

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNİN
MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM ALGILARININ
İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

MUHSİNE ES

İSTANBUL, 2018

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNİN
MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM ALGILARININ
İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

MUHSİNE ES

Tez Danışmanı: PROF. DR. FATMA ETİ ASLAN

İSTANBUL, 2018

T.C.
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tezin Adı: Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Algılarının İncelenmesi

Öğrencinin Adı Soyadı : Muhsine ES

Tez Savunma Tarihi: 24.05.2018

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğu Sağlık Bilimler Enstitüsü tarafından onaylanmıştır.


Dr. Öğr. Üyesi Hasan Kerem ALPTEKİN
Enstitü Müdürü
İmza

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları yerine getirmiş olduğunu onaylarım.


Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN
Program Koordinatörü
İmza

Bu Tez tarafımızca okunmuş, nitelik ve içerik açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak yeterli görülmüş ve kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN

Prof. Dr. Nadiye ÖZER

Dr. Öğr. Üyesi Elif DÖNMEZ TEMUÇİN

İmzalar


.....

.....

.....

Beni yüksek lisans yapmam için cesaretlendiren, yüksek lisans eğitimim ve tezimin her aşamasında engin bilgisi, deneyimi ile her zaman yanımda olup beni destekleyen, cesaretlendiren, ufkumu açan sonsuz sabır ve nezaket gösteren, yoluma ışık tutan, hayatıma dokunan, hayata başka bir açıdan daha bakmayı öğreten, öğrencisi olduğum için kendimi çok şanslı ve gururlu hissettiğim çok değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Fatma Eti Aslan'a,

Tezimin her aşamasında akademik desteğini ve moral motivasyonunu esirgemeyen çok değerli hocam Dr. Öğretim Görevlisi Fadime Çınar'a,

Bu süreçte nezaketle destek olan yüksek lisans arkadaşım Mustafa Bayram'a,

Yüksek lisans eğitimim esnasında her zaman yanımda olan iyi ki varsınız dediğim çok değerli yüksek lisans arkadaşlarım, dostlarım Semra Ağustos ve Evin Korkmaz'a,

Eğitimim sürecinde her daim yanımda olan dualarını esirgemeyen annem, babam ve aileme,

Her daim yanımda ve arkamda olan moral motivasyonunu esirgemeyen dostlarıma,

Bana bu hayatta yaşanabilecek en ulvi duyguyu yaşatan, varlığım, mucizem, sabırlı, annesini her daim destekleyen canıma can katan oğlum Ediz'e,

En kalbi duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İstanbul Mayıs, 2018

Muhsine Es

ÖZET

SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNİN MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM ALGILARININ İNCELENMESİ

Muhsine Es

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan

Mayıs 2018, 47 Sayfa

Amaç: Bu araştırma sağlık bilimleri öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım algılarının incelenmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evrenini bir vakıf üniversitesinin sağlık bilimleri fakültesinde eğitim gören Beslenme ve Diyetetik, Çocuk Gelişimi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik ve Sağlık Yönetiminden toplam 1382 öğrenci oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler araştırma kapsamına alındı. Araştırmanın verileri 03-08 Ocak 2018 tarihleri arasında toplandı ve 857 öğrenci ile araştırma tamamlandı. Veriler “Bireysel Bilgi Formu” ve “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği” ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 24.0 istatistik paket programı kullanıldı.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yüzde 37,7’sinin Beslenme ve Diyetetik bölümünde oldukları, yüzde 23’ünün 20 yaşında ve yüzde 84,7’sinin kadın olduğu bulundu. Sınıf bazında incelendiğinde yüzde 27,4’nün 3. sınıfta öğrenim gördüğü, yüzde 77,2’sinin maneviyat ile ilgili eğitim almadığı, eğitim alan öğrencilerin çoğunluğunun aldıkları maneviyat eğitimini yeterli buldukları belirlendi. Araştırmada tüm öğrencilerin “Maneviyat ve Manevi Bakım Destek Ölçeği” toplam puan ortalaması $53,600 \pm 9,589$, olarak bulundu. Öğrencilerin buldukları bölüm ve yaş değişkenine göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p > 0.05$) fark yoktu. Bölümlerin kendi sınıfları arasında birinci sınıftan son sınıfa kadar olan öğrencilerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) fark vardı. Maneviyat ile ilgili eğitim alan ile eğitim almayan öğrencilerin ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) fark vardı.

Sonuç olarak; Çalışma, öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım ilişkin ortalamasının üzerinde bir algıya sahip oldukları fakat yeterli düzeyde bilgi almadığı ve eğitimin gerekli olduğunu göstermektedir. Eğitim kurumlarında manevi bakım konusunda derslerin verilmesi, öğrencilerin bu konudaki eksik bilgilerinin giderilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Maneviyat, Manevi Bakım, Sağlık, Sağlık Bilimleri Öğrencileri

ABSTRACT

AN EXAMINATION OF SPIRITUALITY AND SPIRITUAL CARE PERCEPTIONS OF HEALTH SCIENCES STUDENTS

Muhsine Es

Institute of Health Sciences Nursing Graduate Program
Thesis Adviser: Dr. Fatma Eti Aslan

May, 2018, 47 Pages

Aim: This study was conducted to examine the spirituality and spiritual care perceptions of health science students.

Materials and Methods: The population of this descriptive study consists of a total of 1382 students studying at the Nutrition and Dietetics, Child Development, Physical Therapy and Rehabilitation, Nursing and Health Management departments of the Health Sciences Faculty at a foundation university. No sample selection was applied and only the students who volunteered to participate was involved in the study sample. The data collection phase of the study was completed between January 03 and 08, 2018 with 857 students. Data were collected through the "Personal Information Form" and the "Spirituality and Spiritual Care Rating Scale". SPSS 24.0 statistical package program was used for data analyses.

Findings: 37.7 per cent of the students who participated in the study were from the Nutrition and Dietetics department, 23 percent were at the age of 20 and 84.7 percent were female. When the data was analyzed based on grades, it was found that 27.4 percent of the participants were studying at the 3rd grade, 77.2 percent did not get any education on spirituality and most of the students who did get education on spirituality found it sufficient. In the study, the mean score of "Spirituality and Spiritual Care Support Scale" of all participants was found as 53.600 ± 9.589 . No statistically significant difference was found ($p > 0.05$) between the mean scores based on the department and age variables. Statistically significant ($p < 0.05$) differences were found between the grade years of each department in the scale mean scores of students from the freshman year to the final year. There was a statistically significant ($p < 0.05$) difference between the mean scores of students who did and did not get spiritual education.

In conclusion, the study shows that students have a perception of spirituality and spiritual care that is above average, yet they are not informed about the matter adequately and thus, more education is necessary. It is suggested that courses on spiritual care are offered at educational institutions so that students' deficiency at this matter is supplemented.

Key Words: Spirituality, Spiritual Care, Health, Health Sciences Students

İÇİNDEKİLER

TABLolar.....	ix
KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ.....	1
2. LİTERATÜR BİLGİSİ.....	5
2.1. MANEVİYAT.....	5
2.1.1. Maneviyat Kavramı	5
2.1.2. Bütüncül Yaklaşım ve Manevi Bakım.....	6
2.1.3. Sağlık ve Maneviyat.....	7
2.1.3.1. Sağlık sorunları nedeniyle ortaya çıkan manevi gereksinimler.....	8
2.1.3.1.1. Hastalığı anlamlandırma ihtiyacı.....	8
2.1.3.1.2. Manevi inançlarına ve değerlerine saygı gösterilmesi ve desteklenmesi gereksinimi.....	8
2.1.3.1.3. İlginin, düşünsel olarak hastalığı düşünmekten uzaklaşarak farklı konulara yoğunlaşma gereksinimi.....	8
2.1.3.1.4. Yaşamlarına ilişkin bir yandan kontrolden vazgeçme bir yandan da kontrolü alma gereksinimi.....	8
2.1.3.1.5. Ölümü kabul etme ve bununla başa çıkma.....	9
2.1.3.1.6. Affetme ve affedilme gereksinimi.....	9
2.1.3.1.7. Hastalığı yaşama sürecinde şükretme gereksinimi.....	9

2.1.3.1.8. <i>Umut hissetmeye gereksinim</i>	9
2.1.4 Manevi Bakım Etkileyen Faktörler.....	10
2.1.5. Manzeviyatve Manevi Bakım ile İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	13
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	13
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	13
3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	13
3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	13
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	13
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	14
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	14
3.6.1.1. Tanıtıcı özellikler formu.....	14
3.6.1.2. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği.....	14
3.6.2. Veri Toplama Yöntemi.....	15
3.6.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	16
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ	46
KAYNAKÇA	48
EKLER	
EK A.1: İstanbul Bahçeşehir Üniversitesi Etik Kurul İzni.....	55
EK A.2: Tanıtıcı Özellikler Formu.....	56
EK A.3: Maneviyat ve Manevi Bakım Derecelendirme Ölçeği.....	57

EK A.4: Bilgilendirme ve Onam Formu.....	58
ÖZGEÇMİŞ.....	59



TABLULAR

Tablo 3.1:	Güvenilirlik Analizi.....	15
Tablo 4.1:	Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı.....	18
Tablo 4.2:	Öğrencilerin MMBDÖ puan ortalamaları.....	20
Tablo 4.3:	Öğrencilerin bölüm değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	21
Tablo 4.4:	Öğrencilerin yaş değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.5:	Öğrencilerin sınıf değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.6:	Öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili eğitim aldıkları yer ve MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.7:	Öğrencilerinin aileden maneviyat ile ilgili eğitim alma değişkenine göre MMBDÖ Puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.8:	Öğrencilerinin maneviyat ile ilgili eğitimi okuldan alma değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.9:	Öğrencilerinin maneviyat ile ilgili eğitimi ibadethaneden alma değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.10:	Öğrencilerin maneviyat ile ilgili eğitimi diğer yerlerden alma değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	32

Tablo 4.11:	Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.12:	Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.13:	Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.14:	Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.15:	Çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması.....	41

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AHNA	: Amerikan Holistik Hemşireler Birliği
yy.	: Yüz Yıl



1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Son zamanlarda teknolojik ve bilimsel gelişmelerin artması beraberinde birçok hastalık için tıbbi tedavi yöntemlerini de geliştirmiştir. Tıbbi tedavi yöntemlerinin ilerlemesine rağmen, modern tıbbın tek başına yeterli olmadığı birçok durumla karşı karşıyayız. Bu durum tekrar bütünsel yaklaşımın önemini gözler önüne serdi. Bütüncül yaklaşım; bireyi fiziksel, sosyal, duygusal, ekonomik, kültürel ve manevi boyutları ile ele almayı öngörmektedir (Daştan ve Buzlu 2010, Korkmaz 2010). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık “Herhangi bir bedensel güçsüzlük ve hastalığın bulunmaması, ruhça, bedence ve sosyal ilişkiler bakımından iyi olma durumudur” şeklinde tanımlayarak fiziksel sağlığın devamı için manevi sağlığının da değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu tanım, insanın tüm boyutlarının dengede olması durumunda sağlıklı olabileceğini göstermektedir (Atabek ve Karadağ 2013). Bireylerin fiziksel bir sorunu psikolojik ve sosyal durumunu etkilediği gibi duygusal ve ruhsal alandaki sorunlar da fiziksel olarak bazı patolojik değişimlere sebep olabilmektedir. Bu durum bireylerin biyolojik gereksinimleri ile psikososyal gereksinimleri etkileşim halinde olduğunun bir göstergesidir ve bütüncül bakım yaklaşımının temelini oluşturur (Çınar ve Eti Aslan 2017, Boztilki ve Ardıç 2017). Bütüncül yaklaşım bireylerin tıbbi tedavi ve bakımında tercih edilmesi gereken bir yaklaşımdır (Kostak ve diğ. 2010, Baldacchino 2006). Bu yaklaşım bio-psikososyal boyutları olan insanın, inanç ve değer sistemlerini ifade eden manevi boyutunun tıbbi tedavi ve bakımı ile bütünleştirilmesinin, bireyin her yönüyle bir bütün olarak, hastalık gibi olumsuz deneyimleriyle baş etmesine destek olacağını savunmaktadır. (Wong ve diğ. 2008).

Maneviyat, aynı zamanda dinin bir bileşeni olarak düşünülebilir ancak bir dine mensup olma ve bu dinin ritüelleri ile daraltılamayacak kadar kapsamlı olan, dini uygulamaları da içeren bir kavramdır. Manevi inanç ve değerler bir din ile ilişkilendirilebilir ya da tamamen dinden ayrıştırılabilir. Din maneviyattan farklı olarak belli sınırları ve kuralları ile geleneksel, törensel, spesifik bir öğretilerdir. Din, başkalarına karşı sorumluluk, günah,

ölüm, hastalık gibi konularda inançları içerir (Hodge 2005). Bir dine inanmayan insanların da manevi değerleri vardır (Khairunnisa 2014, Hiçdurmaz ve Öz 2013) ve her bireyde farkındalık derecesi farklılık gösterebilir (Çınar ve Eti Aslan 2017).

