



**T.C.  
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
SPİRİTUAL BAKIMA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**NURAY GİDER**

**Danışman**

**Doç.Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA**

**ARALIK, 2018**

**MUĞLA**



**T.C.**  
**MUĞLA SİTKİ KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN**  
**SPİRİTUAL BAKIMA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ**

**NURAY GİDER**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsünce**  
**“Yüksek Lisans”**  
**Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.**

**Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 09.01.2019**

**Tezin Sözlü Savunma Tarihi: 28.12.2018**

**Tez Danışmanı: Doç.Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA**

**Jüri Üyesi: Doç.Dr. Medine YILMAZ**

**Jüri Üyesi: Dr.Öğr.Üyesi Ayşe KACAROĞLU VİCDAN**

**Enstitü Müdürü: Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK**

**ARALIK, 2018**

**MUĞLA**

## TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün ...../...../2018 tarih ve ..... sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin..... maddesine göre, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nuray GİDER'in "**İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Spiritual Bakıma İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi**" adlı tezini incelemiş ve aday ...../...../..... tarihinde saat .....’da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra ..... dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin ..... olduğuna .....ile karar verildi.

Doç. Dr. Media SUBAŞI BAYBUĞA

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Medine YILMAZ

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Ayşe KACAROĞLU VİCDAN

Üye

## YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Spiritual Bakıma İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’ da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

09/01/2019

Nuray GİDER

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ**  
**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

**YAZARIN MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.**

**Soyadı:** GİDER

**Adı:** Nuray

**Kayıt No:**

**TEZİN ADI**

Türkçe: “İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Spiritual Bakıma İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi”

Y. Dil: “Determination of the views of the nurses working in the secondary health care on spiritual care”

**TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans**

(X)

**Doktora**

( )

**Sanatta Yeterlilik**

( )

**TEZİN KABUL EDİLDİĞİ**

**Üniversite** : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

**Fakülte** : Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Enstitü** : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Diğer Kuruluşlar:**

**Tarih** :

**TEZ YAYINLANMIŞSA**

**Yayınlayan** :

**Basım Yeri** :

**Basım Tarihi** :

**ISBN** :

**TEZ YÖNETİCİSİNİN**

**Soyadı, Adı** : SUBAŞI BAYBUĞA, Media

**Ünvanı** : Doç.Dr.

**TEZİN YAZILDIĞI DİL :** Türkçe

**TEZİN SAYFA SAYISI :** 67

**TEZİN KONUSU (KONULARI) :**

1. Spiritualite
2. Spiritual/Manevi Bakım

**TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :**

1. Spiritual Bakım
2. Spiritualite
3. Hemşire

**İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER :**

1. Spiritual care
2. Spirituality
3. Nurse

**1- Tezinden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum** ( )

**2- Tezinden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir** (X)

**3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir** ( )

**Yazarın İmzası :**

**Tarih : 09/01/2019**

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin spiritual bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan 329 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 181 hemşireden veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ) kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programında değerlendirilmiştir. Veri analizinde frekans ve yüzde dağılımları, Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeğinde bulunan 17 ifadeye hemşirelerin verdiği yanıtların normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Kolmogorov Smirnov testi yapılmıştır. Yapılan bu analiz sonucunda normal dağılıma uygunluk tespit edilmemiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ile +2 arasında olmadığından ve ayrıca Shapiro-Wilk testinde de her bir boyutun anlamlılık düzeyi 0,000 olduğu için verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle veri analizlerinde non-parametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk söz konusu olmadığından Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği ifadelerinin 2 bağımsız grup açısından karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden çok bağımsız grup arasında karşılaştırma yapıldığında ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Çalışma için etik kurul ve kurum izni, ayrıca katılımcıların sözlü onamları alınmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hemşirelerin % 42'si 30-39 yaş grubunda, %32'sinin meslekte çalışma süresi 20-29 yıl olup, % 92,8'i kadın, %7,2'si ise erkek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %86,7'sinin evli, %51,9'u lisans mezunu ve %75,7'si servis hemşiresi olarak görev yaptığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %59,6'sının spiritual (manevi) bakım hakkında bilgilerinin olmadığı ve hemşirelerin iletişim becerisini (%83,4) manevi bakımda en çok sahip olunması gereken beceri olarak ortaya koyduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %54,7'sinin spiritualite (maneviyat) kavramını kişinin iç dünyası ile ilgili duygular (huzur, inanç- vicdan vb.), hemşirelerin %31'inin spiritual (manevi) bakımı kişi/hastayı dinlemek ve psikolojik destek sağlama olarak tanımladığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %47,5'i spiritualite ve din kavramının aynı olmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %43,6'sı çalıştığı birimde kısmen spiritual bakım verildiğini ve hemşirelerin spiritual bakıma yönelik yapılan uygulamaları psikolojik destek sağlama

(%23,2), konuşma (%20,4), dinleme (%19,9) ve güler yüzlü davranma (%19,9) şeklinde belirttiği saptanmıştır. Hemşirelerin %77,3'ü hastalara (akut, kronik, pre-op post-op dönem, onkoloji), %63,5'i terminal dönem hastalarına, %62,4'ü yaşlı bireylere ve %41,4'ünün ise sağlıklı bireylere spiritual bakım verilmesi görüşüne sahiptir. Hemşirelerin %85,1'i spiritual bakımı psikologların vermesi gerektiğini belirtirken, %64,1'i spiritual bakımın gerekli olduğunu düşünmektedir. Hemşirelerin %76,8'inin manevi bakımla ilgili herhangi bir hemşirelik tanısı duymadıklarını, %86,2'sinin manevi bakımla ilgili hemşirelik tanısı koymadıklarını, %55,2'sinin manevi bakım verme konusunda kendisini yeterli hissetmediğini ve %44,2'sinin manevi bakım vermede kısmen güçlük yaşadığı saptanmıştır. Çalışmada hemşirelerin manevi bakım vermede yaşadıkları güçlükleri; çalışma koşulları (%30,9), zaman yetersizliği (%30,4), bilgi yetersizliği (%27,1) ve ortamın uygun olmaması (%27,1) olarak sıraladığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %64,6'sının maneviyata ait kendi görüşlerinin spiritual bakım vermede etkili olan hemşire ile ilişkili faktörleri oluşturduğu saptanmıştır. Çalışmada hemşirelerin, %76,2'sinin mesleki eğitimlerinde spiritualiteyle ilgili konulara yer verilmesi gerektiği, %78,5'inin spiritualite konusunda eğitim almak istedikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği puan ortalamalarında; maneviyat ve manevi bakım alt boyutunda  $27,73 \pm 3,79$ , dinsel alt boyutunda  $13,86 \pm 2,80$ , bireysel bakım alt boyutunda  $15,52 \pm 6,56$  olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Araştırma kapsamında hemşirelerin spiritual bakıma ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde spiritual (manevi) bakım hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı ve hemşirelerin iletişim becerisini manevi bakımda en çok sahip olunması gereken beceri olarak ortaya koyduğu, mesleki eğitimlerinde spiritualiteyle ilgili konulara yer verilmesi gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeğine ait boyutların puan ortalamaları ile hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi bazı özellikleri arasında anlamlı farklar bulunurken, tüm boyutların puan ortalamaları ile hemşirelerin medeni durumu, iş pozisyonu, hemşirelerin çalıştıkları birim özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin spiritual ve spiritual bakıma ilişkin bilgi gereksinimi olduğu ve algılarında farkındalık oluşturulmasına yönelik eğitim programları oluşturularak uygulamaya entegre edilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Spiritualite, Spiritual (Manevi) Bakım, Hemşire.



## ABSTRACT

**Aim:** This study has been conducted to investigate spritual aspects of nurses working at secondary health care services.

**Methodology:** The sampling of this descriptive study consists of 329 nurses working at Muğla Sıtkı Koçman University Training and Research Hospital. Data was collected from 181 nurses who agree to participate in research. Personal information form and spirituality and spiritual care rating scale were administered as data collection tools. Data was analysed through SPSS 22.0 (Statistical package for the social sciences). In data analysis, frequency and percentage distribution and the Kolmogorov-Smirnov test were used to assess the participating nurses' responses to the 17 items on the spirituality and spiritual care rating scale. The result of the analysis yielded no consistency regarding any usual distribution. As the range of skewness and kurtosis was not between -2 and +2 as well as the w-value in the output of Shapiro-Wilk Test was 0,000 it was found out that there was no usual distribution. Therefore, in data analysis non-parametric tests were administered. Since there was no usual distribution, in the comparison of the expressions the spirituality and spiritual care rating scale with a regard to the 2 independent groups the Whitney U test and with a regard to over two independent groups the Kruskall Wallis test were administered. For the study, ethical approval from the ethical committee and from the institution were obtained and also participants' oral consent was obtained.

**Findings:** Age range of 42% of the nurses that took part in the study were 30-39. Working period for 32% was 20-29 years. 92,8% female and 7,2% males. 86,7% were married, 51,9% held BA degrees. 75,7% were found to be service nurses. 56,9% of the nurses were found to have no knowledge on spiritual care and 83,4% stated that communication skill was the most effective skill that one had to have for spiritual care. 54,7% of the nurses believed sprituality had to do with feelings related to one's inner world (i.e., peace, belief and conscience etc.). 31% defined spritual care as listening to the patient and providing psychological support. 45,7% of the nurses stated that the concept of spirituality was not the same as that of religion. 43,6% of the nurses stated that partial spirituality was provided in the clinic where

they worked and that spiritual practices were realised through providing psychological support (23,2%), speaking (20,4%), listening (19,9%), acting with smiles (19,9%). 77,3% of the nurses support the view that those patients with an (acute, pre and post op period and oncology). 63,5% believe that patients who are in terminal periods, 62,4% elderly patients and 41,4% healthy individuals should be provided with spiritual care. 85,1% of the nurses stated that spiritual care should be provided by psychologists whereas 64,1% believed that spiritual care was necessary. 76,8% of the nurses stated that they had never heard of any nursery diagnosis on spiritual care, 86,2% stated that they had never diagnosed spiritually, 55,2% didn't feel himself/herself ready to give spiritual care and that 44,2% had a partial difficulty with regard to giving spiritual care. The difficulties in giving spiritual care in the study for the nurses were working conditions (30,9%), time constraints (30,4%), lack of knowledge (27,1%), inappropriate conditions (27,1%) respectively. It was also found out that 64,6 % of the nurses believed their own views of spiritual care giving constituted factors that were related to nurses. 76,2% of the nurses in the study believed that vocational training had to involve topics related to spirituality and that 78,5% wanted to do training on spiritual care. The mean values for the spiritual care scale were  $27,73 \pm 3,79$  with an emphasis to spiritual care and with an emphasis to religion  $13,86 \pm 2,80$  and individual care  $15,52 \pm 6,56$ .

**Results:** An overall evaluation of the views of the participating nurses yielded that they did not have enough knowledge on spiritual care they thought that the most important skill to have was communication skill and that vocational training had to involve topics related to spiritual care. It also yielded substantial differences in the mean values of the grading scale as well as the nurses' sexes, ages, level of education. On the other hand, the mean values of all dimensions and such factors as the nurses' marital status, position at work, the units where they worked didn't make a meaningful difference statistically. It is thought that nurses need to receive more knowledge on spiritual care and training programs should be held to raise their awareness to integrate into the system.

**Key words:** Spirituality, Spiritual Care, Nurse.

## TEŞEKKÜR

Çalışmanın gerekleőmesi s¼recinde bilgi ve donanımıyla yardımlarını esirgemeyen, değerli y¼nlendirmeleriyle tezin planlanmasına ve gerekli d¼zeltmelerin yapılmasına katkı sağlayan tez danıőmanım sayın hocam Doç.Dr. Media SUBAŞI BAYBUğA'ya saygı ve Ő¼kranlarımı sunuyorum.

¼zerimde emeği olan t¼m b¼l¼m hocalarıma teőekk¼r¼ bir borç biliyorum.

Ayrıca tez s¼recimde arka planda beni manevi olarak destekleyen, g¼sterdikleri sabırla heyecanımı canlı tutan t¼m aile fertlerime, ¼zellikle eőim Prof.Dr. ¼mer G¼DER'e ve kızlarım Aslı ve Nazlı G¼DER'e, hayatımın her d¼neminde desteklerini esirgemeyen annem ve babama en içten teőekk¼rlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET.....</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>vi</b>
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ .....</b>	<b>ix</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Sağlık Kavramı .....	4
2.2. Hastalık Kavramı .....	4
2.3. Bakım Kavramı.....	5
2.4. Spiritüalite (Maneviyat) Kavramı .....	6
<b>3. SPİRİTUALİTE TANIMINDA YER ALAN KAVRAMLARIN AÇIKLANMASI.....</b>	<b>8</b>
3.1. Bireyin Kendisi ve Dini Bakış Açısı Olarak Spiritüalite .....	8
3.2.Yaşamın Anlamı ve Amacı Olarak Spiritüalite .....	9
3.3. İlgi / Bağlanmışlık Olarak Spiritüalite .....	9
3.4. Stres ve Baş Etme Biçimi Olarak Spiritüalite.....	9
3.5. Din Kavramı ve Spiritüalite.....	9
<b>4. HEMŞİRELİK BAKIMI VE ÖZELLİKLERİ.....</b>	<b>11</b>
4.1. Bakıma İlişkin Hemşirelik Davranışları.....	12
4.1.1. Hastanın yanında olmak .....	12

4.1.2. Dokunma .....	12
4.1.3. Dinleme .....	13
4.2. Bakıma İlişkin Hemşirenin Bilgi ve Becerisi .....	13
4.2.1. Hastayı Tanıma .....	13
4.2.2. Hemşire-Hasta Etkileşimi.....	13
4.2.3. Koruma ve Savunma .....	14
4.2.4. Teknolojiyi Kullanma.....	14
<b>5. HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA SPİRİTUAL BAKIM.....</b>	<b>14</b>
5.1. Spiritual Bakım .....	14
5.2. Spiritual Bakımda Hemşirelik Süreci ve Hemşirelik Tanıları.....	16
5.3. Spiritual Bakımda Hemşirenin Rolü .....	20
5.4. Spiritual Bakımın Verilmesine İlişkin Engeller.....	22
<b>6. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>23</b>
6.1. Amaç .....	23
6.2. Evren ve Örneklem .....	23
6.3. Veri Toplama Aracı.....	23
6.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
6.5. Araştırmanın Etik Yönü .....	24
6.6. Araştırmanın Sınırlılığı.....	24
<b>7. BULGULAR.....</b>	<b>25</b>
<b>8. TARTIŞMA.....</b>	<b>37</b>
<b>9. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>47</b>
9.1. Sonuçlar.....	47
9.2. Öneriler.....	48
<b>10. KAYNAKÇA.....</b>	<b>50</b>

<b>EK 1. İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SİRİTUAL BAKİMA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN ANKET FORMU.....</b>	<b>58</b>
<b>EK 2. ETİK KURUL İZİNİ.....</b>	<b>63</b>
<b>EK 3. KURUM İZİNİ.....</b>	<b>64</b>
<b>EK 4. KİŞİSEL BİLGİLER.....</b>	<b>67</b>



## **ÇİZELGELER DİZİNİ**

Çizelge 1. Din ve Spiritualitenin Sağlık Üzerindeki Olumlu Etkileri .....	10
Çizelge 2. Din ve Spiritualite Kavramı Arasındaki Farklılık Durumları .....	11
Çizelge 3. Spiritual Bakımda Uygulanan Hemşirelik Girişimleri .....	21



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı ( n=181).....	25
Tablo 2. Hemşirelerin Dini İnanç Düzeylerinin Manevi Bakımın Etkisine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı ( n=181).....	26
Tablo 3. Hemşirelerin Spiritual Bakıma İlişkin Bilgi Sahibi Olma Durumu, Bilgi Edinme Kaynakları ve Bilgisinin Yeterliliğine İlişkin Görüşlerinin Dağılımları ( n=181).....	27
Tablo 4. Spiritual Gereksinimi Olan Bireye/Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Sahip Olması Gereken Özelliklerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	27
Tablo 5. Hemşirelerin Bütüncül (Holistik) Bakım Kapsamında Yer alan Ögelere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n=181).....	28
Tablo 6. Hemşirelerin Spiritualite (Maneviyat) ve Spiritual Bakım (Manevi Bakım) Tanımlarının Dağılımı (n=181).....	28
Tablo 7. Hemşirelerin Spiritualite Kavramı ve Spiritual Bakıma İlişkin Görüşlerin Dağılımı (n=181).....	29
Tablo 8. Hemşirelere Göre Birey/Hastalarda Spiritualiteye Gereksinim Duyulan Durumların Dağılımı (n=181).....	30
Tablo 9. Hemşirelerin Spiritual (Manevi) Bakıma İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n=181).....	31
Tablo 10. Hemşirelerin Spiritual (Manevi) Bakım Verme Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı.....	32
Tablo 11. Hemşirelerin Spiritual (Manevi) Bakım Vermede Yaşadığı Güçlüklerin Dağılımı (n=181).....	32
Tablo 12. Spiritual (Manevi )Bakımı Vermeyi Etkileyen Hemşire ile İlişkili Faktörlerin Dağılımı.....	33



Tablo 13. Hemşirelerin Hemşirelik Eğitiminde Spiritual (Manevi) Bakım Konusunun Yer Verilmesi ve Spiritual Bakım Konusunda Eğitim Alma İsteği Olma Durumunun Dağılımı (n=181) .....	33
Tablo 14. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı (Hemşirelerin MMBÖ Puan Ortalamaları) .....	34
Tablo 15a. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre MMBÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	34
Tablo 15b. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre MMBÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı).....	35



## **KISALTMALAR DİZİNİ**

Max: Maksimum

Min: Minimum

NANDA: North Amerikan Nursing Diagnosis Association

MMBÖ: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

Post-op: Post operatif

Pre-op: Pre operatif

Ort: Ortalama

SS: Standart Sapma

## 1. GİRİŞ

İnsan bedensel, ruhsal, sosyal ve kültürel yönüyle gelişen ve değişen, biyopsikososyal bir varlık olmakla birlikte, bütüncül olarak bakıldığında spiritual boyuta da sahiptir (Uğurlu, 2014; Ünsal, 2017). Bireyin sağlığının devamının sürdürülmesinde bütüncül olarak bakıldığında manevi sağlığın göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Uğurlu, 2014). Dünya Sağlık Örgütü sağlığı yalnızca hastalık ve sakatlığın olmama durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinin olması şeklinde tanımlamaktadır. Amerikan Holistik Hemşireler Birliği ise sağlığı, vücut, beyin ve ruh arasındaki uyum durumu olarak tanımlamıştır (Doğan, 2013).

İnsanın maneviyatı, yaşamı şekillendirir, iyilik durumunu sağlar, yaşama ilişkin amaç ve anlam bulmada yardımcı olur (Aydın vd., 2011). Maneviyatla aynı anlamda kullanılmakta olan spiritualitenin anlamı sonsuzluğa ilişkin soruların cevaplandırılması için çaba gösterme, bireyin karşılaştığı stres, fiziksel hastalık veya ölüm durumlarında odaklandığı bir durumdur (Sülü, 2006). Günümüzde ise spiritualite bireyin kendisi ve diğerleriyle olan ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamının farkında olma ve kabul etme çabası olarak değerlendirilmektedir (Kostak 2007; Aslan ve Şener, 2009). Farklı bir tanım olarak spiritualite, insanın ilahi bir ruhla arayış içerisinde olması ve bunu ifadelendirmesidir Çetinkaya vd. (2007) ve Kostak'a (2007) göre spiritüalizm; var olmanın bedenden bağımsız ve ruhsal bir yapı olduğu inancına dayanan, aynı zamanda beden, ruhu etkileyen, beden ve ruhtan etkilenen "birleştirici güç" dür. Dini anlayış içerisinde ya da dışında yaşanılabilen spiritualite, din kavramından daha geniş bir alanda ve daha bireysel olarak düşünülmelidir (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Spiritual boyutun sağlıkla bağlantısı olan tüm tutum ve davranışlar üzerinde etkisi bulunmasından dolayı holistik bakım felsefesinin temelini oluşturmaktadır (Yılmaz, 2011).

Bakım kavramı insanın biyolojik yapısı gereği varoluşundan itibaren ihtiyaç duyulan, en az iki kişi ile başlayan ve gelişen ikili bir ilişki olup (Eskimez, 2012, Baykara, 2014), iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, ahlaki, estetik ve profesyonel olarak kişiselleştirilmiş süreci kapsayan, hemşirelik eğitiminde, sağlık yasası ve hemşirelik etik kodları gibi bazı temel mesleki konu alanlarının odak noktasıdır (Altıok vd., 2011). Bu anlamda hemşirelerin bireyin varlığının, tüm boyutları ile birlikte bütünlüğünü koruma, devamını sağlama ve bakım vermede hazırlıklı olması son derece önemlidir (Kostak, 2007). Şüphesiz ki hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde temel olgu bakım vermektir. Bakım verme, sağlıklı bireyin sağlığını koruma, devamını sağlama ve geliştirme;

hasta bireyin ise yeniden sağlığına kavuşması ya da yetersizlikleri ile baş edebilmesi için ona yardımcı olmaktır (Baykara, 2014, Can ve Acaroğlu, 2015). Bireye bütüncül bir yaklaşımla hemşirelik girişimlerini planlama ve uygulamada araç olarak kullanılan hemşirelik bakım planında bireyin manevi gereksinimlerinin değerlendirilerek karşılanması son derece önemli olup, hemşire tarafından bireyin kaygılarının dinlenmesi, empati yapılması ve bu gereksinimlere yanıt verilmesi tedavi edici uygulamalar kapsamındadır (Kostak, 2007). Maneviyatın hemşirelik bakımının soyut bir kısmını oluşturması, din ve vicdani boyutu etkilemesi nedeni ile göreceli bir kavram olarak görülmeye, bugüne kadar manevi bakım konusunda hemşireler için belirli bir standardizasyon geliştirilmesinde engelleyici bir faktör olmuştur (Erişen ve Karaca Sivrikaya, 2017). Hemşirenin kendi düşünce yapısı, manevi gereksinimleri ve bakımı algılaması, kendi yaşama ilişkin umudu, isteklilik durumu ve konuya olan hassasiyeti, çalıştıkları ortam, çalışma koşulları, hastaya bakım veren diğer personellerle etkileşimi, hastanın iletişime açık olması gibi birçok faktör hemşirenin manevi bakım vermesinde etkilidir (Ergül ve Bayık 2004).

