması 35.24 ± 14.32 olarak bulundu. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği puan ortalaması 3.73 ± 0.44 , Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutu ortalaması 3.88 ± 0.61 , Dinsellik alt boyutu ortalaması 3.49 ± 0.62 ve Bireysel bakım alt boyutu ortalaması 3.78 ± 0.57 olarak saptandı. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği ve alt boyutları ile Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p > 0.05$).

Sonuç: Çalışmaya katılan cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin düşük ve maneviyat ve manevi bakım algısının ise iyi düzeyde olduğu bulundu. Merhamet yorgunluğu ile maneviyat ve manevi bakım arasında ilişki olmadığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Merhamet, Merhamet Yorgunluğu, Maneviyat, Manevi Bakım, Hemşirelik.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN COMPASSION FATIGUE WITH SPIRITUALITY AND SPIRITUAL CARE IN SURGICAL NURSES

Aim: The research was conducted to examine the relationship between compassion fatigue and spirituality and spiritual care in surgical nurses.

Material and Method: The sample of the descriptive and relation-seeking study included 176 surgical nurses who agreed to participate in the study. The data of the study were collected with Personal Information Form, Compassion Fatigue Scale and Spirituality and Spiritual Care Rating Scale. Analysis results were given as frequency (percentage) for categorical data, and mean \pm standard deviation and median for quantitative variables. In the analysis of the data, descriptive statistical methods, Kruskal-Wallis test, Dunn test, Mann Whitney U test, One-Way Analysis of Variance, Tamhane test, independent groups t-test and Spearman's rho correlation coefficient were used. Significance level was presented as $p < 0.05$.

Results: 47.7% of the participant nurses are between the ages of 20-29, 71.6% are undergraduate graduates, 55.7% are married and 94.3% are clinical nurses. The mean score of Nurses' Compassion Fatigue Scale was 55.66 ± 22.22 , the average of the secondary trauma sub-dimension was 20.41 ± 9.12 , and the average of the occupational burnout sub-dimension was 35.24 ± 14.32 . Spirituality and Spiritual Care Rating Scale mean score was 3.73 ± 0.44 , Spirituality and Spiritual Care sub-dimension mean 3.88 ± 0.61 , Religiousness sub-dimension mean 3.49 ± 0.62 , Individual care sub-dimension mean 3.78 ± 0.57 . There was no significant relationship between the Compassion Fatigue Scale and its sub-dimensions and the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale and its sub-dimensions ($p > 0.05$).

Conclusions: It was found that the level of compassion fatigue of the surgical nurses participating in the study was low, and the perception of spirituality and spiritual care was at a good level. It was determined that there was no relationship between compassion fatigue and spirituality and spiritual care.

Key Words: Compassion, Compassion Fatigue, Spirituality, Spiritual Care, Nursing.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK SAYFASI	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Merhamet.....	5
2.2. Merhamet ve Hemşirelik	5
2.3. Merhamet Yorgunluğu.....	6
2.3.1. Merhamet Yorgunluğu ile İlişkili Kavramlar	8
2.3.1.1. İkincil (Sekonder) Stres Bozukluğu	8
2.3.1.2. Post Travmatik Stres Bozukluğu.....	8
2.3.1.3. Tükenmişlik.....	9
2.3.2. Merhamet Yorgunluğu Risk Faktörleri.....	9

2.3.3. Merhamet Yorgunluğu Nedenleri	10
2.3.4. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri	11
2.3.5. Merhamet Yorgunluğunun Sonuçları	12
2.3.6. Merhamet Yorgunluğunu Önleme ve Başetme Yöntemleri	12
2.4. Holistik (Bütüncül) Bakım	13
2.5. Maneviyat	13
2.6. Manevi Bakım	14
2.7. Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler	15
2.8. Manevi Bakım Aşamaları	17
2.8.1. Tanılama	17
2.8.2. Planlama.....	17
2.8.3. Uygulama.....	18
2.8.4. Değerlendirme.....	19
2.9. Cerrahi Hemşireliğinde Manevi Bakım.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Türü	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	20
3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	20
3.4. Araştırma Soruları.....	21
3.5. Veri Toplama Araçları	21
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu.....	21
3.5.2. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (MYÖ)	21
3.5.3. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ).....	22

3.6. Verilerin Toplanması	22
3.7. Değişkenler	22
3.7.1. Bağımlı Değişkenler	22
3.7.2. Bağımsız Değişkenler	23
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	23
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	39
5.1. Cerrahi Hemşirelerinin MYÖ ve Alt Boyutları ile MMBDÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Tartışılması.....	39
5.2. Cerrahi Hemşirelerinin MYÖ ve Alt Boyutları ile MMBDÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonun Tartışılması.....	41
5.3. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre MYÖ ve Alt Boyutları ile MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
5.4. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve Maneviyatla İlgili Düşüncelerine Göre MYÖ ve Alt Boyutları ile MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
6.1. Sonuçlar	51
6.2. Öneriler	54
KAYNAKLAR	56
EKLER.....	68
ÖZGEÇMİŞ.....	78

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Figley'in Merhamet Yorgunluğu Modeli 7

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 4.2. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özelliklerinin ve Maneviyat ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı	27
Tablo 4.3. MYÖ, MMBDÖ ve Alt Boyutlarının Ortalama, Standart Sapma, Ortanca, Alınan En Düşük ve En Yüksek Değerler ve Cronbach Alfa Değerleri .	29
Tablo 4.4. Cerrahi Hemşirelerinin MYÖ ve MMBDÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	30
Tablo 4.5. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre MYÖ ve MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.6. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve Maneviyatla İlgili Düşüncelerine Göre MYÖ ve MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	34

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS	:Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
TDK	:Türk Dil Kurumu
TDV	:Türkiye Diyanet Vakfı
COVID-19	:Yeni Koronavirüs Hastalığı
AHNA	:Amerikan Holistik Hemşireler Birliği
MYÖ	:Merhamet Yorgunluğu Ölçeği
MMBDÖ	:Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği
SS	:Standart Sapma
KW	:Kruskall Wallis Testi
F	:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)
Z	:Mann Whitney U Testi
t	:Bağımsız Örnekler t Testi
p	:Önemlilik Seviyesi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Merhamet dinlerin, öğretilerin ve insana değer veren yaklaşımların önem verdiği evrensel bir değerdir. Merhametin birçok açıdan tanımı yapılmıştır. Genel olarak merhamet, başkalarının çektiği acılarla yürekten bağlantı kurarak onları rahatlatma ve korumaya çalışma duyarlılığı olarak tanımlanabilir (Dalgacı ve Gürses, 2018).

Merhamet, sağlık profesyonellerinin hastalara göstermesi gereken manevi bir erdemdir. Merhametli bakım, hasta üzerinde olumlu fizyolojik etkileri olan ve iyileşmeyi hızlandıran, hasta memnuniyetini arttıran ve hiçbir maliyeti olmayan bütüncül bir yaklaşım modelidir. Sağlık profesyonelleri açısından ise, hasta ve sağlık çalışanları arasında güven sağlaması ve iş doyumunu arttırması gibi önemli pozitif sonuçlar da sağlayabilir (Blomberg ve ark., 2016; Sinclair ve ark., 2016; Uğurlu ve ark., 2017).

Hastalar ve hasta yakınları, çaresiz hissettikleri hastalık sürecinde sağlık profesyonellerinden ilgi ve merhamet beklemektedir. Bununla birlikte, her gün onlarca hastaya bakan, yoğun çalışma temposuna sahip, pek çok hastanın acısına ve ağrısına uzun süre maruz kalan sağlık profesyonellerinin hastalarına gerekli merhameti gösteremedikleri görülebilmektedir (Dalgacı ve Gürses, 2018). Sağlık profesyonellerinde oluşan merhamet duygusu, zamanla yorgunluğa dönüşerek hekim ve hemşireler üzerinde bir yük oluşturmaktadır. Merhamet yorgunluğu olarak adlandırılan bu yük, sağlık profesyonellerinin meslekleri gereği oluşan doğal bir durumdur (Ertümer, 2019).

Cerrahi kliniklerde bulunan hastalar, cerrahi girişim gibi travmatik bir sürece maruz kalabilmekte ya da ameliyat sonrası belli bir süre yoğun bakımda kalabilmektedirler. Bu süreçlerden geçen hastaların birçoğu ağrı deneyimlemekte ve acı çekmektedirler. Ayrıca bu hastalara bakım veren sağlık profesyonelleri merhamet yorgunluğu yaşayabilmektedir (Denk ve Koçkar, 2018).

Merhamet yorgunluğunun fizyolojik ve psikolojik belirtileri; baş ağrısı, uyku bozukluğu, anksiyete, işkoliklik, sinirlilik, depresyon, öfke, suçlama, tükenmişlik ve duygu paylaşımından kaçınmadır (Lombardo ve Eyre, 2011). Hemşirelerde merhamet

yorgunluğu, bakım verme isteği, becerisi ve enerjisinde azalma, vurdumduymazlık, tepkisizlik, hastalar ile ilgilenmeme, yardım etme kapasitesinin yitilmesi, tıbbi hatalarda artış ve hastanın acısının paylaşılmaması gibi sonuçlara neden olarak bakımın kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (Coetzee ve Klopper, 2010; Şirin ve Yurttaş, 2015; Uslu ve Korkmaz, 2017). Onkoloji hemşireleri ile yapılan çalışmada özellikle çalışma süresi fazla olan ve pasif başa çıkma yöntemini kullanan hemşirelerde, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (Yu ve ark. 2016). Yoder (2010), farklı birimler arasında merhamet yorgunluğunu değerlendirdiği tanımlayıcı kesitsel çalışma sonucunda; cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sıklıkla ve sürekli olarak strese maruz kalmaları nedeniyle merhamet yorgunluğu açısından en çok risk taşıyan gruplar içinde yer aldığını belirtmiştir.

Merhamet yorgunluğundan birincil düzeyde korunmada en önemli faktörler farkındalık, bireysel ve mesleki öz-bakımdır. Bu açıdan hemşirelerin fiziksel, mental/emosyonel, sosyal ve spiritüel öz-bakımını yeterli düzeyde yerine getirmeleri önemlidir (Hiçdurmaz ve İnci, 2015). Hemşirelik bakımının en önemli yönlerinden biri olan ve aynı zamanda holistik (bütüncül) yaklaşımın bir parçası olan manevi bakımın, hemşirenin bakım verici rollerini olumsuz yönde etkileyen merhamet yorgunluğundan etkilenmesi beklenmektedir.

Sağlık bakımının sunumunda nitelikli olan yaklaşım, bütüncül (holistik) yaklaşımdır. Bütüncül yaklaşıma göre birey; bedensel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel, manevi boyutları olan bir bütündür. Sağlık bakımının bireylere bütüncül yaklaşımla verilmeye başlanmasıyla birlikte bireylerin manevi boyutu da diğer boyutlar kadar önem kazanmıştır (Ergül ve Bayık, 2004; Baldacchino 2006; Daştan ve Buzlu, 2010).

Maneviyat, kendini aşabilme, bireyin yüce kabul ettiği şeyler ile kendisini, hayatını ve değerlerini bir kabul etmesidir. İnsana umut ışığı olup zorluklarla başa çıkabilme gücü sağlayan etkin bir değer olarak kabul edilebilir. Araştırmacı hemşirelerin çoğuna göre maneviyat, insan olmanın önemli bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Dedeli ve Karadeniz, 2009; Uğurlu, 2014). Manevi bakım ise, hemşire tarafından bireyin/hastanın mevcut durumu ve gerekliliklerine göre verilmesi

zorunlu olan, sezgisel ve birbiriyle karşılıklı ilişki kurmayı içeren, profesyonel ve bütüncül bakımı temel alan uygulamalar şeklinde tanımlanmıştır. Günümüzde uygulanan hemşirelik girişimleri değerlendirildiğinde hastalara belli bir boyuta kadar manevi bakım verildiği görülmektedir. Hasta için yaşamın anlamını ve amacını bulma, umut, sevgi ve aidiyet gibi ihtiyaçları manevi ihtiyaçlardır ve hastanın manevi ihtiyaç içinde olduğu bir durum ile karşılaşan hemşirelerin, bireyin kaygılarını dinleyerek, empati yaparak ve ayrıca bu ihtiyaçlara yanıt vererek destek olmaları tedavi edici uygulamalardır. Sonuç olarak, hemşirenin sorumluluğunda olan manevi bakım, kaliteli ve bütüncül hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır (Narayanasamy ve Owens, 2001; Çelik ve ark., 2014).

Servislerde çalışan hemşire sayısının az oluşu hemşirenin iş yükünü arttırmakta ve hastayla geçirdiği zamanı kısıtlamaktadır. Hasta odaklı değil iş odaklı çalışma planı yapılmak zorunda kalınması hastaya verilecek olan manevi bakımın arka plana atılmasına sebep olmaktadır. Bu noktada servislerde bulunan hemşire sayısının artırılması hastaya uygulanan manevi bakımı güçlendirebilir. Çalışma ortamının bu özellikler açısından iyileştirilmesinin manevi bakımı arttıracakı düşünülmektedir (Ercan ve ark., 2018). Eğlence ve Şimşek (2014) yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin %59.4' ünün manevi bakım hakkında bilgisi olduğunu ancak hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamadıklarını, karşılayamama nedenlerinin de zaman ve personel sayılarındaki yetersizlik olduğunu belirtmişlerdir.

Literatürde hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve manevi bakım kavramı ayrı ayrı çalışılmış; fakat iki kavramın birbiriyle ilişkilendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, hemşirelerde merhamet yorgunluğunun, hemşirelik bakımının en önemli unsurlarından biri olan manevi bakımı etkileyebileceği düşünülerek gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın, hemşirelerin merhamet yorgunluğu kavramı ile ilgili farkındalıklarının arttırılmasına ve mesleki uygulamalarında hastalara, manevi bakımın da içinde olduğu, bütüncül bir bakım sunabilmeleri; ayrıca hemşirelik bakımının manevi yönünün de hasta açısından önemli olduğu yönünde yapılacak diğer çalışmalara yol gösterici olması bakımından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ile maneviyat ve manevi bakım algıları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3. Araştırma Soruları

- Cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunlukları ne düzeydedir?
- Cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım algıları ne düzeydedir?
- Cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunlukları ile maneviyat ve manevi bakım algıları arasında ilişki var mıdır?
- Cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunlukları, maneviyat ve manevi bakım algıları ile sosyodemografik özelliklerine göre fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Merhamet

Merhamet kelimesi, Arapça “şefkat, acıma” anlamlarına gelen rahim kelimesinden köken alır. Dini kaynaklara göre rahmet ve merhamet kelimeleri aynı anlama gelmektedir (TDV İslam Ansiklopedisi, 2022). Türk Dil Kurumu’na (TDK) göre merhamet kavramı; “Bir kimsenin veya bir başka canlının karşılaştığı kötü durumdan dolayı duyulan üzüntü, acıma” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2022). Başka bir tanıma göre merhamet, bir bireyin yaşadığı zor anlarında o bireye karşı ilgili ve şefkatli olmak, kötülüğe yönelmesini engelleyerek destek olmak ve sıkıntılarını paylaşarak yardımcı olmak anlamına gelmektedir (Gör, 2013). Bir diğer tanıma göre ise merhamet, başka bireylerin deneyimlediği durum ve olaylarla ilgili empati aracılığıyla kişide yardım etme davranışının oluşmasıdır (Polat, 2017). Merhamet eğer davranışa yansımazsa, acı duyma hissi olarak ortaya çıkar. Merhameti acıma duygusundan ayıran özellik, bireyin sıkıntısını ve acılarını gidermeye yönelik eyleme geçme güdüsü olmasıdır (Avşaroğlu ve Güleş, 2019).

2.2. Merhamet ve Hemşirelik

Sağlık alanında merhamet, bir bireyin başka bireyin deneyimlediği travmayı fark etmesinin sonucunda meydana gelen acıma ve üzüntü hissi olarak tanımlanmaktadır (Akın, 2018). Merhamet hissinin hastalar açısından çok önemli olmasının nedeni, hastaların hizmet verenlerin merhametine muhtaç olmalarıdır (Polat, 2017).

Kavramsal açıdan merhametin temel bir hemşirelik değeri olarak kabul edilmesi oldukça önemlidir. Merhametli bakım, hemşirelerin, ağrıyı, acıyı ve hastaların çektiği zorlukları daha iyi anlamalarını kolaylaştıran bir erdemdir (Burnell ve Agan, 2013). Merhametli hemşirelik bakımı, hemşire ve hasta arasındaki ilişkiyi pozitif yönde güçlendiren, hasta memnuniyetini arttıran, herhangi bir maddi yükümlülüğü olmayan, hasta üzerinde olumlu psikolojik ve fizyolojik etkilere sahip bir bakımı tanımlamaktadır (Uğurlu ve ark., 2017). Yapılan çalışmalara göre, merhamet duygusuna sahip olan sağlık profesyonellerinin insani değerlere daha fazla özen gösterdiği ve merhametli bakım uygulamaları sayesinde hasta bakımının kalitesi ve

memnuniyetinin artmakta olduğu, dolayısıyla hastaların ve sağlık profesyonellerinin kendini daha iyi hissettikleri görölmüştür (Gök, 2015).

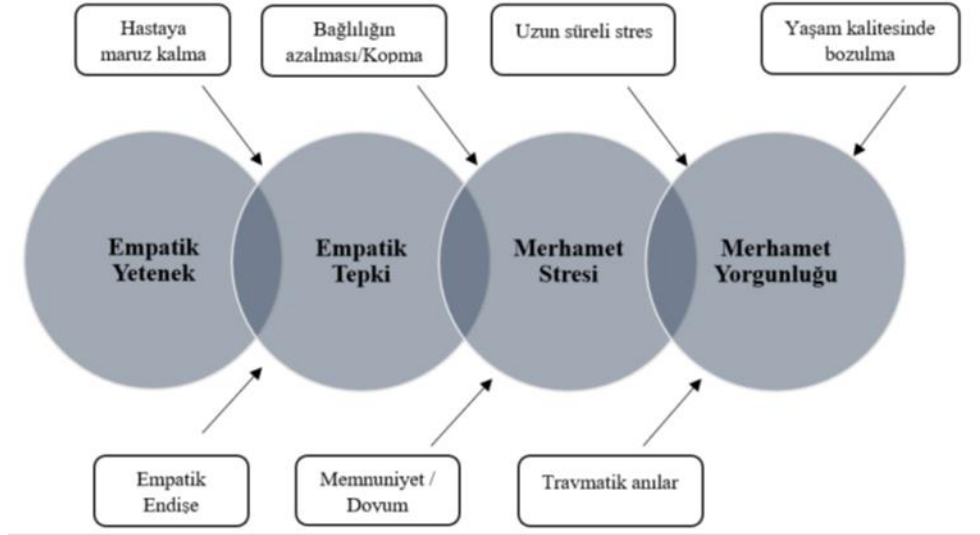
Tanrikulu ve Ceylan (2021)'ın çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerle merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğunu inceledikleri çalışmada; hemşirelerin sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre merhamet düzeylerinin yüksek, merhamet yorgunluğu düzeylerinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca hemşirelerin merhamet ile merhamet yorgunluğu arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, hemşirelerin merhamet düzeyi arttıkça merhamet yorgunluğunun azaldığı bulunmuştur. Akman ve ark. (2021)'nın hemşirelerin merhamet kavramını nasıl tanımladıkları, tecrübe ve görüşlerini belirlemek için yaptıkları bir çalışmaya göre; hemşireler, merhametli olmanın hastanın iyileşmesinde ve bakım kalitesinin artırılmasında önemli bir kavram olduğunu ve bunun bakıma yansıtılması gerektiğini ifade ederek görüşlerini belirtmişlerdir. Erdem ve Uyaroğlu (2021) hemodiyaliz hemşireleri ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin merhamet puan ortalamasının orta düzeyde olduğunu bulunmuştur.