Bireyin hastalık, stres, ölüm korkusu yaşadığı, yaşamın anlamını sorguladığı ve umudunun tükendiği kriz durumlarında manevi gereksinimleri ortaya çıkar. Bireyler bu manevi gereksinimlerini bireysel, sosyal, toplumsal ilişkiler yoluyla ya da ilahi bir güç ile ilişki kurarak karşılamaya çalışırlar (Çınar ve Eti Aslan 2017). Bireyin manevi gücünü destekleyerek manevi yoksunluğunu azaltan manevi gereksinimler; inanmak, iyimserlik, mutluluk, doğruluk, hayatı anlamlandırma, ilişkiler, affedicilik, üretebilme, deneyimleme, duygusallık, iletişim kurma, avunma, acısını giderme, dini alışkanlıklar, ilahi bir güçten yardım isteme ve ibadetler olarak, manevi değerler ise bireyin kendini iyi hissetmesini sağlayan unsurlar olarak tanımlanmaktadır (Arslan ve Konuk Şener 2009, Çelik İnce ve Utaş Akhan 2016).

Bireye yaşama ümidi veren değerler sistemindeki bozukluklar, bireyde manevi boşluk duygusuna neden olmaktadır. Bireyin insanın doğasını anlama ve içsel acılarına çare bulma çabası ve inançlarının tehdit edildiğini düşündüğü anlarda ortaya çıkan manevi boşluk duygusu, manevi bakım kavramını ortaya çıkarmıştır (Çetinkaya ve diğ. 2007). Bu kavram tıbbi tedavi görmek amacıyla hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tedavilerinin yanında onların hastalıklar ile mücadele etmesinde manevi olarak destekleyerek yaşama umutlarını arttırmak, iyileşme süreçlerine katkıda bulunmak amacıyla yapılan destek hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Çınar ve Eti Aslan 2017, Baldacchino 2006).

Literatürde bireyin sahip olduğu manevi boyutun manevi bakım ile desteklenmesinin sağlığı, iyiliği, yaşam kalitesi geliştireceği belirtilmiştir (Ergül ve Bayık 2004, Hall 2006, Wong ve diğ. 2008, Kavas ve Kavas 2015). Sağlık bakım hizmetlerinde tedaviyi destekleyen manevi bakım bireylerin kendi bakımlarına katılmasına olanak sağlayarak sahip oldukları manevi değerlerini bir güç kaynağı olarak kullanmalarına yardım eder.

Böylece tedavi sürecini olumsuz etkileyebilecek inanç ve değerlerle sağlık bakımı arasındaki çatışmaların önüne geçilir (McSherry ve Ross 2010, s.5). Maneviyatın ve manevi bakımın iyileşme süreçlerindeki bu olumlu etkileri nedeniyle sağlık bakım hizmetlerinde görev alan sağlık profesyonellerinin bireylerin kriz zamanlarında destek aldıkları manevi inanç ve değerlerini içeren özelliklerini nasıl tanıyacaklarını ve bakımda nasıl kullanacaklarını bilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle öncelikle “maneviyat”, manevi bakım kavramlarıyla neyin ifade edildiğinin anlaşılması ve bu felsefi yaklaşımın benimsenmesi gereklidir. Sağlık profesyonellerinin bakım verdiği bireylerin manevi gereksinimleri tanıyabilmesi için, öncelikle kendi yaşama bakış açılarını ve kendi maneviyatlarını fark etmeleri gerekmektedir. Bununla birlikte konuya ilişkin çalışmalar ve gözlemler sağlık bakımının manevi boyutunun sağlık bakım uygulamalarına yansımadağını göstermektedir. Burada pek çok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir (Creedy ve Tiew 2010, Baldacchino 2006). Sağlık profesyonellerinin kendi inanç sisteminin farkında olması, manevi gereksinimlerin sağlık bakımındaki önemini kabullenmesi, bireyin manevi bakımını gerçekleştirmede ön plana çıkan faktörlerdir. (Çelik İnce ve Utaş Akhan 2016). Ayrıca; çalışılan ortam, çalışma koşulları, bakım verilen bireylerin kendilerini ve beklentilerini ifade edebilmeleri gibi kriterler de manevi bakımın gerçekleştirilmesini etkilemektedir (Ergül ve Bayık 2004).

Sağlık ile maneviyat arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarda manevi yönü gelişmiş bireylerin duygusal, fiziksel, sosyal yönden daha iyi oldukları ve bu bireylerin manevi uygulamalarının sağlığı olumsuz etkileyecek kötü alışkanlıklarının engellendiği saptanmıştır. Ayrıca bu bireylerin hastalık gibi olumsuz durumlarda depresyon ve izolasyon eğilimlerinin düşük olduğu, stres ile baş edebildikleri belirtilmiştir (Mathews 2009, Boztilki ve Ardıç 2017).

Manevi bakıma yüklenen anlam ve önem, “sağlık profesyonellerinin manevi bakım algıları nasıldır?” sorusunu akla getirmekle birlikte, bu konuda sadece hemşirelerin manevi bakım algılarını inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bireylerin kriz anlarında zorluklar ile baş edebilmesi için hemşirelerin yanında diğer sağlık çalışanlarına da önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanlarının sunacakları manevi destek bireylerin

kendilerine inanmalarını ve hayata bağlanma direncini artırarak iyileşme sürecine katkı sağlayacaktır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bireylere manevi destek sağlayabilmeleri için maneviyat ve manevi bakımın önemi hakkında farkındalık kazanmaları gerekmektedir. Özellikle sağlık mesleklerini icra edecek olan sağlık bilimleri öğrencilerine eğitimleri esnasında bu farkındalığın kazandırılarak bilgilerinin arttırılması ve mesleki uygulama boyutundaki yetersizliklerin giderilmesi önemlidir. Bu konuda ulusal düzeyde kapsamlı çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.



2. LİTERATÜR BİLGİSİ

2.1. MANEVİYAT

Bu bölümde araştırmanın ana temasını oluşturan maneviyat kavramı ve bu kavramla ilişkili olan faktörler ele alındı.

2.1.1. Maneviyat Kavramı

Çeşitli disiplinlerin ortak konusu olan maneviyat tanımlanması ve anlaşılması zor olan soyut bir kavramdır. Çok boyutlu kompleks yapısının etkisiyle tam bir tanımının olmaması bu kavramın dar bir bakış açısıyla değerlendirilememesinden kaynaklanmaktadır (Yılmaz 2011,Kımtır 2013). Günümüze kadar din ve inanç gibi kavramlar yerine kullanılan maneviyat 20. yy'den itibaren dini inançların ötesinde bireyin yaşamına anlam katan, dini inançları da içeren fiziksel olmayan ruhsal bir güç olarak tanımlanmaya başlamıştır (Daştan ve Buzlu 2010, Yılmaz 2011). Türkçe' de manevi değerlere bağlılık anlamında karşılığı olan maneviyat Latince'de hayatta olmak, nefes almak, canlı olmak anlamına gelen "spiritus" kelimesinden köken almaktadır (Çekin 2014, Eğlence ve Şimşek 2014, Sülü Uğurlu ve Başbakkal 2013). Maneviyatın tam karşılığı olmayan "Spritualite" Türk Dil Kurumu'nda ruhçuluk ve tinsellik kelimeleriyle karşılık bulmaktadır. Maneviyat; ruh ve duygu gücü, maddi olmayan manevi moral gücü anlamına gelmektedir (Karataş 2015).

Maneviyat yaşamın bütün alanlarını kapsayan subjektif bir kavramdır (Yılmaz ve Okyay 2009).Bireyin hayatı kabullendiği ve kendini bu hayat içinde konumlandığı sosyal iletişim şeklidir (Çetinkaya ve diğ. 2007, Doğan 2013).Bu nedenle maneviyat, kişinin doğaüstü yüce güçler ile olan ilişkisi olarak tanımlanır (Hiçdurmaz ve Öz 2013). İnsan olmanın önemli bir değeri olan maneviyat bireyin yaşamında karşılaştığı hastalık, ölüm ve ölümden sonraki duygularına ve yaşadığı sorunlarına pozitif etki eden bir güçtür (Uğurlu, 2014, Dedeli ve Karadeniz 2009). Ayrıca maneviyat iyiliğin, gerçeğin, güzelliklerin arayıcısı olmak ve onların peşinden gitmektir(Atak 2014).

Tarihi köken olarak yüzyıllar öncesinde var olan din her toplumda bulunan maddi olmayan bir değerdir. Bazı topluluklarda bir tür geleneksel uygulama veya kültürel inançtır. Dini bir düşüncesi bulunmayan toplumlarda ise maneviyat dini içine alan geniş bir çerçevede değerlendirilmiş ve maneviyatı görsel, işitsel, güzel sanatlar, bilim, toplumsal değerler ile bütünleştirilmiştir. Kültürü, mezhebi, dini, ırkları farklı olan bireyleri bir araya getiren maneviyat kutlu bir yol olarak açıklanmaktadır (Arslan Özkan ve Okumuş 2012, Ergül 2010, Altaş ve Köylü 2014). Bu nedenle maneviyat kültürüne ve değerlerine bağlı bireyler için önemlidir ve içsel kaynakların tümüdür (Arslan ve Konuk Şener, 2009, Uğurlu 2014). Bireyi, umuda, bağlılığa ve merhamete götürür (Kıraç 2013). Bir dini inancı olsun ya da olmasın tüm bireylerin manevi boyutu vardır. Toplum ve insan yaşamı için bireyin doğasını tamamlayan maneviyat vazgeçilemez bir kuvvettir (Horozcu 2010).

Son 20 yıllık zaman sürecinde ilahiyat, sosyoloji, psikoloji ve sağlık hizmetleri gibi alanlarda da ilgi gören maneviyatın birçok farklı tanımı yapılmıştır. Bu tanımların ortak noktası ise maneviyatın bireyin hayatına anlam verme süreci olduğudur. Özellikle bireylerin sağlıklarına kavuşma süreçlerinde destekleyici etki sağlayarak sağlık sorunu ile başa çıkmasında önemli bir unsurdur. Maneviyat, hayattan umut etmesini, yaşama bağlanmasını sağlayan, sağlığının bozulduğu zamanlarda yaşadığı olumsuz deneyimlerin üstesinden gelmesini destekleyen önemli bir faktördür (Başar 2007, s. 631).

2.1.2. Bütüncül Yaklaşım ve Manevi Bakım

Sağlık bilimlerinde insanın bütüncül bir yaklaşım içinde ele alınmasının gerekliliği uzun yıllardır tartışılmasına karşın, bu durumun uygulamalara yansıdığı söylenemez. Oysa bireyi bir bütün olarak tüm boyutlarıyla değerlendiren ve bu boyutların karşılıklı etkileşimde olduğunu ileri süren bütüncül bakım yaklaşımının sağlık hizmetlerinde önemli rolü vardır (McSherry ve Jamieson 2011, Gallison ve diğ. 2013). “Amerikan Holistik Hemşireler Birliği (AHNA) sağlığı, beden, zihin ve ruhun uyumu” olarak tanımlamaktadır (Çelik İnce ve Utaş Akhan 2016). Manevi bakımın felsefesi de, insana bütüncül yaklaşım ilkesine dayanır.

Bütüncül yaklaşımdaki herhangi bir eksiklik hastada olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bireye yaşama ümidi veren değerler sistemindeki bozukluklar, bireyde manevi boşluk duygusu hissettirmektedir. Bireyin insanın doğasını anlama ve içsel acılarına çare bulma çabası ve inançlarının tehdit edildiğini düşündüğü anlarda ortaya çıkan manevi boşluk duygusu, manevi bakım kavramını ortaya çıkarmıştır (Çetinkaya ve diğ. 2007). Bu kavram tıbbi tedavi görmek amacıyla hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tedavilerinin yanında onların hastalıklar ile mücadele etmesinde manevi olarak destekleyerek yaşama umutlarını arttırmak, iyileşme süreçlerine katkıda bulunmak amacıyla yapılan destek hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Çınar ve Eti Aslan, 2017, Baldacchino 2006). Manevi bakım; insanların keder, üzüntü, korku, yalnızlık ve ümitsizlik yaşadıkları kriz durumlarında yanında olmak, hayatlarını anlamlandırmalarına yardım edecek adet ve ibadetlerini yerine getirebilmelerinde rehberlik edebilmek şeklinde tanımlanmaktadır (Karagül 2012). Manevi bakım kaliteli bakım için önemli bir göstergedir ve sağlık çalışanlarının sorumluluğunda olup tüm hastalara bütüncül bir yaklaşımla hizmet vermelidir.