Koşulsuz bir sevgi üzerine kurulu olan manevi bakım; bireyin eşsizliğini kabul eder; onların manevi ve kültürel inançlarını, fiziksel durumlarını, duygularını, düşüncelerini ve kültürel bağlantılarını kapsamaktadır. Kendi kendine manevi bakım ise insanların yaşamları boyunca hastalık ve sağlık durumlarında kendilerini daha iyi hissetmeleri için göstermiş oldukları davranışların ruhsal temelli deneyimleri olarak tanımlanmaktadır. Araştırmada, hemşirelerin %31'i spiritual (manevi) bakımı kişi/hastayı dinlemek ve psikolojik destek sağlama ve %24.3'ünün kişinin/hastanın dini inançlarına ve değerlerine göre bakım verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Dünya Tabipler Birliği Lizbon Bildirgesi'nde hasta uygun bir dini temsilcinin desteği ile ruhi ve manevi teselliyi kabul veya reddetme hakkına sahip olduğu, Dünya Tabipler Amsterdam Bildirgesi'nde herkesin, kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilmesini isteme hakkının olduğu, hastaların, bakım ve tedavileri süresince manevi destek ve yol gösterilme haklarının olduğu ifadeleri yer almaktadır. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Temel Dökümanı'nda her bireyin kendi kişisel ihtiyaçlarına yönelik teşhis ve tedavi programlarını yönlendirme hakkına sahip olduğu ifadesinde manevi bakıma değinilmiştir (Demirsoy, 2017). Hasta hakları yönetmeliğinde de sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları dahilinde hastalara dini uygulamalarını serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır denilmiştir (Hasta Hakları Yönetmeliği 1998).

Hemşirelikte son derece önemli olan manevi bakım; tüm insanların doğuştan gelen kişilik değerlerini tanıma ve manevi bakım konusunda şefkatli bir yaklaşım ile karşılanacağı düşünülmektedir. Son zamanlarda hemşirelerin manevi bakım uygulamalarını nasıl yapabileceklerini gösteren bir yönergeye ihtiyaç vardır. Özellikle hemşirelerin hastalarına sunmaları gereken manevi hizmet ile bu hizmetin hangi koşullar altında yapılması gerektiği ve manevi ihtiyaçlar hakkında hastalarına nasıl yardımcı olabilecekleri konularında çok az bilgi bulunmaktadır. Ülkemizde sınırlı sayıda yapılan manevi bakım konusu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, manevi bakımın hemşireler tarafından yeterli olarak fark edilmediği, hemşire ve ebelerin eğitimleri süresince manevi bakıma yönelik yeteri kadar bilgi almadıkları ve hastaların manevi ihtiyaçlarının ihmal edildiği ayrıca bu bakımın yeterli seviyede verilmediği sonucuna ulaşılmıştır (Kavas ve Kavas 2015). Hemşireler hastayı 24 saat takip ederek, tedavisini yaparak dolayısıyla hastayı herkesten çok yüz yüze değerlendirme fırsatı buldukları için hastaya en yakın kişiler olarak hastanın manevi ihtiyaçlarını etkin bir şekilde gözlemlemeli ve hastaya manevi bakımı vermelidir. Bu bakımı da uygun zaman ve manevi ortam sağlayarak oluşturmalıdır. Hemşireler hastalara manevi bakım verirken; hastaların manevi ihtiyaçları, dini inanışları belirlemeli, dinler ve inançlar hakkında olabildiğince bilgi sahibi olmalı, hastaların inançları ve dini değerlerini kayıt edebilmeli, hastanın ve ailesinin kendilerini ifade etmelerine fırsat vererek dikkatli bir şekilde söylediklerini dinlemeli ve yargısız kabul edebilmeli, doğal ve dürüst bir şekilde yaklaşmalı, hastalar manevi bir danışman talep ettiklerinde kendileri ilgili görevlilere yönlendirilmeli, hasta ve ailesinin dini inançlarına göre ilgi duydukları dini yayın veya kaynaklara ihtiyacı olması halinde bu ihtiyaçları karşılamalı ve kendilerine bu fırsatı verebilmeli, hastaların dini açıdan önemsedikleri eşyalarına saygı göstermeli, doğru ve etkin çözümler bulmak amacıyla diğer görevliler ile işbirliği yapmalıdırlar (Erişen, Karaca Sivrikaya, 2017). Hemşirelerin; bireylerin manevi gereksinimlerinin farkında olması ve duyarlı olma sorumluluğuna sahip olmaları, bireylerin manevi gereksinimlerini bütüncül hemşirelik değerlendirmesinin bir parçası olarak görülmesi şüphesiz ki hemşirelik bakımın kalitesinin artırılmasında en temel öğelerden birisidir. Bu anlamda araştırmada hemşirelerin spiritual bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesinin konu ile ilgili yapılan çalışmalara, kaliteli hemşirelik bakımının planlanmasına rehberlik etmesi beklenmektedir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Sağlık Kavramı**

Sağlık kelimesinin temeli insanlık tarihi kadar eski olup, gelişmişlik sürecine paralel sağlık da diğer alanlar olduğu gibi gelişmiş ve anlamlaşmıştır (Önder Rıfkı, 2014). Sağlıkla ilgili ilk tanımların insan hasta değilse sağlıklıdır şeklinde yapıldığı görülmektedir. Farklı bilimler, kendi bakış açılarına göre sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya çalışmışlar; bu tanımlamalarda bazıları fizyolojik, biyolojik alana vurgu yaparken bazıları psikolojik, bazıları da sosyal alana vurgu yapmıştır (Tekin, 2007).

Herkesin kendine göre bir sağlık tanımı vardır ve evrenseldir. Sosyal, kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran sağlık kavramı hemşire kuramcılar tarafından da tanımlanmıştır. Örneğin; Martha E. Rogers sağlığı, pozitif enerji şeklinde, Virginia Henderson bireyin bağımsızlığının sağlanması, Dorethea E. Orem de bireyin her yönüyle bütünlük içerisinde olması olarak tanımlamıştır. Florence Nightingale ise sağlığın, çevresel etkenleri yönetmek olduğunu ifade etmiştir (On, 2016).

Sağlık ve sağlıklı kavramı her birey için farklıdır ve bu nedenle birey fiziksel, entelektüel, ruhsal, sosyokültürel, dinsel ve verimlilik durumları göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır. Ünsal (2017) sağlık kavramını subjektif ve objektif olarak tanımlamıştır. Subjektif sağlık, bireyin kendisini, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısı ile birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı olarak değerlendirir. Objektif olarak sağlık ise, doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre hastalığın olmaması durumudur. Bu durumda bir kişiyi sağlıklı diyebilmek için; hem bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir (Ünsal, 2017).

### **2.2. Hastalık Kavramı**

Hipokrat (MÖ 4. yy.) hastalığın oluşumunda doğal etkenlerin varlığının olduğunu belirtmiş; vücutta bulunan kan, balgam, sarı safra ve kara safradan herhangi birinin dengesi bozulduğunda hastalığın oluştuğunu ifade etmiştir. Tıbbi açıdan hastalık, belirtilerle kendisini gösteren, yapılan tıbbi muayene ve literatüre göre kişinin subjektif yakınmalarının bir hastalık tanısı ile sonuçlanmasıdır. Toplumsal ve kültürel anlamda hastalık, sağlıklı olmamanın sonuçlarının birey tarafından fark edilmesidir. Subjektif hastalık ise, organizmada herhangi bir bozukluk nedeniyle oluşan sonuçların farklı düzeylerde etkilenmesidir (Tekin, 2007). Hastalık durumunda bireyin; çevresi ile uyumu,

etkileşimi, üretkenliği, verimliliği etkilenmekte, denge durumları bozulmaktadır (Bolsoy ve Sevil, 2006).

### **2.3. Bakım Kavramı**

Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi için harcanan çaba, beslenme, giyinme gibi ihtiyaçların karşılanması ve sağlanmasıdır (Türk Dil Kurumu, 2016). Bakım kavramının İngilizcesi isim olarak “care” kavramı, koruma, sakınma, dikkat, kaygı, fiil olarak endişe duymak, ilgili hissetmek, merak etmek, fiziksel gereksinimleri karşılamak, rahatlamak, yardım etmek, ilgili olmak anlamlarına gelmektedir (Dalpezzo, 2009). Hemşirelikte ise bakım, korumayı, yardım etmeyi, sevgi gösterme, besleme, düşünme, özen gösterme ve empati yapmayı kapsamaktadır (Kıvanç, 2013).

Bireyin kendisini iyi hissetmesini sağlayan bakım, en az iki kişi ile başlayan ve gelişen bir ilişkidir. Bakımın fonksiyonlarında; psikomotor beceriler, süreçler ve insanlara yardım etme, karar verme, empati duyma, şefkat gösterme ve destekleme yer almaktadır (Aydın, 2014). Bakım, yardım edici ilişki üzerine temellendirilmiştir. Bakım, ihtiyacı olan birey için orada bulunmayı gerektirir (Wikberg ve Eriksson, 2008). Bakım ilişkisinde duyarlı davranış terapötik etkiyi artırmaktadır (Aydın, 2014).

Florence Nightingale'den bu yana hemşireler, bakım uygulamalarına ilişkin kavram ve kuramlar geliştirmişlerdir. Patricia Benner ve Wrubel'e göre bakım, sağlık ve hastalık arasındaki durum ile ilişkilidir. Onlara göre bilgili ve deneyimli hemşireler; sağlık, rahatsızlık ve hastalık arasındaki farkı bilirler ve bakım yolu ile kurulan ilişkiler sayesinde hemşireler iyileştirici ve birey merkezli bakım uygulamayı başarırlar. Bireyselleştirilmiş bütüncül bakımın gerçekleştirilmesi için hemşirelik bakımının doğasında bulunan öğeler; beceri, bireysellik, bütüncüllük, deneyim, düzenlilik, eleştirel düşünme yeteneği, etik, iş birliği, kalite ve şefkat olarak sıralanmaktadır (Aştı ve Karadağ, 2013a).

Madeleine Leininger'e göre bakım zor bir kavramdır, temel bir insan gereksinimi ve tüm bireylerin hayatta kalma ihtiyaçları için gereklidir. Leininger bakım kavramında,sağlığın geliştirilmesi ve devamlılığının sağlanması üzerinde durmuştur. Bakım uygulamaları insanlar ile empati kurularak, onlara içten sevgi verilerek destek sağlanarak yapılan uygulamalardır. Bakım uygulaması hastanın problemlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine bağlıdır. Leininger, bakım olmadan tedavinin olmayacağını, ama tedavi olmadan da bakımın olabileceğini ifade etmektedir. Leininger hemşirelik bakımını, bakım kavramından ayrı değerlendirmiştir. Bakımı, ihtiyacı olan bireyi ihtiyaçları yönünden yardım etme ve

destekleme olarak, hemşirelik bakımını ise, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi için mesleki bilgi, beceri ve davranışın yanında empati, şefkat gösterme, yardım etme, teşvik etme, güven verme gibi değerleri de kapsayan bir kavram olarak tanımlamıştır (Aydın, 2014).

Morse ve arkadaşlarına göre bakım; bir insan özelliği, ahlaki bir ideal, bir etkileme/değiştirme, kişiler arası ilişki ve terapötik girişimleri içerir. Halldorsdottir bakım kavramını, insan ilişkilerine temellendirmiş olup öfkeye sebep veren ve iyilik halini azaltan insan ilişkileri üzerine yoğunlaşmıştır. Logstrup, bireyler arasında bakıma dayalı ilişki şeklinde tanımlayarak, başka bir bireyin hayatına yön verebilecek gücün hemşirede saklı olduğunu belirtmiştir. Logstrup'a göre bakımı uygulayan hemşire, hastanın yaşamına dokunmaktadır. Bakım anında hemşirenin amacı, bireye bir bütün olduğunu ve iyileşebileceğini hissettirmeli aynı zamanda hastanın umutsuzluğunu ortadan kaldırmaya çalışmak olmalıdır. Bakım anında hemşire, hastanın iç dünyasındaki sorunları tespit etmeli ve davranışları, duyguları, beden dili ve enerjisi ile bu sorunları gidermeye çalışmalıdır. Jean Watson bakımı, hemşirelerin insanlığa sunması gereken en değerli özellik olarak tanımlar ve bakımı tedaviden önce bir alana yerleştirir ve öncelikli hale getirir. (Aştı ve Karadağ, 2013a). Watson hemşirelik bakımını, iki kişinin karşılıklı etkileşimi içerisinde bilimsel, etik, estetik, profesyonel davranış biçimi ile bireyselleştirilmiş bir süreç olarak tanımlamaktadır (Kıvanç, 2013).

Kristen Swanson'a göre bakım hastayı tanıma ile başlar, hastayla birlikte hareket etme, ona fırsat sağlama ve inancını devam ettirme şeklinde devam eder (Aydın, 2014).

#### **2.4. Spiritualite (Maneviyat) Kavramı**

Türkçe karşılığı bulunmayan spiritualite kavramı yerine “maneviyat” kavramı kullanılmaktadır. Maneviyat; görülmeyen, duyularla sezilebilen ve soyut bir kavramdır Latince kökenli “spiritus” kelimesinden spiritualite, geniş anlamda yaşamı hissetmek şeklinde tanımlanmaktadır (Çınar ve Eti Aslan, 2017).

Spiritualite ilk olarak insanın ruhsal yönünü tanımlarken, ileriki zamanlarda ise din adamlarının sorumluluğu olarak değerlendirilmiştir. Spiritualite kavramı bugüne kadar din, inanç, maneviyat gibi kavramlar ile ilişkilendirilmiştir. 12.yy da insanın psikolojik yönünü, 15. yy ve 16. yy da ise insanın dini yönü öne çıkarmıştır. Modern anlamda ise 17. yy da Fransa'da kullanılmış ve 20. yy da yaygın olarak birçok dilde dini ve dini olmayan anlamlarda kullanılmıştır (Yılmaz, 2011). İkinci Dünya savaşından sonra spiritualite



kavramına olan ilginin artma nedenleri olarak, maddiyatın mutluluk vermemesi, bilimin acı duymave kayıp karşısında yetersiz kalması, problemlerin bilimsel yaklaşımla çözülememesi, sosyal ve kültürel problemlerin çözümü , huzurlu ve anlamlı bir yaşam ve ilişki arayışı olduğu ifade edilmektedir (Tanyi, 2002).

Literatürde geçmişten günümüze spiritualite kavramına ilişkin tanımlara bakıldığında din ve anlam arama üzerine odaklandığı görülmektedir. Cimete (2002) spiritualiteyi, bireyin evrendeki yerini, yaşamın anlamı, ilişki ve etkileşimini şeklinde tanımlamaktadır.

Bash (2004) tarafından spiritualite, Tanrıca olmayan, Tanrıca ve medya yolu ile yaklaşım olarak üç şekilde değerlendirilmektedir. Tanrıca olmayan yaklaşımda spiritualite doğuştan ve büyüme ile ilişkilidir. Bu yaklaşımda başkalarının mutluluğu ön plandadır. Tanrıca yaklaşımda üstün güç kavramı ele alınmakta, burada birey kendi varlığından ayrı bir güç olarak değerlendirilmekte ve başkaları ile bir bütün olma bilinci yer almaktadır. Tanrıca ve tanrıca olmayan yaklaşım arasında yer alan medya yolu ile yaklaşımda ise, dil ve düşünce biçimlerinin üstün güce ulaşmak için kullanıldığı vurgulanmaktadır.

Mahoney (2005)'e göre spiritualite, Tanrı ile a da Tanrı'nın dışında yaşanabilen ve yaşamının bütünü ile ilişkilidir (Hiçdurmaz vd., 2013). Sessanna vd., (2007) spiritualiteyi; dinin dışında yer alan inanç ve değerler sistemi, yaşamın anlamı, amacı ve başkaları ile olan ilişkileri, din kavramını kapsamayan değer, inanç ve üstünlük olarak ifade etmiştir. Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre spiritualite; yaşam boyu elde edilen bilgilerin birikimidir ve kişiye anlamlı gelen unurları içermektedir (Çetinkaya vd., 2007; Kostak 2007).

Walsh (2008) spiritualiteyi, temel inanç ve uygulamaları kapsayan durum, Wong ve Yau (2010), birleştirici güç ve içsel barışın yaşanması için kendi olma durumunun temeli olarak tanımlamıştır.

Literatür tanımlamalarına bakıldığında spiritualite tanımların ortak yanı, yaşamın bir "anlam" ve "amaç" olarak algılanmasıdır. Spiritualitenin merkezini, birey, diğerleri ve Tanrı/Ulu güç, ilgi ya da bağlanma durumu, umut ve inanç gibi kavramlar oluşturmaktadır.

Spiritualite her birey için karmaşık ve farklı bir kavramdır. Bireyin kültürüne, gelişimine, yaşam deneyimlerine, inançlarına ve yaşam hakkındaki fikirlerine göre değişir (Aştı ve Karadağ, 2013a). Dolayısıyla spiritualitenin dini inançlarla ilgili olması gerekmemektedir (Çetinkaya vd., 2007). Hemşirelikte spiritualite; herhangi bir (tanrıya) inanç olmadan, yaşamı anlamlandırma ve bunun için çabalama olarak tanımlanmıştır (Sülü Uğurlu, 2014).

Son yıllarda hemşirelik alanında olduğu gibi ilahiyat, sosyoloji ve psikoloji gibi alanlarında spiritualiteye karşı ilgisi artmıştır (Como, 2007). Yapılan çalışmalarda, özellikle aniden başa gelen ya da insanın sınırlarını zorlayan durumlarda, maneviyatın insanların sorunlarına tahammül edebilmesine ve sorunla başa çıkabilmesine yardımcı olduğunu düşündürmektedir. Katrina kasırgası sonrası felaketzedelerle yapılan görüşmelerde, kasırga mağdurlarının bu olay ve sonrası ile yüce bir güce güvenerek başa çıktıkları görülmüştür (Lawson ve Thomas, 2007). Maneviyat / Spiritualite zor durumlarla başa çıkmada ve sağlığı geliştirmede bireylere güç vermekte, bireylerin yaşadıkları zorlukları daha pozitif görmeyi, yeni bakış açıları geliştirmelerini sağlamaktadır. Varoluşsal gerçekleri içeren spiritualite, kişinin kendisi, çevresi ve diğer bireylerle ilişkilerini ve Tanrı ya da hissettiği yüce güçle ilişkisini güçlendirir. Varoluşsal gerçekler bireylerin bilinmezliklerle başa çıkmasını, sevmesini, bağışlamasını ve huzura ulaşmasını sağlar.

Bireyler ister ateist (Tanrı'nın varlığına inanmayan kişi), ister agnostik (Tanrı'nın var olup olmadığının bilinmeyeceğine inanan kişi) olsun her iki görüşe sahip bireyler için maneviyat önemli bir kavramdır. Ateistler yaşamın anlamını diğer bireylerin birbirleri ile ilişkilerini, agnoistler ise diğerlerinin ne yaptığını ve nasıl yaşadığını anlamaya çalışır. Manevi değerlerin birey bazında olduğu kadar topluluk bazında da sağlık açısından koruyucu bir etken olduğuna dair tarihte örnekler bulunmaktadır. Örneğin, ABD'de Afrika kökenli bireylerin manevi değerlerine beyazlardan daha fazla bağlı oldukları bilinmektedir ve bu durum pek çok çalışmayla ortaya konulmuş olup bu durumun nedeni olarak ülkede Afrika kökenli insanların sömürü düzeni içinde kültürlerini korumak, ruh sağlıklarını korumak, topluluk içi ilişkileri ve değerleri koruyabilmek için manevi değerlerine daha sıkı sarılmaları gösterilmektedir (Boztilki vd., 2017).Çocuklukta başlayıp yaşam boyunca gelişen spiritualite insanları sevmeyi, umut etmeyi, yaşamın anlamını araştırmayı ve diğer bireylerle ilişkilerini geliştirmektedir (Aştı ve Karadağ, 2013a).

### **3. SPİRİTUALİTE TANIMINDA YER ALAN KAVRAMLARIN AÇIKLANMASI**

#### **3.1. Bireyin Kendisi ve Dini Bakış Açısı Olarak Spiritualite**

Yılmaz'ın (2011) Dyson ve arkadaşlarından aktardığına göre bireyin spiritualitesinin içsel gücün gelişmesi sonucu oluştuğu ve bu gücü arttırdığı ileri sürülmektedir. Kişinin yaşadığı toplum şartlarında gelişen spiritualitenin bireylerde farklı spiritual bakış oluşturmada etkisi vardır. Kişi yaşadığı çevrede ya da bulunduğu ortamda spiritual gereksinimini

karşılabilir. Başkaları ile ilişki içerisinde olma spiritualitenin merkezini oluşturmakta ve bu ilişki geleneksel olarak dini boyut şeklinde yorumlanmaktadır.

### **3.2. Yaşamın Anlamı ve Amacı Olarak Spiritualite**

Evrensel bir gereksinim olan yaşam ve anlamı esastır ve anlamın eksikliğinde boşluk duygusu oluşmakta ve bu durum umutsuzluk ile birlikte spiritual distrese yol açabilmektedir (Como, 2007). Yılmaz'ın (2011) Dyson ve arkadaşlarından aktardığına göre bireyin zorlandığı durumlar karşısında stres karşısında mücadele etme ve kişinin kendisiyle uyum içerisinde olması etkili olmaktadır.