2.3. Merhamet Yorgunluğu

Merhamet kavramı sağlık profesyonelleri açısından önemli bir erdem olmasının yanında çeşitli olumsuz etkilere de sebep olabilir. Diğer bir ifadeyle merhamet, sağlık bakımının maliyeti olarak sağlık profesyonelleri üzerinde fiziksel, ruhsal ve zihinsel bir yük oluşturabilir. Bu durum literatürde merhamet yorgunluğu olarak adlandırılmaktadır (Bride ve ark., 2007; Sacco ve ark., 2015).

Merhamet yorgunluğu ilk olarak Joinson'un (1992) acil servislerde çalışan sağlık profesyonellerinin tükenmişlik düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, bakım kapasitesindeki yetersizliğin tespiti amacıyla araştırmaya başladığı bir kavramdır. Merhamet yorgunluğu, hemşirelerin hastanın tedavi sürecinde bakım verme yetilerini kaybetmesine neden olan bir durumdur (Fleming ve Matarese, 2020). Merhamet yorgunluğu hemşirelerin iş hayatlarında tanık oldukları travmatik durumları yeniden canlandırması şeklinde de yorumlanmıştır (Boyle, 2015). Başka bir tanıma göre merhamet yorgunluğu, duygusal ya da fiziksel olarak zorluk çeken hastaların bakımıyla ilgilenmenin sonucu olarak duygusal, fiziksel ve manevi olarak tükenmeyi ifade etmektedir (Sacco ve ark., 2015). Literatürde merhamet yorgunluğunun

gelişiminde iki temel faktörün (empati ve bakım ilişkisi) etkisi açıklanmaktadır (Dikmen ve Aydın, 2016). Figley (2002) ise, merhamet yorgunluğu gelişimine katkıda bulunan on değişkenli merhamet yorgunluğu modelini geliştirmiştir (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Figley'in Merhamet Yorgunluğu Modeli (Figley, 2002)

Daha çok sağlık sektöründe karşılaşılan merhamet yorgunluğu, hastalarla uzun süreli temasın sonucu olarak strese maruz kalmaktan kaynaklanan bir sürecin sonucunda meydana gelmiştir (Coetzee ve Klopper, 2010). Merhamet yorgunluğu sağlık profesyonellerinde duygusal, fiziksel, manevi ve entellektüel anlamda değişikliğe yol açmaktadır (Coetzee ve Klopper, 2010). Bu değişiklikler sağlık profesyonellerinde tükenmişlik, personel devir oranının artması ve iş memnuniyetsizliği gibi sonuçlara sebep olmaktadır (Perregrini, 2019).

Cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ise; işini fazla önemsemeleri, hastaya daha fazla empati kurmak ve hastanın durumuna üzölmek ile aynı anlamı taşımaktadır. Çünkü cerrahi girişim uygulanmış, yaşamla öölüm arasında kalmış ve ameliyat sonrası çeşitli problemlerle mücadele etmek zorunda olan hastaların deneyimlediğı ıstırap hemşirelerin merhamet duyguları için bir uyarıcı niteliğindedir. Hastaların ağrı ve acısına sürekli tanık olmak ise cerrahi hemşirelerinde merhamet

yorgunluğuna sebep olabilmektedir (Şirin ve Yurttaş, 2015). Bülbüloğlu ve Çınar (2021)'ın cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğunun bakım memnuniyetine etkisini araştırdığı çalışmaya göre; merhamet yorgunluğu ve bakım memnuniyeti puanları yüksek ve aralarında pozitif yönde, güçlü düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur.

2.3.1. Merhamet Yorgunluğu ile İlişkili Kavramlar

Literatürde merhamet yorgunluğu kavramıyla ilgili olarak genellikle ikincil (sekonder) stres bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu ve tükenmişlik kavramlarının incelendiği görölmektedir. Birbirleriyle benzer noktalar taşıyan ve bazı konularda ayrışan bu kavramların irdelenmesinde yarar görölmektedir.

2.3.1.1. İkincil (Sekonder) Stres Bozukluğu

İkincil travmatik stres kavramını ilk kez kullanan araştırmacılarından biri olan Figley (1995) bu kavramı, bir bireyin yaşadığı travmatik olayı bilmenin ve tanık olmanın sonucunda ortaya çıkan duğu ve davranışlar bütünü olarak tanımlamış ve travmaya maruz kalan bireylere yardım etme veya yardım etme isteğinden kaynaklanan stres yanıtı olarak ifade etmiştir. Bu tanımdan yola çıkarak travmatik olaylara doğrudan tanık olmanın yanında, dolaylı olarak tanık olmak da doğrudan tanık olmaya benzer nitelik taşımaktadır (Gökçe ve Yılmaz, 2017).

Hemşireler sağlık bakım hizmeti sunarken travma deneyimlemiş olan bireylerle karşılaşmakta ve kendileri de travmatik yaşantılara maruz kalabilmektedir (Ofıaz ve ark, 2010). Bu gibi durumlar hemşirelerde ikincil travmatik stres belirtileri görölmesine sebep olabilmektedir. Travmaya maruz kalan hastaya bakım veren hemşirelerde ikincil travmatik stres gelişimine yönelik riski arttıran çeşitli etkenler de bulunmaktadır. Bu etkenler arasında, hemşirelerin hastalarıyla empati kurarak bakım vermeleri, geçmiş yaşantılarında çözümlenmemiş travmalarının olması, travma mağduru kişilerle fazla zaman geçirmeye bağlı maruziyetin artmasından kaynaklanan birikimlerin oluşması sayılabilir (Beck, 2011; Tuncay ve Oral, 2012).

2.3.1.2. Post Travmatik Stres Bozukluğu

Post travmatik stres bozukluğu, bireyin kendisinin ya da başkasının ölüm tehdidi veya ciddi yaralanmaya bağlı fiziksel bütünlüğu ile ilgili travmaya maruz kalmasıdır

(Ayers ve Ford, 2012). Travmatik bir olaya şahit olmak, olayın ayrıntılarını dinlemek ya da sadece olay ile ilgili haberler duymak bile çeşitli düzeylerde yeniden yaşama, irkilme, kaçınma, kişinin dünya görüşüyle ilgili kognitif değişiklikler ve diğer aşırı uyarılmışlık hali vb. gibi ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Baysak ve ark., 2019).

Post travmatik stres bozukluğuna sahip olan bireyde, daha önce haz aldığı etkinliklerden uzaklaşma, yakınları ile duygusal ilişkiler kurmakta zorlanma, konsantrasyon bozuklukları nedeniyle yapılan işlerde zorlanma, aile yaşamlarında bozulmalar, travma öncesi genellikle mevcut olmayan anksiyete, suçluluk, karamsarlık duyguları gelişebilmektedir. Birey, bu olumsuz duygularla baş edebilmek için alkol, uyuşturucu madde ya da sakinleştiricilere yönelebilmektedir (Şuer, 2005).

2.3.1.3. Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada kullanılarak literatüre girmiştir. Freudenberger (1974), tükenmişlik kavramını, aşırı iş yükünden ya da karşılanması güç olan talepler sonucu oluşan başarısızlık, güç ve enerji kaybı, bireyin iç kaynaklarının tükenmesi şeklinde tanımlama getirmiştir. Maslach ve Jackson (1981) çalışmalarında tükenmişlik kavramını, bir tür psikolojik bozukluk ve “yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve işi gereği sürekli olarak yüz-yüze görüşme yapmak durumunda kalan bireylerde ortaya çıkan fiziksel ve zihinsel yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik” olarak tanımlamışlardır.

2.3.2. Merhamet Yorgunluğu Risk Faktörleri

Sağlık profesyonellerinde merhamet yorgunluğuna neden olan birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bunlar arasında; özellikle acı çeken hastaları görmek, terminal dönemdeki hastalara bakım vermek, hastaların hikayelerini dinlemek ve travmatik olaylara tanık olmak sayılabilir. Merhamet yorgunluğuna neden olan diğer risk faktörleri ise işyerinde şiddetin olması, hasta sayısındaki artış ve hastalara uygulanan tedavinin sonuç vermemesi sayılabilir (Rafferty, 2016). Bakan ve ark. (2020)’nın yaptığı çalışmada, çalışma süresi 1-5 yıl olanların ve işten ayrılmayı düşünenlerin daha

fazla merhamet yorgunluğu yaşadıkları, merhamet yorgunluğu ile etik duyarlılık arasında herhangi bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Kırmızı (2022)'nin COVID-19 klinik hemşireleriyle yaptığı bir çalışmaya göre; pandemi dönemiyle birlikte hemşirelerde merhamet yorgunluğunun artış eğiliminde olduğu ve görüşme yapılan hemşirelerin yarısından fazlasının ileri düzeyde merhamet yorgunluğu yaşadığı tespit edilmiştir. COVID-19 pandemi döneminde hemşirelerin hastalıkla ilgili bilinmezlik, bulaşma, bulaştırma ve ölüm korkusu yaşamaları, tanık oldukları ölüm sayısının artması, çalışma koşullarının değişerek sürekli koruyucu ekipmanla, yoğun ve fazla iş yükü ile çalışmaları, ailelerinden uzak kalarak sosyal destekten mahrum kalmaları, stres ve damgalanma zorlu çalışma şartlarına eklenerek yüklerini daha da arttırmıştır. Hemşirelerin mesleki rutinleri dışında yaşadıkları bu problemler de merhamet yorgunluğu risk faktörleri arasında sayılabilir (Özalp, 2021).

2.3.3. Merhamet Yorgunluğu Nedenleri

Hemşirelerde merhamet yorgunluğunun temel nedeni; acı çeken hasta ve ona bakım veren hemşire arasındaki yoğun empati ve bakım ilişkisidir (Figley, 2002; Sabo, 2011). Mesleği gereği travmaya uğramış, acı çeken hastalara bakım vermek ve onlarla iletişim kurmak hemşirelerde ilerleyen süreçte yıpranmaya, tükenmişliğe ve manevi kayıplara sebep olmaktadır (Konal ve Ardahan, 2018; Peters, 2018). Figley, merhamet yorgunluğuna empatik yetenek, empatik endişe, hastanın travmasına maruz kalma, empatik tepki, merhamet stresi, memnuniyet duygusu, bağlılığın azalması/kopma, uzun süre hasta bireylere bakım verme, travmatik deneyimler ve yaşam kalitesinin bozulması gibi durumların sebep olduğunu bildirmiştir (Figley, 2002).

Yoder, çalışmasında merhamet yorgunluğunun nedenini hasta bakımıyla ilgili faktörler, sistemsel faktörler ve kişisel faktörler olmak üzere üç başlık altında incelemiştir (Yoder, 2010). Hastanın durumu, değişen bakım davranışları ve yapılan bakımdan sonuç alınamayacağı algısı gibi durumlar hasta bakımıyla ilgili faktörleri oluştururken; artan iş yükü ve çalışma saatlerinin fazla olması, ağır hastalara bakım verme gibi yapılan işe ya da çalışma ortamına ait özellikler sistemsel faktörleri oluşturmaktadır. Hemşirenin mesleki anlamda tecrübesiz oluşu, mesleki bakım uygulamalarında yetersizliği veya yanlış uygulamaları, isteksizlik vb. durumlar da

kişisel faktörleri oluşturmakta ve hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamasına neden olmaktadır (Figley, 2002; Yoder, 2010).

2.3.4. Merhamet Yorgunluğu Belirtileri

Merhamet yorgunluğu bireysel olarak farklı tecrübeler sonucunda ortaya çıkmakta, duygusal, fiziksel, sosyal ve işle ilgili belirtilerle kendini gösteren, kronikleşen ve ilerleyici bir süreçtir. Belirtilerin bireyde bir veya birden fazla olması merhamet yorgunluğu tanısı konulması için yeterlidir. Sağlık profesyonelinin merhamet yorgunluğundan korunmasında, belirtilerin fark edilmesi ve erken tanılanması oldukça önem arz etmektedir (Lynch ve Lobo, 2012; Dikmen ve Aydın, 2016; Alan, 2018).

Merhamet yorgunluğunun belirtileri;

1. *Fiziksel belirtiler*; yorgunluk, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, göğüs ağrısı, enerji kaybı, uyku bozuklukları, mide ağrısı, gastrointestinal problemler, hipo/hipertansiyon, taşikardive dengesiz kilo değişimleri biçiminde kendini göstermektedir (Jarrad ve ark., 2018).

2. *Sosyal belirtiler*; hastalara karşı ilgisizlik, dikkat eksikliği ve hastaların tedavisi ve bakımına daha az vakit ayırma gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır (Gallegher, 2013; Konal ve Ardahan, 2018).

3. *Duygusal belirtiler*; değersizlik hissi, ruh halinde ani değişimler, duygusal yorgunluk, başarı duygusunda azalma, coşkuda azalma, sinirlilik, huzursuzluk, hayattan zevk alamama, duyarsızlaşma, enerji eksikliği, umut ve anlam kaybı, irritabilite, konsantrasyon ve dikkat eksikliği, anksiyete, depresyon ve sosyal ilişkilerden uzaklaşma olarak ortaya çıkabilmektedir (Najjar ve ark., 2009; Showalter, 2010; Gök, 2015).

4. *İşle ilgili belirtiler*; bazı hastalar ile çalışmaktan kaçınmak, izin kullanma sıklığında artış, işi bırakma eğilimi ve tıbbi hataların artması şeklinde ortaya çıkmaktadır (Lombardo ve Eyre, 2011; Konal ve Ardahan, 2018).

5. *Manevi belirtiler*; hastaların dini inançlarına saygı duymama ve manevi duyarsızlık vb. olarak ortaya çıkabilmektedir (Gallagher, 2013; Konal ve Ardahan, 2018).

2.3.5. Merhamet Yorgunluğunun Sonuçları

Hemşirelerde oldukça sık rastlanan bir kavram olan merhamet yorgunluğu, hemşirelerde fiziksel ve duygusal stres oluşumuna neden olmaktadır (Mealer ve ark., 2007). Bunalma ve çaresizlik duygularını da içine alan merhamet yorgunluğu eğer tedavi edilmezse, stresle ilişkili hastalıklara ve depresyona yol açabilmektedir (Pehlivan ve Güner, 2018).

Merhamet yorgunluğuna sahip olan hemşireler, hastaya bakım verme sürecinde isteksiz, duygusal manada yıpranmış ve sinirli olup hastalara karşı duyarsız davranışlar sergileyebilmektedirler. Hemşireler duyarsızlaşma yaşadıklarında, kendilerine verilen bilgileri yanlış yorumlama ihtimalleri önemli derecede artmaktadır (Şirin ve Yurttas, 2015). Merhamet yorgunluğu deneyimleyen hemşirelerin, genellikle mesleki ve ahlaki değerlerinde olumsuz değişimler meydana gelmektedir (Mcholm, 2006). Bu duyarsızlaşma ve değişimler ile gelişen merhamet yorgunluğu; tıbbi hata oranının artmasına, hastalara yardım etme ve bakım verme kapasitesinin azalmasına, hasta memnuniyetinin azalmasına, hastalara karşı tahammülsüzlük gelişmesine, mesleğe bağlılıkta azalma ve meslekten ayrılma gibi sonuçlara yol açmaktadır (Gentry ve ark., 2004; Dikmen ve Aydın, 2016).

Hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamaları çevresinde olumlu bir imaj bırakmaz. Çünkü tedavi ve bakım uygulayan hemşirelerin merhamet yorgunluğu yaşamaları sonucunda hastalara karşı ilgi ve alakaları azalmaktadır. Tedavi ve bakım uygulayan hemşirelerin hastaların acı ve ıstıraplarına empati duymaması merhamet yorgunluğunun bir sonucudur (Polat, 2017).

2.3.6. Merhamet Yorgunluğunu Önleme ve Başetme Yöntemleri

Hemşirelerin merhamet yorgunluğunun önlenmesi, hastalara kaliteli bakım verilebilmesi için çok önemlidir. Merhamet yorgunluğuna karşı korunma stratejileri olarak; rahat bir çalışma ortamı, hizmet içi eğitimlere düzenli katılım, uygun bir iş-yaşam dengesi kurma, fayda sağlayacak aktiviteler belirleme, farkındalık, kişisel ve mesleki öz bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve manevi inançları dikkate alma vb. sayılabilir. Buna bağlı olarak hemşirelerin fiziksel, mental ve sosyal olarak öz bakımlarını yeterli seviyede tutmaları oldukça önemlidir (Hiçdurmaz ve İnci, 2015). Bunların yanı sıra fizyolojik ve psikolojik birçok stres faktörünün azalmasına katkıda

bulunan mizahın kullanılması, bireyin kendisi ile ilgili olumlu düşüncelerin farkına varması ve iç gözlem yapması, ayrıca meditasyon ve yoga gibi uygulamalarla maneviyatın güçlendirilmesi merhamet yorgunluğundan koruyucu etkisi olabilen faktörlerdir (Figley, 2002; Hamilton, 2008). Uslu ve Korkmaz'ın (2020) çalışmasında, kalp damar cerrahisi yoğun bakım hemşirelerinin şefkat yorgunluğu düzeyleri orta düzeyde saptanmış ve düzenli hizmet içi eğitim almanın şefkat yorgunluğu gelişimini önlemede önemli etkisinin olduğu belirlenmiştir.

2.4. Holistik (Bütüncül) Bakım

Hemşirelik felsefesi, holistik (bütüncül) bakım kavramı üzerinden tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki holistik modele göre kişi; fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi yönü olan bir bütündür (Booth ve Kaylor, 2018; Dağhan, 2018). Kişinin, iyilik halinin devam edebilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi bu boyutların bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesine bağlıdır (Baldacchino ve Draper, 2002; Asgar Pour ve ark., 2017).

Hemşirelik mesleğinin kurucusu olan Florence Nightingale, geleneksel Hristiyanlık değerlerinin yanı sıra, otonomi, profesyonellik gibi birtakım modern hemşirelik değerlerini de ortaya koymuş holistik bir bakış açısına sahip bir teorisyendi (Ergül ve Bayık, 2004). Florence Nightingale'in bu düşüncesi "Sağlık için, manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin fiziksel durumu zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir" ifadesinden de anlaşılmaktadır (Korkut Bayındır ve Biçer, 2019).

Amerikan Holistik Hemşireler Birliği (AHNA) iyi sağlığı, beyin, vücut ve ruh arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlamaktadır. Bu sebeple, kişinin tüm boyutlarıyla birlikte bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde kişiye yardımcı olmak için hemşirelerin, tüm bu alanların bakımını sağlayacak şekilde kendini yetiştirmesi gerekmektedir (Ergül ve Bayık, 2004).

2.5. Maneviyat

Zihin, beden ve ruh insan doğasında bulunan ve insanı insan yapan temel kavramlardır. Her birey fiziksel, zihinsel, sosyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanması ihtiyacını hisseder. Maneviyat kavramı, Latince'de hayatın içeriğini

geniş bir çerçevede ele alan ve “hayatta olmak” ve “nefes almak” anlamlarına gelen “spiritus” kelimesinden türemiş olup, diğer bir ifade ile yaşamı hissetmek anlamına geldiği belirtilmiştir (Sülü, 2014). Maneviyat sözlük anlamı olarak “maddi olmayan manevi şeyler, yürek gücü, moral” anlamlarına gelmektedir (TDK, 2022).

Maneviyat bireysel inanç sistemine göre, dini bileşenleri barındıran ya da barındırmayan; biyolojik, sosyal ve psikolojik bileşenleri bir araya getiren bütünlleştirici bir yaşam gücüdür (Baldacchino, 2011). Maneviyatın nihai sonucu, bireylere hayatın anlam ve amacını bulmada yol göstermektir. Hayatı anlamlandırmak ve daha değerli kılmak için manevi iyi oluşun etkisi yadsınamaz (Chan ve ark., 2006).

Narayanasamy (2004) maneviyatı, hastaların hayatlarına anlam kazandıran ve yol gösterici bir ilke, bir insanı dünya ile ilişkilendiren bir inanç ve bilinç ile bir bağlantı olarak tanımlamıştır. İnsanların problemleri karşısında maneviyat ve inancın ön planda olduğu baş etme mekanizmalarını kullandıklarında ruhsal ve fiziksel sağlıklarında iyileşme olduğu görülmüştür (Daştan ve Buzlu, 2010). Bu doğrultuda maneviyatın hastaların yaşadıkları travmalar üzerinde terapötik önem taşıdığı söylenebilir (Wright, 1998).