2.1.3. Sağlık ve Maneviyat

Sağlık ile maneviyatın bütünleşmesi 1990'lerde oluşmaya başlamıştır (Edward 2009, ss. 147-57). Tarihte hemen hemen bütün insan topluluklarında sağlık ile manevi alanın ilişkisinin insanın şifa arayışının nedeni olduğu belirtilmiş, şifa, maddi olarak da aranırken, madde ötesi güçlerin rolü de hep bu arayışa eşlik etmiştir (Kımtır 2013). Yirminci yüzyıldan sonra, bireylerin hastalık sürecinde manevi arayışlar içine girmeleri ve manevi destek talep etmeleri ile manevi alanın bireyler açısından önemli bir güç olarak tedaviyi destekleyici bir boyut olduğunun önemi vurgulanmıştır (McSherry ve Ross. 2010). Manevi arayışlar içine giren birey Tanrı'ya sığınıp, ondan yardım isteyerek olumsuzluklar karşısında sakin bir şekilde bekleme ve dayanıklılık göstererek kendini kuvvetli hisseder, iç huzurunu kazanır ve hastalığını kabullenip mücadeleden vazgeçmez (Ayten ve diğ. 2012).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık “Herhangi bir bedensel güçsüzlük ve hastalığın bulunmaması, ruhça, bedence ve sosyal ilişkiler bakımından iyi olma durumudur” şeklinde tanımlayarak fiziksel sağlığın devamı için manevi sağlığının da değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Kesgin ve Topuzoğlu 2006). Bireylerin yaşadıkları fiziksel sorunlar zihinsel ve ruhsal durumunu etkileyebildiği gibi ruhsal olarak sıkıntı yaşaması fiziksel sağlığını etkileyebilir ve hastalıklar ile karşı karşıya kalabilir (Atabek ve Karadağ 2013). Maneviyat ve manevi bakım gereksinimi bireyin kendisini çaresiz hissedip desteğe en çok gereksinim duyduğu zamanlarda, yaşamını olumsuz etkileyen beklenmedik sağlık sorunları ile karşılaştığında artar.

2.1.3.1. Sağlık sorunları nedeniyle ortaya çıkan manevi gereksinimler

2.1.3.1.1. Hastalığı anlamlandırma ihtiyacı: Hastanın, “neden ben?” sorusuna cevap aradığı kendisi ve ailesi için gelecek kaygılarının olduğu süreçtir. Bu süreçte hastalığı ile nasıl başa çıkacağını ve ruhsal olarak bu yükü nasıl kaldıracaklarını düşünürler.

2.1.3.1.2. Manevi inançlarına ve değerlerine saygı gösterilmesi ve desteklenmesi gereksinimi: Manevi yönü güçlü olan hasta için manevi değerleri çok önemlidir. Tedavi süreçlerinde kendilerine bakım verenlerin manevi değerlerine ve inançlarına saygı göstererek, kendilerinin desteklenmesini beklerler.

2.1.3.1.3. İlginin, düşünsel olarak hastalığı düşünmekten uzaklaşarak farklı konulara yoğunlaşma gereksinimi: Hastalar, düşüncelerinde hastalıkları ve yaşamına ait kaygılarından uzaklaşmak isteği duyarlar. Bireye destek verecek manevi uygulamalar dikkatin başka bir alana yoğunlaştırılacağı sağlıklı ve güçlü bir alandır.

2.1.3.1.4. Yaşamlarına ilişkin bir yandan kontrolden vazgeçme bir yandan da kontrolü alma gereksinimi: Hastanede yatarak tedavi olmanın yanında bireyin mevcut olan hastalığı kendilerini yalnız ve dışlanmış hissetmelerine neden olabilmektedir. Sahip

oldukları dini topluluklar tarafından ziyaret edilmeleri ve kendilerine dua edildiğini bilmeleri önemsendiklerini ve ilahi güç tarafından sevildiklerini hissettirir.

2.1.3.1.5. Ölümü kabul etme ve bununla başa çıkma: Ağır hastalık süreçleri bireylerin kendi yaşamları üzerindeki kontrolü yitirdiklerini ve sürekli yaşamayacakları duygusunu hissettirir. Manevi inançlar bu süreçlerde yaşam, acı çekme ve ölüm gibi deneyimlerine anlam kazandırır. Ölümden sonra cezalandırılacaklarını düşünen bireyler manevi olarak kendilerini hazır hissetmezler ve bu durumda kendilerine destek verecek, kaygılarını azaltacak sağlık profesyonellerine ihtiyaç duyarlar.

2.1.3.1.6. Affetme ve affedilme gereksinimi: Maneviyat hastalığın kendileri için ilahi güç tarafından cezalandırıldıklarını düşünen bireylerin affetme ve affedilme gereksinimi duydukları zamanlarda yardım eder. Öfke duygularından arınmalarını sağlar.

2.1.3.1.7. Hastalığı yaşama sürecinde şükretme gereksinimi: Hastaların, hastalıkları süresince bu durumu kabullenmeleri ve bu duruma uyum sağlamaları şükran duygusu hissetmeleri ile sağlanır. Bu durumda hastalarda daha olumlu yaklaşım vardır.

2.1.3.1.8. Umut hissetmeye gereksinim: Maneviyat hastaların yaşama dair umutlu olmalarını hastalık süreçlerinde mücadeleden vazgeçmelerini engeller ve hastanın sahip olduğu manevi inanç tedavi sürecinde katkı sağlar, iyileşmeyi hızlandırır (Boztilki ve Ardıç 2017).

“Manevi bakım iyileşmede neden, nasıl etkili?” bu soruya birçok bakış açısıyla yanıt vermek mümkündür. Ancak bu konu burada dört başlık altında ele alındı (McSherry ve Ross. 2010);

- a. Bireylerin manevi değerlerinin hastalık/tedavi sürecinde güç kaynağı olması,
- b. Bireyler açısından sahip oldukları manevi inanç ve değerlerin, ailelerinin ve kendisinin tedaviye katılımlarını sağlamada belirleyici olması,

- c. Bireylerin kriz yaşadıkları hastalık sürecinde ortaya çıkabilecek manevi stresin tespit edilerek tedaviyi olumsuz etkilemesinin engellenmesi, aksaklıkların giderilmesi,
- d. Bireyin sahip olduğu manevi inanç sistemi ile tedavi yöntemleri arasındaki çatışmanın önlenmesidir.

2.1.4. Manevi Bakım Etkileyen Faktörler

İnsanlar fiziksel, ruhsal duygusal, sosyal ve manevi yönleriyle bir bütündür ve bu bütünü oluşturan öğeler birbirleriyle etkileşim halindedir. Manevi bakımın istendik düzeyde yapılamaması ile ilgili birçok gerekçe sıralanabilir. Bireylerin konuya ilişkin eğitimleri, aile yapısı, inanç sistemi, mesleği içselleştirmeleri ya da içselleştirmemeleri, çalışılan ortamın çalışma koşulları, bireylerin kendini ifade etmek istememeleri gibi birçok gerekçeler manevi bakımın verilmesini engellemektedir (Daştan ve Buzlu 2010, Arslan Özkan ve Okumuş 2012, Çelik İnce ve Utaş Akhan 2016).

2.1.5. Maneviyat ve Manevi Bakım ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Bireylerin hastalıklar ile baş etmesi ve hastalık sürecine uyum sağlamasında maneviyat ve manevi bakımın etkisi fazladır (Dedeli ve Karadeniz 2009). Son zamanlarda maneviyat kavramı ve bireylerin sağlık durumunu etkileyecek manevi uygulamaların belirlenmesine yönelik ulusal ve uluslararası çalışmalar yapılarak durum tespitine gidilmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda maneviyatın ve manevi bakımın hastanın tedavisini destekleyen bütüncül bakımın vazgeçilmez bir unsuru olduğu belirlenmiştir. Literatürde bireyin hayata umut ile bakabilmesi, hastalık ve sağlık ile ilgili algılarının pozitif yönde etkilenmesinde manevi boyutun etkilerinin olduğu belirtilmiştir (Yılmaz ve Okyay 2009).

Amerika’da bir Üniversite Hastanesi’nde hastalarla yapılan bir araştırmada hastaların yüzde 45’i, dini inançlarının iyileşmelerine yardımcı olduğunu ifade ederken, yüzde 94’ü doktorların hastaların hastalıklarının yanında maneviyatlarına yönelik bilgilerinin değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (Altaş ve Köylü 2014). Maneviyatı ve

manevi ihtiyaçların neler olduğunu belirlemek amacıyla Kanada'da 1995 yılında yapılan ve 1713 ile gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların yarısı (yüzde 52'si) manevi ihtiyaçlarının olduğunu ve manevi ihtiyaç olarak dua etmek, kiliseye gitmek yardımı muhtaç insanlara yardım etmek olarak tanımlamışlardır (Kıraç 2013). Hristiyan Tıp ve Diş Hekimleri Kurumuna kayıtlı diş hekimleri ile yapılan bir çalışmada diş hekimlerinin yarısından fazlası, iyileşme aracı olarak dua etmeyi hastalarına önerdiklerini ifade etmişlerdir (Altaş ve Köylü 2014). Yatan hastalar ile yapılan bir başka araştırmada katılımcıların yarıya yakını manevi değerlerin kendilerini olumsuzluklardan uzak tutan bir güç olduğunu belirtmişlerdir (Kımtır 2013).

Uluslararası literatürde öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerini, eğitimlerini ve uygulamalarını değerlendiren çalışmalar son yıllarda artış göstermiştir. Bu çalışmalarda da manevi bakım konusunda öğrenci hemşirelerin algılarının arttırılması için eğitimlerin düzenlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (McSherry ve Jamieson 2011, Creedy ve Tiew 2010, Burkhart ve Schmidt 2012, Tiew ve Drury 2012, Lovanio ve Wallace 2007, Ross ve diğ. 2014). De Souza ve diğ. (2009), hemşirelerin manevi bakım alanında hissettikleri güvensizliği ve güvensizliğin önlenmesine yönelik eğitimin yararlılığını vurgulayan çalışma yapmışlar ve bu bakım boyutunda hemşirelerin yeterliliklerini değerlendirmek için Ruhsal Bakım Yeterlilik Ölçeği'ni test etmişlerdir (De Souza ve diğ. 2009). Yapılan alışmalar hemşirelerin kendi maneviyatlarının farkındalığı arttıka, ruhsal bakım sağlama yeteneklerinin de arttığını göstermiştir (Lovanio ve Wallace 2007, Baldacchino 2008, Taylor ve diğ. 2009, Baldacchino 2011, Barber 2008). Hemşirelik öğrencilerine yönelik nicel bir araştırma, Tayvan'daki öğrencilerin ruhsal sağlığının, daha az stres, daha az depresyon ve daha sağlığı teşvik edici davranışlarla bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (Hsiao ve diğ. 2010). Bir alışmada, İnan hemşirelerinde maneviyat ile iç doyumunu arasındaki bağlantı incelenmiştir (Ravari ve diğ. 2009). Bir başka çalışmada, bir grup palyatif bakım çalışanında başa çıkma stratejileri ve maneviyat arasında bir ilişki bulunmuştur (Desbiens ve Fillion 2007).

Ulusal düzeyde, hemşirelik, ebelik, sosyal hizmet bölümlerindeki akademisyenler ile sağlık hizmetinin sunumunda aktif olarak çalışan sağlık profesyonellerinin yaptığı araştırmalar maneviyat ve manevi bakımın bilinirliğini sağlamak için yoğun bir şekilde çalışan ve ön plana çıkmasına destek olan disiplinlerdir. Oldukça geniş bir literatüre sahip olan bu araştırmacıların çalışmalarından elde ettikleri ortak sonuç; manevi bakımın sağlık hizmetlerinde gerekli olduğu, sağlık profesyonellerinin mesleki eğitimlerinde manevi bakım hakkında bilgi almadıkları ve bu nedenle bu bakımı gerçekleştirmedikleri, sağlık profesyonelleri yetiştiren kurumların ders içeriklerinin ve eğitim programlarının manevi bakım konusuna yer verilecek şekilde düzenlenmesi, mezuniyet sonrası sağlık hizmetinin sunumunda aktif olarak çalışanlara bu konunun önemi ve farkındalığına yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesidir. Manevi destek konusunun disiplinler arası çalışılabileceği ve maneviyat algısı olan sağlık profesyonellerinin manevi bakım hizmetini verebileceğini belirtmişlerdir(Ergül ve Bayık 2004, Ergül ve Bayık 2007. Yılmaz ve Okyay 2009, Kostak ve diğ, 2010, Çelik ve diğ. 2014, Daştan ve Buzlu 2010, Eğlence ve Şimşek 2014, Sülü Uğurlu 2014,Kavak ve diğ. 2014, Kavas ve Kavas 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, sağlık profesyoneli adaylarının maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algı düzeyleri ve etkileyen faktörleri incelemektir.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- i. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerini etkiler mi?
- ii. Bölümler ve sınıflar arasında maneviyat ve manevi bakımı algılama farklı mıdır?
- iii. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili eğitim aldıkları yer ile maneviyat ve manevi bakımı algılama farklı mıdır?

3.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma tanımlayıcı tipte yapıldı.

3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan bir vakıf üniversitesinin sağlık bilimleri fakültesinde 03-08 Ocak 2018 tarihleri arasında yapıldı.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören bölüm bazında, Beslenme ve Diyetetik 517, Çocuk Gelişimi 137, Fizik tedavi ve rehabilitasyon 424, Hemşirelik 182, ve Sağlık Yönetiminden 122, toplam 1382 öğrenci; sınıf bazında 1. sınıf 461 öğrenci, 2.sınıf 328 öğrenci, 3. sınıf 332 öğrenci ve 4. sınıf 261 öğrenci, toplam 1382 öğrenci oluşturdu. 1382 öğrenci örnekleme yöntemi kullanılmadan, araştırmaya dâhil edildi. Araştırmaya 493 öğrenci katılmak istemedi. Kullanılan Tanıtıcı Özellikler Formu ile Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme ölçeğindeki

soruları tam olarak yanıtlamayan 32 katılımcı kapsam dışı bırakıldı. Bu nedenle örnekleme 857 öğrenci alındı.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada “Tanıtıcı Özellikler Formu” (Ek 2) ve “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)” formu (Ek 3) kullanıldı.