### **3.3. İlgili / Bağlanmışlık Olarak Spiritualite**

Yılmaz'ın (2011) Dyson ve arkadaşlarından aktardığına göre ilgi ya da bağlanmışlık olarak spiritualite üretebilme, faydalı olma ve başarıya ulaşmayı kapsamaktadır. Kişi bu yetenekleri kullandığında bütünlük duygusunu yaşayacağı belirtilmektedir.

### **3.4. Stres ve Baş Etme Biçimi Olarak Spiritualite**

Bireyler sıkıntı yaşadıkları dönemlerden tecrübeleri, ahlaki, spiritual ve kültürel değerleri ile çıkmaktadır. Spiritualite, zorluklara karşı oldukça katkısı olan bir baş etme biçimidir (Hiçdurmaz vd., 2013). Walsh (2008) yapılan spiritual uygulamaların kişide rahatlık, ümit ve destek sağladığını ifade etmektedir. Chapple vd., (2011) tarafından yürütülen nitel bir çalışmada, yas tutan kişilerin spiritualiteye yönediklerini, spiritualite yoluyla destek, rahatlama, olayları anlama, güven ve iyileşme elde edildiği bulunmuştur.

### **3.5. Din Kavramı ve Spiritualite**

Latince'deki "religio" kelimesinden kaynaklanan din; bağlantı, tanrısal varlık veya tanrı kavramları ile ilişkilendirilmiştir. Sosyal kurum olarak kabul edilen din, aynı inançları, gelenekleri, ibadetleri, yasaları ve dini ritüelleri paylaşan bireyleri bir araya getirir (Sülü, 2006). Din, insanın iç dünyasına, düşünce sistemini etkileyerek kötü duygulardan arındırmakta ve ona anlayış ve hoşgörülle yaklaşabilen bir kişilik kazandırmaktadır.

Kostak (2007) Din'i Tanrı'ya, doğüstü güçlere, çeşitli kutsal varlıklara inanmayı sistemleştiren toplumsal bir kurum olarak tanımlamaktadır. Sosyo-kültürel yapının bir parçası olan din, spiritualitenin bir alt boyutu olmakla beraber sağlık ve hastalık kavramları üzerinde de etkili olmaktadır. İslam dininde alkolün günah sayılması bireyleri alkol sonucu oluşabilecek hastalıklardan korurken, içinde alkol olduğu düşüncesiyle doktor tarafından verilen ilacın hastaya içirilmemesi sağlık açısından sorun oluşturabilmektedir. Bazı

durumlarda, kaderciliğin ve hastalığın Allah'tan geldiğine inanma düşüncesi hastalıkla mücadele etmeyi kolaylaştırırken bazı kişilerde ise kaderciliğin fazla olması hastanın tedavi olmamasına neden olabilmektedir (Bolsoy ve Sevil, 2006). Bazı dinler bireyin yeme alışkanlıklarında, doğum kontrol yöntemlerinde ve tıbbi tedavilerinde özel uygulamaları gerektirir. Bazı dinler modern bilim uygulamalarına izin vermezler. Bazı dinler ise tıbbi tedaviyi kabul ederler ama özel uygulamalara itiraz ederler. Örneğin, Seventy Day Adventist kilisesi üyelerine aşırı derecede hastalanmadıklarında ilaç almamalarını tavsiye eder. Katı spiritual inanışlara göre bazı tıbbi uygulamalar kabul edilemez. Yehova şahidlerinin dini inanışları yüzünden kan transfüzyonunu kabul etmemeleri bu duruma örnek verilebilir (Sülü, 2006).

Spiritual inanç ve değerler bir din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Bu durum güçlü dini inancı olmayan, bir dine ait olmayan kişilerin, hatta ateistin bile spiritual inanç ve değerlere sahip olması söz konusudur. Sonuç olarak spiritualite kapsamının dindarlığın ötesine geçtiği, manevi olduğu halde dini olmayan duyguların olduğunu söylemek mümkündür (Yılmaz ve Okyay, 2009; Horozcu, 2010).

Literatürde spiritualitenin, din ve sağlık arasında % 60-80 oranında bir ilişki olduğu, spiritual bakımın hastalıkların önlenmesinde ve hastalıklardan hızlı iyileşmede yararlı olduğu vurgulanmaktadır (Yılmaz, 2011). Eales vd., (2003)' in ifadesinde, Fehring ve arkadaşları dini ve manevi yönü kuvvetli olan yaşlıların umut ve ruhsal durumlarının olumlu olduğunu ifade etmektedir. Frenslar ve arkadaşları kolorektal kanserli hastalarla ilgili araştırmada, manevi iyilik halinin tedavide oldukça etkili olduğunu belirtmişlerdir.

### **Çizelge 1. Din ve Spiritualitenin Sağlık Üzerindeki Olumlu Etkileri**

<b>Sağlık Sorunu</b>	<b>Din ve Spiritualitenin Etkisi</b>
Kalp hastalığı	Oranını azaltır
Sistolik/Diyastolik kan basıncı	Oranını azaltır
Siroz	Oranını azaltır
Amfizem	Oranını azaltır
Myokard infarktüsü	Oranını azaltır
Strok/inme	Oranını azaltır
Böbrek yetmezliği	Oranını azaltır
Kanser mortalitesi	Oranını azaltır
Kalp ameliyatı mortalitesi	Oranını azaltır
Toplam mortalite	Oranını azaltır
Kolesterol düzeyi	Azaltır
Kronik ağrı	Azaltır
Cerrahiye bağlı stres	Oranını azaltır
Pozitif sağlık alışkanlıkları	Artış olur
Ömür	Artış olur

(Kaynak: Seybold and Hill 2001; Yılmaz, 2011)

Yılmaz'ın (2011) Odnall'dan aktardığına göre; spiritualite ve din arasındaki ilişki “ruh verdiği tepkileri etkileyen bireyin özellik ve dinden daha derin ve daha geniş olmasından dolayı sağlık ve hastalık olaylarında bireylerin kişiliğini integral bir parçasıdır” şeklinde tanımlamıştır.

#### Çizelge 2. Din ve Spiritualite Kavramı Arasındaki Farklılık Durumları

Din	Spiritualite
Toplum odaklıdır	Bireyseldir
Gözlemlenebilir ve objektif tir	Daha az görülebilir, daha subjektiftir
Biçimsel ve organize edilmiştir	Daha az biçimsel ve daha az sistematik
Davranışa yöneliktir ve dışa dönük uygulamaları içerir	Duygusal amaçlıdır ve içe dönük uygulamaları içerir
Davranış açısından baskındır	Baskın değildir ve az sorumluluk vardır
İyi kötüden ayıran öğretilerdir	Birleştiricidir ve öğretilere yönelik değildir

(Kaynak: ; Baldacchino ve Ross 2007; Yılmaz, 2011)

#### 4. HEMŞİRELİK BAKIMI VE ÖZELLİKLERİ

Sağlık meslek grubu içerisinde hemşireler hasta ile daha uzun zaman geçirmekte ve en yakın iletişim ve etkileşimde bulunmaktadır (Dinç, 2009). Hemşireliğin temel amacı, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi; temel konusu ise bakımdır. Bakım; yalnızca hemşireliğe özgü olmamakla birlikte hemşirelik için özgün bir kavramdır (Ceylan, 2014). Hemşire, hastanın tüm boyutları ile değerlendirerek (fiziksel, psikolojik, kültürel, entelektüel ve sosyal olarak) bakım eyleminde bulunur (Baykara, 2014). Hemşirelikte başlangıçta sadece fiziksel gereksinimler karşılanmış daha sonra hasta ya da sağlıklı birey bütüncül olarak değerlendirilmiştir (Göriş vd., 2014). Bakım, fiziksel ve psikolojik açıdan yakın ilişkiyi gerektirdiği için hemşireler hastalarının güçsüz oldukları ve mahrem yönlerini görebilmekte; onların duygu durumlarına tanık olmaktadır. Hemşirelik bakımı, her hangi bir dönemde gereksinim duyulabilen bir hizmettir. Hemşirelik bakımı insanın gereksinimlerini karşılamaya yöneliktir ve bir başkasının korunmasına ve geliştirilmesine özen gösterilmeyi içermektedir (Dinç, 2009).

Hemşire teorisyenlerden Lydia E. Hall hemşirelik bakımını, bilimsel temeller rehberliğinde profesyonel bir yaklaşım olarak değerlendirmiş ve Hall'a göre hastalar, tedaviden çok bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Hall, hastaların bakım ve eğitiminin tamamen profesyonel hemşireler tarafından verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Madeleine Leininger gereksinimlerin karşılanmasında bakımı, destekleme ve yardım etme olarak tanımlamaktadır. Roach bakımın farklı yönlerini beş C maddesi altında toplamıştır. Bunlar;

şefkat, merhamet (compassion), yeterlilik (competence), güven (confidence), vicdan (conscience), söz vermektir (commitment).Cortis ve Kendrick hemşirelik bakımının özelliklerini; kapsamlı ve evrensel bir insani özellik olduğunu, dokunma, şefkat gösterme, empati yapma, terapötik bir yöntem olduğunu ve ahlaki zorunluluğu gerektiren bir durum şeklinde ifade etmiştir. Fry'a göre hastanın bakımı, insan onurunu korumak ve sağlığını yükseltmek yükümlülüğü anlamına gelen bir tür ahlaki yükümlülüktür.

Hemşirelik bakımı kavramı ve özellikleri incelendiğinde; kavramın insanın fiziksel, psikolojik, sosyal, manevi boyutlarına yönelik girişimleri içerdiği görülmektedir. Bu nedenle hemşire bakım verirken, hasta ile karşılıklı iletişim ve işbirliği halinde olmalı, bakım kararlarının sorumluluğunu almalı ve savunucu rol üstlenmelidir. Materhoff'a göre hemşire bakım verirken; öfkesini ve anksiyetesini kontrol edebilmeli ve tarafsız davranmalıdır. Hemşire, sorumluluğunu üstlendiği bireylere bakım verirken, onları yargılamamalı, bireyin özerkliğine saygı duyarak, onunla bir güven ilişkisi içerisinde olmalıdır (Baykara, 2014). Hemşirenin becerisi, davranışı ve bilgisinden meydana gelen bakıma ilişkin hemşire davranışları; hastanın yanında olma, dokunma, dinleme, hastayı tanıma/ bilme ve şefkati içermektedir (Aştı ve Karadağ, 2013a; Aydın, 2014).

#### **4.1. Bakıma İlişkin Hemşirelik Davranışları**

##### **4.1.1. Hastanın yanında olmak**

Hastanın yanında olma, orada olmanın ötesinde beraber olmayı içermektedir. Hastayla kurulan göz teması, yansıtılan beden dili, hastayı dinleme, olumlu ve cesaretlendirici bir yaklaşım hastanın varlığının önemli olduğu mesajını iletmede temel unsurlar arasındadır. Hemşirenin; hastaya destek ve rahatlık sağlaması, cesaretlendirmesi, istenmeyen duyguları azaltması, güven temin etmesi yanında olmanın içerdiği davranışlardır (Aydın, 2014). Stresli durumda hastanın yanında olunması endişeyi ve korkuyu dindirmede yardımcı olmakta, yapılacak işlemler hakkında açıklamalarda bulunmak, hastanın başucunda kalmak hastanın sağlığına direkt olarak katkıda bulunmasa da hastanın iyilik haline katkı sağlamaktadır (Aştı ve Karadağ, 2013a).

##### **4.1.2. Dokunma**

Yaşam içerisinde farkında olarak ya da olmadan kullandığımız dokunmaya ihtiyaç fertilizasyonla başlamakta ve yaşam boyunca devam etmektedir.

**Terapötik dokunma;** Eller aracılığı ile yapılan, hastalık durumunu iyileştirmeyi veya belirtileri gidermeyi amaçlayan terapötik dokunmada bireye yardım etme esastır (Turan,

2015). Her hasta birey, hemşirenin kendisi için rahat bir ortam sağlamasını ister. Dokunma ilişkiseldir ve hasta ile hemşire arasındaki bir bağa bağlıdır (Aştı ve Karadağ, 2013a). Dokunma yoluyla hastalara yakın olma, ilgi, güven ve cesaret duygusu gibi mesajlar iletilmektedir. Terapötik dokunma ile hastaların korku, anksiyete, kontrol kaybı gibi duyguları yaşaması azaltılabilmektedir (Turan, 2015) Ayrıca hastaların buldukları an kavramına ilişkin tanımları yapabilme, gerçeğe oryante olmalarını sürdürme ve artırmada dokunmanın önemli rolü bulunmaktadır (Çınar Yücel, 2010)

#### **4.1.3. Dinleme**

Dinlemek, hemşirenin niyetini ve ilgilendiğini hissettiren bir olgu olmakla birlikte hastanın söylediğini direkt algılamak, söylenenleri yorumlamak, anlamak ve anladıklarını hastaya hissettirmeyi kapsamaktadır. Karşı bireyin kelimelerine ve ses tonuna önem vermeyi ve konuşmayı amaçlayan aktif dinleme ile hastalar için nelerin önemli olduğu belirlenir. (Aştı ve Karadağ, 2013a).

### **4.2. Bakıma İlişkin Hemşirenin Bilgi ve Becerisi**

#### **4.2.1. Hastayı Tanıma**

Swanson bakım teorisinde belirli bir zamanda belirli koşullar altında hemşire hastanın davranışlarını ve psikolojik tepkilerini öğrenir şeklinde vurgulamaktadır. Teoride ilk aşama bireyi ya da hastayı tanıma aşamasıdır. Bu aşamada hiçbir şey küçümsenmemeli, hemşire varsayımlardan kaçınıp bilgi toplamaya odaklanmalıdır. Hemşireler hastalarını tanıyarak yaptıkları bakım uygulamalarında, hastaların bakımı bireyselleştirilmiş, destekleyici ve iyileştirici olarak algıladıklarını belirtmiştir (Karaca Palas ve Oskay Yeşiltepe 2017) .

#### **4.2.2. Hemşire-Hasta Etkileşimi**

Etkileşim; en az iki kişinin birbirini etkilediği ve birbirinden etkilendiği, sözlü ya da sözsüz yollarla iletişimde buldukları bir durumdur. Hemşirelik girişiminde hasta-hemşire arasında bir etkileşim mutlaka vardır. Hemşirelik uygulamalarında etkileşimin temelini gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması oluşturur. Bu etkileşimde hemşire profesyonel yardım edici rolünü üstlenir, bireyi sağlık gereksinimleri ve yaşam öyküsü açısından değerlendirir. Hemşire etkileşimi başlatan, yöneten ve etkileşimde sorumluluk alanıdır. Hemşire ve hasta birey arasındaki ilişki güven duygusu üzerine yapılandırılır. (Yalçın ve Aştı, 2011).

### **4.2.3. Koruma ve Savunma**

Bireye, hastaya yakın olması ve etkileşimde bulunmasından dolayı hemşire, gereksinimlerin farkında olma, tespit etme ve bireyi haksızlıklara karşı koruyan uygun kişidir (Akça ve Gözen, 2013). Hemşirenin, hastasına bilgi verme, karar vermesinde yardımcı olma, gerektiğinde adına açıklamada bulunma, yapılacak uygulamaların zararlarından koruyarak savunucu rolü vardır (Aydın, 2014).

Savunuculuk; hastaların sorunlarını ele almasını, soru sorabilmesi, sağlık ekibi üyelerine de hastaya zaman ayırma konusunda uyarıda bulunabilmeyi öğreten davranış biçimidir. Savunuculuğun amacı bireyi ya da hastayı bağımsızlaştırmaktır. Hemşirenin savunuculuğuna yönelik davranışlar arasında güvenli çevre sağlama, etik ilkeleri önemseme, haklarını koruma ve gerektiğinde hakkını aramasında yardımcı olma yer almaktadır (Ardahan, 2003). Hemşirenin savunuculuk rolünde, fedakarlık (alturizm), estetik, eşitlik, özgürlük, insan onuru, adalet ve gerçeklik gibi özellikler etkili olmuştur (Akça ve Gözen, 2013)

### **4.2.4. Teknolojiyi Kullanma**

Hemşirelik bakımı sağlık hizmetlerinin niteliğini önemli oranda belirlemekte ve teknoloji kullanımı hemşirelik uygulamalarını etkilemektedir (Başar vd., 2008). Hemşirelikte bilişim sistemlerinin kullanımının yararları arasında bakımda kaliteyi artırma, mevcut sağlık durumunu koruma ve yükseltme, karar verme yeteneğini geliştirme, bağımsız fonksiyonları artırma vardır (Aydın, 2014).

## **5. HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA SPİRİTUAL BAKIM**

### **5.1. Spiritual Bakım**

Bütüncül sağlık bakım görüşü ile birlikte sağlık uygulamalarında spiritual (manevi) gereksinimlerin değerlendirilmesi giderek önem kazanmıştır (Ercan vd., 2017).

Duke Üniversitesi Maneviyat, İlahiyat ve Sağlık Merkezi bireylerde hastalıkla ilişkili olarak ortaya çıkan spiritual gereksinimleri şöyle açıklamıştır;

- Hastalığı anlamlandırma ihtiyacı: Hastanın, neden bu hastalığa kendisinin yakalandığını, kendisi ve ailesinin geleceği için bu hastalığın nasıl sonuçlar doğuracağına dair endişeleri vardır. Uzun süreli fiziksel sorunlara yol açan bu durumun olası sonuçları, hastalar, hastalık süreciyle nasıl başa çıkacaklarını, ruhsal yüklerini nasıl kaldıracaklarını merak ederler.



- Hastalık süreci devam ederken “anlam” ihtiyacı: Hastalık süresince hastalıkla başa çıkmak için dönem dönem amaçların ve hastalıkla mücadeledeki motivasyonun yenilenmesi gerekmektedir. Dini ve manevi inançlar, anlam yükleme ve amaçlandırma açısından çok önemli kaynaklardır.
- Manevi inançların kabul edildiğinin, saygı gösterildiğinin ve desteklenmesi gereksinimi: Hasta için manevi değerleri çok önemlidir. Bu nedenle hastalar, kendileriyle ilgilenen uzmanların manevi değerlerine saygı göstermesini önemserler.
- Zihnin, hastalıktan farklı konulara yoğunlaşma gereksinimi: Hastalar, zihinlerinin hastalık ve kendileriyle ilgili endişelerden uzaklaşmasına gereksinim duyarlar. Manevi konular dikkatin çekileceği sağlıklı ve güçlü bir alandır.
- Kontrolü alma ve kontrolden vazgeçme hislerine olan gereksinim: Hastalık ve hastane süreçleri hastaların kendilerini yalnız, dışlanmış hissetmelerine neden olur. Ait oldukları dini topluluktan insanların onlar için dua ettiğini bilmeleri, onlar tarafından ziyaret edilmeleri gibi deneyimler hastalara önemsendiklerini, yaratıcı tarafından sevildiklerini hissettirir.
- Ölümü kabul etme ve bununla başa çıkma: Ciddi hastalıklar yaşamak, hastane süreci gibi yaşantılar, hastalara sürekli yaşamayacaklarını fark ettirir. Hatta çoğu insan, ölümden korktuğundan daha çok, ölüm sürecinden korkar. Çünkü bu süreç, insanların kendileri ve yaşamları üzerindeki kontrolü yitirdikleri, rahatsız ve yalnız hissettikleri bir dönemdir. Manevi inançlar böyle dönemlerde, yaşam-ölüm-acı çekme gibi deneyimlere anlam kazandırır. Bunun yanında, hastalar, ölümden sonra cezalandırılma gibi korkular nedeniyle manevi olarak da ölüme hazır hissetmeyebilirler. Bu noktada da yine kendilerine rehberlik edecek, kaygılarını azaltacak ve onlara ümit verecek uzmanlara gereksinim duyacaklardır.
- Affetme ve affedilme gereksinimi: Hastalığı bazı insanlar cezalandırılma olarak görebilir. Bu nedenle ölüm düşüncesiyle birlikte, affetme ve affedilme gereksinimleri artar. Manevi ve dini inançlar da, başkalarını affetmek ve onların affını istemek gereksinimleri sürecinde insanlara yardım eder, suçluluk ve öfke duygularından sağlıklı şekilde arınmalarına yardımcı olur.
- Hastalığı yaşama sürecinde şükretme gereksinimi: Hastaların, sahip oldukları sağlık ve insan ilişkileri nedeniyle şükran duygusu hissetmeleri, hastalık sürecine daha kolay uyum sağlamalarına ve daha olumlu bir bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Dini inançlar ve dini kıssalar şükran hissini güçlendirir. Din büyüklerinin başından geçenlere dair anlatılar, hastalık sürecinde yol gösterecek olumlu rol modeller gelişmelerine yardımcı olur.

- Umut hissetmeye gereksinim: Umut motivasyonun lokomotifidir. Umut olmazsa hastalar mücadeleden vazgeçebilir. Bu yüzden önemli bir umut kaynağı olan manevi inançlar tedavi sürecinde oldukça önemlidir (Boztilki vd., 2017). Spiritual bakıma ilişkin bilgiler hemşirelik literatüründe inanç sistemleri ve dini uygulamalarla ilişkilendirilmiştir (Doğan, 2013). Spiritual (manevi) bakım bireylerin acılı, sıkıntılı, üzüntülü ve korku dolu dönemlerinde aniden karşılaşıldığında onların yanında bulunmak, destek sağlamak, varsa soru ve sorunlarının çözümünde etkili olabilmek, adet ve ibadetlerini yerine getirebilmede yol göstermek, var oluşlarına yeni bir anlam verebilmede yardımcı olmak şeklinde tanımlanmaktadır (Erişen, Karaca Sivrikaya 2017). Hemşirenin hastanın kendi özelliklerine ve beklentilerine göre verilmesi gereken spiritual bakım sezgisel, karşılıklı ilişkileri içeren, özverili ve bireyi bir bütün olarak temel alan uygulamalardır. Sağlık Bakım Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu ve Uluslararası Hemşireler Konseyi spiritual bakımı hemşirelik sorumluluğunda olduğunu ve isteğe bağlı olmadığını ve nitelikli olması gerektiğini ifade etmiştir (Aslan Özkan ve Bilgin 2016). Govier manevi/spiritual bakım için beş “R”yi tanımlamıştır. Bunlar, **reason and reflection** (yaşamın anlamını kavrama, yaşamamı sürdürme), **religion** (spiritualiteyi ifade etme), **relationships** (sevgi, güven, umut), **restoration** (bakımın fiziksel görünüşüne etkisi) (Çetinkaya vd., 2007).