2.6. Manevi Bakım

Holistik bakımın temel boyutlarından birisi olan manevi bakım, bireyin fiziksel, sosyal ve duygusal yönü kadar öneme sahiptir (Çelik ve ark, 2014). Bireyin, insanın doğasını anlama ve içsel acılarına çare bulma gayreti ve inançlarının tehdit edildiğini düşündüğü anlarda ortaya çıkan manevi boşluk hissi, manevi bakım kavramını ortaya çıkarmıştır (Çetinkaya ve ark., 2007). Manevi bakım kavramı, bireylerin acılı, üzüntülü, sıkıntılı, korku dolu dönemlerinde, aniden gelişen (ameliyat, hastalık, sakatlık vb.) travmatik durumlarda, onların yanında olmak, problemlerinin çözümünde yardımcı olabilmek, onlara din ve inanç desteği sağlamak, ibadet ve adetlerini yerine getirebilmelerinde yardımcı olmak ve hayatlarına anlam kazandırabilmede yol göstermek olarak tanımlanmaktadır (Karagül, 2012). Başka bir ifadeyle, tıbbi tedavi amacıyla hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tedavilerinin yanı sıra onların hastalıklar ile mücadele etmesinde manevi yönden destekleyerek yaşam umutlarını arttırmak, iyileşme süreçlerine katkı sağlamak amacıyla yapılan destek hizmetleri olarak da tanımlanmaktadır (Baldacchino, 2006; Çınar ve Eti Aslan, 2017).

Son birkaç yıl içinde maneviyatın hastaların sağlığı açısından önemi, genellikle göz ardı edilen bir unsur olarak ifade edilmektedir. Mc.Sherry (2002), maneviyatın hemşireler tarafından yeterince anlaşılamadığını ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun manevi bakımı işlerinin bir parçası olarak görmediğini ifade etmiştir. Hemşirelerin, manevi bakımı dar bir çerçevede tanımlamakta oldukları ve manevi bakımı kendilerinde ilgi uyandırmayan bir alan olarak gördükleri açıklanmıştır (Sawatzky ve Pesut, 2005).

Eğlence ve şimşek (2014)'in hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkında bilgilerini değerlendirdikleri bir çalışmada, maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgi birikimlerinin yeterli düzeyde olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Turan ve Yavuz Karamanoğlu (2012)'nin yoğun bakım hemşirelerinin manevi bakım algılarını ve manevi bakım hizmetinin uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla yürüttükleri çalışmada; yoğun bakım hemşirelerinin manevi bakım uygulamalarında yeterli olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Akgün şahin ve Kardaş zdemir (2016)'in Türkiye'de hemşirelik uygulamalarında maneviyat ve manevi bakım uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; hemşirelerin manevi bakım konusundaki algılarında ve uygulamalarında yetersizlik olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda uygulanabilecek bakımlar ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Abell ve arkadaşlarının (2018) hemşirelerin manevi bakım sağlamadaki yeterlilik algılarını tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada; hemşirelerin manevi bakım vermede iletişimi etkili şekilde kullandığı fakat profesyonellik ve manevi bakım kalitesini arttırmada yeterli olmadıkları tespit edilmiştir.

Manevi bakım, hastaların manevi ihtiyaçlarını giderirken aynı zamanda onlara sevgi dolu bir yaklaşımla i huzura kavuşmalarını sağlayacak ve kendilerini daha iyi hissettirecektir (Chıdarıkıre, 2012). Hemşireler hastanın 24 saat takip-tedavisini yapmaları sebebiyle hastayı daha fazla yüz yüze değerlendirme imkanı buldukları için hastaya en yakın kişiler olarak hastanın manevi gereksinimlerini etkili bir şekilde gözlemlemeli ve hastaya manevi bakım vermelidir. Bu bakımı da uygun manevi ortam ve zamanı sağlayarak oluşturmalıdır (Erişen ve Sivrikaya, 2017).

2.7. Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler

Manevi bakımla ilgili literatür incelendiğinde, hemşirelerin manevi bakımı etkili bir şekilde veremedikleri ve bu konuda zorlandıkları ifade edilmektedir (Ergül ve Bayık, 2004; Baldacchino, 2006). Hemşirelerin manevi bakım vermesini etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Bu etkenlerden kişisel faktörler arasında; hemşirenin manevi bakımı algılama tarzı, hastaların manevi gereksinimlerine olan duyarlılığı, kendi düşünce sistemi ve manevi bakım konusunda istekli ve gönüllü oluşu sayılabilir (Ergül ve Bayık, 2004; Daştan ve Buzlu, 2010; Asgar Pour ve ark., 2017). Bununla birlikte, personel ve zaman yetersizliği, fizyolojik bakıma öncelik verilmesi, nöbet sıklığında artış, gürültülü çalışma ortamı, kültürel faktörler, hastaların iletişimi ile ilgili sebepler (işitme kaybı, demans, koma vb.), diğer çalışma arkadaşlarıyla huzursuz çalışma ve negatif iletişimin hakim olduğu çalışma ortamı manevi bakım vermeyi etkileyen önemli faktörler arasında sayılabilir (Ercan ve ark., 2018).

Hemşirelik bakımının en önemli bileşenlerinden biri olan manevi bakımı olumsuz etkileyen faktörler arasında COVID-19 pandemi süreci de sayılabilir. COVID-19 pandemi sürecinde ve sonrasında manevi bakım, hastalar, aileler ve hemşireler açısından büyük öneme sahiptir. COVID-19 tanısıyla tedavi gören tüm hastalar için kaliteli manevi bakım sağlamak hemşireler için etik bir zorunluluktur (Karasu, 2020). Hastalar genellikle maneviyatı, hastalığı ile başatmanın, acılarını en aza indirmenin veya bir tedavi ile iyileşme umutlarını arttırmanın bir yolu olarak görmektedir (Chandramohan ve Bhagwan, 2016). Manevi bakım, bütüncül bakımın önemli bir parçasıdır ve hemşireler hastaların manevi gereksinimlerini her durumda karşılamalıdır (Karasu, 2020). Manevi gereksinimleri karşılanan hastaların, yaşam kalitelerinin arttığı, tedaviye uyumun ve aldıkları bakımdan memnuniyet düzeylerinin arttığı, manevi gereksinimleri karşılanmayanların ise, umutsuzluk, yalnızlık, öfke gibi duygular hissettikleri, ağrı düzeylerinin arttığı, tedaviye uyumda bozulmalar olduğu ve depresyona daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Pearce ve ark., 2012; Richardson, 2012; Eğlence, 2016).

Çelik ve ark. (2014)'nın çalışmasında, hemşirelerin anne eğitim düzeyleri, medeni durumları, bakmakla yükümlü bakıma muhtaç bir yakınlarının bulunma durumu, nazara inanma durumları ve hastaların maneviyata ilişkin yaptıkları

geleneksel uygulamalar karşısında gösterdikleri tutumun maneviyat ve manevi bakımda etkili faktörler olduğu bulunmuştur.

2.8. Manevi Bakım Aşamaları

Hemşireler holistik hemşirelik yaklaşımı ile bireylerin manevi ihtiyaçlarını, inanç ve uygulamalarını tanımlamalı ve onlara destek olmalıdır (Sülü, 2014).

Manevi bakımın dört aşaması bulunmaktadır:

1. Tanılama
2. Planlama
3. Uygulama
4. Değerlendirme (Sülü, 2014)

2.8.1. Tanılama

Manevi ihtiyaçlar, manevi eksikliği azaltacak veya bireyin manevi gücünü arttırmasına yardımcı olacak ihtiyaçlardır. Bu ihtiyaçların meydana çıkarılması ve bu eksikliği ortadan kaldırmayı amaçlayan uygun bakımın verilmesi, hemşirelik bakımının önemli ve temel bir bölümüdür (Eğlence ve Şimşek, 2014). Hemşire genellikle hastaların manevi ihtiyaçlarını belirler ve bu konuda hastaya yol gösterir. Hemşire hastanın manevi inanışlarını anamnez öyküsünün bir parçası olarak ele almalı ve önem vermelidir (Hiçdurmaz ve Öz, 2013).

Her hastanın belli bir manevi değer ve inanç sistemi bulunmaktadır ve kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Bu durumda hemşire, iyi bir gözlem yaparak hastayı yargılamaksızın dinlemelidir. Hastanın ihtiyaçlarını tanımlamak için açık uçlu sorular sormalıdır (Yılmaz ve Okyay, 2009).

2.8.2. Planlama

Manevi olarak problem yaşayan hastaya yardımcı olmak, iyi bir planlama yapabilmek için önemli olan hemşirenin kendi inanç ve değerlerinin farkında olması ve bunu hastanın değerlerinden ayırt edebilmesidir (Sülü, 2014). Manevi gereksinimlerin karşılanması sürecinde hemşire;

- Hastanın manevi gereksinimlerini yerine getirmesinde yol gösterici olmalıdır,

- Hastanın içsel kaynaklarını etkili bir şekilde kullanmasına yardım etmelidir,
- Hastayı rahatsız eden durumlarla karşı karşıya kaldığında kişisel ve kültürel farklılıklara saygılı olmalı ve hastaya bu konuda yardım etmelidir (Leeuwen ve Cusveller, 2004; Abedi, 2011).

2.8.3. Uygulama

Manevi bakımın hastalıkların iyileştirilmesinde ve yaşam umudunun artırılmasında önemi büyüktür. Hemşireler hastaların 24 saat bakımını ve tedavisini yapan hastalara en yakın kişilerdir. Hastaların manevi ihtiyaçlarına yönelik bakımlarını en uygun ortam ve zamanı oluşturarak sunmalıdırlar (Erişen ve Sivrikaya, 2017).

Hemşirenin hastanın manevi ihtiyaçlarını karşılayabilmek amacıyla uygulayabileceği genel girişimler;

- Hasta aktif olarak dinlenmeli, empati kurulmalıdır.
- Hastanın inanışları olduğu gibi kabul edilmelidir.
- Objektif olunmalıdır.
- Hastanın olaylara yüklediği anlamlar belirlenmelidir. (Örneğin, hastalığı Allah'ın cezalandırması olarak algılayan kişi tedaviye ilişkin planlamalara uyum sağlamayabilir.
- Hastanın dini gerekliliklerini karşılamasına yardım edilmelidir.
- Dua ve ibadetin gizliliği için güvence verilmeli, hastadaki değişimler gözlenmelidir.
- Hastanın dini objelerinin kaybolması ve zarar görmesinin önüne geçilmelidir.
- Hastalara hastanede dini ihtiyaçlarının giderilmesi için bir hizmetin olmadığı ancak isterlerse kendilerinin yapabilecekleri konusunda aydınlatılmalı ve hastaların bunu gerçekleştirmelerine yardımcı olunmalıdır
- Hemşire, hastanın manevi inanışları ve tıbbi tedavisi arasında bir çatışma olduğunu belirlerse, hasta bu çatışmalarla ilgili konuşma ve alternatif tedavileri kullanma konusunda cesaretlendirilmelidir (Callister ve ark., 2004; Kostak, 2007).

2.8.4. Değerlendirme

Bu aşamada uygulanan hemşirelik girişiminin uygun olup olmadığının kontrolü yapılmalıdır. Hastaya verilen manevi bakımın etkin olup olmadığı; hastanın kendisini iyi hissettiğini ifade etmesi, verilen tedaviye uyumunun artması, manevi ihtiyaçlarının giderildiğini onaylaması, endişelerinin azalması gibi sonuçlardan anlaşılabilir. Hemşire manevi bakımın etkili olmadığını düşünüyorsa diğer hemşirelik girişimlerine başvurarak bakımın sürekliliğini sağlamalıdır (Ergül ve Bayık, 2004; Sülü, 2014).

2.9. Cerrahi Hemşireliğinde Manevi Bakım

Hastalar cerrahi girişim öncesi anestezi ve sedasyona bağlı kontrolü kaybetme korkusu, ağrı ve acı çekme korkusu, endişe ve anksiyete yaşamaktadırlar. Genellikle bu durumla karşı karşıya kalan cerrahi hemşirelerinin hastaya gerekli bilgilendirmeleri yaparak bütüncül bakım sağlaması oldukça önemlidir (Acar ve Fındık, 2015).

Hastaların cerrahi girişimleri olumsuz yönde etkileyebilen duygu ve düşünceleri ile baş edebilmede hemşirelerin desteğine ve manevi yönden güçlü olmaya ihtiyaçları vardır. Cerrahi girişimlerin hastalara fiziksel olarak ağrı ve acı vermesinin yanı sıra manevi olarak da stres ve huzursuzluk yaşatabilmektedir. Cerrahi girişim öncesinde hastanın psikolojik hazırlığı en az fiziksel hazırlığı kadar önem taşımaktadır. Bu dönemde yapılan etkili bir eğitim hastanın fiziksel ve ruhsal olarak kendini iyi hissetmesine yardım eder (Gürlek ve Yavuz, 2013).

Cerrahi hemşireleri, cerrahi girişim geçirecek olan hastaların manevi ihtiyaçlarını ve tepkilerini iyi gözlemlemelidir (Aştı ve ark., 2005). Ameliyat öncesi dönemde yeterli bilgilendirme yapılmayan hastalarda, ameliyatı bekleme sürecinde, anksiyete, ağrı ve acı duyma korkusu, ameliyat sonrası kendi ihtiyaçlarını giderememe korkusu vb. problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişme riski artmakta ve hastanede kalış süresi uzayabilmektedir (Gürlek ve Yavuz, 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu düzeyi ile maneviyat ve manevi bakım arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma, Ordu Devlet Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan cerrahi hemşireleri ile gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini araştırma kapsamına alınan hastanelerde ameliyathane, cerrahi klinikleri, cerrahi yoğun bakım üniteleri ve acil servislerde çalışmakta olan toplam 206 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, bu kliniklerde çalışan hemşirelerin tümüne ulaşılması hedeflendi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 176 hemşire ile araştırma tamamlandı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 30 hemşire çalışma kapsamına alınmadı. Çalışmaya katılım oranı % 85.4 idi.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- En az altı aydır cerrahi kliniklerde çalışma deneyimi olan,
- Psikiyatrik bir tanısı olmayan,
- Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler araştırma kapsamına alındı.

3.3.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Araştırmanın yapıldığı tarih aralığında izinli/raporlu olan hemşireler,
- Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler araştırma kapsamı dışında tutuldu.

3.4. Araştırma Soruları

- Cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunlukları ne düzeydedir?
- Cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım algıları ne düzeydedir?
- Cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunlukları ile maneviyat ve manevi bakım algıları arasında ilişki var mıdır?
- Cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunlukları, maneviyat ve manevi bakım algıları ile sosyodemografik özelliklerine göre fark var mıdır?

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (MYÖ-Ek 2), Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ-Ek 3) ile toplandı.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formunda, hemşirelerin kişisel tanıtıcı özellikleri, çalışma yılı, saatleri, pozisyonları ve şekilleri, günlük bakım verilen hasta sayısı, merhamet yorgunluğu ve manevi bakım algıları ile ilgili 20 soru yer almaktadır (Gönenç ve ark., 2016; Dağhan, 2017; Ercan ve ark., 2018; Ertümer, 2019), (Ek 1).

3.5.2. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (MYÖ)

Merhamet Yorgunluğu Ölçeği, Adams ve ark. (2006) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hür (Dinç) tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Ölçek, katılımcılardan her bir ölçek maddesinin deneyimlerini ne derecede yansıttığını belirtmelerini isteyen bir öz bildirim değerlendirme aracıdır. Nadiren/asla (1) ve çok sık (10) arasında değişen 10'lu likert tipi bir ölçektir. Ölçek *ikincil travma* ve *mesleki tükenmişlik* olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki “c, e, h, j, l” maddeleri ikincil travmayı; “a, b, d, f, g, i, k, m” maddeleri mesleki tükenmişliği ölçen maddelerdir (Ek 2). Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayıları ikincil travma alt boyutu için 0.74; mesleki tükenmişlik alt boyutu için 0.85 ve toplam ölçek için 0.87'dir. Ölçek için herhangi bir puanlama algoritması ve kesme noktası belirtilmemiş; çalışmalarda ortalamalar üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Ölçekten en düşük 13 ve en yüksek 130 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça bireylerin deneyimlediği merhamet yorgunluğu düzeyi de artmaktadır (Hür, 2018).

3.5.3. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ), McSherry, Draper ve Kendrick tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir. Ergül ve Temel (2007) tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek beşli likert tipte olup 1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum ve 5- Tamamen Katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte 1., 2., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 14., 15. ve 17. maddeler düz, 3., 4., 13. ve 16. maddeler ise ters puanlanmaktadır (Ek 3). Madde puanlarının soru sayısına bölünmesi ile toplam puan elde edilmektedir. Toplam puan ortalamasının 5'e yaklaşması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek; maneviyat ve manevi bakım (6., 7., 8., 9., 11., 12., ve 14. maddeler), bireysel bakım (1., 2., 10. ve 15. maddeler) ve dinsel (4., 5., 13. ve 16. maddeler) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.76 olarak tespit edilmiştir (Ergül ve Temel, 2007).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (Ek 2), Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (Ek 3) ile toplandı. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile 31 Mayıs 2020-30 Haziran 2021 tarihleri arasında toplandı. Hemşirelere kişisel bilgi formu ve ölçeklerin doldurulması ile ilgili açıklama yapılmış, form ve ölçeklerin kendileri tarafından doldurulması istendi. Formların doldurulması ortalama 20 dk. sürmektedir.

3.7. Değişkenler

3.7.1. Bağımlı Değişkenler

Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Puanı

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği puanı

3.7.2. Bağımsız Değişkenler

Hemşirelerin kişisel tanıtıcı özelliklerine ait değişkenler

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılan Merhamet Yorgunluğu Ölçeği için Arş. Gör. Dr. Sevgi Dinç (Hür)'ten e-posta ile ölçek kullanım izni alındı (Ek 5). Ayrıca Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği kullanım izni için Prof. Dr. Şafak Dağhan'dan e-posta ile kullanım izni alındı (Ek 6). Araştırmaya başlamadan önce, Ordu Devlet Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde araştırmanın yürütülmesi için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırma izni (13/03/2020 tarihli 00114781765 barkot no-E.2712 sayılı yazı), (Ek 7) ve Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (11/05/2020 tarihli ve E-91120269-050.02.04-00000490582 sayılı yazı), (Ek 8) alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırma ile ilgili açıklamalar yapılarak bilgilendirilmiş yazılı onamları alındı. Bilgilendirilmiş onam formunda, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, verilen cevapların gizli kalacağı, istenilen zamanda araştırmadan ayrılacakları hususunda bilgiler yer almaktadır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS (Statistical Package for The Social Sciences) 23.0 paket programı ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov Testleri ile incelendi. İkili gruplarda karşılaştırmalarda normal dağılıma uygunluk gösteren veriler Bağımsız Örnekler t Testi ile, normal dağılmayan veriler Mann Whitney U Testi ile incelendi. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılıma uygunluk gösteren verilerin karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmaları Tamhane Testi ile yapıldı. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn Testi ile yapıldı. Ölçek puanları ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanıldı. Ölçek puanı ve alt boyut puanlarının güvenilirlik değerleri Cronbach's Alpha ile verildi. Analiz sonuçları kategorik veriler için frekans (yüzde) şeklinde nicel değişkenler için ortalama, standart sapma ve ortanca şeklinde verildi. Önem düzeyi $p < 0.05$ olarak sunuldu.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, yalnızca Ordu il merkezindeki Ordu Devlet Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı-Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi kliniklerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle yapıldığı için sonuçlar tüm klinik hemşirelerine genellenemez.

3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmanın COVID-19 pandemi döneminde yapılmış olması ve hemşirelerin veri toplama form ve ölçekleri doldurmaya zaman ayırmada isteksiz olmaları araştırmanın uygulanması esnasında karşılaşılan güçlüklerdir.