3.6.1.1. Tanıtıcı özellikler formu

Literatür taranarak oluşturulan bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim aldıkları bölüm, kaçınıcı sınıfta oldukları gibi ilgili bireysel bilgilerin yanı sıra maneviyat ve manevi bakıma ilişkin eğitim alıp almadıklarını, eğitim alınmış ise nerden aldıklarını, aldıkları eğitimin yeterli olup olmadığını belirlemeye yönelik üç açık uçlu soru, üç kapalı uçlu soru olmak üzere toplam altı adet soru yer aldı.

3.6.1.2. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği

Bu ölçek McSheey, Draper ve Kendric (2002) tarafından geliştirilmiştir (Mc sherry, Draper ve Kendrick. 2002), ve Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergül ve Bayık Temel tarafından (2007) yapılmıştır (Ergül, Bayık. 2007). Ölçek beşli likert tipinde on yedi sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki maddelerin puanlaması, “kesinlikle katılmıyorum” ifadesini taşıyan 1’den “kesinlikle katılıyorum” ifadesini taşıyan 5’e doğru yapılmaktadır. Maneviyat ve manevi bakım (madde 6,7,8,9,11,12,14), dinsellik (madde 4,5,13,16) ve bireysel bakım (madde 1,2,10) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. İlk on üç madde düz, son dört madde ters şekilde puanlanmaktadır. Ölçeğin en yüksek puanı seksen beş, en düşük puanı ise on yedi’dir. Puanın yüksek olması algının da yüksek olduğunu göstermektedir.. Mc Sherry, Draper ve Kendric’in çalışmasında ölçeğin

Cronbach's Alpha (α) katsayısı 0.64'tür (Mcsherry, Draper ve Kendrick, 2002). Ergül ve Bayık tarafından yapılmış çalışmada iç tutarlılık kapsamında Cronbach's Alpha (α) katsayısı 0.76 olarak saptanmıştır (Ergül, Bayık. 2007). Bu çalışmada iç tutarlılık kapsamında hesaplanan ölçek genel ve alt boyutlara ait Cronbach's Alpha (α) katsayısı tablo 3.1'de görülmektedir.

Tablo 3.1: Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha (α)	Madde Sayısı
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	0,875	7
Dinsellik Alt Boyutu	0,457	4
Bireysel Bakım Alt Boyutu	0,603	4
Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Genel Güvenilirlik Toplamı	0,809	17

Tablo 3.1'e göre, Maneviyat ve Manevi Bakım Ölçeği genel güvenilirliği 0,80; alt boyutların güvenilirlik düzeyi 0,457 ile 0,875 arasında bulundu. Genel güvenilirlik, Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutu Cronbach's Alpha (α) katsayısına göre ölçek oldukça yüksek güvenilirlik düzeyinde bulundu.

3.6.2. Veri Toplama Yöntemi

Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine sınıflarında bir ders öncesi araştırma hakkında bilgi verilip onam alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere sınıf ortamında "Kişisel Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği" dağıtıldı. Veri toplama formlarının doldurulmasına ilişkin açıklama yapıldı. Araştırmacının kontrolünde dağıtım toplama yöntemi ile yapılan çalışmada yanıtlama süresini yaklaşık 5-7 dakikalık zaman aldı.

3.6.3. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışmada Bahçeşehir Üniversitesi Etik Kurulu ve ilgili fakülte dekanlığından çalışma izni alındı. Araştırmaya katılan öğrencilere çalışmanın amacı açıklandı. Katılımın gönüllülük esasına göre olduğu belirtildikten sonra, araştırmaya katılmada istekli olan öğrencilerin sözel ve yazılı onamı alındı.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 24.0 istatistik paket programı kullanıldı. Kişisel Bilgi Formunda yer alan soruların dağılımı frekans, yüzdeler olarak, ölçek puanları ise ortalama, standart sapma olarak yorumlandı. Analiz öncesi verilerin Kolmogorov-Smirnov testi ile normal dağılımı incelendi ve normal dağılım gösterdiği saptandı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız örnekler için (Independent samples) “t” testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü (Oneway) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni testi kullanıldı. Sonuçlar yüzde 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Sağlık bilimleri öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen veriler dört bölümde ele alındı.

Birinci Bölüm: Bu bölümde sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerine,

İkinci Bölüm: Bu bölümde sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin ölçekten aldıkları genel puan ortalamaları, bölüm, yaş ve sınıf değişkenine göre “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)” puan ortalamalarının karşılaştırılmasına,

Üçüncü Bölüm: Bu bölümde sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili eğitim aldıkları yer ile MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına,

Dördüncü Bölüm: Bu bölümde beslenme ve diyetetik, hemşirelik, çocuk gelişimi, sağlık yönetimi, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılmasına yer verildi.

Birinci Bölüm: Bu bölümde öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine yer verildi.

Tablo 4.1: Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri (N=857)

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	%
Bölüm	Beslenme ve Diyetetik	323	37,7
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	252	29,4
	Hemşirelik	141	16,5
	Sağlık Yönetimi	44	5,1
	Çocuk Gelişimi	97	11,3
	Toplam	857	100
Yaş Grubu	18	122	14,2
	19	153	17,9
	20	197	23
	21	161	18,8
	22	125	14,6
	≥ 23	99	11,6
	Toplam	857	100
Cinsiyet	Kadın	726	84,7
	Erkek	131	15,3
	Toplam	857	100
Eğitim Durumu	1.sınıf	231	27,1
	2.sınıf	231	27,1
	3.sınıf	237	27,4
	4.sınıf	158	18,4
	Toplam	857	100
Maneviyat İle İlgili Eğitim	Evet	195	22,8
	Hayır	662	77,2
	Toplam	857	100
Aldığı Eğitimi Yeterli Bulma	Evet	129	66,3
	Hayır	66	33,7
	Toplam	195	100

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yüzde 37,7 (323 öğrenci)'sinin Beslenme ve Diyetetik bölümünde oldukları, yüzde 23 (197 öğrenci)'ünün 20 yaşında ve yüzde 84,7 (726 öğrenci)'sinin kadın olduğu tablo 4.1'de görülmektedir. Sınıf bazında incelendiğinde yüzde 27,4 (237 öğrenci)'nün 3. sınıfta öğrenim gördüğü, yüzde 77,2 (662 öğrenci)'sinin maneviyat ile ilgili eğitim almadığı, eğitim alan öğrencilerin çoğunluğunun aldıkları maneviyat eğitimini yeterli buldukları tablo 4.1' den anlaşılmaktadır.

İkinci Bölüm: Öğrencilerin ölçekten aldıkları genel puan ortalamaları, bölüm, yaş ve sınıf değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.2: Öğrencilerin MMBDÖ puan ortalamaları (N: 857)

	Ort.	Ss	Min.	Max.
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	24,530	5,847	7	35
Dinsellik Alt Boyutu	9,710	2,986	4	20
Bireysel Bakım Alt Boyutu	13,390	3,058	4	20
MMBDÖ Toplam	53,600	9,589	17	85

Tablo 4.2'de araştırmaya katılan öğrencilerin “Maneviyat ve Manevi Bakım “ alt boyutu ortalaması ($24,530 \pm 5,847$); “Dinsellik” alt boyutu ortalaması ($9,710 \pm 2,986$); “Bireysel Bakım” alt boyutu ortalaması ($13,390 \pm 3,058$); “MMBDÖ toplam” ortalaması ($53,600 \pm 9,589$) olarak bulundu. Verilerden elde edilen ortalama değerlerin bu araştırma daha iyi yorumlanabilmesi için en yüksek ve en düşük puan aralığı üçe bölündü ve her bir boyutun puanı düşük, orta, yüksek olarak değerlendirildi. Böylece maneviyat ve manevi bakım alt boyutu için 7.00 ile 16.33 arası düşük, 16.34 ile 25.67 arası orta ve 25.68 ile 35.00 arası yüksek olarak yorumlandı. Dinsellik boyutu için 4.00 ile 9,33 arası düşük. 9,34 ile 14.66 arası orta ve 14,67 ile 20.00 arası yüksek olarak

belirlendi. Ölçeğin toplam puanı ise 17.00 ile 39.66 arası düşük, 39,67 ile 62,33 arası orta ve 62,34 ile 85.00 arası yüksek olarak yorumlandı.

Tablo 4.3: Öğrencilerin bölüm değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (N:857)

		n	̄	Ss	F	P
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	Beslenme ve Diyetetik	323	24,400	5,719	1,925	0,104
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	252	24,060	5,966		
	Hemşirelik	141	24,580	6,291		
	Sağlık Yönetimi	44	26,320	5,391		
	Çocuk Gelişimi	97	25,320	5,349		
Dinsellik Alt Boyutu	Beslenme ve Diyetetik	323	10,080	2,927	2,231	0,064
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	252	9,630	2,985		
	Hemşirelik	141	9,400	3,052		
	Sağlık Yönetimi	44	9,270	3,165		
	Çocuk Gelişimi	97	9,350	2,930		
Bireysel Bakım Alt Boyutu	Beslenme ve Diyetetik	323	13,240	2,894	2,563	0,037*
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	252	13,230	3,092		
	Hemşirelik	141	13,580	3,349		
	Sağlık Yönetimi	44	14,700	2,825		
	Çocuk Gelişimi	97	13,450	3,059		
MMBDÖToplam	Beslenme ve Diyetetik	323	53,860	9,198	1,436	0,220
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	252	52,880	10,126		
	Hemşirelik	141	53,140	10,247		
	Sağlık Yönetimi	44	56,340	9,165		
	Çocuk Gelişimi	97	53,990	8,471		

*p<0,05; F= One-Way ANOVA; Tek yönlü varyans analizi; ̄: Ortalama; Ss: Standart Sapma

Tablo 4.3’de araştırmaya katılan öğrencilerin bireysel bakım alt boyutu puanları ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=2,563$; $p=0,037<0.05$) bulundu. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı ve farkın sağlık yönetimi bölümü ğrencilerinin bireysel bakım alt boyutundan kaynaklandığı saptandı. Sağlık yönetimi bireysel bakım alt boyutu puanları ($14,700 \pm 2,825$), diğer bölümlerin ortalama puanlarından yüksek bulundu. Araştırmaya katılan beslenme ve diyetetik, çocuk gelişimi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, hemşirelik, sağlık yönetimi bölümü ğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu, dinsellik alt boyutu, MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmadı.

Tablo 4.4: Öğrencilerin yaş değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Yaş	n	\bar{X}	Ss	F	P
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	18	122	25,700	5,696	1,614	0,154
	19	153	24,950	5,647		
	20	197	24,190	6,160		
	21	161	24,090	5,694		
	22	125	24,100	5,948		
	≥ 23	99	24,370	5,719		
Dinsellik Alt Boyutu	18	122	9,930	2,848	0,646	0,665
	19	153	9,400	2,511		
	20	197	9,880	3,313		
	21	161	9,600	3,048		
	22	125	9,710	3,302		
	≥ 23	99	9,780	2,625		
Bireysel Bakım Alt Boyutu	18	122	13,500	2,881	0,120	0,988
	19	153	13,480	2,765		
	20	197	13,320	3,211		
	21	161	13,420	3,059		
	22	125	13,270	3,239		
	≥ 23	99	13,360	3,212		
MMBDÖ Toplam	18	122	55,230	8,893	0,990	0,422
	19	153	53,830	8,525		
	20	197	53,300	10,341		
	21	161	53,050	9,182		
	22	125	52,930	10,613		
	≥ 23	99	53,550	9,700		

*p<0,05 ; F= One-Way ANOVA; Tek yönlü varyans analizi; \bar{X} : Ortalama; Ss: Standart Sapma

Tablo 4.4'te araştırmaya katılan öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu, dinsellik alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu, MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının yaş grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmadı.

Tablo 4.5: Öğrencilerin sınıf değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Sınıf	n	\bar{X}	Ss	F	P
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	1	231	25,600	5,600	5,760	0,001*
	2	231	23,710	6,403		
	3	237	23,910	5,522		
	4	158	25,200	5,557		
Dinsellik Alt Boyutu	1	231	9,790	3,000	0,224	0,880
	2	231	9,670	3,064		
	3	237	9,780	2,849		
	4	158	9,570	3,074		
Bireysel Bakım Alt Boyutu	1	231	13,670	2,778	2,169	0,090
	2	231	13,150	3,324		
	3	237	13,160	3,004		
	4	158	13,720	3,090		
MMBDÖ Toplam	1	231	55,130	8,661	4,652	0,003*
	2	231	52,340	11,188		
	3	237	52,700	8,424		
	4	158	54,660	9,669		

* $p<0,05$; F= One-Way ANOVA; Tek yönlü varyans analizi; \bar{X} : Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.5'te araştırmaya katılan öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=5,760$; $p=0,001<0.05$) bulundu. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Eğitim durumu 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($25,600 \pm 5,600$), eğitim durumu 2.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($23,710 \pm 6,403$) yüksek bulundu. Eğitim durumu 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($25,600 \pm 5,600$), eğitim durumu 3.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($23,910 \pm 5,522$) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan öğrencilerin MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=4,652$; $p=0,003<0.05$) bulundu. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Eğitim durumu 1.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanları ($55,130 \pm 8,661$), eğitim durumu 2.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanlarından ($52,340 \pm 11,188$) yüksek bulundu. Eğitim durumu 1.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanları ($55,130 \pm 8,661$), eğitim durumu 3.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanlarından ($52,700 \pm 8,424$) yüksek bulundu. Araştırmaya katılan öğrencilerin dinsel alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmadı.