Reverend Pamela Baird’a göre spiritual bakım, sadece diğer insanlarla tanışmak, insandan insana şefkatli bir duruş sağlamak ve yararlı olmak; bu saygınlıklarını korumak ve karşı tarafın güçlüğüne korumak için güçlü olmak ile ilgilidir. Lunn’un tanımlamasına göre spiritual bakım, insanlarla karşılaşma ve onlara bir şeye bağlı olma ya da yeniden bağlanma, uygulamalar, fikirler ve prensipler gibi onların temel durumları ile ilgili yardımcı olmaktır. Spiritual bakımın diğer tanımları ise, bir başka kimsenin ruhuna dokunma çabası, insanın değer ve deneyimlerinin karşılıklı olması şeklinde açıklanmaktadır (Erişen, Karaca Sivrikaya 2017)

## **5.2. Spiritual Bakımda Hemşirelik Süreci ve Hemşirelik Tanıları**

Spiritual bakım, hemşirelik süreci ile bireyin manevi gereksinimlerini tanımlama, uygun girişimleri planlama, planlanan girişimleri uygulama ve değerlendirme şeklinde verilebilir (Sülü Uğurlu, 2014). Manevi gereksinimler değerlendirilir ve veri toplanır. Spiritual bakımda her bireyin kişisel inançlarına saygı göstermek çok önemlidir. Bireyler farklı yollarla, deneyimlerle yaşamın anlamını bulmaya çalışır. Hemşirelik süreci uygulamalarında hastada dini uygulamalarının ötesinde bir değerlendirme yapılmalıdır.

**Tanımlama:** Hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelik sürecinin temelini oluşturur. Tanılama aşaması sorun karşısında yapılması gerekenler konusunda rehberlik eder. Bu aşamada amaç, bireyin gereksinim duyduğu fakat karşılayamadığı bakımı saptamaktır. NANDA, hemşirelik tanısını birey, aile ya da toplumun gerçek ve potansiyel sağlık sorunları veya yaşam sürecinde yer alan karar olarak tanımlamıştır (Yıldırım vd., 2013). Spiritual gereksinimlerin tanılanması hemşirenin hasta ile etkileşimi esnasında devam etmektedir. Gereksinimler doğrudan (sorularla) ve dolaylı (gözlem) yollarla tanınabilir. Sorular açık uçlu sorulmalıdır. Bireyin davranışı, hareketleri, sözlü ifadeleri, diğer kişiler ile ilişkileri spiritual gereksinimleri açısından ipuçları verir. Gözlem sonuçları dikkatli kaydedilmeli, birleştirilerek analiz edilmelidir. Hemşirenin, hastanın spiritual gereksinimlerini ifade eden ipuçları kavraması, aktif dinlemeyi ve hassaslığı beraberinde getirir. NANDA, spiritual tanıları, spiritual distres (spiritual sıkıntı-manevi sıkıntı) olarak ele almış, spiritual distresi, “yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir bozukluk riski şeklinde tanımlamıştır. Spiritual sıkıntı kızgınlıkla, öfkeyle, üzüntüyle, korkuyla ifade edilebilir. Hastanın inançları ile davranışları arasında uyumsuzluk varsa ve hasta bunu doğrularsa, “spiritual sıkıntı/distres” tanısı onaylanmış olur. Spiritual tanılamada The B-E-L-I-E-F tanılama yöntemi spiritual ve dini ihtiyaçları tanılamada yardımcı olmaktadır. Bunlar (Aştı ve Karadağ, 2013b);

B- Belief System (İnanç sistemi)

E-Ethics or values (Etik veya değerler)

L-Lifestyle (Yaşam biçimi)

I-Involment in a spiritual community (Spiritual topluma katılma)

E- Education (Eğitim)

F-Future Events (Gelecek olaylar)

Hemşire hastanın manevi durumunu sorgulamalı ve bu bilgi öncelikle bireylerden alınmalı, bunun gerçekleştirilemediği durumlarda ailelerinden destek alınarak yapılmalıdır (Abedi, 2011).

Hemşire manevi tanılamada,

- Maneviyatınıza yönelik yaptığınız bir uygulamanız var mı?
- Hastanede ya da sağlık kuruluşunda olmak sizin uygulamalarınızı gerçekleştirmenizde engel mi?
- Sizi etkileyen durumu nasıl değerlendirirsiniz?
- Size nasıl destek sağlar ve yardımcı olurum?
- İnançlarınız size destek sağlamada etkili midir? sorularının yanıtlarını almalıdır.

Hemşire manevi gereksinimlerin belirlenmesinde;

- Manevi uygulamalarına yönelik ifadelerinin dinlenilmesi (yapılan uygulamalar hakkında konuşma...),
- Manevi uygulamalara ilişkin gözlemlenebilir objelerin değerlendirilmesi (kitaplar, dini semboller vb.),
- Manevi endişelerin ya da kaygı belirtilerinin değerlendirilmesi (cesaretsizlik, anksiyete vb.)
- Manevi sıkıntı belirtilerinin değerlendirilmesi (ağlama, suçluluk ifadesi vb.),
- Değerlendirme aşamasının tamamlanmasından sonra doktora haber vermesi
- Kişi isterse, psikolog, din adamından yardım istenmesi
- Yapılan ya da yapılması planlanan uygulamaların hemşire gözlemine kaydedilmesi adımlarını izlemelidir (Sülü Uğurlu, 2014).

### **Potansiyel Hemşirelik Tanıları**

Spiritual sağlıkta potansiyel hemşirelik tanıları; anksiyete, etkisiz bireysel baş etme, korku, umutsuzluk, güçsüzlük, spiritual iyi olmayı geliştirme ya da hızlandırmaya hazır olma, manevi sıkıntı ve manevi sıkıntı riskidir (Aştı ve Karadağ, 2013b).

Maneviyat, Uluslararası Hemşireler Birliği hemşirelik kodları içinde yer almaktadır.

1994 yılından beri Amerikan Hemşireler Birliği tarafından Psikiyatrik Ruh Sağlığı Klinik Uygulama Standartları'na yerleştirilmiştir. Amerikan Hemşireler Birliği kodlarında insanın inancı ve değerleri; ulusal, etnik, dinsel, kültürel, politik, ekonomik, gelişimsel, rol ve seksüel farklılıklar olmaksızın eşit sağlık bakımı hakkı yer almaktadır. Taksonomi II Hemşirelik Tanı Listesi'nde (1995-1996) değerlerine uygun önemseme, ruhsal, tinsel sıkıntı ve ruhsal gönencin güçlendirilmesi potansiyeli tanıları vardır. Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre gruplandırılmış tanı listesinde (1997-1998) ruhsal, tinsel sıkıntı ve ruhsal gönencin güçlendirilmesi potansiyeli tanıları yer almaktadır. Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Derneği; 2003 yılında yayınladığı hemşirelik tanıları listesinde spiritual distres, spiritual distres riski ve spiritual boyutun güçlendirilmesi potansiyeli tanıları yer almaktadır. Hemşirelik Tanıları el kitabında spiritual distres, spiritual distres riski ve spiritual iyilik halini güçlendirmeye hazır oluş tanıları şeklinde bulunmaktadır (Erdemir, 2012). Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017'de spiritüel sıkıntı ve spiritual sıkıntı riski şeklinde ele alınmaktadır (Herdman ve Kamitsuru, 2018).

Stres, hayati olaylar ve inanç sisteminin tehdit edildiği durumlarda, bireyde manevi stres ya da spiritual distres oluşmaktadır. Bazı kültürlerde ise hastalığa ya da içinde bulunulan duruma ilişkin duyulan utancın manevi strese yol açtığı görülmektedir. Manevi stres

yaşayan hastalara bakım verirken amaç, hastanın manevi uygulamaları ile sağlık bakımı arasındaki dengeyi sağlamaktır. Klimes çalışmasında manevi stresin belirtisini manevi ağrı, manevi yabancılaşma, manevi anksiyete, manevi suçluluk, manevi öfke, manevi kayıp, manevi ümitsizlik şeklinde belirtmiştir (Boztilki vd., 2017)

**Planlama:** Hastaların sağlığını geliştirmesi yönünde hemşirelik girişimlerini planlaması son derece önemlidir. Hemşire spiritual sıkıntı tanısının hasta için geçerliliğini araştırmalıdır. Manevi gereksinimleri karşılayabilmek için hemşire planlama yaparken; bireye manevi ihtiyaçlarını yerine getirmede ve bireyin içsel kaynaklarını etkin bir şekilde kullanmasında yardım etmelidir, birey rahatsız eden bir durumla karşılaştığında kişisel farklılıklara saygı göstermelidir. Ayrıca hemşire, iyi bir planlama yapabilmek için kendi inanç ve değerlerinin farkında olmalı, bunları hastanın durumuyla karıştırmamalı ve kendisinin maneviyatı nasıl algıladığıyla ilgili bazı sorulara cevap aramalıdır.

Spiritual bakım planı gerçekçi, bireye özgü ve planlamada uzun vadeli ve kısa vadeli amaçlar olmalıdır. Bireyin stresli durumlarla başa çıkabilmesi ve hastalığa uyum sağlaması uzun vadeli amaç olurken, dini uygulamalara katılım ya da duygularının ifadesi kısa vadeli amaç olabilir. Hastanın daha pozitif ve mutlu görünmesi, hastanın kendisinin manevi gereksinimlerinin karşılandığını onaylaması ve hemşirenin bu gereksinimleri tam olarak karşılayamadığını hissetmesi planlamada kullanılacak hedefler olarak gösterilmiştir (Erdemir, 2012).

**Uygulama:** Hastayla kurulan bakım ilişkisinde hedef hasta için hastalığın anlamını bilmeyi, kayıplarını, yaşamın amacı ve anlamının nasıl etkilendiğini belirlemeye yönelik olmalıdır. Duygusal sorunlara yönelik hemşirelik girişimlerinde amaç, hastanın yaşadığı duyguları açıklamasını sağlamak, ruhsal endişe ve acıyı azaltmak, stres kaynakları, değişikliklere karşı ve oluşabilecek tehdit durumlarına karşı uyum sağlamasına yardımcı olmak ve uygun yöntemleri geliştirmesini sağlamaktır.

Hasta ile hastalığın dönemde genellikle inkar etme, anksiyete, belirsizlik, öfke, güçsüzlük, utanma, suçluluk duygusu, sosyal geri çekilme, yalnızlık hissi, yetersizlik, gizlenme gibi duyguların önemi hakkında konuşulur. Bu dönemde, dürüst, empati kurarak, yargılamadan hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamak etmesini sürecin daha kolay atlatılmasını sağlar. Duyguların ifadesi edilmesinde olumlu geri bildirim verilmeli ve bu süreçte hastanın, umut duygusunu geliştirmesi sağlanmalıdır. Hastanın istediği kişilerle bir arada bulunmasını sağlamak, kendisi veya bir başkası için bir şeyler yapması yönünde cesaretlendirmek, benzer konuda sorunları olan kişilerle bir araya gelmesini sağlamak,

egzersiz yönünden desteklemek gibi yöntemler uygulamada etkili olmaktadır (Aştı ve Karadağ, 2013b).

**Değerlendirme:** Spiritual değerlendirme, anlam ve amaç, içsel güçler ve kendilik olarak değerlendirilir (Aştı ve Karadağ, 2013b). Hemşirelik bakımının manevi boyutunun ele alınması hasta ve aileleri açısından oldukça önemli bir durum olup, manevi boyut da değerlendirilerek bakım verilmelidir.

### 5.3. Spiritual Bakımda Hemşirenin Rolü

Hemşirenin insanların sorunlarına çözüm getirmesinde deneyimler kazanması oldukça önemlidir. Peplau hemşireliği, kişilerarası tedaviye yönelik bir süreç ve bu sürecin hasta ve hemşire arasındaki ilişkisi olarak tanımlamıştır (Karaca, 2010). Spiritual bakım verebilmek için; iletişimin, güven oluşturmanın ve umut vermenin önemli olduğu bildirilmektedir (Yılmaz, 2011).

**İletişim becerileri:** İletişim; fikirlerin, duyguların, niyetlerin ve gereksinimlerin insanlar arasında karşılıklı olarak iletildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Özcan, 2006). Bu yüzden hemşirelikte iletişimin hemşirelik alanında anlamı daha özeldir. Hemşirelik, her yaş grubundaki bireye, temel gereksinimlerin karşılanması ve sağlıkları ile ilgili sorunlarda yardımcı olacak etkinlikleri, iletişim ve ilişkiler sürecini kapsamaktadır (Yalçın ve Aştı, 2011). Hemşirenin bakım vermede en etkili aracı iletişimi, bilgisi ve becerisidir. Bireylerin kendilerini anlaşılabilir hissetmelerinde ölçü iletişimin etkili olması ve kullanılmasıdır (Kumcağız vd., 2011). Hemşirenin bireye, kendine özgü özelliği, kişiliği ve bütünlüğü içinde haklarına ve mahremiyetine saygılı bir şekilde bakım vermesi için iletişim tekniklerini bilmesi ve bunları uygulaması gerekmektedir. Hemşire iletişimde sözlü ve sözsüz öğelere dikkat etmeli ve özen göstermelidir. İletişimde beden %60, ses %30, sözcükler ise %10 oranında etkilidir. Sözel iletişimde; kullanılan sözcükler ve anlaşılabilir olma, konuşma hızı, ses tonu, ifadelerin kullanımı, zamanlama gibi faktörler önemlidir. Sözsüz iletişimde ise; görsellik, beden duruşu, göz teması, jestler ve mimikler, kullanılan el ve kol hareketleri, kişisel alan ve mesafe gibi faktörler önemlidir. Hemşire hasta bireyler ile iletişiminde bu unsurlara dikkat ederken hasta bireyin de sözlü ve sözsüz ifadelerini gözlemlemelidir (Yalçın ve Aştı, 2011).

**Güven oluşturma:** Hemşire ve hasta ilişkisi güven esasına göre şekillenmekte; çünkü hasta birey fonksiyonlarındaki değişim nedeniyle incinebilir yapıdadır. Birey farklı bir ortama girdiğinde incinebilirlik durumu artar ve bu durumda güven bakımı geliştirir.

Sağlanan güven duygusu ile bireyin stresi azalır. Hemşire güven ilişkisini geliştirmede, bilgisini ve becerisini gösteren hemşirelik bakımı planlamalı; sıcak ve samimi iletişim kurmalı, tutarlı olmalı, dürüst yaklaşmalıdır (Yalçın ve Aştı, 2011).

**Umut verme:** Umut, insanın varlığında olan, yalnız ona ait, ruhsal açıdan canlı tutan bir istek olarak tanımlanmakta ve manevi olarak güç ile nitelendirilmektedir. Umut, bireyi destekleyen, cesaretlendiren önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularını önleyerek bireyin yaşamına olumlu katkıda bulunmaktadır. Murata ve arkadaşları (2006), spiritual yönden acı çekmenin azaltılmasının palyatif bakımda önemli olduğunu vurgulamış ve umut kavramını gelecekte üzerinde durulması gereken bir konu olduğunu belirtmiştir (Aslan vd., 2007). Spiritualitede önemli olan umut, başkalarına kolayca verilemeyen bir şeydir (Carpenter vd., 2008). Umut, kişinin geleceğe uyumu için ona güç veren, gelecekle ve yaşantısıyla ilgilenmesini ve hayatta anlam bulmasını sağlayan, dinamik bir güçtür (Turan Kavradım vd., 2014).

Bostancı Daştan ve Buzlu'nun (2010) manevi bakımın kanser hastaları üzerinde yaşam kalitesini artırdığı ve umut duygularını geliştirdiği, İnce ve Akkan'ın (2016) Daaleman ve arkadaşlarından aktardığı çalışmasında da ayaktan tedavi gören 277 geriatri hastasının manevi ihtiyaçlarının karşılanması, sağlıklarında olumlu sonuçlar alınmıştır.

### **Çizelge 3. Spiritual Bakımda Uygulanan Hemşirelik Girişimleri**

Aktif dinleme	Suçluluk duygusunu azaltma
Etkinlik ya da aktivite terapisi	Umut verme
Hayvan-yardımlı terapi	Mizahi düşünme
İleriye dönük rehber olma	Ruh durumunu yönetir
Anksiyeteyi azaltma	Müzik terapisi
Aromaterapi	Yanında bulunma
Sanat ve beceri terapisi	Kademeli kas gevşetme
Kitap okutma tedavisi	Eğlence/uğraşı terapisi
Sakinleştirme, dini uygulamaları artırma tekniği	Yönlendirme, bakım verici destek ve baş etmeyi geliştirme
Hatırlama/anı terapisi	Danışmanlık etme
Kültürel simsarlık, güvenliği artırma	Rol geliştirme, karar verme, dikkatini dağıtma
Bireysel farkındalığını geliştirme	Yaşam sonu bakım
Öz saygıyı geliştirme	Duygusal destek sağlama
Basit hayal kurma	Çevresel yönetim
Masaj ve egzersizi artırma	Temel gevşeme terapisi
Aile bütünlüğünü artırma	Spiritual gelişimi kolaylaştırma
Aile ilişkisini artırma	Spiritual destek sağlama
Aileyi harekete geçirme	Destek sistemini arttırma
Ailenin varlığını kolaylaştırma	Terapötik dokunma
Aile sürecini devam ettirme	Dokunma ve aile desteği sağlama
Gerçeği söyleme	Bağışlamayı kolaylaştırma
Değerleri açıklama	Kederi azaltma, hasta ziyaretini kolaylaştırma

(Kaynak: Como 2007)

#### **5.4. Spiritual Bakımın Verilmesine İlişkin Engeller**

Van Leeuwen vd., (2006) spiritualite kavramının bireysel algılamaya üzerine temellendirilmiş olduğundan karmaşık olduğunu vurgulamaktadır.

Yılmaz (2011) spiritual hemşirelik bakımı verilmesine ilişkin kişisel, çevresel ve bilgi engelinin olduğunu belirtmiştir.

##### **Kişisel engeller**

- Hemşirelerin hastaların spiritual gereksinimlerini kişisel olarak yorumlaması, din adamlarının sorumluluğu olarak görmesi ve bu durumun hemşirenin sorumluluğu olarak görmemesi.
- Hemşirelerin spiritualiteye ilişkin deneyiminin olmaması ya da yetersiz olması.
- Hemşirelerin spiritual distres karşısında kendisini rahat hissetmemesi.

##### **Çevresel engeller**

- Hemşirelerin spiritual gereksinimlere yönelik bakım vermede zamanlarının yetersiz olması.
- Kurumun çalışanlardan spiritual bakım vermesi yönünde beklentisinin olmaması.
- Çalışma ortamının spiritual bakım vermek için uygun olmaması (Yılmaz, 2011).

##### **Bilgi engelleri**

- Hemşirelerin başkalarının dini inancı ve spiritualitesi hakkında bilgi eksikliği ya da yetersizliği.
- Hemşirelerin spiritual gereksinimleri psikolojik gereksinimler olarak yanlış bilmeleri.
- Hemşirelerin spiritualite ve spiritual bakım ile ilgili hiç eğitim almaması ya da aldığı eğitimin yetersiz olması.
- Spiritualite ile ilgili hemşirelik teorileri ve girişimlerin sınırlı olması.

Hemşirenin kendi düşünce sistemi, manevi ihtiyaçları ve bakımı algılama durumu, kendi yaşam umudu, istekliliği ve konuya ilişkin hassasiyeti, hemşirelerin çalıştığı ortam, çalışma koşulları, hastaya bakım veren diğer personellerle iletişimi, hastanın iletişime açık olması gibi birçok faktör hemşirenin manevi bakım vermesinde etkili olmaktadır (Erişen vd., 2017). Hemşirelikte, manevi gereksinimlerin doğru belirlenmesi, bireyin fiziksel bakımının manevi bakımla uyum içinde verilmesi için, hemşirenin bilgisi, becerisi ve uygulamalarının profesyonel düzeyde olması gereklidir (Akgün Kostak, 2007).



## 6. GEREÇ ve YÖNTEM

### 6.1. Amaç

Bu araştırma, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin spiritual bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bireyin spiritual boyutuna yönelik araştırmalara literatürde sıkça rastlanmamakla birlikte hemşirelik bakım planlarında bireyin manevi gereksinimleri de ele alması bakımından bu alandaki boşluğu doldurabileceği düşünülmektedir.

### 6.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırma tanımlayıcı tipte ve ilişkisel tasarımda olup, araştırmanın evrenini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan hemşireler (N=329) oluşturmaktadır. Araştırma çalışmayı kabul eden 181 hemşire ile tamamlanmıştır.