4. BULGULAR

Katılımcıların %47.7'si 20-29 yaş aralığında, %33'ü 30-39 yaş aralığında olup %55.7'si evli, %44.3'ü bekar, evli olanların %45.92'si iki çocuk sahibi, %24.49'u bir çocuk sahibidir. Katılımcılardan %71.6'sı lisans mezunu ve %14.8'i ön lisans mezunudur. Katılımcıların %50.6'sı gelir durumunu orta, %44.3'ü gelir durumunu iyi olarak belirtmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=176)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş		
20-29 yaş	84	47.7
30-39 yaş	31	17.6
40-49 yaş	58	33.0
50 yaş ve üzeri	3	1.7
Medeni durum		
Evli	98	55.7
Bekar	78	44.3
Çocuk sayısı (n=98)*		
0 çocuk	18	18.4
1 çocuk	24	24.5
2 çocuk	45	45.9
3 çocuk	11	11.2
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	14	8.0
Ön lisans	26	14.8
Lisans	126	71.6
Lisansüstü	10	5.6
Gelir durumu		
Düşük	9	5.1
Orta	89	50.6
İyi	78	44.3

*Evli hemşireler n sayısını oluşturmuştur.

Ordu Devlet Hastanesi'nde çalışan katılımcıların oranı %72.2, Ordu Eğitim-Araştırma Hastanesi'nde çalışanların oranı %27.8 olarak saptandı. Katılımcıların %92.6'sı gündüz+gece şeklinde karma olarak çalışmakta, %6.3'ü gündüz ve %1.1'i gece çalıştığını belirtmiştir. Katılımcıların %94.3'ü klinik hemşiresi olarak, %38.6'sı 13 yıl ve üzeri, %29'u 1-4 yıl arasında çalıştığını ifade etmiştir. Katılımcıların %50.6'sı haftada 40-50 saat arası, %39.2 haftada 50 saatten fazla çalıştıklarını,

%55.7'si aylık ortalama 6-10 nöbet, %23.3'ü aylık ortalama 11 ve üstü nöbet tuttıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %31.9'u cerrahi kliniklerinde, %28.4'ü acil ünitesinde, %22.7'si cerrahi yoğun bakım ünitelerinde ve %17'si ameliyathanede çalışmaktadır. Katılımcıların %50.6'sı 1-5 yıldır ve %19.3'ü 6-10 yıldır aynı birimde çalışmaktadır. Katılımcıların %52.2'si bir günde 10 ve üzerinde hastaya bakım verdiklerini, %20.5'i 4-6 hastaya bakım verdiklerini ve %18.8'i 1-3 hastaya bakım verdiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %50'si çalıştığı birimden mutlu olduklarını, %39.2'si kısmen mutlu olduklarını ve %10.8'i mutlu olmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bakım verdiği bireylerin durumunun o günkü performanslarını etkileme durumuna bakıldığında evet cevabını verenlerin oranı %65.9, kısmen cevabını verenlerin oranı %18.8 ve hayır cevabını verenlerin oranı %15.3 olarak saptandı (Tablo 4.2).

Katılımcıların %95.5'i hastanın manevi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşündüğünü, %97.2'si hastanın iyileşmesinde maneviyatın etkisi olduğuna inandığını, %2.8'i inanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %58'i çalıştığı klinikteki hemşirelerin hastalarının manevi gereksinimlerine dikkat ettiğini, %32.4'ü kısmen dikkat ettiğini ve %9.7'si dikkat etmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %76.1'i hastalarının maneviyatına yönelik bir uygulama yaptığını, %23.9'u herhangi bir şey yapmadığını belirtmiştir (Tablo 4.2). Katılımcılar hastalarına maneviyatla ilgili yaptıkları uygulamaları %28.4'ü dinliyorum, gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum, ibadet etmek istediğinde ona ortam hazırlıyorum, bakım verirken gülyüzlü ve ilgili davranıyorum, %23.1'i dinliyorum, gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum, bakım verirken gülyüzlü ve ilgili davranıyorum ve %21.7'si dinliyorum, bakım verirken gülyüzlü ve ilgili davranıyorum ve %11.9'u bakım verirken gülyüzlü ve ilgili davranıyorum olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özelliklerinin ve Maneviyat ile İlgili Düşüncelerinin Dağılımı (n=176)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Çalışılan Kurum		
Ordu Devlet Hastanesi	127	72.2
Ordu Eğitim-Araştırma Hastanesi	49	27.8
Çalışma şekli		
Gündüz	11	6.3
Gündüz+gece	163	92.6
Gece	2	1.1
Görev		
Klinik hemşiresi	166	94.3
Sorumlu hemşire	10	5.7
Toplam çalışma süresi		
1 yılın altı	10	5.7
1-4 yıl	51	29.0
5-8 yıl	25	14.2
9-12 yıl	22	12.5
13 yıl ve üzeri	68	38.6
Haftalık ortalama çalışma saati		
40 saat	18	10.2
41-50 saat	89	50.6
50 saatten fazla	69	39.2
Aylık ortalama nöbet sayısı		
1-5 nöbet	37	21.0
6-10 nöbet	98	55.7
11 nöbet ve üzeri	41	23.3
Şu anda çalışılan birim		
Cerrahi klinikleri	56	31.9
Acil	50	28.4
Ameliyathane	30	17.0
Cerrahi yoğun bakımlar	40	22.7
Birimde çalışma süresi		
1 yıldan az	27	15.3
1-5 yıl	89	50.6
6-10 yıl	34	19.3
11 yıl ve üzeri	26	14.8
Bir günde bakım verilen ortalama hasta sayısı		
1-3 hasta	33	18.8
4-6 hasta	36	20.5
7-9 hasta	15	8.5
10 hasta ve üzeri	92	52.2
Çalışılan birimde mutlu olma durumu		
Evet	88	50.0
Hayır	19	10.8
Kısmen	69	39.2
Bakım verilen bireylerin durumunun o günkü çalışma performansını etkileme durumu		
Evet	116	65.9
Hayır	27	15.3
Kısmen	33	18.8
Hastaların manevi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşünme durumu		
Evet	168	95.5
Hayır	8	4.5

Tablo 4.2. ‘Devam’ Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özelliklerinin ve Maneviyat İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı (n=176)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hastalıkların iyileşmesinde maneviyatın etkisi olduğuna inanma durumu		
Evet	171	97.2
Hayır	5	2.8
Çalışılan klinikte hemşirelerin manevi gereksinimlere dikkat ettiğini düşünme durumu		
Evet	102	58.0
Hayır	17	9.7
Kısmen	57	32.3
Hastaların manevi gereksinimlerine yönelik uygulamada bulunma durumu		
Evet	134	76.1
Hayır	42	23.9
Yapılan manevi uygulamalar (n=134)*		
- Dinliyorum	10	7.5
- Bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum	16	11.9
- Dinliyorum ve gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum	4	2.9
- Dinliyorum ve gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum, bakım verirken güleryüzlü ve ilgili davranıyorum	31	23.1
- Dinliyorum, bakım verirken güleryüzlü ve ilgili davranıyorum	29	21.7
- Gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum, bakım verirken güleryüzlü ve ilgili davranıyorum	2	1.5
- Dinliyorum, gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum, ibadet etmek istediğinde ona ortam hazırlıyorum, bakım verirken güleryüzlü ve ilgili davranıyorum	38	28.4
- Dinliyorum, ibadet etmek istediğinde ona ortam hazırlıyorum, bakım verirken güleryüzlü ve ilgili davranıyorum	2	1.5
- Dinliyorum ve ibadet etmek istediğinde ona ortam hazırlıyorum	2	1.5

*Sorulara birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlanmıştır.

Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (MYÖ) puan ortalaması 55.66±22.2, minimum değeri 14 ve maksimum değeri 125 olarak saptandı. *İkincil travma* alt boyut ortalaması 20.41, minimum değeri 5 ve maksimum değeri 50, *Mesleki tükenmişlik* alt boyut ortalaması 35.24, minimum değeri 9 ve maksimum değeri 75 olarak bulundu. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği (MMBDÖ) puan ortalaması 3.73,

minimum değeri 2.18 ve maksimum değeri 4.76 olarak saptandı. *Maneviyat ve manevi bakım* alt boyut ortalaması 3.88, minimum değeri 2 ve maksimum değeri 5, *dinsellik* alt boyut ortalaması 3.49, minimum değeri 2 ve maksimum değeri 5, *bireysel bakım* alt boyut ortalaması 3.78, minimum değeri 1 ve maksimum değeri 5 olarak bulundu. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği 13 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.89 olarak yüksek güvenilirlikte, *ikincil travma* alt boyutu 5 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.74 ile oldukça güvenilir, *mesleki tükenmişlik* alt boyutu 8 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.85 ile yüksek güvenilirlikte belirlendi. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) 17 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.77 olarak oldukça güvenilir, *maneviyat ve manevi bakım* alt boyutu 7 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.83 ile yüksek güvenilirlikte, *bireysel bakım* alt boyutu 4 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.51 ile düşük güvenilirlikte belirlenmiş ancak 4 maddeden oluşan *dinsellik* alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri 0.29 olarak bulundu ve güvenilir olmadığı saptandı (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. MYÖ, MMBDÖ ve Alt Boyutlarının Ortalama, Standart Sapma, Ortanca, Alınan En Düşük ve En Yüksek Değerler ve Cronbach Alfa Değerleri

	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca	Min.-Maks Değerler	Cronbach Alfa
İkincil travma	20.41±9.12	19.00	5-50	0.74
Mesleki tükenmişlik	35.24±14.32	36.00	9-75	0.85
<i>MYÖ toplam puanı</i>	55.66±22.22	55.50	14-125	0.89
Maneviyat ve manevi bakım	3.88±0.61	4.00	2-5	0.83
Dinsellik	3.49±0.62	3.50	2-5	0.29
Bireysel bakım	3.78±0.57	3.75	1-5	0.51
<i>MMBDÖ toplam puanı</i>	3.73±0.44	3.71	2.18-4.76	0.77

Merhamet yorgunluğu ölçeğinin *mesleki tükenmişlik* alt boyut puanı ile *ikincil travma* alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü yüksek bir ilişki vardır ($r=0.76$; $p<0.001$), (Tablo 4.4). MYÖ ortalama puanı ile *ikincil travma* alt boyut puanı arasında ($r=0.91$; $p<0.001$), MYÖ ve *mesleki tükenmişlik* alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki vardır ($r=0.95$; $p<0.001$). *Dinsellik* alt boyut puanı ile *maneviyat ve manevi bakım* alt boyut puanı

arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0.22$; $p=0.003$). *Bireysel bakım* alt boyut puanı ile *maneviyat ve manevi bakım* alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=0.59$; $p<0.001$). Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği ortalama puanı ile *maneviyat ve manevi bakım* alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde çok yüksek bir ilişki ($r=0.84$; $p<0.001$), *dinsellik* alt boyut puanı ($r=0.60$; $p<0.001$) ve *bireysel bakım* alt boyut puanı ($r=0.66$; $p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Cerrahi Hemşirelerinin MYÖ ve MMBDÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik	MYÖ Ortalama Puan	Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım
Mesleki tükenmişlik	r	0.76					
	p	<0.001**					
MYÖ Ortalama Puan	r	0.91	0.95				
	p	<0.001**	<0.001**				
Maneviyat ve manevi bakım	r	-0.01	-0.11	-0.08			
	p	0.84	0.12	0.26			
Dinsellik	r	0.03	-0.02	0.00	0.22		
	p	0.68	0.79	0.95	0.003*		
Bireysel bakım	r	0.14	-0.00	0.05	0.59	0.10	
	p	0.05	0.95	0.48	<0.001**	0.15	
MMBDÖ Ortalama Puan	r	0.04	-0.05	-0.02	0.84	0.60	0.66
	p	0.56	0.43	0.79	<0.001**	<0.001**	<0.001**

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı * $p<0.05$ düzeyinde anlamlı, ** $p<0.01$ düzeyinde anlamlı

Yaş gruplarına göre MYÖ ortalama puanı ortanca değeri ve mesleki tükenmişlik alt boyut puanı ortanca değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.03$). Hem MYÖ hem de mesleki tükenmişlik ortanca değerleri 20-29 yaş aralığında olan katılımcılarda 50 yaş ve üzerinde olanlardan anlamlı seviyede yüksek bulundu (Tablo 4.5).

Mezun olunan okula göre MMBDÖ ortalama puanı ortanca değeri lisansüstü mezunlarda ön lisans mezunlarından daha yüksek bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0.02$), (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre MYÖ ve MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=176)

	İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik	MYÖ Ortalama Puan	Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	MMBDÖ Ortalama Puan
Yaş							
20-29 yaş	20.00	39.00a	60.5a	4.00	3.55 ± 0.62	3.90	3.8
30-39 yaş	17.00	34.00ab	54.0ab	3.70	3.36 ± 0.65	3.80	3.6
40-49 yaş	18.50	34.00ab	53.5ab	4.00	3.49 ± 0.59	3.80	3.7
50 yaş ve üzeri	9.00	16.00b	25.0b	4.00	3.08 ± 0.76	3.500	3.7
Test	KW= 6.80	KW= 8.50	KW= 8.70	KW= 4.50	F= 1.16	KW= 4.5	KW= 4.80
p değeri	0.07	0.03 Fark a-b arasındadır.**	0.03 Fark a-b arasındadır.**	0.20	0.32	0.21	0.18
Medeni durum							
Evli	20.00	34.99 ± 14.26	55.00	4.00	3.51 ± 0.60	3.90	3.80
Bekar	18.00	35.56 ± 14.47	58.00	3.90	3.46 ± 0.65	3.80	3.60
Test	Z= 364.00	t= -0.26	Z= 3821.50	Z= 3217.00	t= 0.50	Z= 3300.00	Z= 3304.00
p değeri	0.59	0.79	0.99	0.07	0.61	0.11	0.12
Çocuk sayısı (n=98)*							
0 çocuk	20.00	35.93 ± 13.73	58.00	4.00	3.54 ± 0.65	3.90	3.80
1 çocuk	23.00	36.79 ± 13.46	64.00	3.90	3.55 ± 0.76	3.90	3.90
2 çocuk	18.00	35.16 ± 15.42	54.00	3.90	3.36 ± 0.53	3.80	3.60
3 çocuk	15.00	26.27 ± 15.31	32.00	4.00	3.48 ± 0.28	3.50	3.70
Test	KW= 4.44	F= 1.62	KW= 5.55	KW= 1.45	F= 1.15	KW= 1.50	KW= 2.97
p değeri	0.21	0.18	0.13	0.69	0.33	0.68	0.39
Eğitim Durumu							
Sağlık Meslek Lisesi	19.00	39.00	59.50	4.00	3.00	3.80	3.60ab
Ön lisans	20.00	40.00	60.00	3.90	3.30	3.80	3.60a
Lisans	18.00	34.00	54.00	4.00	3.50	3.80	3.70ab
Lisansüstü	22.50	39.00	61.50	4.10	3.60	4.30	4.10b
Test	KW= 0.49	KW= 1.61	KW= 0.98	KW= 6.14	KW= 7.08	KW= 5.49	KW= 9.67
p değeri	0.92	0.65	0.80	0.10	0.06	0.13	0.02 Fark a-b arasındadır.**
Gelir durumu							
Düşük	26.00	46.00	68.00	3.90	3.00	3.50	3.60
Orta	20.00	38.00	58.00	3.90	3.50	3.80	3.70
İyi	17.00	31.00	49.00	4.00	3.50	4.00	3.80
Test	KW= 1.42	KW= 7.17	KW= 4.68	KW= 1.60	KW= 0.73	KW= 1.85	KW=1.13
p değeri	0.49	0.05	0.09	0.44	0.69	0.39	0.76

* Evli hemşireler n sayısını oluşturmuştur. **Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. KW:Kruskall Wallis Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi, Z:Mann Whitney U Testi, t:Bağımsız Örnekler t Test, p<0.05

Sorumlu hemşire olarak görev yapan katılımcıların *bireysel bakım* alt boyut puanı ortanca değeri klinik hemşirelerden daha yüksek bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0.04$), (Tablo 4.5).

Haftada ortalama 40-50 saat çalışan katılımcıların *dinsellik* alt boyut puanı ortanca değeri 50 saatten fazla çalışanlardan daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.005$), (Tablo 4.6).

Ameliyathanede çalışan katılımcıların *ikincil travma* alt boyut puanı ortanca değerleri cerrahi kliniklerde ve acilde çalışanların ortanca değerinden düşük ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.009$). Aynı zamanda çalışılan birime göre *mesleki tükenmişlik* alt boyut puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$), (Tablo 4.6). Çalışılan birime göre farklılık ameliyathanede çalışanların *mesleki tükenmişlik* alt boyut puanı ortalama değerinin diğer birimlerde çalışanların ortalama değerinden düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Ameliyathanede çalışanların *mesleki tükenmişlik* alt boyut puanı ortalama değeri (25.73), cerrahi kliniklerde çalışanların ortalama değerinden (37.02), acilde çalışanların ortalama değerinden (37.40) ve cerrahi yoğun bakımlarda çalışanların ortalama değerinden (37.20) düşük bulundu, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0.001$). Ameliyathanede çalışanların MYÖ ortalama puanı (41.40) cerrahi kliniklerde çalışanların ortalama puanından (58.57) düşük bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0.001$). Şu anda çalışılan birime göre MYÖ ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.001$), (Tablo 4.6).

Çalışılan birimde mutlu olduklarını belirten katılımcıların *ikincil travma* alt boyut puanı ortanca değeri kısmen mutlu olduklarını ve mutlu olmadıklarını ifade eden katılımcılardan düşük bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.001$), (Tablo 4.6). Çalışılan birimde mutlu olduklarını belirten katılımcıların *mesleki tükenmişlik* alt boyut ortanca değeri, kısmen mutlu olduklarını ve mutlu olmadıklarını belirten katılımcıların ortanca değerinden düşük saptandı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$), (Tablo 4.6). Çalışılan birimde mutlu olduklarını belirten katılımcıların MYÖ ortalama puanı ortanca değerleri kısmen mutlu olduklarını ve mutlu olmadıklarını belirten katılımcılardan düşük saptandı, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$), (Tablo 4.6).

Bakım verilen bireylerin durumunun katılımcıların o günkü çalışma performanslarını etkileme durumuna göre *ikincil travma ve mesleki tükenmişlik* alt boyut puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Tablo 4.6). Bakım verilen bireylerin durumunun o günkü performansını etkilediğini belirten katılımcıların *ikincil travma* ($p=0.006$) ve *mesleki tükenmişlik* ($p=0.007$) alt boyut puanı ortanca değerleri, kısmen etkilediğini belirten katılımcılardan daha yüksek bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0.05$). Bakım verilen bireylerin durumunun o günkü çalışma performanslarını etkilediğini belirten katılımcıların MYÖ ortalama puanı ortanca değerleri, kısmen etkilediğini söyleyen katılımcılardan yüksek bulundu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.006$), (Tablo 4.6).