4.3. Üçüncü Bölüm: Öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili eğitim aldıkları yer ve MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.6: Öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili eğitim aldıkları yer

	n*	%
Aile	104	53,3
Okul	56	28,7
İbadethane	34	17,4
Diğer	18	9,2

*Bu bölümde birden fazla seçenek işaretlenebiliyordu

Tablo 4.6'da öğrencilerin yüzde 53,3 (104 öğrenci)'ünün maneviyat ile ilgili eğitimi aileden aldığı belirlendi.

Tablo 4.7: Öğrencilerinin aileden maneviyat ile ilgili eğitim alma değişkenine göre MMBDÖ Puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Aileden Eğitim Alan/Almayan	n	ȳ	Ss	t	P
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	Alan	104	25,620	5,485	2,302	0,022*
	Almayan	91	23,670	6,372		
Dinsellik Alt Boyutu	Alan	104	10,160	3,056	1,119	0,265
	Almayan	91	9,670	3,088		
Bireysel Bakım Alt Boyutu	Alan	104	14,020	2,876	1,509	0,133
	Almayan	91	13,350	3,301		
MMBDÖ Toplam	Alan	104	56,090	8,981	2,695	0,008*
	Almayan	91	52,320	10,544		

* $p < 0,05$; t testi = iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; \bar{X} : Ortalama; Ss: Standart Sapma

Tablo 4.7’de araştırmaya katılan öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ortalamalarının aile değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($t=2.302$; $p=0.022 < 0,05$) bulundu. Aileden eğitim alan öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları (25,620), aileden eğitim almayan öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından (23,670) yüksek bulundu.

Öğrencilerin MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının aile değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($t=2.695$; $p=0.008 < 0,05$) bulundu. Aileden eğitim alan öğrencilerin MMBDÖ toplam puanları (56,090), aileden eğitim almayan öğrencilerin MMBDÖ toplam puanlarından (52,320) yüksek bulundu.

Öğrencilerin dinsel alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu puanları ortalamalarının aile değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p > 0,05$) bulunmadı.

Tablo 4.8: Öğrencilerinin maneviyat ile ilgili eğitimi okuldan alma değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Okuldan Eğitim Alan/Almayan	n	̄	Ss	t	P
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	Alan	56	24,290	6,972	-0,632	0,528
	Almayan	139	24,880	5,550		
Dinsellik Alt Boyutu	Alan	56	9,120	2,985	-2,359	0,019*
	Almayan	139	10,260	3,058		
Bireysel Bakım Alt Boyutu	Alan	56	13,660	3,486	-0,134	0,893
	Almayan	139	13,730	2,931		
MMBDÖ Toplam	Alan	56	52,700	12,071	-1,466	0,144
	Almayan	139	54,990	8,838		

*p<0,05; t testi = iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; ̄: Ortalama; Ss: Standart Sapma

Tablo 4.8’de araştırmaya katılan öğrencilerin dinsellik alt boyutu puanları ortalamalarının maneviyat ile ilgili eğitimin okuldan alınması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($t=-2.359$; $p=0.019<0,05$) bulundu. Okuldan eğitim alan değişkeni ile dinsellik alt boyutu puanları (10,260), okuldan eğitim almayan dinsellik alt boyutu puanlarından (9,120) yüksek bulundu.

Öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu, MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının maneviyat ile ilgili eğitimi okuldan alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0,05$) bulunmadı.

Tablo 4.9: Öğrencilerinin maneviyat ile ilgili eğitimi ibadethaneden alma değişkenine göre MMBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

Alt Boyutlar	İbadethaneden Eğitim Alan/Almayan	n	\bar{x}	Ss	t	P
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	Alan	34	23,440	5,411	-1,368	0,173
	Almayan	161	24,980	6,075		
Dinsellik Alt Boyutu	Alan	34	9,680	3,140	-0,535	0,593
	Almayan	161	9,990	3,066		
Bireysel Bakım Alt Boyutu	Alan	34	13,560	2,997	-0,308	0,758
	Almayan	161	13,740	3,120		
MMBDÖ Toplam	Alan	34	52,410	9,608	-1,244	0,215
	Almayan	161	54,730	9,939		

* $p < 0,05$; t testi = iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; \bar{x} : Ortalama; Ss: Standart Sapma

Tablo 4.9'da sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu, dinsellik alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu, MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının ibadethane değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p > 0,05$) bulunmadı.

Tablo 4.10: Öğrencilerin maneviyat ile ilgili eğitimi diğer yerlerden alma değişkenine göre MMBDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Diğer Yerlerden Eğitim Alan/Almayan	n	\bar{X}	Ss	t	P
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	Alan	18	23,830	8,205	-0,654	0,631
	Almayan	177	24,800	5,730		
Dinsellik Alt Boyutu	Alan	18	9,720	2,803	-0,305	0,761
	Almayan	177	9,950	3,106		
Bireysel Bakım Alt Boyutu	Alan	18	13,440	4,232	-0,378	0,780
	Almayan	177	13,730	2,966		
MMBDÖ Toplam	Alan	18	53,000	11,926	-0,597	0,551
	Almayan	177	54,460	9,697		

* $p < 0,05$; t testi = iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; \bar{X} : Ortalama; Ss: Standart Sapma

Tablo 4.10'da öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu, dinsellik alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu, MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının diğer yerlerden eğitim alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p > 0,05$) bulunmadı.

4.4. Dördüncü Bölüm: Öğrencilerin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması

Tablo 4.11: Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması

	1.sınıf		2.sınıf		3.sınıf		4.sınıf		F	p	Fark
	\bar{X}	Ss	\bar{X}	Ss	\bar{X}	Ss	\bar{X}	Ss			
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	25,850	4,476	23,890	6,134	23,170	5,891	25,280	6,123	4,078	0,007*	1 > 2 1 > 3 4 > 3
Dinsel Alt Boyutu	10,020	2,884	10,120	3,042	10,100	2,680	10,150	3,320	0,026	0,994	
Bireysel Bakım Alt Boyutu	13,810	2,426	12,970	3,231	12,970	2,757	13,240	3,219	1,703	0,166	
MMBDÖ Toplam	56,080	7,071	53,010	10,237	52,230	8,558	54,890	11,110	3,218	0,023*	1 > 2 1 > 3

*p<0,05; F= One-Way ANOVA; Tek yönlü varyans analizi; \bar{X} :Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.11'de araştırmaya katılan beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı (F=4,078; p=0,007<0.05) bulundu.Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Beslenme ve diyetetik bölümü 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları (25,850 ± 4,476), beslenme ve diyetetik bölümü 2.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından (23,890 ± 6,134) yüksek bulundu. Beslenme ve diyetetik bölümü 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları (25,850 ± 4,476), beslenme ve diyetetik bölümü 3.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından (23,170 ±

5,891) yüksek bulundu. Beslenme ve diyetetik bölümü 4.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($25,280 \pm 6,123$), beslenme ve diyetetik bölümü 3.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($23,170 \pm 5,891$) yüksek bulundu.

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerin MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=3,218$; $p=0,023<0.05$) bulundu. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Beslenme ve diyetetik bölümü 1.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanları ($56,080 \pm 7,071$), beslenme ve diyetetik bölümü 2.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanlarından ($53,010 \pm 10,237$) yüksek bulundu. Beslenme ve diyetetik bölümü 1.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanları ($56,080 \pm 7,071$), beslenme ve diyetetik bölümü 3.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanlarından ($52,230 \pm 8,558$) yüksek bulundu. Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerin dinsel alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmadı.

Tablo 4.12: Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması

	1.sınıf		2.sınıf		3.sınıf		4.sınıf		F	p	Fark
	Ȳ	Ss	Ȳ	Ss	Ȳ	Ss	Ȳ	Ss			
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	25,900	5,045	20,780	7,197	24,000	5,196	24,740	5,459	9,210	0,000*	1 > 2 3 > 2 4 > 2 1 > 3
Dinsellik Alt Boyutu	9,670	3,250	9,950	3,200	10,000	2,646	8,680	2,546	2,168	0,092*	
Bireysel Bakım Alt Boyutu	14,130	2,740	12,050	3,729	12,880	2,879	13,530	2,677	5,751	0,001*	1 > 2 4 > 2 1 > 3
MMBDÖ Toplam	55,830	8,320	48,350	13,937	52,750	8,236	53,170	8,386	6,437	0,000*	1 > 2 3 > 2 4 > 2

*p<0,05; F= One-Way ANOVA; Tek yönlü varyans analizi; Ȳ: Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.12’de fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı (F=9,210; p=0,000<0.05) bulundu. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları (25,900 ± 5,045), fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 2.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından (20,780 ± 7,197) yüksek bulundu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 3.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları (24,000 ± 5,196), sınıfı 2.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından (20,780 ± 7,197) yüksek bulundu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 4.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları (24,740 ± 5,459), fizik tedavi

ve rehabilitasyon bölümü 2.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($20,780 \pm 7,197$) yüksek bulundu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($25,900 \pm 5,045$), fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 3.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($24,000 \pm 5,196$) yüksek bulundu.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerin bireysel bakım alt boyutu puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=5,751$; $p=0,001<0.05$) bulundu. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 1.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanları ($14,130 \pm 2,740$), fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 2.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanlarından ($12,050 \pm 3,729$) yüksek bulundu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 4.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanları ($13,530 \pm 2,677$), fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 2.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanlarından ($12,050 \pm 3,729$) yüksek bulundu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 1.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanları ($14,130 \pm 2,740$), fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 3.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanlarından ($12,880 \pm 2,879$) yüksek bulundu

Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerin MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=3,218$; $p=0,023<0.05$) bulundu. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 1.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanları ($55,830 \pm 8,320$), fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 2.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanlarından ($48,350 \pm 13,937$) yüksek bulundu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 3.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanları ($52,750 \pm 8,236$), fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 2.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanlarından ($48,350 \pm 13,937$) yüksek bulundu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon

bölümü 4.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanları ($53,170 \pm 8,386$), fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 2.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanlarından ($48,350 \pm 13,937$) yüksek bulundu.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerin dinsel alt boyutu puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmadı.

Tablo 4.13: Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması

	1.sınıf		2.sınıf		3.sınıf		4.sınıf		F	p	Fark
	\bar{X}	Ss	\bar{X}	Ss	\bar{X}	Ss	\bar{X}	Ss			
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	21,480	8,903	25,020	5,551	25,660	4,946	25,340	5,407	2,881	0,038**	2 > 1 3 > 1 4 > 1
Dinsel Alt Boyutu	9,560	3,142	9,520	2,929	8,630	2,734	9,910	3,399	1,127	0,341*	
Bireysel Bakım Alt Boyutu	11,330	3,563	13,950	2,745	14,310	3,008	14,110	3,587	5,592	0,001**	2 > 1 3 > 1 4 > 1
MMBDÖ Toplam	47,480	11,976	54,110	9,277	54,030	7,274	55,400	11,325	3,739	0,013**	2 > 1 3 > 1 4 > 1

* $p<0,05$; F= One-Way ANOVA; Tek yönlü varyans analizi; \bar{X} : Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.13’de hemşirelik bölümü öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=2,881$; $p=0,038<0.05$) bulundu. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Hemşirelik bölümü 2.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($25,020 \pm 5,551$), hemşirelik bölümü 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($21,480 \pm 8,903$) yüksek bulundu. Hemşirelik bölümü 3.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($25,660 \pm 4,946$), hemşirelik bölümü 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($21,480 \pm 8,903$) yüksek bulundu. Hemşirelik bölümü 4.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($25,340 \pm 5,407$), sınıfı 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($21,480 \pm 8,903$) yüksek bulundu.

Hemşirelik bölümü öğrencilerin bireysel bakım alt boyutu puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=5,592$; $p=0,001<0.05$) bulundu. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Hemşirelik bölümü 2.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanları ($13,950 \pm 2,745$), hemşirelik bölümü 1.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanlarından ($11,330 \pm 3,563$) yüksek bulundu. Sınıfı 3.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanları ($14,310 \pm 3,008$), hemşirelik bölümü 1.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanlarından ($11,330 \pm 3,563$) yüksek bulundu. Hemşirelik bölümü 4.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanları ($14,110 \pm 3,587$), hemşirelik bölümü 1.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanlarından ($11,330 \pm 3,563$) yüksek bulundu.

Hemşirelik bölümü öğrencilerin MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=3,739$; $p=0,013<0.05$) bulundu. Farklılıkların

kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Hemşirelik bölümü 2.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanları ($54,110 \pm 9,277$), hemşirelik bölümü 1.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanlarından ($47,480 \pm 11,976$) yüksek bulundu. Hemşirelik bölümü 3.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanları ($54,030 \pm 7,274$), hemşirelik bölümü 1.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanlarından ($47,480 \pm 11,976$) yüksek bulundu. Hemşirelik bölümü 4.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanları ($55,400 \pm 11,325$), hemşirelik bölümü 1.sınıf olanların MMBDÖ toplam puanlarından ($47,480 \pm 11,976$) yüksek bulundu.

Hemşirelik bölümü öğrencilerin dinsel alt boyutu puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmadı.