### 6.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmanın verileri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde, 1 Şubat-30 Haziran 2016 tarihleri arasında hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde dinlenme sürelerinde hafta içi yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Çalışmada kullanılan her bir anketin uygulama süresi ortalama 10 dakika sürmüştür. Çalışmaya başlamadan önce 1-15 Ocak 2016 tarihleri arasında aynı kurumda çalışan 20 hemşire ile ön uygulama yapılarak, gerekli düzeltmelerden sonra asıl uygulamaya geçilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür incelenerek hazırlanan 2 açık uçlu ve 35 kapalı uçlu sorulardan oluşan kişisel bilgi formu ve McSherry, Draper ve Kendric tarafından 2002 yılında geliştirilmiş, Ergül, Bayık Temel (2007) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan 17 soruluk “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ)” kullanılmıştır. Ölçekte yer alan **6,7,8,9,11,12,14** numaralı ifadeler **Maneviyat ve manevi bakım boyutunu**; **4,5,13,16** numaralı ifadeler **Dinsellik boyutunu** ve **1,2,10,15** numaralı ifadeler **Bireysel bakım** boyutunu oluşturmakta olup beşli likert tipi bir ölçektir. Maddelerin puanlaması, kesinlikle katılıyorum “1” den, tamamen katılıyorum”5” e doğru yapılmaktadır. On üç madde düz, dört madde ters şekilde puanlanmaktadır. Madde puanlarının soru sayısına bölünmesi ile toplam puan elde edilmektedir. MMBÖ Toplam Puan Ortalamasının alt puanı 40,00 ve üst puanı 75,00 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlar olarak ise; maneviyat ve manevi bakım alt boyutunun minimum puanı 18,00 maksimum puanı 35,00; dinsellik alt boyutunun minimum puanı 8,00 maksimum puanı 20,00; bireysel

bakım alt boyutunun minimum puanı 9,00 maksimum puanı ise 20,00 olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alpha değeri 0,76 olarak saptanmıştır (Ergül ve Bayık Temel, 2007). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır.

#### **6.4. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizinde SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmıştır. Çalışmada hemşirelerin kişisel özellikleri (yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma süresi vb.) bağımsız değişken, spiritual bakıma ilişkin görüşleri ise bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

Araştırmada kişisel bilgiler ve çoktan seçmeli açık uçlu sorular ile ilgili verilerin analizinde frekans ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeğinde bulunan 17 ifadeye hemşirelerin verdiği yanıtların normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Kolmogorov Smirnov testi yapılmıştır. Yapılan bu analiz sonucunda normal dağılıma uygunluk tespit edilmemiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ile +2 arasında olmadığından ve ayrıca Shapiro-Wilk testinde de her bir boyutun anlamlılık düzeyi 0,000 olduğu için verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle veri analizlerinde non-parametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk söz konusu olmadığından Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Ölçeği ifadelerinin 2 bağımsız grup açısından karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden çok bağımsız grup arasında karşılaştırma yapıldığında ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

#### **6.5. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yürütüldüğü Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan (Ek 2) ve T.C Sağlık Bakanlığı Muğla Genel Sekreterliği'nden (Ek 3) gerekli yazılı izin alınmıştır. Ayrıca hemşirelere çalışma öncesi bilgilendirme yapılarak hemşirelerden sözlü onamları alınmıştır.

#### **6.6. Araştırmanın Sınırlılığı**

Bu çalışmanın evrenini Muğla ili sınırları içinde bulunan Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmakta olup, hemşirelerin anket uygulamasına katılmak istememesi nedeniyle evrenin tamamına ulaşılamaması araştırmanın sınırlılığıdır.

## 7. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, spiritual bakıma ilişkin görüşleri ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı ( n=181)**

Tanıtıcı Özellik	n	%
<b>Yaş</b>		
20-29 Yaş	30	16,6
30-39 Yaş	76	42,0
40-49 Yaş	54	29,8
50 Yaş ve üstü	21	11,6
	<b>38,3 ± 8,36 (Min=21; Max=58)</b>	
<b>Cinsiyeti</b>		
Kadın	168	92,8
Erkek	13	7,2
<b>Eğitim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	35	19,3
Ön Lisans	42	23,2
Lisans	94	52,0
Lisansüstü	10	5,5
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>		
1-10 Yıl	55	30,4
11-19 Yıl	49	27,1
20-29 Yıl	58	32,0
30 Yıl ve üstü	19	10,5
	<b>16,9 ± 9,51 (Min=1; Max= 38)</b>	
<b>Çalışılan Klinik</b>		
Dahili Klinikler	43	23,8
Cerrahi Klinikler	43	23,8
Dahili Yoğun Bakım	13	7,1
Cerrahi Yoğun Bakım	11	6,1
Onkoloji	12	6,6
Hematoloji	4	2,2
Diğer*	55	30,4
<b>Çalışılan Klinikteki Görevi</b>		
Sorumlu Hemşire	19	10,5
Servis Hemşiresi	137	75,7
Poliklinik Hemşiresi	25	13,8
<b>Medeni Durumu</b>		
Evli	157	86,7
Bekar	24	13,3
<b>Doğduğu Coğrafi Bölge</b>		
Marmara	7	3,9
Ege	110	60,8
Akdeniz	25	13,8
İç Anadolu	16	8,8
Karadeniz	8	4,4
Doğu Anadolu	9	5,0
Güneydoğu Anadolu	6	3,3
<b>Aile Yapısı</b>		
Çekirdek Aile	177	97,8
Geniş Aile	4	2,2

\*Acil, poliklinik, talasemi, uyku laboratuvarı, eğitim

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 42'si 30-39 yaş grubunda, %32'sinin meslekte çalışma süresi 20-29 yıl olup, % 92,8'i kadın, %7,2'si ise erkektir. Hemşirelerin %51,9'un lisans

mezunu, %75,7'si servis hemşiresi olarak görev yapmakta, %23,8'i dahili ve aynı oranda hemşire cerrahi klinikte çalışmaktadır. Ayrıca hemşirelerin %86,7'sinin evli, %97,8'inin çekirdek aileye sahip oldukları ve %60,8'inin Ege Bölgesinde doğduğu görülmektedir (Tablo 1).

**Tablo 2. Hemşirelerin Dini İnanç Düzeylerinin Manevi Bakımın Etkisine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı ( n=181)**

<b>Dini İnancını Değerlendirme Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yok	3	1,6
Zayıf	9	5,0
Orta	83	45,9
Güçlü	73	40,3
Çok güçlü	13	7,2
<b>Dinin İnancın Olma Durumunun Spiritual Bakım Gereksinimi Olan Bireye Yaklaşım İlişkin Görüşü</b>		
Etkilemez	46	25,4
Az etkiler	69	38,1
Çok etkiler	64	35,4
Cevapsız	2	1,1
<b>Dini İnancın olmama Durumunun Spiritual Bakım Gereksinimi Olan Bireye Yaklaşım İlişkin Görüşü</b>		
Etkilemez	66	36,5
Az etkiler	66	36,5
Çok etkiler	42	23,2
Cevapsız	7	3,8

Tablo 2' de hemşirelerin Dini İnancını Değerlendirme Durumu ve Dini İnancın Olma ve Olmama Durumunun Manevi Bakım Gereksinimi Olan Bireye Yaklaşım İlişkin Görüşlerinin dağılımı görülmektedir. Tabloya göre hemşirelerin % 45,9'u dini inancını orta düzeyde, %40,3'ü ise güçlü olarak değerlendirmektedir. Hemşirelerin %35,4'ü dini inanca sahip olmanın manevi bakım gereksinimi olan bireye karşı yaklaşımını çok etkileyeceğini belirtirken, %38,1'i ise az etkileyeceğini, %25,4'ü ise etkilemeyeceğini belirtmektedir. Ayrıca hemşirelerin %36,5'i dini inanca sahip olmamanın manevi bakım gereksinimi olan bireye karşı yaklaşımını etkilemeyeceğini belirtirken ve çok etkileyeceği görüşüne sahip olan hemşirelerin oranı ise % 23,2'dir.

**Tablo 3. Hemşirelerin Spiritual Bakıma İlişkin Bilgi Sahibi Olma Durumu, Bilgi Edinme Kaynakları ve Bilgisinin Yeterliliğine İlişkin Görüşlerinin Dağılımları ( n=181)**

<b>Spiritual (Manevi) Bakım Hakkında Bilgisi Olma Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	75	41,4
Hayır	106	58,6
<b>Spiritual (Manevi) Bakıma İlişkin Bilgi Kaynağı</b>		
Hemşirelik Eğitimi Sırasında	42	23,2
Hizmet İçi Eğitim	21	11,6
İnternet	8	4,4
Basın Yayın	7	3,9
Kongre / Seminer	28	15,5
Meslektaş	3	1,7
Cevapsız	72	39,7
<b>Spiritual (Manevi) Bakım Bilgisinin Yeterliliğine İlişkin Görüşü</b>		
Yeterli	10	5,5
Kısmen yeterli	52	28,7
Yetersiz	13	7,2
Cevapsız	106	58,6
<b>Çalışılan Kurumda Spiritual (Manevi) Bakım İle İlgili Hizmet İçi Eğitim Programlarının Olma Durumu</b>		
Evet	5	2,7
Hayır	131	72,4
Bilmiyorum	45	24,9

Tablo 3’de Hemşirelerin spiritual ( manevi ) bakıma ilişkin bilgi sahibi olma durumu, bilgi edinme kaynakları ve bilgisinin yeterliliğine ilişkin görüşlerinin dağılımları görülmektedir. Tabloya göre hemşirelerin %58,6’sı spiritual (manevi) bakım hakkında bilgilerinin olmadığını ifade ederken, bilgi edinme kaynaklarını %23,2’si hemşirelik eğitimi, %15,5’i kongre ve seminerlere katılım, %11,6’sı hizmet içi eğitim programları olarak göstermiştir. Ayrıca çalışmada hemşirelerin %72,4’ü çalıştıkları kurumda spiritual (manevi) bakımla ilgili herhangi bir hizmet içi eğitim programı olmadığına işaret etmektedir.

**Tablo 4. Spiritual Gereksinimi Olan Bireye/Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Sahip Olması Gereken Özelliklerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı**

<b>Spiritual Gereksinimi Olan Bireye/Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Özellikleri *</b>		
İletişim Becerileri	151	83,4
Kültürel Farklılıkları	95	52,5
Bireysel Gönüllük	105	58,0
Empati Yapabilmeli	113	62,4
Spiritual gereksinimleri algılama /farkındalık durumu	118	65,2
Diğer**	10	5,5

\*:Hemşireler bu soruya yanıt olarak birden çok seçenek işaretlemiştir.

\*\*::Ön yargılı olmama, etik kurallara göre hareket etme, kendi maneviyatının güçlü olma durumu, dinleme, güler yüzlü olma.

Tablo 4, spiritual gereksinimi olan bireye/hastaya bakım veren hemşirelerin özelliklerini göstermektedir. Tabloya göre hemşireler iletişim becerisini (%83,4) manevi bakımda en çok sahip olunması gereken beceri olarak ortaya koymuşlardır.

**Tablo 5. Hemşirelerin Bütüncül (Holistik) Bakım Kapsamında Yer alan Ögelere İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n=181)**

Öğeler	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fizyolojik	175	96,7	2	1,1	4	2,2	181	100,0
Psikolojik	176	97,2	4	2,2	1	0,6	181	100,0
Sosyolojik	152	84,0	8	4,4	21	11,6	181	100,0
Spiritual	115	63,5	6	3,3	60	33,2	181	100,0

Hemşirelerin bütüncül (holistik) bakım kapsamında yer alan öğelere ilişkin görüşlerinin dağılımına bakıldığında; hemşirelerin % 97,2'si psikolojik, % 96,7'sinin fizyolojik, %84'ünün sosyolojik ve %63,5'inin spiritual öğeleri holistik bakım kapsamında sıraladıkları görülmektedir (Tablo 5).

**Tablo 6. Hemşirelerin Spiritualite (Maneviyat) ve Spiritual Bakım (Manevi Bakım) Tanımlarının Dağılımı (n=181)**

<b>Spiritualite (Maneviyat) Tanımları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kişinin iç dünyası ile ilgili duygular (huzur, inanç- vicdan vb.)	99	54,7
Kişinin dini duyguları ve uygulamaları	15	8,3
İnsani ilişkiler (sevgi, saygı, arkadaşlık, hoşgörü vb.)	9	5,0
Cevapsız	58	32,0
<b>Spiritual Bakım (Manevi Bakım) Tanımları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kişi/hastayı dinlemek ve psikolojik destek sağlama	56	31,0
Huzurlu ve rahat bir ortam sağlama	19	10,5
Kişinin/hastanın dini inançlarına ve değerlerine göre bakım verilmesi	44	24,3
Cevapsız	62	34,2

Hemşirelerin spiritualite (maneviyat) ve spiritual (manevi) bakım tanımlarının dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Hemşirelerin %54,7'si spiritualite (maneviyat) kavramını kişinin iç dünyası ile ilgili duygular (huzur, inanç- vicdan vb.), %8,3'ü kişinin dini duyguları ve uygulamaları olarak belirtmektedirler. Hemşirelerin %31'i spiritual (manevi) bakımı kişi/hastayı dinlemek ve psikolojik destek sağlama olarak tanımlamaktadır.

**Tablo 7. Hemşirelerin Spiritualite Kavramı ve Spiritual Bakıma İlişkin Görüşlerin Dağılımı (n=181)**

<b>Spiritualite Kavramı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hemşirelere Göre Spiritualite ve Din Kavramının Aynı Olma Durumu</b>		
Evet	26	14,4
Hayır	86	47,5
Bilmiyorum	69	38,1
<b>Hemşirelerin Kendileri İçin Spiritualiteye Yönelik Yaptıkları Aktivitelerin Dağılımı*</b>		
Hiçbir şey yapmama	17	9,4
Kendine telkinde bulunma	131	72,4
Dini sohbetlere katılma	29	16,0
Dua etme	129	71,3
Namaz kılma	83	45,9
Meditasyon / yoga yapma	83	45,9
Diğer**	27	14,9
<b>Hemşirelerin Kendileri İçin Spiritual Bakım Almayı İsteme Durumu</b>		
Evet	132	72,9
Hayır	49	27,1
<b>Çalışılan Klinikte Spiritual Bakım Verilme Durumu</b>		
Evet	42	23,2
Kısmen	79	43,6
Hayır	60	33,2
<b>Cevabınız Evet İse Ne Tür Uygulama/Uygulamaların Yapıldığı *</b>		
Konuşmak	37	20,4
Dinlemek	36	19,9
Psikolojik destek sağlamak	42	23,2
Rahat ortam sağlamak	32	17,7
Gerektiğinde hastanın aile akraba/arkadaşları ile görüşmesini sağlama	29	16,0
Güler yüzlü ve ilgili davranma	29	16,0
Dini uygulamaları için uygun ortam sağlama(namaz kılma, dua etme vb.)	36	19,9
	14	7,7
<b>Spiritualitenin Yaşla İlişkili Olma Durumu</b>		
Evet	47	26,0
Hayır	76	42,0
Bilmiyorum	58	32,0

\*: Hemşireler bu soruya yanıt olarak birden çok seçenek işaretlemiştir. Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

\*\* :Yüzme, yürüyüş, sevdiği insanlarla bir arada bulunma, müzik dinleme, kendisiyle baş başa kalma, müzik dinleme, alışveriş yapma, muhtaçlara yardım etme.

Tablo 7’de araştırmaya katılan hemşirelerin spiritualite kavramına ilişkin bazı sorulara verdikleri yanıtları göstermektedir. Tabloya göre 86 hemşire (%47,5) spiritualite ve din kavramının aynı olmadığını, 69 hemşire (%38,1) bunu bilmediğini 26 hemşire ise (%14,4) iki kavramın aynı olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin spiritualiteye yönelik yaptıkları aktivitelere bakıldığında kendine telkinde bulunma %72,4 ile dua etme ise %71,3 ile en çok yapılan aktiviteler olarak ortaya çıkmaktadır. Namaz kılma ise %45,9 ile en çok yapılan 3. aktivitedir. Hemşirelerin %72,9’u kendisi için spiritual bakım almak istediğini, %43,6’sı çalıştığı birimde kısmen spiritual bakım verildiğini, %33,2’si ise çalıştığı birimde

spiritual bakım verilmediğini ifade etmişlerdir. Çalıştığı birimde spiritual bakım verildiğini söyleyen hemşireler ne tür uygulama/uygulamalar yapıldığına yönelik soruya ise en çok psikolojik destek sağlamak (%23,2), konuşmak (%20,4), dinlemek (%19,9) ve güler yüzlü davranmak (%19,9) olarak cevap vermişlerdir. Bu tablodaki son soru olan spiritualitenin yaşla ilişkisi var mıdır sorusuna ise 76 hemşire (%42) hayır, 47 hemşire (%26) evet yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 8. Hemşirelere Göre Birey/Hastalarda Spiritualiteye Gereksinim Duyulan Durumların Dağılımı (n=181)**

Spiritualiteye Gereksinim Duyulan Durumlar*	n**	%
Fizyolojik rahatsızlıklar	81	44,8
Psikolojik rahatsızlıklar	156	86,2
Günlük ilişkilerde sıkıntı yaşanması	95	52,5
Pozitif duygusal hisler(kendini çok mutlu hissetme, huzur, rahatlık durumları)	43	23,8
Negatif duygusal hisler(suçluluk duygusu, kendini yalnız hissetmesi, hayatın boş ve anlamsız olma düşüncesine sahip olma)	111	61,3
Diğer***	4	2,2

\* Hemşireler bu soruya yanıt olarak birden çok seçenek işaretlemiştir.

\*\*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\*\*Yaşlılık durumu, hasta yakını olma.

Hemşirelere göre birey/hastalarda spiritualiteye gereksinim duyulan durumların dağılımı Tablo 8’de görülmektedir. Tabloya göre spiritualiteye gereksinim duyulan durumlara bakıldığında, psikolojik rahatsızlıklar %86,2 ile en çok ihtiyaç duyulan durumu göstermektedir. Bunu %61,3 ile negatif duygusal hisler ve %52,5 ile günlük ilişkilerde yaşanan sıkıntılar takip etmektedir.



**Tablo 9. Hemşirelerin Spiritual (Manevi) Bakıma İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (n=181)**

<b>Spiritual Bakıma İlişkin Görüşler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hemşirelere Göre Spiritual Bakımın Kim/Kimlere Verileceği *</b>		
Sağlıklı bireylere	75	41,4
Hasta olan bireylere (akut, kronik, pre-op, post-op dönem hastalarına, onkoloji )	140	77,3
Terminal dönem hastalarına	115	63,5
Yaşlı bireylere	113	62,4
Diğer**	8	4,4
<b>Hemşirelere Göre Spiritual Bakımı Kim/Kimler Vermeli *</b>		
Doktor	86	47,5
Hemşire	102	56,4
Ebe	60	33,1
Psikolog	154	85,1
Din görevlisi	115	63,5
Diğer*** (belirtiniz).....	12	6,6
<b>Hemşirelerin Spiritual Bakımın Gerekliliğine İlişkin Düşünceleri</b>		
Fikri yok	1	0,5
Gerekli görme	116	64,1
Gereksiz görme	2	1,1
Görevi olarak görmeme	17	9,4
Zaman kaybı olarak görme	45	24,9

\*: Hemşireler bu soruya yanıt olarak birden çok seçenek işaretlemiştir.

\*\* : Doğum yapanlara, çocuklara, kimsesizlere, hasta yakınlarına, psikiyatri hastalarına.

\*\*\*: Tüm sağlık çalışanları, anne ve baba.

Tablo 9’da spiritual bakıma (manevi bakım) ilişkin görüşlere bakıldığında, hemşirelerin %77,3’ü hastalara (akut, kronik, pre-op post-op dönem, onkoloji), %63,5’i terminal dönem hastalarına, 113 hemşire yaşlı bireylere (%62,4) ve 75 hemşire (%41,4) ise sağlıklı bireylere spiritual bakım verilmesi görüşüne sahiptir. Hemşirelerin %85,1’i spiritual bakımı psikologların vermesi gerektiğini belirtirken, %63,5’i din görevlisi, %56,4 ise hemşireler tarafından verilmesini ifade etmektedir. Ayrıca hemşirelerin %64,1’i spiritual bakımın gerekli olduğunu düşünürken, %24,9’u ise zaman kaybı olarak görmektedir.

**Tablo 10. Hemşirelerin Spiritual (Manevi) Bakım Verme Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı**

<b>Spiritual (Manevi) Bakıma İlişkin Görüşler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Spiritual Bakımla İlgili Herhangi Bir Hemşirelik Tanısı Duyulma Durumu</b>		
Evet	42	23,2
Hayır	139	76,8
<b>Spiritual Bakım İle İlgili Hemşirelik Tanısı Konulma Durumu</b>		
Evet	25	13,8
Hayır	156	86,2
<b>Spiritual Bakım Verme Konusunda Yeterli Hissetme Durumu</b>		
Evet	17	9,4
Kısmen	64	35,4
Hayır	100	55,2

Hemşirelerin manevi bakım verme konusundaki görüşleri Tablo 10’da yer almaktadır. Tablo 10’a göre hemşirelerin %76,8’i manevi bakımla ilgili herhangi bir hemşirelik tanısı duymadıklarını, %86,2’ si manevi bakımla ilgili hemşirelik tanısı koymadıklarını, %55,2’si manevi bakım verme konusunda kendisini yeterli hissetmediğini ifade etmektedir.

**Tablo 11. Hemşirelerin Spiritual (Manevi) Bakım Vermede Yaşadığı Güçlüklerin Dağılımı (n=181)**

<b>Yaşanılan Güçlükler*</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bilgi yetersizliği	49	27,1
Uygun ortamın olmaması(gürültü, kalabalık)	49	27,1
Kurumun beklentisinin olmaması	22	12,2
Çalışma koşulları(nöbet)	56	30,9
Zaman yetersizliği	55	30,4
Personel azlığı	37	20,4
İletişimde güçlük	26	14,4
Kendine güvenmeme	15	8,3
Diğer**	2	1,1

\*: Hemşireler bu soruya yanıt olarak birden çok seçenek işaretlemiştir.

\*\* : Hastaların sabırsız davranması.

Tablo 11’de hemşirelerin manevi bakım vermede yaşadığı güçlükleri gösterilmektedir. Tabloya göre hemşireler manevi bakım vermede yaşadıkları güçlükleri; çalışma koşulları (%30,9), zaman yetersizliği (%30,4), bilgi yetersizliği (%27,1) ve ortamın uygun olmamasını (%27,1) olarak sıralamışlardır.