Hastalarının maneviyatına yönelik uygulama yaptıklarını belirten katılımcıların *bireysel bakım* alt boyut puanı ortanca değeri, maneviyata yönelik herhangi bir uygulama yapmadıklarını belirten katılımcılardan yüksek bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0.011$), (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve Maneviyatla İlgili Düşüncelerine Göre MYÖ ve MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=176)

	İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik	MYÖ Ortalama Puan	Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	MMBDÖ Ortalama Puan
Çalışılan kurum							
Ordu Devlet Hastanesi	20.00	36.00	55.00	4.00	3.53 ± 0.64	3.80	3.70
Ordu Eğit.-Araşt. Hastanesi	17.00	36.00	56.00	3.90	3.40 ± 0.57	3.80	3.70
	Test Z=2686.50	Z=3067.50	Z=2977	Z=3029	t= 1.24	Z=2953	Z=2956.50
	p değeri 0.16	0.88	0.65	0.78	0.21	0.59	0.60
Çalışma şekli							
Gündüz	23.00	41.00	56.00	3.90	3.30	4.00	3.60
Gündüz+gece	19.00	36.00	55.00	4.00	3.50	3.80	3.70
Gece	18.50	36.50	55.00	3.10	3.90	3.30	3.40
	Test KW=0.23	KW=0.19	KW=0.11	KW=2.79	KW=1.81	KW=1.88	KW=0.84
	p değeri 0.88	0.90	0.94	0.24	0.40	0.38	0.65
Görev							
Klinik hemşiresi	18.50	36.00	55.50	4.00	3.50	3.80	3.70
Sorumlu hemşire	24.00	39.00	63.00	4.00	3.90	4.10	3.90
	Test Z=669.00	Z=745.50	Z=709.50	Z=784.00	Z=634.00	Z=525.50	Z=658.50
	p değeri 0.30	0.57	0.44	0.76	0.20	0.049	0.27
Toplam çalışma süresi							
1 yılın altı	16.50	33.70 ± 20.24	44.50	3.90	3.90	3.80	3.70
1-4 yıl	18.00	34.63 ± 13.32	59.00	4.00	3.50	3.80	3.90
5-8 yıl	20.00	39.44 ± 11.82	60.00	3.90	3.50	4.00	3.80
9-12 yıl	22.50	36.55 ± 14.82	62.00	3.90	3.60	3.80	3.70
13 yıl ve üzeri	18.00	33.97 ± 14.82	53.00	3.90	3.50	3.80	3.70
	Test KW=2.63	F=0.76	KW=2.98	KW=6.00	KW=1.37	KW=1.70	KW=3.47
	p değeri 0.62	0.54	0.56	0.19	0.84	0.79	0.48

KW:Kruskall Wallis Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi, Z:Mann Whitney U Testi, t:Bağımsız Örnekler t Test, p<0.05

Tablo 4.6. ‘Devam’ Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve Maneviyatla İlgili Düşüncelerine Göre MYÖ ve MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=176)

	İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik	MYÖ Ortalama Puan	Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	MMBDÖ Ortalama Puan
Haftalık ortalama çalışma saati							
40 saat	15.00	27.50	43.00	4.00	3.30ab	3.80	3.70
40-50 saat	20.00	34.00	56.00	3.90	3.80b	3.80	3.80
50 saatten fazla	18.00	39.00	57.00	4.00	3.30a	3.80	3.60
Test	KW=3.43	KW=4.09	KW=3.04	KW=0.21	KW=10.62	KW=1.48	KW=3.52
p değeri	0.18	0.12	0.21	0.89	0.005	0.47	0.17
					Fark a-b arasındadır		
Aylık ortalama nöbet sayısı							
1-5 nöbet	17.00	32.00	48.00	4.00	3.49 ± 0.60	4.00	3.75 ± 0.40
6-10 nöbet	20.00	36.50	57.50	4.00	3.56 ± 0.65	3.80	3.77 ± 0.43
11 nöbet ve üstü	21.00	39.00	59.00	4.00	3.33 ± 0.55	3.80	3.73 ± 0.49
Test	KW=1.05	KW=4.80	KW=2.76	KW=0.57	F=1.99	KW=1.85	F=1.60
p değeri	0.59	0.09	0.25	0.75	0.13	0.39	0.20
Şu anda çalışılan birim							
Cerrahi klinikleri	21.00b	37.02 ± 13.6a	58.57 ± 19.76a	3.90	3.30	3.90	3.70
Acil ünitesi	21.50b	37.4 ± 14.06a	59.02 ± 22.38a	3.90	3.50	3.80	3.70
Ameliyathane	14.00a	25.73 ± 8.75b	41.40 ± 14.39b	3.90	3.50	3.80	3.70
Cerrahi yoğun bakımlar	17.50ab	37.20 ± 16.42a	58.08 ± 26.32a	4.00	3.60	3.80	3.90
Test	KW=11.62	F=10.86	F=9.53	KW=3.29	KW=3.51	KW=2.80	KW=6.49
p değeri	0.009	<0.001	<0.001	0.34	0.31	0.42	0.09
		Fark a-b arasındadır	Fark a-b arasındadır	Fark a-b arasındadır			
Birimde çalışma süresi							
1 yıldan az	26.00	42.00	68.00	4.00	3.71 ± 0.63	4.00	3.80
1-5 yıl	20.00	37.00	56.00	4.00	3.48 ± 0.62	3.80	3.80
6-10 yıl	19.50	37.00	57.50	4.00	3.42 ± 0.62	4.00	3.80
11 yıl ve üzeri	15.00	23.00	36.50	3.90	3.40 ± 0.60	3.80	3.60
Test	KW=5.867	KW=7.31	KW=7.51	KW=3.21	F=1.50	KW=4.17	KW=4.40
p değeri	0.11	0.06	0.057	0.35	0.21	0.24	0.22

KW:Kruskall Wallis Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi, Z:Mann Whitney U Testi, t:Bağımsız Örnekler t Testi, p<0.05

Tablo 4.6. ‘Devam’ Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve Maneviyatla İlgili Düşüncelerine Göre MYÖ ve MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=176)

	İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik	MYÖ Ortalama Puan	Maneviyat ve manevi bakım	Dinsellik	Bireysel bakım	MMBDÖ Ortalama Puan
Çalışılan birimde mutlu olma durumu							
Evet	16.00a	29.00a	46.00a	4.00	3.49 ± 0.63	3.90	3.70
Hayır	29.00b	45.00b	73.00b	4.00	3.74 ± 0.66	3.80	3.80
Kısmen	21.00b	42.00b	66.00b	4.00	3.43 ± 0.59	3.80	3.70
Test	KW=14.53	KW=24.41	KW=22.55	KW=0.24	F=1.83	KW=0.72	KW=0.16
p değeri	0.001	<0.001	<0.001	0.88	0.16	0.69	0.92
	Fark a-b arasındadır	Fark a-b arasındadır	Fark a-b arasındadır				
Bir günde bakım verilen ortalama hasta sayısı							
1-3 hasta	20.00	34.42 ± 15.06	55.00	4.00	3.51 ± 0.66	4.00	3.80
4-6 hasta	15.00	31.53 ± 14.42	43.50	4.00	3.60 ± 0.52	3.80	3.80
7-9 hasta	23.00	39.40 ± 15.10	67.00	4.00	3.37 ± 0.63	3.80	3.70
10 hasta ve üzeri	21.00	36.32 ± 13.77	59.50	3.90	3.46 ± 0.64	3.80	3.70
Test	KW=5.79	F=1.44	KW=5.91	KW=4.13	F=0.67	KW=1.84	KW=3.24
p değeri	0.12	0.23	0.11	0.24	0.57	0.60	0.35
Bakım verilen bireylerin durumunun o günkü çalışma performansını etkileme durumu							
Evet	21.00b	39.00b	61.00b	4.00	3.50 ± 0.63	4.00	3.80
Hayır	17.00ab	30.00ab	45.00ab	4.00	3.55 ± 0.58	3.80	3.70
Kısmen	15.00a	29.00a	45.00a	3.90	3.40 ± 0.65	3.80	3.70
Test	KW=10.23	KW=9.84	KW=10.25	KW=2.53	F=0.47	KW=3.77	KW=1.90
p değeri	0.006	0.007	0.006	0.28	0.62	0.15	0.38
	Fark a-b arasındadır	Fark a-b arasındadır	Fark a-b arasındadır				

KW:Kruskall Wallis Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi, Z:Mann Whitney U Testi, t:Bağımsız Örnekler t Test, p<0.05

Tablo 4.6. ‘Devam’ Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve Maneviyatla İlgili Düşüncelerine Göre MYÖ ve MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=176)

	İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik	MYÖ Ortalama Puan	Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	MMBDÖ Ortalama Puan
Hastaların manevi bakıma ihtiyacı olduğunu düşünme durumu							
Evet	20.00	36.00	55.50	4.00	3.50	3.80	3.70
Hayır	17.00	35.50	52.00	4.00	3.40	3.40	3.70
Test	Z=645.00	Z=641.50	Z=629.00	Z=612.00	Z=608.00	Z=542.00	Z=643.50
p değeri	0.84	0.82	0.76	0.66	0.64	0.35	0.83
Hastalıkların iyileşmesinde maneviyatın etkisi olduğuna inanma durumu							
Evet	19.00	35.00	55.00	4.00	3.50	3.80	3.70
Hayır	18.00	45.00	63.00	3.10	3.50	3.50	3.60
Test	Z=412.00	Z=289.00	Z=349.50	Z=229.00	Z=407.00	Z=281.00	Z=253.00
p değeri	0.89	0.21	0.48	0.07	0.85	0.18	0.12
Çalışılan klinikte hemşirelerin manevi gereksinimlere dikkat ettiğini düşünme durumu							
Evet	20.00	35.00	55.00	4.00	3.46 ± 0.62	3.90	3.70
Hayır	24.00	39.00	67.00	3.90	3.49 ± 0.69	3.80	3.60
Kısmen	17.00	35.00	53.00	4.00	3.55 ± 0.61	3.80	3.80
Test	KW=1.31	KW=1.22	KW=1.48	KW=2.28	F=0.42	KW=3.37	KW=1.83
p değeri	0.51	0.54	0.47	0.32	0.65	0.18	0.40
Hastaların manevi gereksinimlerine yönelik yapılan uygulama durumu							
Evet	20.00	34.50	55.00	4.00	3.49 ± 0.65	4.00	3.80
Hayır	18.00	37.00	56.00	3.90	3.50 ± 0.52	350.00	3.60
Test	Z=2658.50	Z=2493.00	Z=2542.50	Z=2287.50	t=-0.39	Z=2088.50	Z=3.52
p değeri	0.58	0.26	0.34	0.06	0.69	0.01	0.17

KW:Kruskall Wallis Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi, Z:Mann Whitney U Testi, t:Bağımsız Örnekler t Testi, p<0.05

Tablo 4.6. ‘Devam’ Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve Maneviyatla İlgili Düşüncelerine Göre MYÖ ve MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (n=176)

Yapılan manevi uygulamalar	İkincil Travma	Mesleki Tükenmişlik	MYÖ Ortalama Puan	Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	MMBDÖ Ortalama Puan
-Dinliyorum	15.00	24.00	38.00	3.90	3.30	3.80	3.70
-Gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum	28.00	38.00	66.00	3.70	2.50	3.50	3.40
-Bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum	15.50	30.00	44.50	3.90	3.30	3.80	3.60
-Dinliyorum ve gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum	21.50	37.00	57.00	3.60	3.30	3.60	3.40
-Dinliyorum ve gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum, bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum	21.00	41.00	58.00	4.10	3.50	4.00	3.80
-Dinliyorum, bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum	18.00	33.00	52.00	4.00	3.50	4.00	3.90
-Gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum, bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum	11.50	16.50	28.00	4.20	3.50	4.10	3.90
-Dinliyorum, gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum, ibadet etmek istediğinde ona ortam hazırlıyorum, bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum	21.00	36.50	59.00	4.00	3.50	4.00	3.90
-Dinliyorum, ibadet etmek istediğinde ona ortam hazırlıyorum, bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum	17.50	31.00	48.50	3.90	3.80	4.00	4.00
-Dinliyorum ve ibadet etmek istediğinde ona ortam hazırlıyorum	27.00	47.00	74.00	3.90	2.80	3.80	3.50
	Test KW= 9.68 p değeri 0.46	KW= 11.98 0.28	KW= 11.77 0.30	KW= 11.39 0.32	KW= 8.39 0.59	KW= 12.66 0.24	KW=16.71 0.08

KW:Kruskall Wallis Testi, F:Tek Yönlü Varyans Analizi, Z:Mann Whitney U Testi, t:Bağımsız Örnekler t Test, p<0.05

5. TARTIŞMA

Bu çalışma cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ile maneviyat ve manevi bakım düzeylerini, etkileyen faktörleri ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Tartışma dört başlık altında incelendi.

5.1. Cerrahi hemşirelerinin MYÖ ve alt boyutları ile MMBDÖ ve alt boyutları puan ortalamalarına ilişkin verilerin tartışılması

5.2.Cerrahi hemşirelerinin MYÖ ve alt boyutları ile MMBDÖ ve alt boyut puanları arasındaki korelasyonun tartışılması

5.3.Cerrahi hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine göre MYÖ ve alt boyutları ile MMBDÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

5.4.Cerrahi hemşirelerinin çalışma özellikleri ve maneviyatla ilgili düşüncelerine göre MYÖ ve alt boyutları ile MMBDÖ ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

5.1. Cerrahi Hemşirelerinin MYÖ ve Alt Boyutları ile MMBDÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Cerrahi kliniklerdeki hastalar cerrahi girişim gibi planlı travmalara maruz kalabilmekte, travma ile acil servislere başvurabilmekte veya cerrahi sonrası belirli bir süre yoğun bakımda kalabilmektedir. Bahsedilen tüm süreçlerde hastalar ağrı ve acı çekeabilmekte ve bu hastalara bakım veren sağlık çalışanları, özellikle hemşireler, merhamet yorgunluğu açısından yüksek risk kalabilmektedirler (Denk ve Koçkar, 2018).

Bireylerin manevi boyutu hastalık ve iyileşme süreci ile yakın etkileşimdedir. Bu sebeple hastanın manevi boyutunun güçlenmesi umutlarını ve tedaviye katılımını artırarak iyileşme sürecini de kısaltmaktadır (Çetinkaya ve ark., 2007). Hemşireler, maneviyat ve manevi bakım konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmalı, hastaların manevi ihtiyaçlarını iyi tanıyarak hastalara en uygun girişimi uygulamalıdır. Hemşirelerin bu uygulamaları gerçekleştirirken maneviyat ve manevi bakım

kavramlarını algılama düzeyi, kendi düşünce sistemi, farkındalık ve bilgisi etkili olmaktadır (Daştan ve Buzlu, 2010).

Cerrahi hemşirelerinin Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (MYÖ) ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımları Tablo 4.3'te incelendi. Cerrahi hemşirelerinin MYÖ puan ortalaması 55.66 ± 22.22 bulunmuştur (Tablo 4.3). Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 130, en düşük puanın 13 olduğu düşünüldüğünde cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. MYÖ'nün alt boyutlarından olan "İkincil Travma" puan ortalaması 20.41 ± 9.12 , "Mesleki Tükenmişlik" ortalaması 35.24 ± 14.32 ile düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Van Mol ve ark. (2015) yoğun bakım hemşireleri arasında merhamet yorgunluğunu incelediği çalışmalarında, merhamet yorgunluğu düzeyini %7.3 düşük olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızla benzer şekilde; Kırçı (2021) pediatri hemşireleriyle yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyini düşük bulmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Bülbüloğlu ve Çınar (2021)'in cerrahi hemşireleriyle yapmış oldukları bir çalışmada hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin yüksek olduğu, ikincil travma ve mesleki tükenmişlik durumunun ise orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Beevi ve ark. (2019)'nın 50 yoğun bakım ve acil hemşiresi üzerinde yaptığı çalışmaya göre hemşirelerin merhamet yorgunluğu %75 olarak yüksek düzeyde bulunmuştur. Çingöl ve arkadaşlarının (2018) öğrenci hemşirelerle yaptığı çalışmada, öğrencilerin merhamet yorgunluğu düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bulgulardaki farklılığın örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin yaşları, eğitim düzeyleri, çalışılan birim, sosyo-kültürel ve bölgesel farklılıklar nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada cerrahi hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyinin düşük olmasında veri toplama sürecinin COVID-19 pandemi dönemine denk gelmesinin etkili olduğu düşünülebilir. COVID-19 pandemisinde elektif cerrahi girişimlerde belirgin ölçüde azalmanın ve daha az hasta sirkülasyonunun olmasının cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeyini olumlu yönde etkilediği şeklinde düşünülebilir.

Cerrahi hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımları Tablo 4.3'te incelendi. Cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ puan ortalaması 3.73 ± 0.44 , Maneviyat ve manevi bakım alt boyutu 3.88 ± 0.61 , dinsel alt boyutu 3.49 ± 0.62 ve bireysel bakım

alt boyutu toplam puan ortalaması 3.78 ± 0.57 olarak bulundu (Tablo 4.3). Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği toplam puan ortalamasının 5'e yaklaşması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışma sonucunda cerrahi hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım algısının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Çalışmamızla benzer şekilde, Kavak ve ark. (2014) hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre maneviyat ve manevi bakım algısının yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yapılan farklı çalışmalardaki bulgular da sonuçlarımızla paraleldir (Yılmaz ve Okyay, 2009, Kostak ve ark., 2010). Benzer şekilde, Musa ve ark. (2019) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin manevi bakım sağlayabilecek en uygun sağlık profesyonelleri olduğunu ve hemşirelerin manevi iyi oluşlarının orta seviyede olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızdan farklı olarak Kutlu ve ark. (2020) yoğun bakım hemşireleriyle yapmış olduğu bir çalışmada hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılama düzeyinin orta seviyede olduğunu belirtmiştir. Sonuçlarımızdan hareketle, katılımcı hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma önem verdikleri, konuya duyarlı oldukları ve konuyla ilgili farkındalıklarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

5.2. Cerrahi Hemşirelerinin MYÖ ve Alt Boyutları ile MMBDÖ ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonun Tartışılması

Çalışmamızda MYÖ mesleki tükenmişlik alt boyutu ile ikincil travma alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki ($r=0.76$, $p<0.001$), MYÖ ortalama puanı ile ikincil travma ($r=0.91$, $p<0.001$) ve mesleki tükenmişlik ($r=0.95$, $p<0.001$) alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.4). Bu sonuçlar, cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu düzeyi arttıkça ikincil travma ve tükenmişlik düzeyinin de arttığını göstermektedir Aynı zamanda mesleki tükenmişlik düzeyi arttıkça ikincil travma düzeyi de artmaktadır Yılmaz ve Buldukoğlu (2021), merhamet yorgunluğu ile tükenmişlik arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirtmiştir. Şahin (2022)'in çalışmasında, hemşirelerin merhamet düzeyi arttıkça tükenmişlik puanlarının azaldığı, merhamet yorgunluğu seviyeleri arttıkça tükenmişlik puanlarının da arttığı bulunmuştur. Giles (2011) çalışmasında, hemşirelerin %54'ünün tükenmişlik yaşadığını ve merhamet puanlarının düşük

olduğunu saptamıştır. Yine Hemsworth (2018) Kanadalı ve Avustralyalı palyatif bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada, merhamet memnuniyeti ve tükenmişlik arasında negatif yönde, merhamet yorgunluğu ve ikincil travma stresi arasında pozitif yönde, merhamet memnuniyeti ve ikincil travma stresi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki belirlemiştir. Cohen ve ark. (2017), Polat ve Erdem (2017) ve Kılıç'ın (2018) çalışmalarında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Literatür incelendiğinde hemşirelerin hastaya yardım etme isteği, hastayla empati kurma becerisi ve merhamet duygusuyla uzun süreli bakım vermesinin tükenmişlikle sonuçlandığı belirtilmektedir. Bunun sonucunda hemşirelerin bakım verme yeterliliğinde, enerjilerinde, empati ve merhamet duygusunda azalma olduğu ifade edilmektedir (Figley 2002, Coetzee ve Klopper 2010, Circenis ve Millere 2011, Pehlivan ve Güner 2018). Çalışmamızın bu bulguları literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda MMBDÖ ortalama puanı ile maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanı arasında anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki ($r=0.84$, $p<0.001$), MMBDÖ'nün dinsel alt boyutu puanı ($r=0.60$, $p<0.001$) ve bireysel bakım ($r=0.66$, $p<0.001$) alt boyut puanı ile arasında anlamlı pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki; bireysel bakım alt boyut puanı ile maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı arasında anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunurken ($r=0.59$, $p<0.001$), dinsel alt boyut puanı ile maneviyat ve manevi bakım alt boyut puanı arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur ($r=0.22$, $p=0.003$), (Tablo 4.4). Maneviyat ve manevi bakım alt boyutu manevi bakım için zaman ayırma; hastaların korku, endişe ve üzüntülerine duyarlı olma; hastaların mahremiyetine, onuruna ve kültürel inançlarına saygı duymayı içermektedir (Strang ve ark., 2002). Dinsel alt boyutunun temel kavramı olan din ise, birçok insanın maneviyatını birincil ifade etme yolu olabilmektedir. Manevi bakımın hastanın dini uygulamaları, kişisel inançları ve değerlerini destekleyen tüm hemşirelik bakımlarını içerdiği, bu nedenle de dinin, maneviyat kavramının temel parçasını oluşturduğu bildirilmektedir. Bireysel bakım alt boyutu ise din görevlisi çağırma; bakım verirken şefkatli, ilgili ve güler yüzlü olma; hastanın yakın çevresi ile ilişkilerini desteklemeyi içermektedir (Chew ve ark., 2016). Tüm bu uygulamalar maneviyat ve manevi bakımın temelini oluşturmaktadır ve birbirleriyle yakın etkileşim halindedir. Bizim kültürümüzde hastalara güleryüzlü ve şefkatli davranma, korku, endişe ve üzüntülerine duyarlı olma, mahremiyetine,

onuruna ve kültürel inançlarına saygı duyarak yaklaşma kabul görürken, hastane ortamında dini konuların hayatın son döneminde daha konuşulur ve bu konuda hastanın isteklerinin yerine getirilmesi konusunda çaba gösterilir olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, MYÖ ve alt boyutları ile MMBDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4). Bu sonuca göre cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin maneviyat ve manevi bakım algısını etkilemediği söylenebilir. Holistik bakımın en önemli bileşenlerinden biri olan manevi bakım algısının, merhamet yorgunluğu gibi olumsuz bir faktörden etkilenmemesi kaliteli hasta bakımı açısından istendik bir durumdur. Çalışmamızdan farklı olarak, Bülbüloğlu ve Çınar (2021)'in cerrahi hemşireleriyle yaptığı bir çalışmada merhamet yorgunluğu ile bakım memnuniyeti arasında güçlü pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Çayır (2021)'in yaşlı hastalara bakım veren hemşirelerle yaptığı çalışmaya göre, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları ile yaşam doyumları arasında anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