Tablo 4.14: Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması

	1.sınıf		2.sınıf		3.sınıf		4.sınıf		F	p	Fark
	̄	Ss	̄	Ss	̄	Ss	̄	Ss			
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	27,560	5,223	28,070	3,689	23,000	6,222	28,670	3,386	3,420	0,026*	1 > 3 2 > 3 4 > 3
Dinsel Alt Boyutu	10,780	2,279	8,140	3,416	9,670	3,309	8,670	2,875	1,471	0,237	
Bireysel Bakım Alt Boyutu	14,000	1,500	15,430	2,377	13,930	3,900	16,000	1,265	1,315	0,283	
MMBDÖ Toplam	58,000	6,083	57,640	6,778	52,600	12,586	60,170	5,565	1,414	0,253	

* $p<0,05$; F= One-Way ANOVA; Tek yönlü varyans analizi; ̄: Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.14'te sağlık yönetimi bölümü öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=3,420$; $p=0,026<0.05$) bulundu. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Sağlık yönetimi bölümü 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($27,560 \pm 5,223$), sınıfı 3.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($23,000 \pm 6,222$) yüksek bulundu. Sağlık yönetimi 2.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($28,070 \pm 3,689$), sağlık yönetimi 3.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($23,000 \pm 6,222$) yüksek bulundu. Sağlık yönetimi 4.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($28,670 \pm 3,386$), sağlık yönetimi 3.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanlarından ($23,000 \pm 6,222$) yüksek bulundu.

Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerin dinsellik alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu, MMBD toplam puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) bulunmadı.

Tablo 4.15: Çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin sınıf değişkenine göre manevi bakım ve maneviyat alt boyutlarının karşılaştırılması

	1.sınıf		2.sınıf		3.sınıf		4.sınıf		F	P
	̄	Ss	̄	Ss	̄	Ss	̄	Ss		
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	27,570	4,718	24,610	5,909	24,500	5,030	24,800	5,278	1,829	0,147
Dinsellik Alt Boyutu	9,170	2,605	8,680	2,568	9,730	3,573	10,000	2,828	0,992	0,400
Bireysel Bakım Alt Boyutu	14,040	2,364	13,500	3,283	12,540	3,349	13,900	2,989	1,213	0,309
MMBDÖ Toplam	56,740	7,741	52,570	10,932	52,580	7,382	54,650	6,029	1,366	0,258

* $p < 0,05$; F= One-Way ANOVA; Tek yönlü varyans analizi; ̄: Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 4.15’de çocuk gelişimi bölümü öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu, dinsellik alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu, MMBDÖ toplam puanları ortalamalarının sınıf değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p > 0.05$) bulunmadı.

5. TARTIŞMA

Sağlık profesyonellerinin tüm bireylere bütüncül bakış acısıyla bakım verebilmesi için bireyin manevi gereksinimlerini fark edebilmesi ve bu gereksinimlerin karşılanması önemlidir. Sağlığın geliştirilip korunmasında bu alanda hizmet veren sağlık bakım disiplinlerinin manevi bakıma ilişkin bilgilerinin artırılması ile sağlanabilir. Bu farkındalığın sağlanması sağlık profesyonelleri adaylarının lisans ve lisansüstü eğitimleri esnasında gerçekleştirilebilir ve bakım kalitesinin iyileştirilmesinde, öğrencinin manevi gelişimi ve manevi bakımla ilgili becerilerinin geliştirilmesinde bir fırsat olarak düşünülebilir. Bu amaç ile bir vakıf üniversitesinin sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılarını incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın verilerinden elde edilen bulgular bu bölümde literatür ışığında tartışıldı.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yüzde 37,7 'sinin Beslenme ve Diyetetik bölümünde oldukları, yüzde 23 (197 öğrenci)'ünün 20 yaşında ve yüzde 84,7 (726 öğrenci)'sinin kadın olduğu belirlendi. Sınıf bazında incelendiğinde yüzde 27,4 (237 öğrenci)'nin 3. sınıfta öğrenim gördüğü, yüzde 77,2 (662 öğrenci)'sinin maneviyat ile ilgili eğitim almadığı, eğitim alan öğrencilerin çoğunluğunun aldıkları maneviyat eğitimini yeterli buldukları sonucuna ulaşıldı. Bölüm bazında Beslenme ve Diyetetik katılımcısının fazla olması bu bölümün toplam öğrenci sayısının diğer bölümlerden fazla olmasından, yaş olarak 20 yaş oranının yüksek bulunması 3.sınıf katılımcılarının diğer gruplardan fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca cinsiyete göre kadın oranının yüksek olması sağlık bölümlerinin bu cinsiyet tarafından daha çok tercih edilmesi nedeniyle olabilir.

Ülkemizde bu konuda sağlık bilimleri fakültesinin tüm bölüm öğrencileri ile yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde maneviyat ve manevi bakım ile ilgili sağlık çalışanları ve hemşirelik öğrencileri üzerine yapılan çalışmaların hemen hemen tamamında cinsiyet olarak kadın grubunun katılım oranı yüksektir (Kavak ve diğ 2014, Kavas ve Kavas 2015, Çelik İnce ve Akhan 2016, Midilli ve diğ.2017). Ayrıca Çelik İnce

ve Akhan (2016)'nın hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin yaş Ort. 21.14 , yüzde 35'inin 1.sınıf ve Midilli ve diğ. (2017) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı araştırmada yaş ortalaması 22.83 ± 1.57 olarak bulmuşlardır (Çelik İnce ve Akhan2016, Midilli ve diğ. 2017). Literatürde hemşirelik öğrencileri ve hemşireler ile yapılan araştırmalarda yaş ve cinsiyet dağılımına göre elde edilen sonuçlar bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Araştırmaya katılan sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerin yüzde 77,2'sinin maneviyat ile ilgili eğitim almadığı, eğitim alan öğrencilerin yüzde 53,3'ünün aileden yüzde 28,7'sinin okuldan aldığı belirlendi. Eğitimini aileden alan öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu ile maneviyat ve manevi bakım desteği toplam puanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Eğitimini okuldan öğrencilerin ise dinsel alt boyutları toplam puan ortalamalarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Eğitimin farkındalığı arttırdığı söylenebilir. Bu sonuçlar ile öğrencilerin manevi bakım konusunda bilgilendirilmeye gereksinimleri olduğu ve bu gereksinimleri karşılandığında, bakım verdikleri hastaların manevi bakım ihtiyaçlarını fark edecekleri ve bakımın kalitesini geliştirecekleri düşünülmektedir.

Çelik İnce ve Akhan (2016) öğrenci hemşirelerin yüzde 62,4'ünün maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi almadıklarını, yüzde 86.2'si ise aldığı bilginin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Midilli, ve diğ. (2017) hemşirelik öğrencilerinin yüzde 57.5'i manevi bakım konusunda bilgisi olduğunu ve bilgisi olanların yüzde 64.3'ünün bu bilgiyi öğrenim görmekte olduğu fakülteden aldığını belirtmiştir. Öğrencilerin yüzde 65.1'i eğitim gördüğü fakültede manevi bakımla ilgili ders almadığını ve yüzde 81.8'i bu konuda eğitim almak istediğini ifade etmiştir(Çelik İnce ve Akhan2016, Midilli ve diğ. 2017). Kalkim ve diğ. (2016)'in hemşirelik öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakımla ilişkili algılarını ve uygulamalarını incelediği çalışmada benzer şekilde, öğrencilerin yüzde 53'ünün yeterli bilgisinin olmadığı belirtilmiştir (Kalkim ve diğ. 2016). Ayrıca literatürde gerçekleştirilen çalışmaların sonuçları da (Lopez 2015, Lovanio ve Wallace 2007, Wu 2012) bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ancak çalışmaların tamamı sadece hemşirelik bölümü öğrencileri ile

yapılmış olup bakımda görev alan diğer sağlık bilimleri öğrencileri ile yapılmamıştır. Bu yönüyle bu çalışma bulguları literatüre katkı sağlayacaktır.

Araştırmada sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Desteği Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ($53,600 \pm 9,589$) “Maneviyat ve Manevi Bakım “ alt boyutu ortalaması ($24,530 \pm 5,847$); “Dinsellik” alt boyutu ortalaması ($9,710 \pm 2,986$); “Bireysel Bakım” alt boyutu ortalaması ($13,390 \pm 3,058$) bulundu. Araştırmada Maneviyat ve Manevi Bakım Desteği Ölçeğinden alınan en yüksek puan 85’dir. Ölçeğin dinsellik alt boyutundan alınabilecek en yüksek puanın 20, maneviyat ve manevi bakım alt boyutundan 35, bireysel bakım alt boyutundan 20 olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu sonuç, sağlık bilimleri öğrencilerin genel olarak maneviyat ve manevi bakımla ilgili algılarının orta düzeyde olduğu, maneviyat ve manevi bakım ile bireysel bakım boyutuna önem verdikleri söylenebilir. Ancak dinsellik alt boyutunun düşük çıkması maneviyatı din ile ilişkili olarak değerlendirmediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde manevi bakım algıları ile manevi bakım uygulamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu manevi bakım algıları ne kadar yüksek olursa bütüncül uygulamalara manevi bakımı dahil etme sıklığının da yüksek olacağı belirtilmiştir (Chan 2010). Çelik İnce ve Akhan (2016) araştırmalarında öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım desteği ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamalarını 64.99 ± 6.15 , maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalaması 28.31 ± 3.56 , dinsellik alt boyutu puan ortalaması 13.41 ± 2.59 , bireysel bakım alt boyutu puan ortalamasını 15.69 ± 2.04 olarak bulmuştur (Çelik İnce ve Akhan 2016). Lovania ve Wallace’nin (2007) çalışmalarında öğrenci hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım desteği ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 64.30 ± 4.88 ve Pour ve diğ. (2017) öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım desteği ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 56.16 ± 8.04 , maneviyat ve manevi bakım boyutu puan ortalaması 27.12 ± 4.27 , dinsellik 13.57 ± 2.62 ve bireysel bakım 15.46 ± 3.99 olduğunu belirtmiştir (Lovania ve Wallace’nin 2007, Pour ve diğ. 2017). Literatürdeki hemşireler ile yapılan çalışmaların bulguları da çalışmamızın

bulgusuyla benzerlik göstermektedir (Yılmaz ve Okyay 2009, Kostak ve diğ. 2010, McSherry ve Jamieson 2011, Eğlence ve Şimşek 2014, Özbaşaran ve diğ.2011).

Araştırmaya katılan Beslenme ve Diyetetik, Çocuk Gelişimi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik bölümü öğrencilerinin bölüm değişkenine göre maneviyat ve manevi bakım destek algılarının toplam puanı, maneviyat ve manevi bakım alt boyutu, dinsel alt boyutu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Sadece Sağlık Yönetimi Bölümü'nün bireysel bakım alt boyutu puanları ($14,700 \pm 2,825$), diğer bölümlerin ortalama puanlarından yüksekti ve grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($F=2,563$; $p=0,037<0.05$) bulundu. Literatürde sağlık bilimleri farklı bölüm öğrencilerinin manevi destek algısını değerlendiren çalışmalar bulunmamakla birlikte alanda çalışan sağlık çalışanlarının meslek farklılıklarına göre değerlendirilme yapılmıştır. Kavas ve Kavas (2015)'in Doktor, Ebe ve Hemşireler ile yaptığı çalışmada 'Meslek' değişkenine göre Manevi Destek Algısı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur (Kavas ve Kavas 2015). Bu sonuçlara göre sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin Manevi Destek Algılarının eğitim alınan bölüme göre değişmediği söylenebilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu, dinsel alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu, maneviyat ve manevi bakım destek ölçeği toplam puanları ortalamalarının yaş grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p>0.05$) bulunmadı. Kavas ve Kavas (2015)'in Hekim, Ebe ve Hemşireler ile yaptığı çalışmada yaş değişkenine göre Manevi Destek Algısı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p>0.05$) olmadığı bulunmuştur (Kavas ve Kavas 2015).Literatürde hemşireler ile yapılan çalışmalarda hemşirelerin yaşlarının maneviyat ve manevi bakım desteği puan ortalamasını etkilemediğini belirtilmektedir (Çelik ve diğ. 2014, Kostak ve diğ. 2010, Yılmaz ve Okyay 2009). Bu bulgular araştırmamızın sonuçlarını destekler

niteliktedir. Bu sonuçlara göre sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin manevi destek algılarının yaşa göre değişmediği söylenebilir.

Araştırmaya katılan tüm bölüm öğrencilerin Maneviyat ve Manevi Bakım Desteği Ölçeği toplam puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda eğitim durumu 1.sınıf olanların Maneviyat ve Manevi Bakım Desteği Ölçeği toplam puanı ile maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puan ortalamaları diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı ($F=5,760$; $p=0,001<0.05$ ve $F=4,652$; $p=0,003<0.05$) bulundu. Eğitim durumu 1. sınıf olan öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım algısının yüksek çıkmasının lisans eğitiminin öncesinden edinilen bilgi ya da kültürel, bireysel inanç değerlerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Ancak tüm öğrencilerin değerlendirilmesinde eğitim durumuna göre sadece 1. sınıf olan öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım algısı yüksek çıkarken sağlık bilimleri fakültesinin her bir bölümün kendi sınıfları arasındaki karşılaştırmada tüm sınıflar arasında farklılıklar mevcuttu.