**Tablo 12. Spiritual (Manevi )Bakımı Vermeyi Etkileyen Hemşire ile İlişkili Faktörlerin Dağılımı**

Faktörler	n*	%
Hemşirenin maneviyata ait kendi görüşleri	117	64,6
Manevi gereksinimler ve bakımı algılama biçimi	116	64,1
Hemşirenin yaşam umudu	49	27,1
Bireysel gönüllülük	105	58,0
Duyarlılık	93	51,4
Diğer**	6	3,3

\*: Hemşireler bu soruya yanıt olarak birden çok seçenek işaretlemiştir.

\*\* :Bilgi eksikliği, görev olarak görmeme, hemşirenin yorgun olma durumu.

Tablo 12’de hemşirelerin spiritual bakım vermesini etkileyen hemşire ile ilişkili faktörlerin dağılımı görülmektedir. Hemşirelerin %64,6’sı maneviyata ait kendi görüşlerinin, %64,1’i manevi gereksinimler ve bakımı algılama biçiminin, %58’i ise bireysel gönüllülüğün etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca spiritual bakım vermede hemşireler, (%51,4) duyarlılık ve (%27,1) yaşam umudunun etkili olduğunu belirtmektedirler.

**Tablo 13. Hemşirelerin Hemşirelik Eğitiminde Spiritual (Manevi) Bakım Konusunun Yer Verilmesi ve Spiritual Bakım Konusunda Eğitim Alma İsteği Olma Durumunun Dağılımı (n=181)**

Hemşirelik Eğitiminde Spiritualite İlgili Konulara Yer Verilme Durumu	n	%
Evet	138	76,2
Hayır	14	7,8
Bilmiyorum	29	16,0
Bu Konuda Eğitim Almayı İsteme Durumu		
Evet	142	78,5
Hayır	20	11,0
Bilmiyorum	19	10,5

Hemşirelerin hemşirelik eğitiminde spiritual (manevi) bakım konusunun yer verilmesi ve spiritual bakım konusunda eğitim alma isteği olma durumunun dağılımı Tablo 13’de yer

almaktadır. Hemşirelerin, %76,2'si mesleki eğitimlerinde spiritualiteyle ilgili konulara yer verilmesi gerektiğini, %78,5'i spiritualite konusunda eğitim almak istediğini ifade etmiştir.

**Tablo 14. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeğinin Puanlarının Dağılımı (Hemşirelerin MMBÖ Puan Ortalamaları)**

<b>MMBÖ</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Ort. ± SS</b>
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	18,00	35,00	27,73 ± 3,79
Dinsellik Alt Boyutu	8,00	20,00	13,86 ± 2,80
Bireysel Bakım Alt Boyutu	9,00	20,00	13,86 ± 2,80
MMBÖ Toplam Puan Ortalaması	40,00	75,00	57,12 ± 6,56

Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği puan ortalamaları; Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutunda 27,73 ± 3,79, Dinsellik Alt Boyutunda 13,86 ± 2,80, Bireysel Bakım Alt Boyutunda 15,52 ± 6,56 olarak bulunmuştur (Tablo 14).

**Tablo 15a. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre MMBÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Özellikler	n	Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	Dinsellik Alt Boyutu	Bireysel Bakım Alt Boyutu	MMBÖ Toplam Puan Ortalaması
		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	168	27,82 ± 3,69	13,74 ± 2,78	15,54 ± 2,26	57,10 ± 6,50
Erkek	13	26,61 ± 4,95	15,38 ± 2,75	15,30 ± 2,56	57,30 ± 7,60
<b>Test</b>		Z=-1,212;p=0,225	Z=-2,183;p=0,029	Z=-0,222;p=0,824	Z=-0,017;p=0,987
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	157	27,68 ± 3,90	13,81 ± 2,82	15,45 ± 2,28	56,94 ± 6,64
Bekar	24	28,08 ± 3,00	14,16 ± 2,72	16,00 ± 2,24	58,25 ± 6,02
<b>Test</b>		Z=-0,694;p=0,488	Z=-0,955;p=0,340	Z=-1,428;p=0,153	Z=-1,112;p=0,266
<b>Yaş</b>					
20-29	30	28,60 ± 3,79	15,03 ± 2,89	16,16 ± 2,62	59,80 ± 7,15
30-39	76	27,93 ± 3,80	14,32 ± 2,88	15,78 ± 2,22	58,05 ± 6,29
40-49	54	26,96 ± 4,02	13,44 ± 2,40	14,90 ± 2,31	55,31 ± 6,63
50+	21	27,76 ± 2,89	11,57 ± 1,83	15,23 ± 1,44	54,57 ± 4,41
<b>Test</b>		X <sup>2</sup> =5,218;p=0,157	X <sup>2</sup> =25,489;p=0,000	X <sup>2</sup> =10,838;p=0,013	X <sup>2</sup> =19,933;p=0,000
<b>Eğitim Düzeyi</b>					
Sağlık M.Lisesi	35	27,37 ± 3,41	13,85 ± 3,01	15,51 ± 2,22	56,74 ± 5,74
Ön lisans	42	27,83 ± 3,80	12,97 ± 2,69	15,66 ± 2,07	56,47 ± 6,75
Lisans	94	27,73 ± 3,93	14,15 ± 2,76	15,29 ± 2,36	57,19 ± 6,73
Lisans üstü	10	28,60 ± 3,97	14,80 ± 2,39	17,10 ± 2,13	60,50 ± 6,80
<b>Test</b>		X <sup>2</sup> =0,785;p=0,853	X <sup>2</sup> =8,282;p=0,041	X <sup>2</sup> =4,988;p=0,173	X <sup>2</sup> =3,530;p=0,317
<b>İş Pozisyonu</b>					
Sorumlu Hem.	19	27,63 ± 4,53	13,42 ± 1,89	16,26 ± 2,13	57,31 ± 7,58
Servis Hem.	137	27,68 ± 3,62	13,86 ± 2,87	15,40 ± 2,28	56,95 ± 6,50
Poliklinik Hem.	25	28,08 ± 4,20	14,20 ± 3,05	15,60 ± 2,38	57,88 ± 6,29
<b>Test</b>		X <sup>2</sup> =0,026;p=0,872	X <sup>2</sup> =0,277;p=0,599	X <sup>2</sup> =2,296;p=0,130	X <sup>2</sup> =0,058;p=0,809

**Tablo 15b. Hemşirelerin Bazı Özelliklerine Göre MMBÖ Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)**

Özellikler		Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	Dinsellik Alt Boyutu	Bireysel Bakım Alt Boyutu	MMBÖ Toplam Puan Ortalaması
	n	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
<b>Çalışılan Birim</b>					
Dahili Klin.	43	27,55 ± 3,62	14,00 ± 2,97	14,86 ± 2,28	56,41 ± 5,76
Cerrahi Klin.	43	27,37 ± 4,41	14,34 ± 2,89	15,27 ± 2,44	57,00 ± 7,65
Dahili YoğunB. Cerrahi Yoğun B.	13	28,15 ± 3,10	13,84 ± 2,57	15,30 ± 2,01	57,30 ± 6,11
Onkoloji	11	27,63 ± 3,69	14,09 ± 2,38	16,72 ± 1,84	58,45 ± 6,08
Hematoloji	12	28,50 ± 2,67	14,75 ± 2,95	16,91 ± 1,50	60,16 ± 5,84
Diğer	4	26,25 ± 2,62	11,00 ± 1,41	15,50 ± 1,91	52,75 ± 4,27
<b>Test</b>	55	28,01 ± 3,92	13,34 ± 2,67	15,74 ± 2,29	57,10 ± 6,70
		$X^2=2,003;p=0,919$	$X^2=8,355;p=0,213$	$X^2=12,535;p=0,051$	$X^2=7,316;p=0,293$
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>					
0-10 Yıl	55	28,45 ± 3,52	14,60 ± 2,64	16,10 ± 2,43	59,16 ± 6,52
11 Yıl ve Üstü	126	27,42 ± 3,87	13,53 ± 2,82	15,26 ± 2,17	56,23 ± 6,41
<b>Test</b>		$Z=-1,932;p=0,053$	$Z=-2,778;p=0,005$	$Z=-2,966;p=0,003$	$Z=-3,241;p=0,001$
<b>Dini İnanç Düzeyi</b>					
Yok	3	23,33 ± 3,21	17,33 ± 4,61	14,00 ± 1,73	54,66 ± 2,51
Zayıf	9	24,33 ± 2,87	15,66 ± 3,64	14,00 ± 3,24	54,00 ± 6,67
Orta	83	27,31 ± 3,77	13,55 ± 2,61	15,54 ± 2,14	56,40 ± 7,04
Güçlü	73	28,31 ± 3,38	13,83 ± 2,72	15,49 ± 2,23	57,64 ± 5,95
Çok Güçlü	13	30,53 ± 4,11	13,92 ± 2,87	17,00 ± 2,08	61,46 ± 5,51
<b>Test</b>		$X^2=21,586;p=0,000$	$X^2=5,170;p=0,270$	$X^2=11,261;p=0,024$	$X^2=9,381;p=0,052$
<b>Spiritual Bakım Hakkında Bilgisi Olma Durumu</b>					
Evet	72	29,13 ± 3,51	14,62 ± 2,60	15,90 ± 2,20	59,66 ± 5,85
Hayır	109	26,80 ± 3,69	13,35 ± 2,83	15,27 ± 2,30	55,44 ± 6,49
<b>Test</b>		$Z=-4,685;p=0,000$	$Z=-3,622;p=0,000$	$Z=-1,921;p=0,055$	$Z=-4,185;p=0,000$

Hemşirelerin bazı özelliklerine göre MMBÖ Puan Ortalamaları Tablo 15’de görülmektedir. Hemşirelerin dini inanç düzeyi ve spiritual bakım hakkında bilgisi olma durumuna göre MMBÖ maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma süresi ve spiritual bakım hakkında bilgisi olma durumuna göre MMBÖ dinsellik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Hemşirelerin MMBÖ’nin bireysel bakım alt boyutu ile yaş, meslekte çalışma süresi ve dini inanç düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). MMBÖ Toplam puan ortalamasının yaş, meslekte çalışma süresi ve spiritual bakım hakkında bilgisi olma durumu hakkında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeğine ait boyutların tümünde hemşirelerin medeni durumu, iş pozisyonu, hemşirelerin çalıştıkları birime göre maneviyat ve manevi bakımı algılama ölçeğine ait boyutların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



## 8. TARTIŞMA

Bu bölümde, ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin spiritual bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesine yönelik araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda tartışmasına yer verilmiştir.

Spiritualite, bireyin kendisinin ve var oluşun daha ötesinde bir güçtür. Bireyin, kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır. İnsanlar, yaşamın amacına ilişkin kendi spiritulitesini oluşturur ve bu nedenle spiritualite anlamlı gelen öğeleri kapsar (Boztilki ve Ardıç 2017).

Araştırmada hemşirelerin % 45,9'u dini inancını orta düzeyde, %40,3'ü ise güçlü olarak, belirtirken, %35,4'ü dini inanca sahip olmanın manevi bakım gereksinimi olan bireye karşı yaklaşımı çok etkileyeceği görüşünü savunurken, %36,5'i ise dini inanca sahip olmamanın manevi bakım gereksinimi olan bireye karşı yaklaşımını etkilemeyeceğini bildirmektedir. (Tablo 2). Hemşirelerin manevi bakım vermesinde hemşirenin, manevi gereksinimleri, bakımı algılaması, yaşam umudu, gönüllülüğü, konuya duyarlılığının yanısıra bireysel düşünce sistemi de etkilidir (Çelik 2014). Bu durum güçlü dini inanca ve uygulamalara sahip olmanın hemşirelerin spiritual bakım vermede etkili olabileceklerini göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin yarıdan fazlasının (%58,6) spiritual (manevi) bakıma ilişkin bilgi sahibi olmadıkları ortaya çıkmıştır (Tablo 3). Bu durum hemşirelerin önemli bir kısmının mesleki eğitim sürecinde ve mesleki uygulamalar sırasında spiritual (manevi) bakım hakkında formal bir eğitim almadıklarını göstermektedir. Yılmaz ve Okyay (2009), İnce ve Akhan (2016) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin sırasıyla %65,2 ve %62,4'nün maneviyatla ilgili bilgi sahibi olmadığı saptanırken, Eğlence ve Şimşek (2014) ve Ercan vd. (2018) tarafından yapılan çalışmalarda hemşirenin %68,9'u ve %59,4'ünün manevi bakım hakkında bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçlar araştırmadan elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin %28,7'si spiritual (manevi) bakım ile ilgili bilgilerini kısmen yeterli bulduğunu belirtirken (Tablo 3), benzer biçimde Ercan vd.'nin (2018) ve İnce ve Akhan (2016) yaptığı çalışmalarda hemşirelerin yarıdan fazlasının (%51,6), öğrenci hemşirelerin %13,8'nin ve maneviyatla ilgili bilgilerini yeterli gördüğü tespit edilmiştir. Bu bulguların aksine Yılmaz ve Okyay (2009) hemşirelerle yaptığı çalışmada maneviyatla ilgili bilgi alanların %50'sinin maneviyatla ilgili aldığı bilgiyi yeterli görmediğini belirtmektedir.

Araştırmada hemşirelerin spiritual bakım hakkında bilgi edinme kaynaklarını %23,2'si hemşirelik eğitimi sırasında aldığını ifade ederken, %15,5'i kongre ve seminerlerde konu ile ilgili bilgi edindiğini, % 7,2'sinin aldığı bilgiyi yetersiz bulduğu bildirmektedir (Tablo 3). Dikkat çekici biçimde hemşirelerin %39,7'si bu soruya cevap vermeyerek konu ile ilgili her hangi bir bilgisinin olmadığını düşündürmektedir. Eğlence ve Şimşek (2014) ile Gönenç vd.(2016) hemşire ve ebelerle yaptıkları çalışmalarda spiritual bakımla ilgili bilgileri sırasıyla (%29,7), (%29,3) eğitimleri sırasında aldıklarını tespit etmişlerdir. Ayrıca Ercan vd. (2018) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %48,4'nün aldığı bilgiyi yetersiz bulduğu saptanmıştır. Bu durum hemşirelik eğitiminde müfredatların güncellenmesinin, ve mezuniyet sonrasında da konu ile ilgili planlı eğitim programlarının uygulama alanlarında periyodik olarak yapılmasının önemli olduğunu göstermektedir. Günümüzde eğitim ortamlarında, farklı öğretim teknolojileri kullanılabilen ve hemşirelik eğitiminde bilgi ve becerilerin geliştirilmesine yönelik birçok yöntem denenmektedir. Bilgisayar destekli eğitim ve uzaktan eğitim yaklaşımları bunlar arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, hemşireler için öğrenme yöntemi olarak elektronik öğrenme ve simülasyon yöntemlerini tavsiye etmektedir. Aynı zamanda Amerikan Hemşirelik Kolejlere Derneği ve Amerika Birleşik Devleti Hemşirelik Eyalet Kurulları Ulusal Konseyi hemşirelik eğitiminde simülasyon ve on-line öğrenme yöntemlerinin kullanılmasının yararlı olduğunu belirtmektedir. Amerika Birleşik Devleti Ulusal Hemşirelik Birliği de öğrenme sürecini desteklemek için bilişim teknolojilerinin kullanılmasını önermektedir (Durmaz Edeer ve Sarıkaya, 2015).

Çalışmada spiritual gereksinimi olan bireye/hastaya bakım veren hemşireye ilişkin özellik olarak hemşirelerin %83,4'ü en fazla iletişim becerisine sahip olunması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 4). Hayatın her anında iletişim temel bir kavramdır. İletişimin etkili ve doğru kullanımı hasta ve sağlık çalışanı açısından son derece önemli olup, İyi bir iletişim hastada güven duygusunu geliştirmekte, uyum ve iyileşme sürecini hızlandırarak önemli katkı sağlamaktadır (Başol, 2018). Hemşirelerin bu anlamda etkili iletişim tekniklerini kullanmasının spiritual bakımın verilmesinde kolaylaştırıcı bir faktör olduğunu düşündürebilir.

Çalışmada hemşirelerin bütüncül (holistik) bakım kapsamında yer alan öğelere ilişkin görüşleri incelendiğinde hemşirelerin % 97,2'si psikolojik, % 96,72'sinin fizyolojik, %84'ünün sosyolojik ve %63,5'inin ise spiritual öğeleri holistik bakım kapsamında sıraladıkları görülmektedir (Tablo 5). Spiritual öğe, holistik bakımın öğeleri arasında



çalışmada en düşük oranda yer almaktadır. Holistik bakış kapsamında bireyin psikolojik, fizyolojik, sosyolojik ve spiritual boyutuyla değerlendirilmesinin bakımın kalitesinin artırılmasındaki yeri yadsınamaz. Bu anlamda manevi bakım bakım uygulamalarından ayrı değerlendirilmemelidir. Travelbee, Neuman, Roper ve arkadaşları gibi pek çok hemşire kuramcının 1960'lı yılların sonlarından bu maneviyata ilginin yoğunlaştığı görülmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2010).

Çalışmada hemşirelerin %54,7'si spiritualite (maneviyat) kavramını kişinin iç dünyası ile ilgili duygular (huzur, inanç- vicdan vb.), %8,3'ü kişinin dini duyguları ve uygulamaları olarak belirtmiştir. Hemşirelerin %31'i spiritual (manevi) bakımı kişi/hastayı dinlemek ve psikolojik destek sağlama olarak tanımlamaktadır (Tablo 6). Yılmaz ve Okyay (2009) tarafından yapılan çalışmada oranları farklı olmakla birlikte, hemşirelerin %8,3'ü maneviyatı insanın iç dünyasına ait her şey, %4,5'i insanın dini duygu ve uygulamalar olarak maneviyatı benzer kavramlarla tanımladıkları dikkati çekmektedir. Spiritualite başlangıçta insanın ruhsal yönü üzerinde yoğunlaşırken, sonraları ise din adamlarının sorumluluğu olarak, günümüzde ise, daha geniş değerlendirilerek yaşamı hissetmek şeklinde tanımlanmaktadır (Çınar ve Eti Aslan 2017). Çalışmada hemşirelerin %32'si spiritualiteyi, %34,2'sinin spiritual bakımı tanımlayamadıkları bulunmuştur. Benzer konuda yapılan çalışmada hemşirelerin %73'ünün maneviyat kavramını, %93,4'ünün ise manevi bakımı tanımlayamadıkları saptanmıştır (Yılmaz ve Okyay, 2009). Bu durum spiritualite ve spiritual bakım kavramının hemşireler arasında bilinmediği, hiç duyulmadığı yada farkındalıklarının olmaması, konu ile ilgili eğitim eksikliğinin olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada hemşirelerin %47,5'inin spiritualite ve din kavramının aynı olmadığı, %38,1'i bilmediğini, %14,4 'ü ise iki kavramın aynı olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 7). Spiritualite her ne kadar sıklıkla dinle ilişkilendirilse de, spiritualite ve din terimleri arasında bir belirsizlik bulunmaktadır (Yılmaz ve Okyay 2009; Wong ve Yau 2010). Pek çok kişi maneviyatlarını dini uygulamalarla, bazıları maneviyatı uyum, sevinç, barış, farkındalık, sevgi, anlam ve var olma olarak ifade etmektedir (Wong ve Yau, 2010). Din, formal, organize, ritüel ve inançlarla tanımlanırken (Wong ve Yau 2010), spiritualite dini uygulamalarla sınırlı olamayacak kadar geniş bir kavramdır (Pashlı Gürdoğan vd., 2017). Tablo 7'de hemşirelerin kendileri için spiritualiteye yönelik uygulamalarını, kendine telkinde bulunma %72,4 ile dua etme ise %71,3 ve namaz kılma %45,9 olarak sıralamışlardır. Bu durum hemşirelerin maneviyatı nasıl anlamlandırdığını ortaya

koymakta, hemşirelerin farkında olarak ya da olmayarak spiritual uygulamalarını yaptıklarının bir ipucu olarak değerlendirilebilir. Ayrıca aynı tabloda hemşirelerin %72,9'u kendisi için spiritual bakım almak istediğini belirtmektedir. Bu durum özellikle konu ile ilgili eğitim planlanırken istekli olmaları durumunda geri dönütlerinin olumlu olacağını göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin %43,6'sı çalıştığı birimde kısmen spiritual bakım verildiğini belirtirken, %33,2'si ise spiritual bakım verilmediğini bildirmektedir( Tablo 7). Çalışılan birimde verilen spiritual bakım unsurlarını hemşireler; en çok psikolojik destek sağlama (%23,2), konuşma (%20,4), dinleme (%19,9) ve güler yüzle davranma (%19,9) olarak belirtmişlerdir. Ercan vd.,'nin (2017) yaptıkları çalışmada da hemşirelerin %53,8'inin manevi bakım verdiğini, %30'unun ise dinleme, konuşma, bireysel farklılıkları göz önünde bulundurma, anlamaya çalışma, güler yüzlü yaklaşımda bulunma ve güven ilişkisi kurarak hastanın ihtiyaçlarını karşıladığı ve çözüm ürettiğini belirtmişlerdir. Eğlence ve Şimşek'in (2014) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %40,6'sının hastaların manevi gereksinimleri karşıladığı ve bu gereksinimleri karşılamak için %53,8'inin hastalar ile konuştukları, %30,7'sinin ise hastayı dinledikleri belirtmiştir. Como (2007) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin hastalara yönelik spiritual bakım anlamında; aktif dinleme, aile desteğinde bulunma, dini uygulamalarını geliştirme, terapotik dokunma, masaj ve müzik vb manevi bakım uygulamalarını gerçekleştirdikleri bildirilmektedir. Literatüre bakıldığında, manevi bakım uygulamalarının hastaların ağrı ve anksiyetesini azaltarak fizyolojik, psikolojik ve mental rahatlığı sağladığı ve iletişimi artırdığı için olumlu etkilerinin bulunduğu (Baldacchino ve Draper 2001, Seybold ve Hill 2001, Coleman 2003, Wong ve Yau 2010) ve hastalık ya da önemli kayıpların yaşandığı zor zamanlarda uyum sürecinin önemli bir parçası olduğu görülmektedir (Tu 2006). Bu durum manevi gereksinimi karşılamak için yapılan uygulamaların birey ya da hastada onun maneviyatında olumlu bir dokunuş sağlayacağını düşündürmektedir. Çalışmada hemşirelerin yarıya yakını (%42) spiritualitenin yaşla ilişkisinin olmadığını belirtirken, %26'sı spiritualite ile yaş arasında bağlantı kurmaktadır. Doğumdan itibaren var olan ve kimliğimizin önemli bir parçasını oluşturan spiritualite her yaş döneminde önemli bir gereksinimdir (Çınar ve Eti Aslan, 2017).