5.3. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre MYÖ ve Alt Boyutları ile MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Cerrahi hemşirelerinin **yaş gruplarına** göre, yalnızca MYÖ ortalama puanı ortanca değeri ve mesleki tükenmişlik alt boyut puanı ortanca değeri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0.03$), (Tablo 4.5). Buna göre; 20-29 yaş aralığında olan hemşirelerin MYÖ ortalama puanı ortanca değeri ve mesleki tükenmişlik alt boyut puanı ortanca değeri 50 ve üzeri yaş grubuna göre anlamlı seviyede yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde Dikmen ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da 20-35 yaş grubu hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri yüksek bulunmuştur. Yine Kelly ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada 21-33 yaş aralığında bulunan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Erdem ve Uyaroğlu'nun (2021) çalışmasında yaş grupları ile merhamet yorgunluğu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Sacco ve arkadaşlarının (2015) yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmada ise 50 yaş ve üzeri hemşirelerin merhamet yorgunluğu diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada hemşirelerin yarısına yakınının

20-29 yaş aralığında olması, bu yaş grubunun mesleki deneyim açısından daha tecrübesiz oluşu, tükenmişlik ve merhamet yorgunluğu açısından yeterli düzeyde baş etme mekanizmalarını henüz geliştirememiş olmaları gibi etkenlerin sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Yaş değişkeni ile MMBDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.5). Çalışmamızla benzer şekilde Kostak ve ark. (2010) ile Çelik ve ark. (2014)'nın çalışmalarında da yaş değişkeninin maneviyat ve manevi bakımı etkilemediği belirtilmiştir. Çalışmalar arasındaki bu farklılıkların katılımcı hemşirelerin bireysel özelliklerinden ve çalışılan kurumların farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Cerrahi hemşirelerinin **medeni durumlarına** göre, MYÖ ve alt boyut puanı ortanca değerleri ile MMBDÖ ve alt boyut puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.5). Çalışmamızla benzer şekilde Bülbüloğlu ve Çınar (2021) ve Şahin (2020)'in çalışmalarında medeni durumun merhamet yorgunluğunu etkilemediği belirtilmiştir. Kavak ve arkadaşlarının (2014) ile Kostak ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında da medeni durumun maneviyat ve manevi bakımı etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Sacco ve arkadaşlarının (2015) ve Özan (2019)'in çalışmalarında bekar hemşirelerde daha yüksek düzeyde merhamet yorgunluğu görüldüğü belirtilmiştir. Çelik ve ark. (2014) ile Özbaşaran ve ark. (2011) bekar hemşirelerin evli olanlara göre maneviyat ve manevi bakım düzeyinin daha yüksek olduğu sonucunu bildirmişlerdir. Hemşirelerin medeni durumları ile ilgili çalışmalar arasında ortaya çıkan farklılıkların çalışmaların evreni, örnekleme, hemşirelerin farklı bireysel özelliklere sahip olmaları ve çalışma koşulları ile açıklanabilir. Çalışmamızda medeni durumun merhamet yorgunluğu ve manevi bakımı etkileyen bir faktör olmaması çalışma grubundaki cerrahi hemşirelerin kişisel özelliklerini işlerine yansıtmadıklarını düşündürmekte ve bu yönüyle profesyonel bir tutum sergiledikleri şeklinde yorumlanabilir.

Cerrahi hemşirelerinin **eğitim durumuna** göre, MYÖ ve alt boyut puanı ortanca değerleri ile MMBDÖ alt boyut puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), MMBDÖ ortalama puanı ortanca değeri lisansüstü mezunu hemşirelerde ön lisans mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur

($p=0.02$), (Tablo 4.5). Çalışmamızla benzer şekilde, Wong ve ark. (2008) ile Özbaşaran ve ark. (2011) çalışmalarında hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça maneviyat puanlarının da yükseldiği bulunmuştur. Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir (2016) ile Wu ve Lin (2011)'in maneviyat ve manevi bakım düzeylerinin eğitim durumu ile karşılaştırıldığı araştırmalarında da, lise mezunu hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım düzeyi en düşük, yüksek lisans eğitimi almış hemşirelerin en yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Kutlu ve ark. (2020) ile Gönenç ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında ise eğitim düzeyinin maneviyat ve manevi bakımı etkilemediği bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde, Katran ve arkadaşlarının (2021) yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışma sonucunda eğitim düzeyinin merhamet yorgunluğunu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Acil serviste çalışan hemşirelerde yapılan bir çalışmada ise, lisans ve doktora derecesine sahip olan hemşirelerde merhamet memnuniyet düzeyinin, diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu ayrıca, yüksek lisans veya doktora derecesine sahip olanların ikincil travma stres düzeylerinin, diğer derecelere sahip hemşirelere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiş ve merhamet yorgunluğu düzeyinin eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir fark yaratmadığı ortaya konulmuştur (Samson ve ark., 2016). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak, Sacco ve ark. (2015) ile Katula'nın (2015) çalışmalarında eğitim seviyesi arttıkça merhamet yorgunluğu düzeyinde de artış olduğu bulunmuştur. Literatürde yapılan benzer çalışma bulguları birbirinden farklılık göstermekle birlikte, eğitim düzeyi arttıkça maneviyat ve manevi bakım düzeyinin artması, katılımcı hemşirelerin manevi bakımla ilgili farkındalıklarının ve sorumluluk bilinçlerinin eğitim seviyesiyle paralel olarak arttığını düşündürmüştür ve bu beklenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Katılımcı hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinden medeni durum, çocuk sayısı, gelir durumu ve çalışılan kurumun MYÖ ve alt boyutları ile MMBDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.5). Literatür incelendiğinde sonuçlarımızla paralel bulguların çoğunlukta olduğu görülmüştür (Yılmaz ve Okyay, 2009; Dasan ve ark., 2015; Kavak ve ark., 2014; Melhem ve ark., 2016; Yılmaz ve Üstün, 2019; Bülbüloğlu ve Çınar, 2021).

5.4. Cerrahi Hemşirelerinin Çalışma Özellikleri ve Maneviyatla İlgili Düşüncelerine Göre MYÖ ve Alt Boyutları ile MMBDÖ ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Klinik sorumlusu olarak çalışan cerrahi hemşirelerinde MMBDÖ'nün bireysel bakım alt boyut puanı ortanca değeri klinik hemşirelerine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.049$), (Tablo 4.6). Çidem (2022)'in hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada, servis sorumlu hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım derecelerinin servis hemşirelerine göre istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak, Ercan ve arkadaşlarının (2017) yaptığı bir çalışmada çalışılan pozisyonun maneviyat ve manevi bakımı etkileyen bir faktör olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerin pozisyonlarının maneviyat ve manevi bakım düzeylerini etkilemediği bulunmuştur (Turan ve Yavuz Karamanoğlu, 2012; Çetinkaya ve ark., 2013; Karaman, 2019). Sorumlu hemşirelerin iş tecrübelerinin, eğitici rollerinin, sorumluluk bilinçlerinin ve farkındalıklarının klinik hemşirelerine göre daha iyi düzeyde olması bireysel bakım puanlarının iyi olması sonucunu ortaya koymaktadır.

MMBDÖ'nün dinsel alt boyut puanı ortanca değeri haftalık ortalama 40-50 saat çalışan cerrahi hemşirelerinde 50 saatten fazla çalışanlara göre yüksek saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.005$), (Tablo 4.6). Literatürde bulgularımızla benzer nitelikte haftalık çalışma saati arttıkça maneviyat ve manevi bakım düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Özbaşaran ve ark., 2011; Akgun Şahin ve Kardeş Özdemir, 2016). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Irmak (2018) ile Çelik ve ark. (2014) çalışmalarında, haftalık çalışma saatinin manevi bakımı etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır. Çalışma saatinin artması hemşirelerin hasta odaklı değil iş odaklı çalışmasına sebep olabilir, iş odaklı çalışan hemşire hastanın manevi ihtiyaçlarını göz ardı edebilir (Tezcan, 2019). Bu sebeple çalışma saatinin daha az olması hemşirelerin hasta odaklı çalışmasına olanak sağlayarak, manevi ihtiyaçların da dikkate alındığı daha etkili bir bakım sağlayabileceklerini düşündürebilir.

Cerrahi hemşirelerinin **çalıştıkları birime** göre, MYÖ ortalama değeri, ikincil travma ($p=0.009$) ortanca değeri ve mesleki tükenmişlik alt boyut puanı ortalama

değeri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.001$), (Tablo 4.6). Buna göre, ameliyathanede çalışan hemşirelerin MYÖ ortalama değeri, ikincil travma ortanca değeri ve mesleki tükenmişlik alt boyut puanı ortalama değerleri, diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha düşüktür. MYÖ ve alt boyutlarından en yüksek puanı ise acil serviste çalışan hemşireler almıştır. Burnett ve Wahl (2015), 139 acil çalışanı ile yaptığı çalışmada çalışanların %72'sinin merhamet yorgunluğu altında olduğunu ifade etmiştir. Literatürde hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyi birimlere göre değişkenlik göstermektedir. Orhan ve Doğan'ın (2021) çalışmasında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin diğer birimlere göre merhamet yorgunluğu düzeyi daha fazla bulunmuştur. Branch ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada pediatrik yoğun bakımda çalışan hemşirelerin merhamet düzeyinin düşük, tükenmişlik ve stres düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Berger (2015), yenidoğan yoğun bakım, onkoloji servisi ve yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluklarının daha fazla olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Şahin (2020) çalışmasında çalışılan servis ile merhamet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiş, acil servis ve dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu riskinin diğer servislerde çalışan hemşirelere oranla daha az olduğunu bildirmiştir. Kara'nın (2018) çalışmasında hastanede çalışılan klinikler ile merhamet yorgunluğu alt boyutu puanlarına ilişkin olarak yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Sonuçlardan hareketle, ameliyathanede çalışan hemşirelerin diğer birimlere oranla hasta ve hasta yakınlarıyla daha az iletişim kurmaları ve hastayla daha az zaman geçirmeleri sebebiyle merhamet yorgunluğu deneyimlerinin daha düşük olduğu söylenebilir. Acil serviste çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve ikincil travma puanlarının yüksek olmasının kaza, kayıp, ölüm vb. beklenmedik bir anda kriz yaşayan bireylere hizmet vermekten kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışılan birime göre MMBDÖ ve alt boyut puanı ortanca değerleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$), (Tablo 4.6). Literatürde çalışmamızla benzer nitelikte çalışmalar bulunmaktadır (Yılmaz ve Okyay, 2009; Kostak ve ark., 2010; Çelik ve ark., 2014; Kavak ve ark., 2014; Yıldırım ve ark., 2018). Çalışmamızdan farklı olarak Kavak ve ark. (2014)'nın yaptığı çalışmaya göre cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin manevi bakım düzeyi diğer birimlere oranla daha yüksek

bulunmuştur. Çalışılan birimin manevi bakım düzeyini etkilememesi katılımcı hemşirelerin profesyonel tutum göstermeleri şeklinde açıklanabilir.

Çalıştıkları birimde mutlu olduklarını ifade eden cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ortalama puanı ortanca değeri, ikincil travma ve mesleki tükenmişlik alt boyut puanı ortanca değerleri düşük bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$), (Tablo 4.6). Çalışmamızla benzer şekilde Şamil (2022)'in yoğun bakım hemşireleri ile yaptığı çalışmaya göre, çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyi düşük saptanmıştır. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak, Bakan ve ark. (2020)'nin yaptığı çalışmada birimde mutlu olma durumunun merhamet yorgunluğu düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Çalıştığı birimde mutlu olan cerrahi hemşirelerinin olumsuz durumlara ve hastaların olumsuz davranışlarına karşı daha çözüm odaklı ve toleransı yüksek bir yaklaşım sergiledikleri düşünülmektedir. Cerrahi hemşirelerinin kliniklerde isteyerek çalışması memnuniyetlerini olumlu etkilediği ve merhamet yorgunluğu, ikincil travma ve tükenmişlik yaşama sıklığını azalttığı söylenebilir.

Çalışılan birimde mutlu olma durumuna göre, MMBDÖ ve alt boyut puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.6). Çalışmamıza benzer şekilde Tambağ ve ark. (2018)'nin çalışmasında, çalıştığı birimden memnun olma durumunun hemşirelerin manevi destek algısı düzeylerini etkilemediği görülmüştür. Çalışmamızdan farklı olarak, Çidem (2022) çalışmasında çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin manevi bakım algısının iyi düzeyde olduğu sonucuna ulaşmıştır. Katılımcı hemşirelerin çalıştığı birimde mutlu olup olmama durumlarının maneviyat ve manevi bakım verme düzeylerini etkilememesi hemşirelerin mesleki olarak profesyonel tutumlarının iyi düzeyde olduğunu düşündürmüştür.

Cerrahi hemşirelerinde **bakım verilen bireylerin durumunun o günkü çalışma performansını etkileme durumuna** göre, MYÖ ortalama puanı ortanca değeri ve alt boyut puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4.6). Buna göre, bakım verdiği bireylerin durumunun o günkü çalışma performansını etkilediğini belirten cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ($p=0.006$), ikincil travma ($p=0.006$) ve mesleki tükenmişlik ($p=0.007$) düzeyi yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızdan farklı

olarak, Şahin (2020)'in çalışmasında, hastalarla empati kuran, hastaların duygularından etkilenen, hastalara yardım edebildiği için mutlu hisseden ve hastaların acısından etkilendiği için bakım vermekten kaçınan hemşirelerin merhamet düzeyleri yüksek, merhamet yorgunluğu düzeyleri ise düşük bulunmuştur. Cerrahi kliniklerinde hasta sirkülasyonunun fazla olması, bu kliniklerde tedavi gören hastaların cerrahi operasyon gibi acı ve ağrı veren travmatik bir deneyim yaşamaları bu hastalara bakım veren hemşirelerin daha fazla merhamet yorgunluğu, ikincil travma ve tükenmişlik yaşama riskini arttırdığı düşünülebilir.

MMBDÖ ortalama ve alt boyut puanları ortanca değerleri ile bakım verilen bireylerin durumunun o günkü çalışma performansını etkileme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.6). Katılımcı hemşirelerin çalışma performansının bakım verilen bireylerin durumlarından etkilennememesi hemşirelerin profesyonelliğinin ve mesleki tecrübelerinin iyi düzeyde olması ile açıklanabilir.

Hastaların **maneviyatına yönelik uygulama yaptığını** belirten cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ'nün bireysel bakım düzeyi daha yüksek bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.01$), (Tablo 4.6). Çalışmamızla benzer şekilde Kostak ve ark. (2010) ile Kavak ve ark. (2014)'nin çalışmalarında da manevi bakım uygulayan hemşirelerin manevi bakım algısının iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Kobyay Bulut ve Meral (2019)'in öğrenci hemşirelerle yaptığı çalışmada stajlarda manevi bakım uygulayan öğrencilerin manevi bakım algısının iyi düzeyde olduğunu bulmuştur. Çalışmamızdan farklı olarak Erenoğlu ve Başer (2016)'in ebeler ile yaptıkları çalışmaya göre, manevi bakıma yönelik uygulama yapma durumunun maneviyat ve manevi bakımı etkilemediği bulunmuştur. Chan ve ark. (2006)'nın çalışmasında ise hemşirelerin manevi bakıma yönelik uygulamaların bakım planlarına nadiren dahil ettikleri ifade edilmiştir. MMBDÖ, bireysel bakım alt boyutu din görevlisi çağırma; bakım verirken şefkatli, ilgili ve güleryüzlü olma; hastanın yakın çevresi ile ilişkilerini desteklemeyi içermektedir. Bu bilgiden hareketle hastaların maneviyatına yönelik uygulama yapan hemşirelerin hastalarına bireyselleştirilmiş bakım sunduğu söylenebilir.

Maneviyat, kültürüne, inanç ve değerlerine bağlı olan insanlar için önemli bir ihtiyaç olmasının yanı sıra bireyleri çaresizlik ve ümitsizlik duygularından uzaklaştırarak, kriz durumlarıyla baş etmelerini güçlendiren bir yoldur. Bu sebeple, bireylerin manevi ihtiyaçlarının değerlendirilerek gerekli bakımın sağlanması önemli bir hemşirelik rolüdür (Öz, 2004). Katılımcı hemşirelerin dörtte üçü hastaların maneviyatına yönelik uygulama yaptıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin, en fazla yaptıkları manevi uygulamalar arasında “Dinliyorum”, “Gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum”, “İbadet etmek istediğinde ona ortam hazırlıyorum”, “Bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum” seçeneklerini işaretlediği saptanmıştır. Yılmaz ve Okyay (2009)’ın çalışmasında da hemşirelerin hastaların manevi gereksinimlerini karşılamak için onları dinledikleri, bakım verirken güler yüzlü davrandıkları ve gerektiğinde akrabalarıyla görüşmelerini sağladıkları belirtilmiştir. Taylor ve ark. (1995)’nin çalışmalarında hemşirelerin, hastaların manevi bakım ihtiyaçlarını karşılamak için onlarla konuştuklarını ve onları dinlediklerini, bir din görevlisinden yardım istediklerini veya ibadet edebilecek imkan sağladıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik gösteren bu bulgu literatürü destekler niteliktedir.

Çalışılan kurum, çalışma şekli, toplam çalışma süresi, aylık ortalama nöbet sayısı, birimde çalışma süresi, bir günde bakım verilen ortalama hasta sayısı, hastaların manevi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşünme durumu, hastalıkların iyileşmesinde maneviyatın etkisi olduğuna inanma durumu, çalışılan klinikte hemşirelerin manevi gereksinimlere dikkat ettiğini düşünme durumu ve yapılan manevi uygulamalar değişkenlerinin MYÖ ve alt boyut puanları ile MMBDÖ ve alt boyut puanları üzerine etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ile maneviyat ve manevi bakım arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmanın sonuçları aşağıda sunulmuştur.

- Katılımcıların %47.7'si 20-29 yaş aralığında,%55.7'si evli, %45.9'unun iki çocuğu var, %71.6'sı lisans mezunu ve%50.6'sı orta gelir durumuna sahip olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1).