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları 1.sınıf olanların ($25,850 \pm 4,476$), 2.sınıf ($23,890 \pm 6,134$) ve 3.sınıf ($23,170 \pm 5,891$) puanlarından, 4.sınıf ($25,280 \pm 6,123$) puanlarının 3.sınıf olanların puanlarından ($23,170 \pm 5,891$) yüksek bulundu. Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerin Maneviyat ve Manevi Bakım Desteği Ölçeği toplam puanları ortalamalarının 1.sınıf olanların ($56,080 \pm 7,071$), 2.sınıf ($56,080 \pm 7,071$) ve 3.sınıf ($52,230 \pm 8,558$) puanlarından yüksek bulundu. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$) bulundu.

Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ortalamalarının 1.sınıf ($25,900 \pm 5,045$), 2.sınıf ($20,780 \pm 7,197$) puanlarından 3.sınıf olanların ($24,000 \pm 5,196$), 2.sınıf ($20,780 \pm 7,197$) puanlarından, 4.sınıf olanların ($24,740 \pm 5,459$), 2.sınıf ($20,780 \pm 7,197$) yüksek bulundu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü 1.sınıf olanların maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ($25,900 \pm 5,045$), 3.sınıf olanların puanlarından ($24,000 \pm 5,196$) yüksek

bulundu. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0.05$) bulundu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerin bireysel bakım alt boyutu puanları ortalamalarının 1.sınıf olanların ($14,130 \pm 2,740$), 2.sınıf olanların puanlarından ($12,050 \pm 3,729$) 4.sınıf olanların puanları ($13,530 \pm 2,677$), 2.sınıf puanlarından ($12,050 \pm 3,729$), 1.sınıf olanların ($14,130 \pm 2,740$), 3.sınıf olanların bireysel bakım alt boyutu puanlarından ($12,880 \pm 2,879$) yüksek bulundu. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0.05$) bulundu. Fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerin Maneviyat ve Manevi Bakım Desteği Ölçeği toplam puanları ortalamalarının 1.sınıf olanların ($55,830 \pm 8,320$), 2.sınıf puanlarından ($48,350 \pm 13,937$), 3.sınıf puanları ($52,750 \pm 8,236$), 2.sınıf puanlarından ($48,350 \pm 13,937$), 4.sınıf ($53,170 \pm 8,386$), 2.sınıf puanlarından ($48,350 \pm 13,937$) yüksek bulundu. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0.05$) bulundu.

Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin yalnızca maneviyat ve manevi bakım alt boyutu puanları ortalamaları 1.sınıf olanların ($27,560 \pm 223$), 3.sınıf olanlardan ($23,000 \pm 6,222$), 2.sınıf olanların ($28,070 \pm 3,689$), 3.sınıf puanlarından ($23,000 \pm 6,222$) ve 4.sınıf olanların puanları ($28,670 \pm 3,386$), 3.sınıf olanların puanlarından ($23,000 \pm 6,222$) yüksek bulundu.

Çocuk gelişimi bölümü öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu, dinsel alt boyutu, bireysel bakım alt boyutu, Maneviyat ve Manevi Bakım Desteği Ölçeği toplam puanları ortalamaları sınıf değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı ($p > 0.05$) bulunmadı.

Hemşirelik bölümü öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım alt boyutu , bireysel bakım alt boyutu , Maneviyat ve Manevi Bakım Desteği Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p < 0.05$) . Hemşirelik bölümü birinci sınıftan son sınıfa kadar olan öğrencilerin eğitim düzeyi arttıkça puan ortalamaları yüksekti ve ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0.05$) bulundu.

Bu bulgular sağlık bilimleri fakültelerinin eğitim müfredatları içerisinde sınıf birden sınıf dörde kadar olan süreçte manevi bakımın nasıl verileceğine yönelik bilgilendirme ve becerilerini geliştirmek amacıyla manevi bakım konusunun ayrı bir ders veya ders konusu olarak yer verilerek kendilerini yeterli hissetmelerini sağladığının sonucu olabileceği gibi sınıf düzeyinin artması beraberinde alınan mesleki bilincin ve yaşın bu bulguları ortaya çıkarabileceğini de düşündürmektedir.

elik İnce ve Akhan (2016) araştırmalarında hemşirelik lisan ğrencilerinin manevi bakım konusundaki algılarının sınıf birden sınıf dörde kadar olan aralıktaki değişmediği sonucunu saptamıştır (elik İnce ve Akhan 2016). Ancak literatürde, maneviyatın hemşirelik eğitim müfredatına entegrasyonu sonucunda, hemşirelik ğrencilerinin maneviyata yönelik bilgi ve tutumlarında önemli farklılıkların olduğu da bildirilmiştir (Chung ve Young 2011, Yılmaz ve Gürler 2014, Lopez ve diğ. 2015, Kalkim ve diğ. 2016). Hsiao (2010) ve McSherry ve diğ. (2008) araştırmalarında öğrencilerin, eğitim programları içerisinde maneviyat ve manevi bakıma ilişkin eğitimi gerekli grdğu sonucunu elde etmişlerdir. Bu sonuçlar araştırmamızı destekler niteliktedir.

6. SONUÇ

Bireyler yaşamının bütünlüğü ve devamlılığını tehlikeye sokan hastalık, ağrı, ölüm, acı çekme, stres gibi krizler yaşadığı zor deneyimlerle karşılaşabilir. Bireylerin yaşamın anlamını sorguladığı ve umudunun tükendiği bu zorlayıcı deneyimlerle baş edebilmesinde manevi gereksinimlerin karşılanarak destekleyici manevi bakım verilmesinde sağlık profesyonellerine sorumluluklar düşmektedir. Manevi bakım bireysel gereksinimleri karşılamak üzerine odaklanan bütüncül bakımın önemli bir parçasıdır. Sağlık profesyonellerinin tüm bireylere bu bakımı verebilmesi için bilgilendirilmesi önemlidir. Geleceğin sağlık profesyoneli adayları olan sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin (Beslenme ve Diyetetik, Çocuk Gelişimi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik bölümü) maneviyat ve manevi bakım algısını belirlemek üzere yapılan bu araştırmada oluşturulan sorulara cevap aranmış ve sonuç olarak;

Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin tanıtıcı özellikleri maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeylerini etkiler mi? Sorusuna etkilemediği cevabı ortaya çıktı. Tanıtıcı özelliklerden yaş ile maneviyat ve manevi bakım algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, yaşın bu algıyı etkilemediği belirlendi.

Bölümler ve sınıflar arasında maneviyat ve manevi bakımı algılama farklı mıdır? Sorusu için bu algının bölüm değişkenine göre değişmediği ancak tüm bölümlerin kendi sınıf düzeyleri arasında birinci sınıftan son sınıfa kadar giderek artış gösteren bir manevi bakım algısı olduğu sonucu elde edildi. Çalışmaya katılan Beslenme ve Diyetetik, Çocuk Gelişimi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik bölümü öğrencilerin bölümlerinin farklı olması maneviyat ve manevi bakımı algısını etkilememektedir. Ancak bölümlerde sınıf düzeyi arttıkça maneviyat ve manevi bakım algısı da etkilenmektedir.

Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili eğitim aldıkları yer ile maneviyat ve manevi bakımı algılama farklı mıdır? sorusu için şu sonuç elde edildi; Öğrencilerin yarısından fazlasının maneviyat ve manevi bakım ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları tespit edildi. Eğitim almış olan öğrencilerin bu eğitimi aldıkları yer olarak en fazla aile ve daha sonra okul olarak belirttikleri, aile ve okuldan

eğitim alanların maneviyat ve manevi bakım algılarının almayanlardan daha yüksek oranda olduğu saptandı.

Ayrıca tüm öğrencilerin ölçekten aldıkları toplam puana göre orta düzeyde bir maneviyat ve manevi bakımla algısına sahip oldukları, ölçeğin alt boyutları olan maneviyat ve manevi bakım ile bireysel bakım boyutuna önem verdiklerini göstermektedir. Ancak dinsellik alt boyunun düşük çıkması maneviyatı din ile ilişkili olarak değerlendirmediklerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Elde ettiğimiz sonuçlar önceki çalışmalarla ulaşılan sonuçlarla kısmen örtüşmekle birlikte bu çalışmalardan farklı olarak örneklem grubunun sağlık bilimleri fakültesinde farklı bölümlerde eğitim gören öğrenciler ile yapılmış olması literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir. Araştırma ile ulaşılan bu sonuçlara dayanarak;

- i. Maneviyat ve manevi bakım eğitiminin her yaş grubunda verilmesi,
- ii. Sağlık profesyonellerinin bakım verdiği bireylerin manevi gereksinimleri tanıyabilmesi için, öncelikle kendi yaşama bakış açılarını ve kendi maneviyatlarını fark etmelerinin sağlanması, aileden alınan maneviyat bilgisinin eğitim kurumlarında uzmanlarca verilerek pekiştirilmesi,
- iii. Sağlık profesyonelleri yetiştiren eğitim kurumlarında bütöncöl hasta bakımı yaklaşımında Beslenme ve Diyetetik, Çocuk Gelişimi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik bölümlerinde birinci sınıftan son sınıfa kadar olan eğitim müfredatı içerisinde manevi bakım konusuna yer vererek öğrenme sürecinin ve beceri gelişmesinin sağlanması,
- iv. Farklı ve daha büyük örneklem gruplarında kültürel özellikler, etnik köken, dini görüş, inanç ve yaşanan bölge gibi maneviyat ve manevi bakımı etkileyebilecek farklı değişkenlere ile araştırmaların yapılarak bu değişkenlere yönelik eksikliklerin giderilmesi önerilebilir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Altaş, N., ve Köylü, M. (Eds.), 2014. *Dinî danışmanlık ve din hizmetleri*. Gündüz Yayınları, Ankara, Ensar Neşriyat, ss. 341-351.
- Atabek, E.A., ve Karadağ, A., 2013. *Hemşirelik esasları: hemşirelik bilimi ve esasları*. İstanbul: Akademi Basım ve Yayıncılık, ss. 1136-1137.
- Atak, M. (Ed.), 2014. *Maneviyat psikolojisi sempozyum bildiriler kitabı*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları, s.61.
- Çekin, A., 2014. *Maneviyat, Manevi Bakım ve Sosyal Hizmet*. Samsun: Etüt Yayınları, ss. 1-149.
- Mathews, I., 2009. *Social work and spirituality*. Learning Matters Press. United Kingdom. pp.19-148
- McSherry, W., ve Ross, L. (Eds.), 2010. *Spiritual assessment in healthcare practice*. Keswick Cumbria . M&K Update Ltd, pp. 1-190.

Sürelî Yayınlar

- Arslan, H., ve Konuk Şener, D., 2009. Spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. **2** (1), ss. 51-58.
- Arslan Özkan, İ., ve Okumuş, H., 2012. Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*. **14** (2), ss. 61-72.
- Ayten, A., Gökçen, G., Sevinç, K., ve Öztürk, E.E., 2012. Dini başa çıkma, şükür ve hasta memnuniyeti ilişkisi, hastalar, hasta yakınları üzerine bir araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. **2** (12), ss. 45-79.
- Baldacchino, D., 2006. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. **15** (7), pp. 885-896.
- Baldacchino D.R., 2008. Teaching on the spiritual dimension in care: the perceived impact on undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*. **28** (4), pp. 501-512.
- Baldacchino, D.R., 2011. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse education in practice*. **11**(1), pp. 47-53.
- Barber J.R., 2008. Nursing students' perception of spiritual awareness after participating in a spirituality project. Doctoral Thesis, College of Saint Mary. *ProQuest Dissertations Publishing*. pp,1-271.
- Boztilki, M., ve Ardıç, E., 2017. Maneviyat ve sağlık. *Jaren Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. **3** (1), ss. 39-45.
- Burkhart, L., & Schmidt, W., 2012. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. *Journal of professional nursing*. **28** (5), pp. 315-321.
- Çelik İnce, S., ve Utaş Akhan, L., 2016. Öğrenci Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*. **13** (3), ss. 202-208.
- Çelik, A.S., Özdemir, F., Durmaz, H., & Pasinlioğlu, T., 2014. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. **1** (3), ss.12.
- Çetinkaya, B., Altundağ, S., ve Azak, A., 2007. Spiritüel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **8** (1), ss. 47-50.
- Chan, M.F., 2010. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. **19** (15-16), p. 2136.
- Chung, M.J.,& Young, Y., 2011. Development and Effectiveness of a Spiritual Care Education Program for Nursing Students-Based on the ASSET Model. *Journal of Korean Academy of Nursing*. **41**(5), pp. 673-683.
- Çınar, F., ve Eti Aslan, F., 2017. Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Jaren Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. **3** (1), ss. 37-42.
- Creedy, D.,& Tiew, L.H., 2010. Integration of spirituality in nursing practice: a literature review. *Singapore Nursing Journal*. **37** (1), pp. 15-21.
- Daştan, N.B., ve Buzlu, S., 2010. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. **3** (1), ss. 73-78.
- Dedeli, Ö., ve Karadeniz, G., 2009. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı Dergisi* .**21** (2), ss. 45-53.