Araştırmada hemşireler birey/hastalarda spiritualiteye gereksinim duyulan durumları %86,2 psikolojik rahatsızlıklar, %61,3 negatif duygusal hisler (suçluluk duygusu, kendini yalnız hissetme, hayatın boş ve anlamsız olma düşüncesine sahip olma) ve %52,5 ile

günlük ilişkilerde sıkıntı yaşanması olarak tanımlamışlardır (Tablo 8). Bireylerin ya da hastaların sağlık bakımlarında fiziksel gereksinimleri öncelikle ele alınırken, soyut ve karmaşık olması nedeniyle spiritual gereksinimleri göz ardı edilebilmektedir (Çelik İnce ve Utaş Akhan, 2016). Sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında holistik bakış açısının yeri bakımın kalitesinin artırılmasındaki son derece önemlidir. Çalışmada hemşirelerin spiritual gereksinimleri daha çok psikolojik rahatsızlıklarla ilişkilendirmesinin spiritualite ve spiritual bakım konusunda bilgilerinin yeterli olmadığını ve dolayısıyla eğitim gereksinimlerinin olduğunu düşündürmektedir. Sanders vd.'nin, (2016) hemşire öğrencilerle yaptıkları çalışmada katılımcıların; hastaların tamamına yakınının spiritual bakıma ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmada hemşirelerin spiritual bakımın %77,3'ünün akut, kronik, pre-op post-op dönem hastalarına, onkoloji hastalarına, %63,5'inin terminal dönem hastalarına, %62,4'ünün yaşlı bireylere ve %41,4'ünün sağlıklı bireylere verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 9). Hemşireler çalıştıkları ortamda, duygusal stres, fiziksel hastalık, ölüm gibi değer ve inançlarının tehdit edildiği ya da varoluşsal bir kriz yaşadığı dönemlerde spiritual bakım gereksinimi olan bireylerle karşılaşabilmektedirler. Bireyin bu gereksinimlerinin karşılanması; kendini güçlü hissetmesine, hastalıklarla ve getirdiği sorunlarla baş etme stratejileri geliştirmesine ve bu stratejileri uygulamasına destek olarak yaşam kalitesini arttırmasına, dolayısıyla sağlığına olumlu katkı sağlayacaktır (Çınar ve Eti Aslan 2017). Gönenç vd. (2016) tarafından yapılan çalışmada araştırma bulgularını destekler nitelikte, katılımcıların %38,4'ü onkoloji hastalarının, %31,3'ü tüm hastaların, %11,1'i psikolojik gereksinimi olan hastaların, %10,1'i ise gebelerin spiritual bakım alması gerektiği tespit edilmiştir. Bostancı Daştan ve Buzlu'nun (2010) meme kanserli olan, Daaleman vd.'nin (2004) geriatri, Perктаş ve Özmert'in (2017) hastanede yatarak tedavi gören çocuklarla, Taşdemir vd.,'nin (2013) preoperatif dönem hastaları ile yaptıkları çalışmalarda; sırasıyla manevi bakımın kanser hastaları üzerinde yaşam kalitesini arttırıcı ve umut duygularını geliştirici etkisinin yüksek olduğu, hastaların manevi ihtiyaçlarının karşılanması ile sağlık memnuniyeti ve sonuçlarında olumlu ilişki olduğu, morallerinde yükselme olduğu, anksiyete düzeylerinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Bu durum farklı yaş grubunda spiritual gereksinimi olan bireylere yönelik yapılan uygulamaların olumlu bir katkı sağladığının bir göstergesi olarak düşünülebilir.

Hemşirelerin %85,1'i spiritual bakımı psikolog, % 63,5'inin din görevlisi ve %56,4'ünün hemşire tarafından vermesi gerektiğini belirtirken, hemşirelerden %64,1'i spiritual

bakımın gerekli olduğunu düşünmektedir (Tablo 9). Hemşirelerin spiritual bakımın çoğunlukla psikolog ve din görevlisi tarafından verilmesi gerektiğini düşünmesi, hemşire tarafından verilmesi gereken bütüncül bakımın öğelerinden spiritualiteyi daha çok psikoloji ve din kavramı ile ilişkilendirdiği kanısına ulaştırmaktadır. Sağlık elemanlarının çoğunluğu, bireyin ya da hastanın spiritual yönünü göz ardı etme eğilimi gösterirler ya da bu boyut hemşireler, psikologlar ve din adamlarının sorumluluğu olarak görülür. Oysa yaşamı tehdit eden durumlarda bireylerin varoluş mücadelesi, onların kendilerini iyi hissetmelerinin temelini oluşturur. Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada spiritüalitenin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Bu nedenle tüm sağlık elemanlarının birey ya da hastanın spiritual yönünü de dikkate alarak bütüncül (holistik) bir yaklaşımla bakım vermelidir (Dedeli ve Karadeniz 2009).

Araştırmada, hemşirelerin %76,8'i manevi bakımla ilgili herhangi bir hemşirelik tanısı duymadıklarını, %86,2' si manevi bakımla ilgili hemşirelik tanısı koymadıklarını, %55,2'si manevi bakım verme konusunda kendisini yeterli hissetmediğini ve % 44,2'si manevi bakım vermede kısmen güçlük yaşadığını ifade etmektedir (Tablo 10) Hemşirelerin büyük bir oranda manevi bakım ile ilgili tanı duymaması ve koymaması bilgi eksikliğini ve eğitim ihtiyacını düşündürmektedir. Bilgi eksikliğini gideren hemşirelerin bireyi ya da hastayı biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak değerlendirirken aldıkları eğitimle spiritual boyutta da duyarlılık oluşturacağı esastır. Sanders vd.'nin (2016) yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun spiritual bakım üzerine yeterli bilgi almadığı sonucuna ulaşılmıştır. van Leeuwen vd., (2008) çalışmasında hemşirelerin spiritualite algılarının güçlü olduğunu ve bu durumun hemşirelerde spiritual bakım verme yeteneklerinin belirleyicisi olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya göre hemşireler manevi bakım vermede yaşadığı güçlükleri çalışma koşulları (%30,9), zaman yetersizliği (%30,4), bilgi yetersizliği (%27,1) ve ortamın uygun olmaması (%27,1) olarak sıralamışlardır (Tablo 11). Van Leeuwen vd. (2006) tarafından yapılan araştırmada ise hemşirelerin hastaların spiritual bakım gereksinimlerini karşılayamama nedenleri olarak yeterli zamanlarının olmaması ve eğitim eksikliği gösterilmiştir. Wong ve Yau'nun (2010) çalışmasında hemşirelerin iş yükü, bilgi eksikliği ve kaynak yetersizliği, Balboni vd., (2014) hemşire ve doktorların, Sanders vd., (2016) hemşirelerin zaman yetersizliği nedeniyle spiritual bakım vermede yetersiz oldukları sonucuna ulaşmıştır. Eğlence ve Şimşek (2014) tarafından yapılan çalışmaya göre

hemşirelerin %59,4'ünün hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamadıklarını, karşılayamama nedenlerini de %44,8'i zaman yetersizliği, %31,6'sı personel yetersizliği olarak belirtmişlerdir. Ercan vd. (2018) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise hemşirelerin %74,2'si hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamadığını ve bunun nedenini %30,8 zaman yetersizliği olduğu bulunmuştur.

Araştırmada, hemşirelerin spiritual bakım vermesini etkileyen hemşire ile ilişkili faktörlerin dağılımı görülmektedir. Hemşirelerin %64,6'sı maneviyata ait kendi görüşlerinin, %64,1'i manevi gereksinimler ve bakımı algılama biçiminin, %58'i ise bireysel gönüllülüğün etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca spiritual bakım vermede hemşireler, (%51,4) duyarlılık ve (%27,1) yaşam umudunun etkili olduğunu belirtmektedirler (Tablo 12). Hemşirelerin başkalarının manevi gereksinimlerini fark edebilmesi için, öncelikle kendi maneviyatını keşfetmesi gerektiği vurgulanmakta ve özellikle hemşirenin bireysel düşünce sistemi, kendi yaşama bakış açısı, spiritual bakım ve spiritual gereksinimlere ilişkin algısı, spiritual bakımın niteliğini etkilemektedir (Çınar ve Eti Aslan 2017). Bunların yanında hemşirenin yaşam umudu, gönüllülüğü, duyarlılığı, çalıştığı ortam, çalışma koşulları, hastaya bakım veren diğer çalışanlarla iletişimi (Eğlence ve Şimşek, 2014), bireyin dini ve kültürel inancı, manevi kaynakları ve desteği gibi faktörlerde etkili olmaktadır. Aile yapısı, kültür ve yaşadığı çevre gibi pek çok faktör de maneviyat ile ilgili değerleri etkilemektedir (Gönenç vd., 2016). Dolayısıyla manevi bakım gereksinimlerini karşılamada çevresel ve kurumsal faktörler kadar bireysel faktörlerinde önemli olduğu yadsınmaz. Hemşirelerin öncelikle birey olarak maneviyatının farkında olması, hemşire - hasta etkileşiminde farkındalık yaratacağını düşündürmektedir.

Araştırmada hemşirelerin, %76,2'si mesleki eğitimlerinde spiritualiteyle ilgili konulara yer verilmesi gerektiğini ve %78,5'i spiritualite konusunda eğitim almak istediğini ifade etmiştir (Tablo 13). Tablo 10'da yer alan bulgular (hemşirelerin manevi bakım ile ilgili tanı duymaması ve koymaması) Tablo 13'deki bulguları destekler nitelikte olup, Ercan vd.,(2018) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %90,2'sinin eğitim gerekli olduğu yönündeki düşüncesi ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada MMBÖ'den alınan toplam puan ortalaması  $57,12 \pm 6,56$ 'dır. Araştırmada MMBÖ'den alınan en yüksek puan 75,00'dir (Tablo 14). Asgar Pour vd., (2017) tarafından hemşirelik ve ebelik intörn öğrencilerle, Çelik İnce ve Utaş Akhan'ın (2016) öğrenci hemşirelerle, Çelik vd., (2014), Akgün Kostak vd., (2010) ile Yılmaz ve Okyay'ın

(2009) hemşirelerle yaptıkları çalışma sonuçları araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada cinsiyet ve eğitim düzeyi ile dinsel alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 15). Maneviyat ve manevi bakımı algılamada; maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını, maneviyatın tanrıya ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini, Tanrı'ya /üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünmede cinsiyete göre farklılıklar tespit edilmiştir ( $p = 0,029$ ). Bu farkın erkek hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olmasından, çalışma alanlarında erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre sayıca daha az istihdam edilmelerinden ve erkek hemşirelerin düşünce sistemlerinin maneviyat üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte kadınlar duygularını ifade etme ve empati kurmada erkeklere göre daha başarılı oldukları bildirilmektedir (Paslı Gürdoğan vd, 2017; Melhem 2016).

Benzer şekilde Yılmaz ve Okyay'ın (2009) ve Çelik İnce ve Utaş Akhan'ın (2016) yaptıkları çalışmada cinsiyet ile MMBÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuş olup, çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmada eğitim düzeyi ile MMBÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim düzeyi ile dinsel alt boyutu arasındaki anlamlı fark bulunmuştur. Literatürde hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça maneviyat ve manevi bakım algılama durumlarının anlamlı bir artış olduğu bildirilmektedir (Özbaşaran, 2011; Yılmaz ve Okyay 2009; Wong vd. 2008; Wu vd. 2011)

Çalışmada yaş ve meslekte çalışma süresi ile dinsel, bireysel bakım alt boyutu ve MMBÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 15). Her üç boyutta 20-29 yaş grubunda ve 0-10 yıl meslekte çalışma süresine sahip hemşirelerin puan ortalamalarının yüksek olması; özellikle bu yaş grubunun mesleki eğitimini yakın dönemde tamamlamış olması, hemşirelik müfredatlarında spiritualite ile ilgili konulara yer verilmesi ve konunun güncelliği ile açıklanabilir. Ercan vd.'nin (2018) yaptıkları çalışmada çalışma yılı arttıkça dinsel alt boyutuna ilişkin maneviyat ve manevi bakım algısının arttığı görülmüştür. Kaddourah vd.'nin (2018) yaptıkları çalışmada hemşirelerin klinik tecrübe düzeylerine göre spiritual bakım algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. 10 yıldan daha fazla meslek tecrübesine sahip hemşirelerin puan ortalamaları daha yüksektir. Çalışma bulgularının

aksine çalışma süresi ile maneviyat ve manevi bakım algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. (Eğlence ve Şimşek 2014; Yılmaz ve Okyay 2009; Özbaşaran vd. 2011)

Eğitim düzeyinin yüksek olması ve meslekte çalışma süresi spiritualiteye ilişkin olumlu tutum geliştirmede etkilidir.

Dini inanç düzeyi ile maneviyat ve manevi bakım alt boyutu ve bireysel bakım alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 15). Maneviyat ve manevi bakım alt boyutu ile bireysel bakım alt boyutu puan ortalamaları arasındaki bu farkın dini inanç düzeyi çok güçlü olarak cevap veren hemşirelerden kaynaklandığı düşünülmektedir ( $p=0,000$ ). Dini inancını çok güçlü olarak değerlendiren hemşirelerin maneviyatın iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu ve insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu, hemşirelerin hasta gereksinim duyduğunda ona destek olmak için zaman ayırarak, hastalığın anlamını ve nedenini bulmada, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için zaman ayırarak ve dinleyerek onların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceğini düşünmede farklılıklar tespit edilmiştir. Ayrıca bireysel bakım alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın da dini inanç düzeyi çok güçlü olarak cevap veren hemşirelerden kaynaklandığı düşünülmektedir ( $p=0,024$ ). Dini inancını çok güçlü olarak ifade eden hemşirelerin bakım verirken; hasta isterse bir din görevlisi çağırarak manevi bakım sağlayabileceğini, bakım verirken şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceğini, maneviyatın kişinin yaşamını “şimdi ve burada” yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğunu, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünmede farklılıklar tespit edilmiştir. Wong vd.’nin (2010) çalışmasında inançlı olanlarla olmayanların; varoluş durumu, evrensellik, bireysellik, spiritualite algısı ve spiritual bakım sunumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Spiritual bakım hakkında bilgisi olma durumu ile maneviyat ve manevi bakım alt boyutu, dinsel alt boyutu ve MMBÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ )(Tablo 15). Bu farkın her üç boyutta spiritual bakım hakkında bilgiye sahip olma durumuna evet diyen hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı, spiritual bakım hakkında bilgi sahibi olmanın bireylere manevi bakım vermede daha motive edici bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada medeni durum, iş pozisyonu ve çalıştığı birimin MMBÖ'nin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Yılmaz ve Okyay (2009), Akgün Kostak (2010) ve Kavak vd., (2014) yaptıkları çalışmada medeni durum, Yılmaz ve Okyay'ın (2009), Akgün Kostak (2010) elik vd., (2014), Gönenç vd.,(2016) ve Ercan vd.,'nin (2018) yaptıkları çalışmada hemşirelerin çalıştığı klinikteki görevi ve çalışılan bölüm ile MMBÖ toplam puan ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgular araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.





## 9. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin spiritual bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesine yönelik yapılan araştırmanın sonuçlarına ve bu sonuçlara göre geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

### 9.1. Sonuçlar

Bu araştırmada;

Araştırmaya katılan hemşirelerin %59,6'sının spiritual (manevi) bakım hakkında bilgilerinin olmadığı ve bilgi edinme kaynaklarını %23,2'sinin hemşirelik eğitimi, %15,5'inin kongre ve seminerlere katılım, %11,6'sının hizmet içi eğitim programları olarak gösterdiği tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşireler %83,4'ü iletişim becerisini, %65,2'sinin spiritual gereksinimleri algılama/farkındalık durumu, %62,4'ünün empati yapabilmeli spiritual gereksinimi olan bireye/hastaya bakım veren hemşirelerin özellikleri olarak sıraladıkları belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %97,2'sinin psikolojik, %96,72'sinin fizyolojik, %84'ünün sosyolojik ve %63,5'inin spiritual öğeleri holistik bakım kapsamında sıraladıkları ve en düşük oranda spiritual bakımı değerlendirdikleri saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %54,7'sinin spiritualite (maneviyat) kavramını kişinin iç dünyası ile ilgili duygular (huzur, inanç- vicdan vb.), %8,3'ünün kişinin dini duyguları ve uygulamaları, %5'inin insani ilişkiler (sevgi, saygı, arkadaşlık, hoşgörü vb.) olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin %31'i spiritual (manevi) bakım kavramını kişi/hastayı dinleme ve psikolojik destek sağlama, %24,3'ünün kişinin hastanın dini inançlarına ve değerlerine göre bakım verme, %10,5'inin huzurlu ve rahat bir ortam sağlama şeklinde sıraladıkları saptanmıştır.

Araştırmada hemşirelerin %47,5'i spiritualite ve din kavramının aynı olmadığı, hemşirelerin kendileri için spiritualiteye yönelik yaptıkları aktivitelere bakıldığında kendine telkinde bulunma %72,4 ile dua etme ise %71,3 ile en çok yapılan aktiviteler arasında olduğu belirlenmiştir. Namaz kılma ise %45,9 ile en çok yapılan 3. aktivitedir. Hemşirelerin %72,9'unun kendisi için spiritual bakım almak istediğini, %43,6'sının çalıştığı birimde kısmen spiritual bakım verildiğini, %33,2'si ise çalıştığı birimde spiritual bakım verilmediğini ifade ettiği saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştığı birimde spiritual bakıma yönelik yaptıkları uygulama/uygulamalar arasında psikolojik destek sağlama (%23,2), konuşma (%20,4), dinleme (%19,9) ve güler yüzlü davranma (%19,9) olarak

cevapladıkları belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerin %42'sinin spiritualitenin yaşla ilişkisi olmadığını ifade ettiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %86,2'sinin psikolojik rahatsızlıkların spiritualiteye gereksinim duyulan durumlarda en çok ihtiyaç duyulan durum olduğu, %61,3'inin negatif duygusal hisler ve %52,5'inin günlük ilişkilerde yaşanan sıkıntı şeklinde belirttiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %77,3'ü hastalara (akut, kronik, pre-op post-op dönem, onkoloji), %63,5'i terminal dönem hastalarına, %62,4'ü yaşlı bireylere ve %41,4'ünün ise sağlıklı bireylere spiritual bakım verilmesi gerektiği görüşüne sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %85,1'i spiritual bakımı psikologların vermesi gerektiğini belirtirken, %63,5'i din görevlisi, %56,4 ise hemşireler tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin %64,1'inin spiritual bakımın gerekli olduğunu, %24,9'unun ise zaman kaybı olarak gördüğü saptanmıştır.

Araştırmada hemşirelerin %76,8'inin manevi bakımla ilgili herhangi bir hemşirelik tanısı duymadıkları, %86,2'sinin manevi bakımla ilgili hemşirelik tanısı koymadıkları, %55,2'sinin manevi bakım verme konusunda kendisini yeterli hissetmediği ve %44,2'sinin manevi bakım vermede kısmen güçlük yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin spiritual (manevi) bakım vermede yaşadıkları güçlükleri; çalışma koşulları (%30,9), zaman yetersizliği (%30,4), bilgi yetersizliği ve ortamın uygun olmaması (%27,1) ve personel azlığı (%20,4), iletişimde güçlük (%14,4) şeklinde sıraladıkları saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %64,6'sı maneviyata ait kendi görüşleri, %64,1'i manevi gereksinimler ve bakımı algılama biçimi, %58'i ise bireysel gönüllülüğün spiritual (manevi) bakım vermede hemşire ile ilişkili faktörler arasında sıralamışlardır. Ayrıca spiritual bakım vermede (%51,4) duyarlılık ve (%27,1) yaşam umudunun da etkili olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %76,2'sinin mesleki eğitimlerinde spiritualiteyle ilgili konulara yer verilmesi gerektiği, %78,5'inin spiritualite konusunda eğitim almak istediği belirlenmiştir.

## **9.2. Öneriler**

Sağlık bakım hizmeti sunan ekip içerisinde en önemli role sahip olan hemşirelerin spiritual (manevi) bakım konusundaki bilgi, beceri ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde olmasının zorunluluğu ortadadır. Spiritual (manevi) bakımın öneminin farkında

olunmaması, bu bakımı sunma becerilerindeki yetersizlik, dini uygulamalar ile spiritual (manevi) bakımın karıştırılması, hemşirelerden hastaya spiritual (manevi) bakım sunmalarının beklenmemesi ya da bunun bilimsel uygulama olarak görülmesi, manevi bakımın (spiritual) göz ardı edilmesine sebebiyet verebilir. Dolayısıyla bireylere sağlık bakımının holistik bir yaklaşımla hizmet sunulmasındaki öğelerden biri olan manevi bakımın (spiritual) ihmal edilmemesi gerekir.