- Katılımcıların %72.2'si Ordu Devlet Hastanesinde, %92.6'sı gündüz+gece karma şekilde ve %94.3'ü klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır. Katılımcıların %38.6'sı 13 yıl ve üzerinde ve %50.6'sı haftalık ortalama 40-50 saat arasında çalışmakta, %55.7'si aylık ortalama 6-10 nöbete kalmakta ve %52.2'si günde ortalama 10 hasta ve üzerinde hastaya bakım vermektedir. Cerrahi hemşirelerinin %31.8'i cerrahi kliniklerinde, %28.4'ü acil ünitesinde ve %50.6'sı 1-5 yıldır aynı birimde çalışmaktadır. Katılımcıların %50'si çalıştığı birimde mutlu olduklarını ve %39.2'si kısmen mutlu olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2).

- Katılımcıların%65.9'u bakım verilen bireyin durumunun o günkü çalışma performanslarını etkilediğini,%95.5'ihastaların manevi bakıma ihtiyaç duyduğunu ve %97.2'si hastalıkların iyileşmesinde maneviyatın etkisi olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %58'i çalıştığı klinikteki hemşirelerin genelde hastanın manevi gereksinimlerine dikkat ettiğini düşündüklerini ve %76.1'i hastalarının manevi gereksinimlerine yönelik yaptığı bir uygulama olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.2).

- Cerrahi hemşirelerinin MYÖ puan ortalaması 55.66 ± 22.22 bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 130, en düşük puanın 13 olduğu düşünüldüğünde cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. MYÖ'nün alt boyutlarından olan *İkincil Travma* puan ortalaması 20.41 ± 9.12 , *Mesleki Tükenmişlik* puan ortalaması 35.24 ± 14.32 ile düşük olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3).

- Cerrahi hemşirelerinin MMBDÖ puan ortalaması 3.73 ± 0.44 bulunmuştur. *Maneviyat ve manevi bakım* alt boyutu 3.88 ± 0.61 , *dinsellik* alt boyutu 3.49 ± 0.62 , *bireysel bakım* alt boyutu puan ortalaması ise 3.78 ± 0.57 bulunmuştur (Tablo 4.3). Ölçeğin değerlendirilmesinde "toplam puan ortalamasının 5'e yaklaşması maneviyat

ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir” ifadesi doğrultusunda çalışmaya katılan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısının iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

• Çalışmamızda MYÖ *mesleki tükenmişlik* alt boyutu ile *ikincil travma* alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki ($r=0.76$, $p<0.001$), MYÖ ortalama puanı ile *ikincil travma* ($r=0.91$, $p<0.001$) ve *mesleki tükenmişlik* ($r=0.95$, $p<0.001$) alt boyutu arasında anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.4). Buna göre hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyi arttıkça ikincil travma ve tükenmişlik düzeyinin de artacağı söylenebilir.

• Çalışmamızda MMBDÖ ortalama puanı ile *maneviyat ve manevi bakım* alt boyutu puanı arasında anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki ($r=0.84$, $p<0.001$), *dinsellik* ($r=0.60$, $p<0.001$) ve *bireysel bakım* ($r=0.66$, $p<0.001$) alt boyut puanları arasında anlamlı pozitif yönde orta şiddette bir ilişki saptanmıştır. MMBDÖ *maneviyat ve manevi bakım* alt boyut puanı ile *dinsellik* alt boyut puanı ile arasında anlamlı pozitif yönlü zayıf ilişki ($r=0.22$, $p=0.003$), *bireysel bakım* alt boyut puanı ile arasında anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki bulunmuştur ($r=0.59$, $p<0.001$), (Tablo 4.4).

• Çalışmamızda, MYÖ ve alt boyutları ile MMBDÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4). Bu sonuca göre cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin maneviyat ve manevi bakım algısını etkilemediği söylenebilir.

• Cerrahi hemşirelerinde MYÖ ortalama puanı ve *mesleki tükenmişlik* alt boyut puanı 20-29 yaş aralığında olanlarda 50 yaş ve üzerinde olanlara göre yüksek bulunmuş ve aralarındaki fark anlamlı saptanmıştır ($p=0.03$), (Tablo 4.5). Buna göre; 20-29 yaş aralığında olan cerrahi hemşirelerinde merhamet yorgunluğu ve mesleki tükenmişlik düzeyi yüksek bulunmuştur.

• Cerrahi hemşirelerinin eğitim durumuna göre, MYÖ ve alt boyutları ile MMBDÖ alt boyut puanı ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), lisansüstü mezunu hemşirelerin lisans mezunlarına göre MMBDÖ ortalama puanı ortanca değeri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.02$), (Tablo 4.5).

• Cerrahi klinikleri sorumlu hemşirelerinde MMBDÖ'nün *bireysel bakım* alt boyut puanı ortanca değeri, klinik hemşirelerine göre yüksek ve aradaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.049$), (Tablo 4.6). Bu sonuç bireysel bakıma sorumlu hemşirelerin daha önem verdiğini düşündürmektedir.

- MMBDÖ'nün *dinsellik* alt boyut puanı ortanca değeri haftalık 40-50 saat çalışan cerrahi hemşirelerinde haftalık 50 saatten fazla çalışanlara göre yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.005$), (Tablo 4.6). Bu sonuç cerrahi hemşirelerinde haftalık 50 saatin üzerinde çalışmanın hastaların manevi yönleri ile ilgili bakımın ihmal edilmesi sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

- Ameliyathanede çalışan hemşirelerde MYÖ ortalama puanı ($p<0.001$), *ikincil travma* ortanca değeri ($p=0.09$) ve *mesleki tükenmişlik* ($p<0.001$) alt boyut puanı ortalama değeri diğer cerrahi birimlerde çalışan hemşirelere göre daha düşük ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.005$), (Tablo 4.6).

- MYÖ ortalama puanı ($p<0.001$), *ikincil travma* ($p=0.001$) ve *mesleki tükenmişlik* ($p<0.001$) alt boyut puanları çalıştıkları birimde mutlu olduklarını belirten cerrahi hemşirelerinde düşük ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.6). Buna göre çalıştığı birimde mutlu olan cerrahi hemşireleri, merhamet yorgunluğu, ikincil travma ve mesleki tükenmişliği düşük düzeyde yaşamaktadır.

- Çalışılan birimde mutlu olma durumuna göre, MMBDÖ ve alt boyut puanı ortanca değerleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

- Bakım verilen hastaların durumunun o günkü çalışma performansını etkilediğini belirten cerrahi hemşirelerinde MYÖ ortalama puanı ($p=0.006$), *ikincil travma* ($p=0.006$) ve *mesleki tükenmişlik* ($p=0.007$) alt boyut puanları yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 4.6). Bu sonuç; cerrahi hemşirelerinde bakım verilen hastaların durumunun kötü olmasının çalışma performanslarını olumsuz etkilediği, merhamet yorgunluğu, ikincil travma ve mesleki tükenmişlik düzeylerini artırdığını göstermektedir.

- Bakım verilen bireylerin durumunun o günkü çalışma performansını etkileme durumuna göre, MMBDÖ ve alt boyut puanı ortanca değerleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

- MMBDÖ'nün *bireysel bakım* alt boyut puanı hastaların maneviyatına yönelik uygulama yaptığını belirten cerrahi hemşirelerinde yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0.01$), (Tablo 4.6). Bu sonuç, hastaların maneviyatına

yönelik uygulama yaptığını belirten hemşirelerde bireysel bakım düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

- Çalışılan kurum, çalışma şekli, toplam çalışma süresi, aylık ortalama nöbet sayısı, birimde çalışma süresi, bir günde bakım verilen ortalama hasta sayısı, hastaların manevi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşünme durumu, hastalıkların iyileşmesinde maneviyatın etkisi olduğuna inanma durumu, çalışılan klinikte hemşirelerin manevi gereksinimlere dikkat ettiğini düşünme durumu ve yapılan manevi uygulamalar değişkenlerinin MYÖ ve alt boyutları ile MMBDÖ ve alt boyut puanları üzerine etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

6.2. Öneriler

Bu çalışmada bulunan sonuçlar doğrultusunda;

- Cerrahi hemşirelerinin merhamet yorgunluğu riskini azaltmak için, çalıştığı klinikle ilgili memnuniyet durumlarının, yönetici hemşireler tarafından belli aralıklarla değerlendirilmesi ve problemlere çözüm yolları aranması,

- Hemşirelerin çalışan memnuniyeti politikası gereğince mümkün olduğu kadar çalışmakta istekli oldukları birimlerde görevlendirilmeleri,

- Acil servis, yoğun bakım gibi travmatik hastaların bulunduğu birimlerde çalışan hemşirelerin bu birimlerde uzun süreli çalışmalarının önlenmesi ve farklı birimlere, istekleri doğrultusunda, rotasyonlar yapılması,

- Hemşirelerin motivasyonlarının ve işle ilgili problemlerinin öncelikli olarak değerlendirilmesi, merhamet yorgunluğu açısından risk faktörlerinin belirlenmesi, çalışma şartlarının iyileştirilmesi, dinlenme saatlerinin düzenlenmesi,

- Özellikle mesleki tecrübesi az olan genç hemşirelere merhametli bakım uygulamalarına yönelik hizmetiçi eğitimlerin verilmesi,

- Merhamet yorgunluğu açısından risk altında olan cerrahi hemşireleri, bireysel olarak koruyucu önlemlerin alınması, bu amaçla cerrahi hemşireleri, merhamet yorgunluğu kavramını ve belirtilerini iyi tanımalı ve bireysel olarak kendini geliştirerek bu riski en aza indirmesi,

- Cerrahi hemşireleri manevi bakımı önemsemekte ve gerekli görmektedir, bu sebeple hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım düzeylerini geliştirecek hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

- Hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim müfredatında holistik (bütüncül) yaklaşımla maneviyat ve manevi bakıma daha fazla yer verilmesi,
- Maneviyat ve manevi bakım düzeyi lisansüstü eğitim alan hemşirelerde daha yüksek olması nedeniyle lisansüstü eğitim almak isteyen hemşirelerin çalışma koşullarında esneklik sağlanması,
- Cerrahi hemşirelerinde manevi bakım konusuyla ilgili ulusal ve uluslararası literatür sınırlıdır. Konuyla ilgili daha geniş örneklem grupları ve araştırma yöntemleriyle ileri araştırmalar yapılması ve bu araştırmanın yapılacak çalışmalara kaynak oluşturması,
- COVID-19 pandemi döneminde elde edilen bulgular ile pandemi sonrasında elde edilecek bulguların birbirinden farklılık gösterebilmesi olasıdır. Bu sebeple pandemi sonrası benzer ölçeklerle hemşire gruplarında yapılacak çalışma sonuçları için kaynak oluşturması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers:a validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (1), 103–108.
- Abedi HA. (2011). Spiritual care in hospitalized patients, Iranian. *Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16, 125-32.
- Abell CH, Garrett-Wright D, Abell CH, Abell CE. (2018). Nurses' perceptions of competence in providing spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*, 36 (1): 33-37.
- Acar EÇ, Fındık ÜY. (2015).Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18 (4), 268-273.
- Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F. (2016). Spirituality and spiritual care: A descriptive survey of nursing practices in Turkey. *Contemporary Nurse*, 52 (4), 454-461.
- Akın ŞH. (2018). Merhamet kavramı ve Schopenhauer'in merhamet yaklaşımının değerlendirilerek farklı düşünürlerin görüşleriyle karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 5 (3), 126-131.
- Akman Ö, Arkan B, Öztürk C, Papadopoulos I. (2021). Türkiye'deki hemşirelerde merhametin araştırılması: uluslararası araştırma sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47 (2), 247-253.
- Alan H. (2018). Merhamet yorgunluğu ve yönetici hemşirenin rolü. *Journal of Health and Nursing Management*, 5, 141-146.
- Asgar Pour H, Özvurmaz S, Kunter D. (2017) Hemşirelik ve ebelik intörn öğrencilerinde manevi bakıma yönelik algı ve uygulama modelinin değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 7 (3), 225-233.
- Aştı N, Pektekin Ç, Adana F (2015). Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 13 (54) , 27-34.
- Avşaroğlu S, Güleş E. (2019). Özel gereksinimli çocuğa sahip anne babaların yaşam doyumlarının öz-anlayış ve merhamet düzeyleri açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 27 (1), 365-376.
- Ayers S, Ford E. (2012). Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth. Martin C.R. (Ed). Perinatal Mental Health: A Clinical Guide. London: City, University of London Institutional Repositor. S:155-164.

- Bakan AB, Kılıç D, Aslan G, Uçar F. (2020). Onkoloji birimleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde etik duyarlılık ve merhamet yorgunluğu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4 (1) , 20-29.
- Baldacchino D. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (7), 885-896.
- Baldacchino D, Draper P. (2002). Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6), 833-841.
- Baldacchino DR. (2011). Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*, 11 (1), 47-53.
- Baysak E, Eroğlu MZ, Utku Ç, Kaya B (2019). Acil ve yoğun bakım ünitesi çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, tükenmişlik ve baş etme biçimlerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 36-47.
- Beck TC. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25 (1), 1-10.
- Beevi A, Abidfaheem TK, Varkey JV, Davichan J. (2019). Compassionate fatigue among nurses working in critical care areas. *International Journal of Health Sciences and Research*, 9 (7), 58-62.
- Berger J, Polivka B, Smooth EA, Oweens H. (2015). Compassions fatigue in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 6, 11-7.
- Blomberg K, Griffiths P, Wengström Y, May C, Bridges J. (2016). Interventions for compassionate nursing care: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 137-155.
- Booth L, Kaylor S. (2018). Teaching spiritual care within nursing education: A holistic approach. *Holistic Nursing Practice*, 32 (4), 177-181.
- Boyle DA. (2015). Compassion fatigue: The cost of caring. *Nursing*, 48-51.
- Bride BE, Radey M, Figley CR. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155–163.
- Burnell L, Agan DL. (2013). Compassionate care: Can it be defined and measured? The development of the compassionate care assessment tool. *International Journal of Caring Science*, 6 (2), 180-187.

- Burnett H, Wahl K. (2015). The compassion fatigue and resilience connection: a Survey of resilience, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among trauma responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 17, 1318-1326.
- Bülbüloğlu S, Çınar F. (2021). Cerrahi hemşirelerde merhamet yorgunluğunun bakım memnuniyetine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24 (2), 255-263.
- Callister LC, Matsumura G, Bond E, Mangum S. (2004). Threading spirituality throughout nursing education. *Holistic Nursing Practice*, 18, 160-5.
- Chan CLW, Ng SM, Ho RTH, Chow AYM. (2006). East meets west: applying Eastern spirituality in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (7), 822-832.
- Chandramohan S, Bhagwan R. (2016). Utilization of spirituality and spiritual care in nursing practice in public hospitals in kwazulu-natal, *South Africa. Religions*, 7 (23), 2-13.
- Chew BW, Tiew LH, Creedy DK. (2016). Acute care nurses' perceptions of spirituality and spiritual care: An exploratory study in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (17-18), 2520-2527.
- Chıdarıkire S. (2012). Spirituality: The neglected dimension of holistic mental health care. *Advances in Mental Health*, 10 (3), 298–302.
- Circenis K, Millere I. (2011). Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2042–2046.
- Coetzee SK, Klopper HC. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, 12 (2), 235-243.
- Cohen R, Leykin D, Golan-Hadari D, Lahad M. (2017). Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives, *Midwifery*, 50, 1-8.
- Çayır HA. (2021). Yaşlı Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları ile Yaşam Doyumları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun
- Çelik A, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1 (3), 1–12.

- Çetin A. (2021). Yaşamın Anlamı ve Benlik Saygısının Hemşirelerin Manevi Bakım Yeterlilik Algısı ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. (2007). Spirituel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8 (1), 47-50.
- Çetinkaya B, Azak A, Altundağ Dünder S. (2013). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 5-10.
- Çınar F, Eti Aslan F (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: Yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Jaren Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(1), 37-42.
- Çidem A. (2022). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Düzeyleri ile Duygusal Emek Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Çingöl N, Çelebi E, Zengin S, Karakaş M. (2018). Bir sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin merhamet düzeylerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21, 61-67.
- Dağhan Ş. (2018). Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care; an example of Turkey. *Journal of Religion and Health*, 57 (1), 420–430.
- Dalgacı B, Gürses İ. (2018). Merhametin sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2 (1), 181-204.
- Dasan S, Gohil P, Cornelius V. (2015). Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emergency Medicine Journal*, 32 (8), 588-594.
- Daştan NB, Buzlu S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (1), 73-79.
- Dedeli O, Karadeniz G. (2009). Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spirituel modelin birleştirilmesi. *Ağrı*, 21 (2), 45-53.
- Denk T, Koçkar Ç. (2018). Compassion fatigue in nurses working in surgical clinics. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(4), 237-245.
- Dikmen Y, Aydın Y. (2016). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne yapmalı?. *Journal of Human Rhythm*, 2, 13-21.
- Dikmen Y, Aydın Y, Tabakoğlu P. (2016). Compassion fatigue: A study of critical care nurses in Turkey. *Journal of Human Sciences*, 13 (2), 2879-2884.

- Eğlence R, Şimşek N. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 48-53.
- Eğlence R. (2016). Kronik Hastalıklar ve Spiritüel Bakım. Ovayolu N, Ovayolu Ö. (Ed.). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. S:688-696.
- Ercan F, Körpe G, Demir S. (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Gazi Medical Journal*, 29, 17-22.
- Erdem Ö, Koçak Uyaroğlu A. (2021). Hemodiyaliz hemşirelerinde merhamet düzeyi ve ilişkili faktörler. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (2), 207-215
- Erenoğlu R, Başer M. Doğumevinde çalışan ebelerin manevi bakıma ilişkin görüş ve düşünceleri. 1. Uluslararası 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Antalya, Özet Kitabı, 2016; 183.
- Ergül Ş, Bayık A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1), 37-45
- Ergül Ş, Temel AB. (2007). Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği' nin türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23, 75-87.
- Erişen M, Sivrikaya KS. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (3) , 184-190.
- Ertümer AG. (2019). Sağlık Profesyonellerinin Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Figley CR. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. *Tulane University*, 1-20.
- Figley CR. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433-1441.
- Fileming K, Matarese K. (2020). Compassion fatigue and the art model. *Nursing*, 50 (3), 58-61.
- Freudenberger HJ. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Gallegher R. (2013). Compassion fatigue. *Canadian Family Physician*, (59) 3, 265-268.

- Gentry JE, Baggerly J, Baranowsky A. (2004). Training-as-treatment: effectiveness of the certified compassion fatigue specialist training. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 6(3), 147-155.
- Gök GA. (2015). Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: Hemşirelerde merhamet yorgunluğu. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20, 299-313.
- Gökçe G, Yılmaz B. (2017). Afetlerde yardım çalışanları: İkincil travmatik stres ve başa çıkma. *Türkiye Klinikleri*, 2(3), 198-204.
- Gönenç İM, Akkuzu G, Durdun Altın R, Möroy P. (2016). Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (3), 34-38.
- Gör F. (2013). İlköğretim Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi Öğretim Programında Merhamet Değeri. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Gürlek Ö, Yavuz M. (2013). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (1), 8-15.
- Hamilton M. (2008). Compassion fatigue: What school counsellors should know about secondary traumatic stress. *The Alberta Counsellor*, 30 (1), 9-21.
- Hemsworth D, Baregheh A, Aoun S, Kazanjian A. (2018). A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Applied Nursing Research*, 39, 81-88.
- Hiçdurmaz D, İnci FA. (2015). Eşduyum yorgunluğu: tanımı, nedenleri ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry)*, 7 (3), 295-303.
- Hiçdurmaz D, Öz F. (2013). Stresle başatmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 16 (1), 50-56.
- Hür S. (2018). Yoğun Bakım Hemşirelerine Verilen Stres Yönetimi Eğitiminin Merhamet Yorgunluğuna Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Irmak H. (2018). Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamaları, Algıları ve Yeterlilikleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Jarrad R, Hammad S, Shashi T, Mahöoud N. (2018). Compassion fatigue and substance use among nurses. *Annals of General Psychiatry*, 13 (17), 1-8.
- Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22 (4), 116-121.