- Desbiens, J.F., & Fillion, L., 2007. Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International journal of palliative nursing*. **13** (6), pp. 291-299.
- DeSouza, J.R., Maftum, M.A., & de Azevedo Mazza, V., 2009. The nursing care in the spiritual dimension: undergraduates' experience. *Online Brazilian Journal of Nursing*. **8** (1), pp. 466.
- Doğan, S., 2013. İnancın hemşireliğe yansması: spiritüel bakım. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. **28**, 96-97.
- Edward, P., Shafranske., 2009. Spiritually Oriented Psychotherapy. *Washington, DC: Journal of Clinical Psychology*. **65** (2), pp, 147-157.
- Eğlence, R., ve Şimşek, N., 2014. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **5** (1). ss. 48-53.
- Ergül, Ş., ve Bayık, A., 2004. Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **8** (1), ss. 37-45.
- Ergül, Ş., ve Bayık, A., 2007. "Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği" nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **23** (1), ss. 75-87.
- Ergül, Ş., 2010. Hemşirelik eğitiminde maneviyat ve manevi bakım kavramları nerede? Ne Zaman? Nasıl?. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. **26** (1), ss. 65-75.
- Gallison, B.S., Xu, Y., Jurgens, C.Y., & Boyle, S.M., 2013. Acute care nurses' spiritual care practices. *Journal of Holistic Nursing*. **31** (2), pp. 95-103.
- Hall, J., 2006. Spirituality at the beginning of life. *Journal of Clinical Nursing*. **15** (7), pp. 804-810.
- Hiçdurmaz, D., ve Oz, F., 2013. Stresle başetmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. **16** (1), 50-56.
- Hodge, D.R., 2005. Spiritualecograms: a new assessment instrument for identifying clients' spiritualstrengths in spaceandacrosstime. *Families in Society*. **86** (2), pp. 287-296.
- Horozcu, Ü., 2010. Tecrübî araştırmalar ışığında dindarlık ve maneviyat ile ruhsal ve bedensel sağlık arasındaki ilişki. *Milel ve Nihal İnanç, Kültür Ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi*. **7** (1), ss. 209-240.
- Hsiao, Y.C., Chien, L.Y., Wu, L.Y., Chiang, C.M., & Huang, S.Y., 2010. Spiritual health, clinical practice stress, depressive tendency and health-promoting behaviours among nursing students. *Journal of advanced nursing*. **66** (7), pp. 1612-1622.
- Hsiao, Y.C., Chiang, H.Y., & Chien, L.Y., 2010. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse education today*. **30** (5), pp. 386-392.
- Kalkim, A., Midilli, T.S., & Baysal, E., 2016. An investigation of the perceptions and practices of nursing students regarding spirituality and spiritual care. *Religions*. **7** (8), p.101.
- Karagül, A., 2012. "Manevi Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi (Hollanda Örneği); *Dini Araştırmalar Dergisi*. **14** (40) , ss. 5-27.
- Karataş, Z., 2015. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*. **1** (1), ss. 62-80.

- Kavak, F., Mankan, T., Polat, H., Çıtlık Sarıtaş, S., ve Sarıtaş, S., 2014. Hemşirelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **3** (1), ss. 21-24.
- Kavas, E., & Kavas, N., 2015. “Hastalarda manevi bakım ihtiyacı” konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği. *Literature and History of Turkish or Turcic*. **10** (14), pp. 449-460.
- Kesgin, C., ve Topuzoğlu, A., 2006. Sağlığın tanımı: başa çıkma. *Journal of Kültür University*. **4** (3), ss. 47-49.
- Khairunnisa, A.D., 2014. Spirituality and nursing an Ismaili perspective on holistic nursing care. *Journal of Holistic Nursing*. **32** (4), pp. 341-346.
- Kımtır, N., 2013. Din, maneviyat ve tıp: klinik uygulama için araştırma bulguları ve öneriler. *Bilimname*. **25** (2), ss. 215-230.
- Kimter, N., 2013. Din ve maneviyatı kavramlaştırma: birleşme ve ayrılma noktaları. *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. (3). ss. 85-118.
- Kıraç, F., 2013. Eşcinsellikle ilgili dini-psikolojik algılar ve maneviyat: Erkek eşcinsel örneklem. *Yayınlanmamış doktora tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi*. s. 135.
- Korkmaz, A., 2010. Hastanede dinî hayat: teorik çerçeve. *Necmettin Erbakan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. **29** (29), ss.283-307.
- Kostak, M.A., Çelikkalp, Ü., ve Demir, M., 2010. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. Sempozyum Özel Sayısı*. ss. 218-225.
- Lopez, V., Leigh, M.C., Fischer, I., & Larkin, D., 2015. Perceptions of spirituality in Australian undergraduate nursing students: A pre-and post-test study. *Nursing Practice Today*. **2** (1), pp. 10-15.
- Lovanio, K., & Wallace, M., 2007. Promoting spiritual knowledge and attitudes: A student nurse education project. *Holistic Nursing Practice*. **21** (1), pp. 42-47.
- McSherry, W., Draper, P., & Kendrick, D., 2002, The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*. **39** (7), ss. 723-34.
- McSherry, W., & Jamieson, S., 2011. An online survey of nurses’ perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. **20** (11-12). pp. 1757-1767.
- McSherry, W., Gretton, M., Draper, P., & Watson, R., 2008. The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: A survey of student nurses perceptions. *Nurse Education Today*. **28** (8), pp. 1002-1008.
- Midilli, T.S., Kalkım, A., ve Dağhan, Ş., 2017. Spiritual care-related opinions and practices of nursing students Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüş ve uygulamaları. *Journal of Human Sciences*. **14** (1), ss. 666-677.
- Özbasaran, F., Ergul, S., Temel, A.B., Gurol Aslan, G., & Coban, A., 2011. Turkish nurses’ perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of clinical nursing*. **20** (21-22), pp. 3102-3110.
- Pour, H.A., ve Özvurmaz, S., 2017. Hemşirelik ve Ebelik İntörn Öğrencilerinde Manevi Bakıma Yönelik Algı ve Uygulama Modelinin Değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*. **7** (3), ss. 225-233.
- Ravari, A., Vanaki, Z., Houmann, H., & Kazemnejad, A., 2009. Spiritual job satisfaction in an Iranian nursing context. *Nursing Ethics*. **16** (1), pp. 19-30.
- Ross, L., Van Leeuwen, R., Baldacchino, D., Giske, T., McSherry, W., Narayanasamy, A., & Schep-Akkerman, A., 2014. Student nurses perceptions of spirituality and

- competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Education Today*. **34** (5), pp. 697-702.
- Sülü Uğurlu, E., ve Başbakkal, Z., 2013. Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. *TurkYogun Bakim Dernegi Dergisi*. **11** (1), ss. 17-24.
- Sülü Uğurlu, E., 2014. Hemsirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **5** (3), ss. 187-191.
- Taylor, E. J., Mamier, I., Bahjri, K., Anton, T., & Petersen, F., 2009. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. **18** (8), pp. 1131-1140.
- Tiew, L.H., & Drury, V., 2012. Singapore Nursing Students' Perceptions and attitudes about spirituality and spiritual care in practice: A qualitative study. *Journal of Holistic Nursing*. **30** (3), pp. 160-169.
- Wong, K.F., Lee, L.Y., & Lee, J.K., 2008. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review*. **55** (3), p. 3.
- Wu, L.F., Liao, Y.C., & Yeh, D.C., 2012. Nursing student perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research*. **20** (3), ss. 219-227.
- Yılmaz, M., ve Okyay, N., 2009. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. **11** (3), ss. 41-59.
- Yılmaz, M., 2011. Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. **14** (2), ss.61-70.
- Yılmaz, M., & Gurler, H., 2014. The efficacy of integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Nursing ethics*. **21** (8), pp. 929-945.

Diğer Yayınlar

Başar, S., 2007. *Diyanet İşleri Başkanlığı'nın Yürüttüğü Cami Dışı Din Hizmetleri Kapsamında Hastanelerde Din Hizmeti İhtiyacı*. I. Din Hizmetleri Sempozyumu. Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, ss. 620-646.



EKLER



EK A.1: İstanbul Bahçeşehir Üniversitesi Etik Kurul İzni



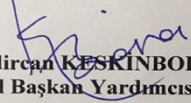
BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Üniversitemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na ait 20 Aralık 2017 Tarih ve 2017-20/04 Sayılı Karar Örneğidir.

KARAR:2017-20/04

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Muhsine ES'in "Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algılarının İncelenmesi" isimli araştırmasının başvuru dosyası görüşüldü.

Görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Muhsine ES'in "Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algılarının İncelenmesi" isimli araştırması gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak; incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verildi.


Prof. Dr. Kadirca KESKİNBORA
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK A.2: Tanıtıcı Bilgiler Formu

Yönerge	Sayın Katılımcı, Sağlık Profesyonellerinin memnuniyet ve manevi bakım algılarının ölçülmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmaya katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.	
	Vereceğiniz yanıtlar akademik bir çalışmada kullanılacaktır.	
Demografik veriler	Yaşınız:	Eğitim Durumu
	Cinsiyet: Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>	1. Sınıf <input type="checkbox"/>
	Maneviyat ile ilgili Eğitim Aldınız mı?	2. Sınıf <input type="checkbox"/>
	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	3. Sınıf <input type="checkbox"/>
	Cevabınız Evet İse Nerden Aldınız	4. Sınıf <input type="checkbox"/>
	Aldığınız Eğitimi Yeterli Buluyormusunuz?	5. LisansÜstü <input type="checkbox"/>
Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		

EK A.3: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Soru No	Sorular	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hemşirelerin,hastanede,hasta isterse bir din görevlisini çağırarak,manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
2	Hemşirelerin bakım verirken,şefkatli,ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
3	Maneviyatın yalnızca affetme ve affedilme gereksinimi ile ilgili olduğunu düşünüyorum.					
4	Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum.					
5	Maneviyatın tanrıya ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını düşünüyorum.					
6	Maneviyatın yaşamımızdaki iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma ile ilgili olduğunu düşünüyorum.					
7	Hemşirelerin,hasta gereksinim duyduğunda ,ona destek olmak için zaman ayırarak,manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
8	Hemşirelerin ,hastalığının anlamını ve nedenini bulmada ,hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
9	Maneviyatın ,yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum.					
10	Maneviyatın ,kişinin yaşamını 'şimdi ve burada' yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğunu düşünüyorum.					
11	Hemşirelerin ,hastaların korkularını ,endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
12	Maneviyatın ,insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç,olduğunu düşünüyorum.					
13	Maneviyatın ,sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum.					
14	Hemşirelerin,hastaların mahremiyetine ,onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum.					
15	Maneviyatın,kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünüyorum.					
16	Maneviyatın,tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum.					
17	Maneviyatın ,insan ahlakını içeren bir konu olduğunu düşünüyorum.					

EK A.4: Bilgilendirme ve Onam Formu

Sayın Katılımcı

Bilimsel bir çalışması olarak yürütülen bu araştırmada amaç; Sağlık bilimleri öğrencilerinin maneviyat ve manevi bakım algılarının incelenmesidir.

Bu araştırma bireylerin zor anlar yaşadığı hastalık, acı çekme, ölüm gibi kriz durumlarıyla baş çıkması için desteklenmesinde sağlık çalışanlarına da önemli görevler düşmektedir. Bu bağlamda geleceğin sağlık çalışanları olacak olan sizlerin bireylere destek sağlayabilmeleri için stresle baş etmenin bir alt boyutu olan maneviyat konusu ve önemi hakkında bütüncül sağlık yaklaşımı ile farkındalık kazanmaları önemlidir. Bu amaç ile sağlık bilimleri fakültesinin öğrencileri olan sizler ile “Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)” formu kullanılarak anket yapılacaktır. Anketin dağıtılması ve toplanması araştırmacılar tarafından yapılacaktır. Bu araştırma karşılığı katılımcılardan hiçbir ücret talep edilmeyecek ve size maddi\manevi bir ödül de verilmeyecektir. Ayrıca araştırmacıların ve kurumun yürütülen araştırmadan herhangi bir maddi çıkarı yoktur. Araştırma sonucunda elde edilen her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Araştırmanın yayınlanması halinde ise katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tamamen özgürsünüz. Araştırmadan ayrılmak ya da araştırmaya katılmaya vazgeçmek istediğinizde hiçbir şekilde baskı veya zorlama yapılmayacaktır.

Ben, (katılımcı adı)....., katılmam istenen araştırmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Araştırma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi olumsuz bir tavırla karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:

Araştırmacı Ad Soyadı:

İmzası:

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

- Adı Soyadı** : Muhsine Es
- Sürekli Adresi** : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Araştırma Hastanesi
- Doğum Yeri ve Yılı** : Ankara, 1975
- Yabancı Dili** : İngilizce
- İlk Öğretim** : Hürriyet İlkokulu, Sakarya
- Orta Öğretim** : Kocaali Lisesi
- Lise** : Hemşirelik, Sapanca Sağlık Meslek Lisesi, 1994
- Lisans** : Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 2011
- Yüksek Lisans** : Bahçeşehir Üniversitesi
- Enstitü Adı** : Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Program Adı** : Hemşirelik

Çalışma Hayatı

- 1994 : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Araştırma Hastanesi, ameliyathane hemşiresi,
- 1998-2001 : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Araştırma Hastanesi, ameliyathane sorumlu hemşireliği,
- 2001-... : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Araştırma Hastanesi, ameliyathane hemşiresi.