Spiritual bakım uygulamalarının işlerlik kazanması ve yaygınlaşması için; araştırmadan elde edilen bulgu ve sonuçlar doğrultusunda;

#### **Eğitime yönelik;**

Spiritualite ve spiritual bakım kavramlarına yönelik hemşirelik eğitiminde lisans programlarında yer verilmesi ya da mevcut bilgilerin güncellenerek spiritualite ve spiritual bakıma ilişkin farkındalık kazandırılması ve kavramlara ilişkin, uygulamada yer alan görevli yöneticilerle bilgi alış verişinde bulunulması önerilir.

#### **Uygulamaya yönelik;**

Yapılan araştırmalarla spiritual bakımın hastalar için bir gereksinim olduğu ve hastalarda iyileşme sürecini hızlandırdığı bilinmektedir. Hemşirelerin konu hakkında bilgilenmeleri ya da bilgi düzeylerini arttırmak için kurs, seminer, hizmet içi eğitimler düzenlenebilir. Hastanenin hemşirelik hizmetleri yönetimi ile spiritual (manevi) bakım yönünde çalışmalarda bulunulabilir. Özellikle böyle bir hasta bakımının verilebileceği ortam ve koşulların oluşturulmasına öncülük ederek kurumsal kültürün bir parçası haline getirilebilir. Farklı örneklem grupları üzerinde daha kapsamlı ve disiplinler arası çalışmaların yapılması önerilebilir.

## 10. KAYNAKÇA

Abedi, H.A. (2011). Spiritual Care in Hospitalized Patients, Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2011;16: 125-32.

Akça, S.Ö., Gözen, D. (2013). Çocuk Hemşiresinin Savunucu Rolü, Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi, Cilt:21 Sayı:3 ss: 213-218.

Akgün Kostak, M. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritual Boyutu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 2(6): 105-115.

Altıok Öner, H., Şengün, F., Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram Analizi, DEÜHYED, 4(3): 137-140

Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin Savunuculuk Rolü, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2): 23-27.

Arslan, H., Konuk Şener, D. (2009). Stigma, Spiritualite ve Konfor Kavramlarının Meleis'in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1):51-58.

Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş., Özet, A. (2007). Kanserli Hastalarda Umut, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 11(2).

Aştı, T.A., Karadağ, A. (2013a). Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, Cilt1, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul.

Aştı, T.A., Karadağ, A. (2013b). Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, Cilt 2, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul.

Aydın, M. (2014). Bir Üniversite Hastanesindeki Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Aydın, Ö.G., Yalçın, S., Aksoy, M.(2011). Sağlık ve Spiritualite. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlıkın Başkenti Dergisi, Sayı 19.

Balboni, M.J., et. al. (2014) Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life, Journal of Pain and Symptom Management, Vol: 18 No: 3

Baldacchino, D., Ross, L., (2007). Spirituality: The Human Dimension in Care, Proceedings 3rd International Students Conference, 25th-26th October, Salina Bay, Malta.

Bash A. (2004). Spirituality: The Emperor's New Clothes? Journal of Clinical Nursing 13(1): 11-16.

Başar, A., Delice S.T., İlhan M.N., Ergün, M.A., Soncul, H. (2008). Hemşirelik Hizmetlerinde Bilgisayar Kullanımı-Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği, Bilim Teknolojileri Dergisi, Cilt 1, Sayı 1.

Başol, E. (2018). Hasta İle Sağlık Çalışanları (Doktor Ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri, International Anatolia Academic Online Journal, Cilt: 4 Sayı: 1 ss: 76-93.

Baykara Göçmen, Z. (2014). Hemşirelik Bakımı Kavramı, Türkiye Biyoetik Dergisi, Sayı:1 No:2 ss: 92-99.

Baykara Göçmen, Z. (2010). Hemşirelik Bakımında Mesleki Özerkliğin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etiği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi.

Bolsoy, N., Sevil, Ü. (2006) Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi, Atatürk Ün., Hemşirelik Yüksek okulu Dergisi, Cilt:9, Sayı:3 ss:78-87.

Bostancı Daştan, N., Buzlu S. (2010). Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Nisan; 3(1):73-9.

Boztilki, M., Ardıç, E. (2017) Maneviyat ve Sağlık, Jaren Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 3(1): 39-45.

Can, Ş., Acaroğlu, R. (2015). Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi, F.N.Hem. Derg., Cilt 23- Sayı 1:32-40.

Carpenter, K., Girvin, L., Kitner, W. et al. (2008). Spirituality: A Dimension of Holistic Critical Care NURSING, Dimens Crit Care Nursing: 27(1): 16-20.

Ceylan, B. (2014). Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 30(3) : 59-67.

Cimete, G. (2002). Yaşam Sonu Bakım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, ss: 125-135.

Cole, B.S. (2005). Spirituality-Focused Psychotherapy For People Diagnosed With Cancer: A Pilot Outcome Study. *Mental Health, Religion and Culture*; 8:217-226.

Como, J.M. (2007). Spiritual Practise: A Literature Review Related to Spiritual Health and Health Outcomes. *Holistic Nursing Practise* 21(5): 224-236.

Çelik, A., Özdemir, F., Durmaz, H., Pasinlioğlu, T. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniv. Hemşirelik Fak. Dergisi*; 1-14.

Çetinkaya, B., Altundağ S., Azak, A. (2007). Spiritual Bakım ve Hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1): 47-50.

Çınar, F., Eti Aslan F. (2017). Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritual Bakımın Önemi, *Jaren*, 3(1): 37-42.

Çınar Yücel, Ş. (2010). Bilinci Kapalı Hastanın Psikososyal Gereksinimlerini Karşılama Hemşiresinin Rolü, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 174-181.

Chapple, A., Swift, C., Ziebland, S. (2011). The Role of Spirituality and Religion For Those Bereaved Due To A Traumatic Death. *Mortality*; 16(1):1-19.

Dalpezzo, N.K. (2009). Nursing Care: A Concept Analysis, *Nursing Forum*, Volume 44, No. 4.

Dedeli, Ö., Karadeniz, G. (2009). Kanser Ağrısının Kontrolü İle Psikososyal Spiritüel Modelin Birleştirilmesi, *Ağrı Dergisi* 21 (2): 45-53

Demirsoy, N. (2017). Holistic Care Philosophy for Patient-Centered Approaches and Spirituality, *Patient Centered Medicine*, 119. <http://dx.doi.org/10.5772/66165>

Diñç, L. (2009). Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40: 113-119.

Doğan, S. (2013). İnancın Hemşireliğe Yansıması: Spiritual Bakım.

Durmaz Edeer, A., Sarıkaya, A. (2015). Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı ve Simülasyon Tipleri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (2): 121-125.

Eales, J., Lowe, T., Wellman, N. (2003). Spirituality or Psychosis? An Exploration of the Criteria That Nurses Use to Evaluate Spiritual-Type Experiences Reported By Patients, *International Journal of Nursing Studies*;40:197-206.

Eğlence, R., Şimşek, N. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniv., Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt:5 Sayı:1 2014 ss:48-53.

Ercan, F., Körpe, G., Demir, S. (2017). Bir Üniversite Hastanesinde Yataklı Servislerde Çalışan Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları, *GMJ*, 29: 17-22.

Lynda Juall Carpenito-Monet (2012). Çev: Erdemir, F. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Nobel Tıp Kitabevleri.

Erişen, M., Sivrikaya, S.K. (2017). Manevi Bakım ve Hemşirelik, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 184-190

Ergül, Ş., Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve Manevi Bakım, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1): 37-45

Ergül, Ş., Bayık Temel, A. (2007). Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23 (1): 75-87

Eskimez, Z. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları. *Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö., Şentürk, A. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler.

Gürdoğan, E.P., Kurut, D., Aksoy, B., Kımcı, E., Şen, A. (2017) Nurses' Perceptions of Spiritual Care and Attitudes Toward The Principles of Dying With Dignity: A Sample From Turkey, *Death Studies*, 41: 3, pp:180-187.

Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi gazete Tarihi: 01.08.1998, Resmi Gazete Sayısı: 23420.

Herdman, T.H., Kamitsuru, S. (2018). Çev: Acaroğlu R., Kaya, H., Nanda International, Inc. *Hemşirelik Tanıları: Tanımlar&Sınıflandırma 2015-2017*.

Hiçdurmaz, D., Öz, F. (2013). Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spiritualite, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:1.

Horozcu, Ü. (2010). Tecrübeli Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki, İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi, Cilt 7, Sayı 1.

Karaca, S. (2010). Hemşireler İçin Vazgeçilmez Bir Kavram: Kendini Tanıma Maltepe Ün., Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt: 3, Sayı:1.

Kaddourah, B., Abu-Snaheen, A., Al-Tannir, M. (2018) Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care at Five Tertiary Care Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study, Oman Merdical Journal, Vol:33 No:2 pp.154-158

Kavas, E., Kavas, N. (2014). Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenirliliği.

Kavradım, S.T., Özer, ZC. (2014). Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(2): 151-164.

Khorshid, L., Arslan, G. (2006). Hemşirelik ve Spiritual Bakım, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,22: 233-243.

Kıvanç, M.M. (2013). Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı. Aştı, T.A. ve Karadağ, A.(Ed.) Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Kostak, M. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritual Boyutu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2(6): 105-115.

Kumcağız, H., Yılmaz, M., Çelik Balcı, S., Avcı Aydın, İ. (2011) Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği, Dicle Tıp Dergisi, 38 (1) :49-56.

Lawson, E.J., Thomas, C.T. (2007). Wading in the Waters: Spirituality and Older Black Katrina Survivors. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 18:341-354.

Lynda Juall Carpenito-Monet (2012). Çev: Erdemir, F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri.

Makhija, N. (2002). Spiritual Nursing, Nursing Journal Of India, Vol; 93,129-130.



McEwen, M. (2005). *Spiritual Nursing Care, Holistic Nursing Practice* 19(41): 161-168.

Melhem, G.A. et al. (2016) *Nurse' Perceptionsof Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jorsdan, Indian Journasl of Palliative Care, VoL. 22, No: 1 pp.42-49.*

On, B. (2016). *Bir Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlığını geliştirilmesi ile ilgili görüşleri ve sağlıklı yaşam biçimi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi.*

Önder, Ö.R. (2014). *Sağlık Arama Davranışı ve Etki Eden Etkenler, ADÜ Yayınları.*

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; 3102–3110.*

Özcan, A. (2006). *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 4-31.*

Özkan Aslan, H., Bilgin, Z. (2016). *Hemşireliğin Felsefi Özü İyileştirme ve İyileştirici Bakım Yöntemleri, HSP, 3(3): 191-200.*

Palas Karaca, P., Yeşiltepe Oskay, Ü. (2017). *Düşük Yapan Kadınların Bakımında Swanson Bakım Kuramı, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14 (3): 228-232.*

Pargament, K.I., Ano, G.G., Wacholtz, A.B. (2005). *The religious dimension of coping: Advances in theory, research and practice. In: Paloutzian RF, Park CL, EDS. Handbook of Psychology of Religion and Spirituality. New York: The Guildford Press; p.479-95.*

Perktaş, E., Özmert, E. (2017). *Çocukların Hastane Kaygılarının Azaltılması Üzerine bir değerlendirme: Hastane Palyaço Projesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, Cilt: 60: 83-87.*

Sanders, L., Kopis, S., Moen, C., Pobanz, A., Volk, F. (2014) *Journal of Christian Nursing, Vol: 33 No. 4. pp 214-219.*

Sessanna L., Finnell D., Jezewski M.A. (2007). *Spirituality in nursing and health-related literature. a concept analysis. Journal of Holistic Nursing 25(4): 252-262.*

Sülü, E. (2006). *Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spiritual Bakım) Gereksinimleri, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.*

Tanyi, R.A. (2002). Towads Clarfication of The Meaning of Spirituality, Journal of Advanced Nursing, 39, 500-509.

Taylan S., Alan, S., Kadioğlu, S. (2011). Hemşirelik Roller ve Özerklik, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.

Tekin, A. (2007). Sağlık- Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, SDÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

Turan, N. (2015). Yoğun Bakım Ünitesinde Terapötik Dokunmanın Önemi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3): 134-139.

Türk Dil Kurumu Sözlüğü, Türk Dil Kurumu, <http://tdk.terim.gov.tr/ErişimTarihi:18.08.2016>.

Uğurlu Sülü, E. (2014). Hemşirelikte Manevi Bakımın Uygulanması, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt:5 Sayı:3, ss: 187-191.

Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık&Hastalık, Hemşirelik, Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1): 11-25.

Van Leeuwen, R., Tiesinga, L.J., Post, D. (2006). Spiritual Care: Implications for Nurses' Professional Responsibility, Journal of Clinical Nursing, 15: 875-884.

Van Leeuwen, R., Tiesinga, L.J., Post, D., Jochemsen, H. (2008). The Effectiveness of an Educational Programme for Nursing Students on Developing Competence in The Provision of Spiritual Care. J. Clinic Nurse. 17,2768-2781.

Walsh, F. (2008). Spiritual Resources In Family Therapy. New York: The Guilford Press; p.65-141

Wikberg, A., Eriksson, K. (2008). Intercultural caring – an Abductive Model, Scand Journal Caring Science , 22, 485-496.

Wong, K.F, Le,e L.Y.K., Lee, J.K.L. (2008). Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. International Nursing Review ; 55: 333–340.

Wong, KF., Yau S.Y. (2010). Nurses Experiences in Spirituality and Spiritual Care in Hong Kong, Applied Nursing Research 23(4): 242-244

Wu, L.F., Lin, L.Y. (2011). Exploration of Clinical Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Nursing Research* ; 19(4): 250-256.

Yalçın, N., Aştı, T. (2011). Hemşire-Hasta Etkileşimi, İstanbul Üniv. Florans Nightengele Hemşirelik Dergisi, Cilt 19 Sayı 1: 54-59.

Yıldırım, B., Özkahraman Koç, Ş. (2013). Eleştirel Düşünmeyi Hemşirelik Sürecinde Uygulama, *Electronic Journal of Vocational Colleges*-December.

Yılmaz, M., Okyay, N. (2009). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 3: 42-52.

Yılmaz, M. (2011). Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spiritualite, Doğası ve Hemşirelikle İlişkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14: 2.

## İKİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SPİRİTÜEL(MANEVİ) BAKIMA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK ANKET FORMU

Sayın katılımcı; bu çalışma “İkinci basamakta çalışan hemşirelerin spiritüel (manevi) bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesi” amacıyla yapılmaktadır. Anket formunda yer alan sorulara vereceğiniz cevaplar bilime katkı sağlayacak olup, verileriniz gizli tutulacaktır. Gönüllü katılımınız için teşekkür ederim.

### ARAŞTIRMACI

Nuray GİDER  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı

### I. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

#### 1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek

#### 3. Eğitim Durumunuz:

Sağlık Meslek Lisesi  Önlisans  Lisans  Lisans üstü

4. Meslekte toplam süreniz: .....Yıl

#### 5.Çalıştığınız bölüm:

Dahili Klinikler  Cerrahi Klinikler  
 Dahili Yoğun Bakımlar  Cerrahi Yoğun Bakımlar  
 Onkoloji  Hematoloji  
 Diğer.....

#### 6.Çalıştığınız bölümdeki pozisyonunuz:

Yönetici  Sorumlu hemşire  Servis Hemşire  Poliklinik hemşiresi  Diğer

#### 7.Medeni Durumunuz:

Evli  Bekar

#### 8. Doğduğunuz coğrafi bölge:

Marmara  
 Ege  
 Akdeniz  
 İç Anadolu  
 Karadeniz  
 Doğu Anadolu  
 Güneydoğu Anadolu

#### 9. Aile yapınız:

Çekirdek aile  Geniş aile  Parçalanmış Aile Diğer(belirtiniz).....

#### 10.Dini inancınız

Yok  Zayıf  Orta  Güçlü  Çok güçlü

**11. İnançlı olmam ;** Manevi bakım gereksinimi olan bireye karşı tutumu;  
 etkilemez  az etkiler  çok etkiler

**İnancının olmaması ;** Manevi bakım gereksinimi olan bireye karşı tutumum;  
 etkilemez  az etkiler  çok etkiler

## **II.MANEVİ BAKIM HAKKINDA EĞİTİM/BİLGİ DURUMU**

**12.Spiritüel (manevi) bakım hakkında bilginizin olma durumu?**  
Evet Hayır

**13.Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**  
 Hemşirelik eğitim sırasında  Basın-yayın  
 Hizmet içi eğitim  Kongre/seminerler  
 İnternet  Diğer (belirtiniz).....

**14. Cevabınız evet ise Spiritüel (manevi) bakım hakkında aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?**  
Evet Kısmen Hayır

**15.Çalıştığınız kurumda spiritüel (manevi) bakım ile ilgili düzenlenen hizmet içi eğitim programları var mı?**  
Evet Hayır Bilmiyorum

**16.Spiritüel gereksinimi olan bireye/hastaya bakım veren hemşireler sizce aşağıdakilerden hangi özelliklere sahip olmalıdır?**  
İletişim becerileri  
Kültürel farklılıkları bilmeli  
Bireysel gönüllülük  
Empati yapabilmeli  
Spiritüel gereksinimleri algılama /farkındalık durumu  
Diğer(belirtiniz).....

## **III.SPİRİTÜALİTE KAVRAMINA İLİŞKİN SORULAR**

**17.Aşağıda verilen kavramlardan hangisi/hangileri bütüncül (holistik) bakımın öğelerini ifade etmektedir?**

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
<b>Fizyolojik</b>			
<b>Psikolojik</b>			
<b>Sosyolojik</b>			
<b>Spiritüel</b>			

**18. Sizce spiritüalite(maneviyat) nedir?**

**19.Sizce spiritüel(manevi) bakım nedir?**

**20.Spiritüalite ve din kavramı aynı mıdır?**

Evet Hayır Bilmiyorum

**21.Spiritüaliteye yönelik kendiniz için yaptığınız aktiviteler nelerdir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz?)**

- Hiçbir şey yapmama
- Kendime telkinde bulunma
- Dini sohbetlere katılma
- Dua etme
- Namaz kılma
- Meditasyon/yoga yapma
- Namaz kılma
- Diğer (belirtiniz).....

**22. Siz de kendiniz için spiritüel bakım almak istiyor musunuz?**

- Evet
- Hayır

**23.Sizce spiritüaliteye gereksinim duyulan durumlar nelerdir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)**

- Fizyolojik rahatsızlıklar
- Psikolojik rahatsızlıklar
- Günlük ilişkilerde sıkıntı yaşanması
- Pozitif duygusal hisler(kendini çok mutlu hissetme,huzur,rahatlık durumları)
- Negatif duygusal hisler(suçluluk duygusu,kendini yalnız hissetmesi,hayatın boş ve anlamsız olma düşüncesine sahip olma)
- Diğer(belirtiniz).....

**24. Çalıştığınız birimde spiritüel bakım veriliyor mu?**

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

**25.Cevabınız evet ise ne tür uygulama/uygulamalar yapılıyor? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)**

- Konuşmak
- Dinlemek
- Psikolojik destek sağlamak
- Rahat ortam sağlamak
- Gerektiğinde hastanın aile akraba/arkadaşları ile görüşmesini sağlama
- Güler yüzlü ve ilgili davranma
- Dini uygulamaları için uygun ortam sağlama(namaz kılma,dua etme vb.....)
- Diğer(belirtiniz).....

**26.Spiritüalite yaşla ilişkili midir?**

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

**27. Size göre spiritüel bakım kim/kimlere verilmelidir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)**

- Sağlıklı bireylere
- Hasta olan bireylere (akut, kronik, pre-op post-op dönem hastalarına, onkoloji )
- Terminal dönem hastalarına
- Yaşlı bireylere
- Diğer (belirtiniz).....

**28. Size göre spiritüel bakımı kim/kimler vermelidir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)**

- Doktor
- Hemşire
- Ebe
- Psikolog
- Din görevlisi
- Diğer (belirtiniz).....

**29. Spiritüel bakımın gerekliliğine ilişkin düşünceniz nedir?**

- Gerekli görüyorum Gereksiz görüyorum  
Zaman kaybı olarak görüyorum Görevim olarak görmüyorum  
Her hangi bir fikrim yok

**30. Manevi bakımla ilgili herhangi bir hemşirelik tanısı duydunuz mu?**

- Evet Hayır

**31. Manevi bakım ile ilgili hemşirelik tanısı koydunuz mu?**

- Evet Hayır

**32. Manevi bakım verme konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?**

- Evet Kısmen Hayır

**33. Manevi bakım verme ile ilgili herhangi bir güçlük yaşadınız mı?**

- Evet Kısmen Hayır

**34. Cevabınız evet yada kısmen ise ne tür güçlükler yaşadınız? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)**

- Bilgi yetersizliği  
 Uygun ortamın olmaması(gürültü,kalabalık)  
 Kurumun beklentisinin olmaması  
 Çalışma koşulları(nöbet)  
Zaman yetersizliği  
Personel azlığı  
İletişimde güçlük  
Kendine güvenmeme  
 Diğer (belirtiniz).....

**35. Size göre manevi bakımı vermeyi etkileyen hemşire ile ilişkili faktörler nelerdir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)**

- Hemşirenin maneviyata ait kendi görüşleri  
Manevi gereksinimler ve bakımı algılama biçimi  
Hemşirenin yaşam umudu  
Bireysel gönüllülük  
Duyarlılık  
 Diğer (belirtiniz).....

**36. Hemşirelik eğitiminde spiritüalite ilgili konulara yer verilmeli midir?**

- Evet Hayır Bilmiyorum

**37. Bu konuda eğitim almak ister misiniz?**

- Evet Hayır  Bilmiyorum

#### **IV. MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIMI ALGILAMA ÖLÇEĞİ**

Lütfen “Maneviyat ve Manevi Bakım” ilişkin aşağıdaki ifadelere yönelik düşüncenizi uygun cevabı işaretleyerek belirtiniz. 3. 4. 13. ve 16. ifadeler ters kodlanmıştır. Bu ifadeleri cevaplandırılırken buna dikkat edilmesi rica olunur. (koyu renkli ifadeler)

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

*Katkılarınız için teşekkür ederim.*