- Kara D. (2018). Hemşirelerin Merhamet Yorgunluklarının ve Öz Anlayışlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Karagül A. (2012). Manevi bakım: Anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi (Hollanda örneği). *Dini Araştırmalar*, 14 (40), 5-27.
- Karaman A. (2019). Hemşirelerin Manevi Bakım Algıları ile Manevi Bakım Yeterlilikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Karasu FA. (2020). Koronavirüs ve Manevi Bakım. Aylaz R, Yıldız ÜE. (Ed.). Yeni Koronavirüs Hastalığının Toplum Üzerine Etkileri ve Hemşirelik Yaklaşımları. Malatya: İnönü Üniversitesi Yayınevi. S:143-150.
- Katran HB, Gür S, Arpag N, Çavuşlu M. (2021). COVID-19 pandemisinde yoğun bakım hemşirelerinde merhamet yorgunluğu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 25 (2), 42-50 .
- Katula KR. (2015). Compassion Fatigue in Critical Care Nursing and Development of An Educational Module in Partial Fulfillment of The Requirements. USA: North Dakota State University.
- Kavak F, Mankan T, Polat H, Çıtlık Sarıtaş S, Sarıtaş S. (2014). Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 21-24.
- Kelly L, Runge J, Spencer C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47 (6), 522–528.
- Kılıç S. (2018). Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Travmatik Stres Belirtileri, Mesleki Tatmin Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğunun İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
- Kırmızı Y. (2022). COVID-19 Servisinde Çalışan Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu. Yüksek Lisans Tezi, Bitlis Eren Üniversitesi, Bitlis
- Kobyay Bulut H, Meral B. (2019). Öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (4) , 353-362 .
- Konal E, Ardahan M. (2018). Merhamet yorgunluğu ve hemşirelik, *Sağlık ve Toplum*, 28 (1), 11-16.
- Korkut Bayındır S, Biçer S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4 (1):25-29.

- Kostak M, Çelikalp Ü, Demir M. (2010). Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 218-225.
- Kostak MA. (2007). Spiritual dimension of nursing care. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2,105-15.
- Kutlu Ö, Ermin C, Aygin D. (2020). Yoğun bakım hemşirelerinin spiritüel iyi oluşları ile manevi bakım algılarının değerlendirilmesi . *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3 (3) , 130-142.
- Leeuwen VR, Cusveller B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 234-46.
- Lombardo B, Eyre C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16 (1).
- Lynch SH, Lobo ML. (2012). Compassion fatigue in family care givers: A wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 2125–2134.
- Maslach C, Jackson S. (1986). Maslach Burnout İnventory Manual (2. bs.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. S: 1-17.
- McSherry W, Draper P, Kendrick D. (2002). The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (7), 723–734.
- Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. (2007). Increase dprevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175 (7), 693-697.
- Melhem GAB, Zeilani RS, Zaqqout OA, Aljwad AI, Shawagfeh MQ, Rahim M. (2016). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: a comparison study among all health care sectors in jordan. *Indian Journal of Palliative Care*, 22, 42-49.
- Musa AS, Al Qadire MI, Aljezawi ME, Tawalbeh LI, Aloush S, Albanian FZ. (2019). Barriers to the provision of spiritual care by nurses for hospitalized patients in jordan. *Research and Theory for Nursing Practice*, 33 (4), 392-409.
- Najjar N, Davis LW, Beck-Coon K, Carney C. (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14, 267–77.

- Narayanasamy A, Owens J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 446-455.
- Oflaz F, Özcan CT, Taştan S, Çiçek H, Aslan Ö, Vural H. (2010). Hemşirelerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini tanıma durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1 (1), 1-6.
- Orhan E, Doğan AK. (2021). Pediatri ünitelerinde çalışan hemşirelerin duyarlı sevgi düzeyleri ile merhamet düzeyleri arasındaki ilişki. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 12 (44), 149-157.
- Öz F (2004). İnsan, spiritüel gereksinimler ve hemşirelik. *MN Klinik Bilimler ve Doktor*, 10 (1), 350-358.
- Özbaşaran F, Ergül Ş, Bayık Temel A, Gürol Aslan G, Çoban A. (2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (21-22), 3102-3110.
- Özçelik Z. (2019). Diş Hekimlerinde Duygusal Emek ile Tükenmişlik İlişkisi: Adana Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi, Mersin.
- Pearce MJ, Coan AD, Herndon JE, Koenig HG, Abernethy AP. (2012). Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*, 20 (10), 2269-2276.
- Pehlivan T, Güner P. (2018). Merhamet yorgunluğu: Bilinenler, bilinmeyenler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9 (2), 129-134.
- Perregrini M. (2019). Compating compassion fatigue. *Nursing*, 49 (2), 51-54.
- Peters E. (2018). Compassion fatigue in nursing: a concept analysis. *Nursing Forum*, 53, 466-480.
- Polat FE. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: sağlık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1 (26), 291-312.
- Polat FN, Erdem R. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1 (26), 291-312.
- Richardson P. (2012). Assessment and implementation of spirituality and religiosity in cancer care: Effects on patient outcomes. *The Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16 (4), 150-155.

- Sabo B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue, *Journal of Issues in Nursing*, 16 (1), 51-69.
- Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among. *Critical Care Nurses*, 35 (4), 32-43.
- Samson T, Iecovich E, Shvartzman, P. (2016). Psychometric characteristics of the hebrew version of The Professional Quality-Of-Life Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52 (4), 575-581.
- Sawatzky R, Pesut B. (2005). Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal Holistic Nursing*, 23 (1), 19-33.
- Showalter SE. (2010). Compassion fatigue: what is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 27 (4), 239-242.
- Sinclair S, Norris JM, Mcconnell SJ, Chochinov HM, Hack TF, Hagen NA, McClement S, Bouchal SR. (2016). Compassion: A scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliat Care*, 19, 6–21.
- Strang S, Strang P, Ternestedt M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (1), 48–57.
- Sülü E. (2014). Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (3), 187-191.
- Şahin Ö. (2020). Hemşirelerin Merhamet Yorgunluğu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay.
- Şamil E. (2022). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerde Algılanan Stres Merhamet Yorgunluğu Sosyal Destek ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Şener Özalp Ş. (2021). COVID-19 pandemisinde hemşirelerin ödediği bedel: Merhamet yorgunluğu. *Journal of Innovative Healthcare Practices*, 2 (2), 80-87.
- Şirin M, Yurttaş A. (2015). Hemşirelik bakımının bedeli: merhamet yorgunluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8 (2), 123-130.
- Şuer T. (2005). Posttravmatik stres bozukluğu. *Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 47, 205-210.

- Tambag H, Mansuroğlu S, Yıldırım G. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: Bir pilot alışma. *Journal of Contemporary Medicine*, 8 (2), 159-164.
- Tanrikulu G, Ceylan B. (2021). ocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerde merhamet düzeyi ve merhamet yorgunluğu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30 (1), 31-36 .
- Taylor EJ, Amenta M, Highfield M. (1995). Spiritual care practices of oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 22 (1), 31-9.
- TDV İslam Ansiklopedisi. Merhamet. Erişim: 15.03.2022, <https://İslamansiklopedisi.Org.Tr/Merhamet>.
- Tezcan A. (2019). ocuk Kliniğinde alışan Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi, İstanbul. S:48-92.
- Tuncay T, Oral M. (2012). Onkoloji alışanlarında dolaylı travmatizasyon üzerine bir gözden geçirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23 (1), 161-171.
- Turan T, Yavuz Karamanoğlu A. (2012). Determining intensive care unit nurses' perceptions and practice levels of spiritual care in Turkey. *Nursing in Critical Care*, 18, 70-78.
- Türk Dil Kurumu Szluğu. Erişim:15 Mart 2022, <https://sozluk.gov.tr/>
- Uğurlu A, Konca A, Eti Aslan F. (2017). Merhamet ve hemşirelik: Merhamet ölçülebilir mi?. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 9, 233-238.
- Uğurlu ES. (2014). Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (3), 194-201.
- Uslu Y, Demir Korkmaz F. (2020). Kalp damar cerrahisi yoğun bakım hemşirelerinde şefkat yorgunluğu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (2) , 192-197.
- Uslu Y, Korkmaz FD. (2017). Hemşirenin hissi tarafı: şefkat yorgunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33 (1), 103- 113.
- Van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *Plos One*, 10(8).
- Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. (2008). Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review*, 55(3), 333-340.
- Wright KB. (1998). Professional, ethical and legal implications for spiritual care in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (1), 81-83.

- Wu LF, Lin LY. (2011). Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research*, 19 (4), 250-256.
- Yıldırım D, Özer Z, Bölüktaş RP. (2018). Hemşirelerin manevi bakım odaklı yaklaşımları. *Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (13), 23 – 34.
- Yılmaz G, Üstün B. (2019). Onkoloji hemşirelerinin profesyonel yaşam kalitesini ve travma sonrası gelişim düzeylerini etkileyen sosyodemografik ve mesleki faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10 (4), 241-250.
- Yılmaz M, Okyay N. (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 42-52.
- Yoder EA. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191– 197.
- Yu H, Jiang A, Shen J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28-38.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Form No:

Bu çalışmada, “Cerrahi Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu ile Maneviyat ve Manevi Bakım Arasındaki İlişki”nin incelenmesi amaçlanmıştır. Soru formu ve ilgili ölçeklerin doldurulması 20 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması bilimsel değeri nedeniyle oldukça önemlidir. Çalışma bulguları bilimsel amaç dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Formlarda isminiz yer almayacak, form numarası ile çalışılacaktır. Sonuçlar tamamen istatistiksel değerler üzerinden yapılacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim...

SEDA BİRLİKBAŞ

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

1. Yaşınız?
2. Medeni durumunuz?
1. Evli 2. Bekar
3. Varsa çocuk sayısı.....
4. Mezun olduğunuz okul?
1. Sağlık Meslek Lisesi 2. Ön lisans 3. Lisans 4. Lisansüstü
5. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?
1. 1 yılın altı 2. 1- 4yıl 3. 5-8 yıl 4. 9-12 yıl 5. 13 yıl ve üzeri
6. Gelir durumunuzu belirtiniz.
1. Düşük 2. Orta 3. İyi 4. Çok iyi
7. Çalışma şekliniz?
1. Gündüz 2. Gündüz+Gece 3. Gece
8. Göreviniz?
1. Klinik Hemşiresi 2. Sorumlu Hemşire
9. Haftalık ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?
1. 40 saat 2. 40-50 saat 3. 50 saatten fazla

10. Aylık ortalama nöbet sayınız?

1. 1-5 2. 6-10 3. 11 ve üstü

11. Şu anda çalıştığınız birimi yazınız

12. Kaç yıldır bu birimde çalışıyorsunuz?

13. Çalıştığınız birimde mutlu musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen

14. Bir günde bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı?

1. 1-3 2. 4-6 3. 7-9 4. 10 ve üzeri

15. Bakım verdiğiniz bireylerin durumları o günkü çalışma performansınızı etkiliyor mu?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen

16. Hastalarınızın manevi bakıma ihtiyaç duyduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

17. Hastalıkların iyileşmesinde maneviyatın etkisi olduğuna inanır mısınız?

1. Evet 2. Hayır

18. Çalıştığınız klinikte hemşirelerin manevi gereksinimlere dikkat ettiğini düşünüyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen

19. Hastalarınızın maneviyatına yönelik yaptığınız bir uygulama var mı?

1. Evet 2. Hayır

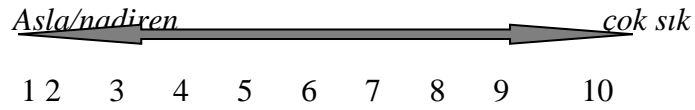
20.19. soruya cevabınız evet ise, uygulamanız nedir? (Birden fazla işaretlenebilir)

1. Dinliyorum
2. Gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum
3. İbadet etmek istediğinde ona ortam hazırlıyorum
4. Bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum
5. Diğer.....

Ek 2. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği (MEYÖ)

MERHAMET YORGUNLUĞU ÖLÇEĞİ

İş ve yaşam durumunuza ilişkin aşağıdaki ifadeleri değerlendirin. 1 ile 10 arasındaderecelendirilmiş değerlendirme ölçeğini kullanarak deneyimlerinizi en iyi yansıtanrakamları yazın:



- ___ a. İşim yüzünden kapana sıkışmış gibi hissediyorum.
- ___ b. Hayattaki hedeflerime ulaşmada başarılı olamadığımı düşünüyorum.
- ___ c. Hastalarım ile ilgili olarak geçmiş durumları anımsadığım oluyor.
- ___ d. İşimde “başarısız” olduğumu hissediyorum.
- ___ e. Hastalarımın deneyimlediklerine benzer sıkıntılı rüyalar görüyorum.
- ___ f. Hastalarla çalışmaktan dolayı umutsuzluk duygusuna kapıldığım oluyor.
- ___ g. Sağlık çalışanı olmanın bir sonucu olarak kendimi sıklıkla yorgun, güçsüz veya bitkin hissediyorum.
- ___ h. Özellikle zor hastalarla çalıştıktan sonra rahatsız edici düşüncelere kapıldığım oldu.
- ___ i. İşim nedeniyle depresif hissettiğim oldu.
- ___ j. Bir hastayla çalışırken yaşadığım korkunç bir deneyimi bir anda ve istemeden hatırladığım oldu.
- ___ k. İşimi özel yaşamımdan ayırmada kendimi başarısız hissediyorum
- ___ l. Bir hasta ile ilgili travmatik bir deneyim yaşadığımda uykularım kaçıyor.
- ___ m. İşimle ilgili olarak değersizlik, hayal kırıklığı veya öfke hissediyorum.

Ek 3. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

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

Ek 4. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma, “**Cerrahi Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu ile Maneviyat ve Manevi Bakım Arasındaki İlişki**”yi inceleyen bilimsel bir araştırmadır. Bu çalışma, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ’ın danışmanlığında ve Ordu Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Seda AYDIN tarafından yürütüldü. Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur. Araştırmadaki formları doldurmanız yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Soru formlarına isim yazmanız gerekmemekte olup, formları doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu çalışmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı:

İş Adresi:

Telefonu:

E-Posta:

Tarih ve İmzası:

Ek 5. MEYÖ İzin Yazısı



ölçek hk.

3 ileti

seda
Alıcı:

5 Ara 2019 Per, 14:45

Merhaba hocam,

Ben Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Doç. Dr. Nurgül Bölükbaş hocamın danışmanlığında yapacağım tez çalışmamda, izniniz doğrultusunda, geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız "Merhamet Yorgunluğu Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. İzniniz olursa, izin verdiğinizden belirten ifadenizi, ölçeğin özgün formu ile yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

SAYGILARIMLA...

Sevgi DİNÇ

Alıcı: seda

11 Ara 2019 Çar, 14:29

Sayın Seda Hanım,
Ölçeği kullanmanızda herhangi bir sakınca bulunmamaktadır. Ölçek ve ölçeğin değerlendirilmesine ilişkin bilgilendirmeyi ekte size iletıyorum.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin makalemiz Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi 2019 Cilt 11 Özel Sayı1'de 10.18863/pgy.590616 doi numarası ile kabul edilmiştir. Referans olarak makaleyi gösterirseniz sevinirim.

Tez sürecinizin başarılı geçmesi dileğiyle;

İyi çalışmalar diliyorum.
Saygılarımla.

Dr.Arş.Gör. sevgi DİNÇ

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Demirçelik Kampüsü/KARABÜK

Gönderen: seda

Gönderildi: 5 Aralık 2019 Perşembe 14:45

Ek 6. MMBDÖ İzin Yazısı



Ölçek izni

3 ileti

SEDA BİRLİKBAŞ

2 Ara 2019 Pzt, 14:33

Alıcı:

Merhaba hocam,

Ben Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Doç. Dr. Nurgül Bölükbaş hocamın danışmanlığında yapacağım tez çalışmamda, izniniz doğrultusunda, geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. İzniniz olursa, izin verdiğinizden belirten ifadenizi, ölçeğin özgün formu ile yönergesini ve makalenin orijinal formunu e-posta ile gönderebilir misiniz?

SAYGILARIMLA...



safak daghan

5 Ara 2019 Per, 09:47

Alıcı: SEDA BİRLİKBAŞ

Seda hanım merhaba, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Prof.Dr.Ayla Bayık Temel ile birlikte yaptığımız Maneviyat ve Manevi Bakım Algılama ölçeğinin kullanımına ilişkin izin istek mailinizi aldım. Öncelikle ilginize teşekkür ederiz. Bu güne kadar ölçeği kullanmak isteyen pek çok araştırmacı oldu ve tümüne bu izni verdik. Sizde araştırmanızda kullanma isteğinizi memnuniyetle karşıladık. Bir konuda sizin onayınızı almamız gerekiyor, şöyle ki sizden önceki tüm başvurulardan da ricamız, çalışmanın sonunda SPSS te kodlanmış verilerini bize de göndermeleriydi. Sizden de ricamız, sizin onay verdiğiniz zamandan sonra göndereceğiniz araştırma verilerinizi (SPSS veri tabanı), diğer araştırmacıların göndermiş olduğu önceki verilerle birlikte ölçeğe ilişkin bir değerlendirme yapmak üzere kullanmaktır. Bu konuda geri bildiriminizi bekliyoruz. İlginize tekrar teşekkür ederiz.

Kimden: "SEDA BİRLİKBAŞ"

Kime: "safak daghan"

Gönderilenler: 2 Aralık Pazartesi 2019 14:33:49

Konu: Ölçek izni



Geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Prof.Dr.Ayla Bayık Temelle birlikte yaptığımız **Maneviyat ve Manevi Bakım Algılama** ölçeğinin kullanımına ilişkin izin istek mailinizi aldım. Ölçeğin tekrarlı çalışmaları kullanımı, bilimsel olarak ölçme gücünü arttıracaktır. Çalışmanızda kullanmanıza izin verdiğimizizi iletmek isterim. Lütfen yayınlanızda uygun şekilde kaynak gösterimi yapınız. İlgili kaynaklar ölçek formunda yer almaktadır.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.



Prof. Dr. Şafak DAĞHAN

Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Bölümü / Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı

Ek 7. Kurum İzni



ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI

ARAŞTIRMA YAPACAK KİŞİ/VİŞİLER	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACAK TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
Yüksek Lisans Öğrencisi Seda BİRLİKBAŞ	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ordu Devlet Hastanesi	15/01/2020 31/05/2020	Cerrahi Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu ile Maneviyat ve Manevi Bakım Arasındaki İlişkisi

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllüğü esasına göre katılımlarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edinilecek verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla 13/03/2020 tarih 00114781765 Barkot No - E.2712 sayılı vazo ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere itina ile uygun görülmüştür.../.../20...

Ecz. Yasemin GÜDÜK
UZMAN
Uygundur/Uygun Değildir.

Doç.Dr. Halim TİMUR
BAŞKANIM
Uygundur/Uygun Değildir.

Uzm.Dr. Kerem DOĞU BİLMEZ
BAŞKAN YARDIMCISI
Uygundur/Uygun Değildir.

Uzm.Dr. Muhammet ÖZBİLEN
BAŞKAN YARDIMCISI
Uygundur/Uygun Değildir.


Uzm. Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
Komisyon Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.

Ek 8. Etik Kurul Onayı



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
26/03/2020	07	15.30	49

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Doç. Dr. Ahmet KARATAŐ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2020/ 49

Sorumlu yürütücü Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ'ın KAEK 44 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Cerrahi Hemşirelerinde Merhamet Yorgunluğu İle Maneviyat ve Manevi Bakım Arasındaki İlişki*" baŐlıklı araŐtırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk aÇısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Ahmet KARATAŐ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Seda AYDIN

Doğum Yeri: Mesudiye/ORDU

Doğum Tarihi: 08.10.1995

Yabancı Dili: İngilizce

E-posta:

İletişim Bilgileri: Çarşamba Devlet Hastanesi

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2014-2018
Yüksek Lisans	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Ordu Üniversitesi	2018-

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Sağlık Bakanlığı Samsun Çarşamba Devlet Hastanesi	2019-

Yayımlar:

1. Bölükbaş N, Birlikbaş S (2019). ERAS rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2 (3), 194-205.

