



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELERİNİN MANEVİ BAKIM
UYGULAMALARI, ALGILARI VE YETERLİLİKLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

HATİCE IRMAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. TÜLAY SAĞKAL MİDİLLİ

MANİSA-2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELERİNİN MANEVİ BAKIM
UYGULAMALARI, ALGILARI VE YETERLİLİKLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

HATİCE IRMAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YRD. DOÇ. DR. TÜLAY SAĞKAL MİDİLLİ

(Tez Danışmanı)

DOÇ. DR. ŞAFAK DAĞHAN

(Jüri üyesi)

YRD. DOÇ. DR. SATI DOĞAN

(Jüri üyesi)

MANİSA-2018

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici davranışımın olmadığını beyan ederim.



HATİCE IRMAK

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca verdiği yakın destek ve çok değerli katkılarından dolayı danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Tülay SAĞKAL MİDİLLİ' ye,

Tezimin her aşamasında manevi desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ' e, Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ'ye ve Öğr. Gör. Sema ÇAR ÜSTGÖRÜL'e,

Değerli önerilerinden dolayı tezimin 2. jürisi Doç. Dr. Şafak DAĞHAN'a, 3. jürisi Yrd. Doç. Dr. Satı DOĞAN'a,

Veri toplama sürecinde destek olan Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde görev yapan tüm hemşire arkadaşlara,

Tüm hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen, beni bu günlere getiren çok kıymetli annem Cemile IRMAK'a, babam Mehmet IRMAK'a, kardeşlerim Hasan IRMAK'a ve Züleyha IRMAK'a,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi tez yazım sürecinde de yanımda olan çok değerli dostlarım Fatma Betül ERUSLU ve Sümeyra ÖNALAN'a,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

HATİCE IRMAK

Manisa, 2018

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vii
EKLER DİZİNİ	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Araştırmanın Konusu	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.2.1. Alt Amaçlar:	5
1.3. Araştırmanın Sorusu	6
1.4. Sayıtlar	6
1.5. Araştırmanın Önemi	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Maneviyat.....	7
2.2. Maneviyat Kavramının Farklı Tanımları	9
2.2.1. Hemşirelere Göre Maneviyat	10
2.2.2. Psikologlara ve Psikiyatristlere Göre Maneviyat	10
2.2.3. Sosyal Hizmet Alanına Göre Maneviyat	10
2.2.4. Maneviyat - Sağlık İlişkisi	11
2.3. Manevi Bakım	11
2.3.1. Manevi Bakımın Felsefesi: İnsana Holistik Yaklaşım	12
2.4. Manevi Bakım Uygulamaları	13
2.5. Sağlık Hizmetlerinde ve Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım	14
2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Maneviyat ve Manevi Bakım	14
2.5.2. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım	15
2.5.2.1. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)'nde Maneviyatın Yeri.....	17
2.5.2.2. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'nde Maneviyatın Yeri.....	18

2.5.2.3. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği'nde (North Amerikan Nursing Diagnosis Association) (NANDA) Maneviyatın Yeri	18
2.5.2.4. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP)'nda Maneviyatın Yeri	18
2.5.3. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Algıları ve Yeterlilikleri	19
2.5.3.1. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Algıları ..	19
2.5.3.2. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Yeterlilikleri.....	20
2.6. Manevi Bakımda Hemşirenin Rolü	20
2.7. Hemşirelik Sürecinde Manevi Bakım Aşamaları	23
2.7.1. Tanılama.....	24
2.7.2. Planlama.....	25
2.7.3. Uygulama	25
2.7.4. Değerlendirme	27
2.8. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakımdaki Rolü	27
2.9. Ruh Sağlığı ve Bozukluklarında Manevi Bakım.....	29
2.10. Ülkemizde ve Yurtdışında Hemşirelerde Maneviyat ve Manevi Bakımla İlgili Yapılan Çalışmalar	30
2.10.1. Ülkemizde Hemşirelerde Maneviyat ve Manevi Bakımla İlgili Yapılan Çalışmalar	31
2.10.2. Yurtdışında Hemşirelerde Maneviyat ve Manevi bakımla İlgili Yapılan Çalışmalar	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Tipi	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.4. Veri Toplamada Kullanılan Formlar.....	36
3.4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Manevi Bakıma İlişkin Özellikleri Formu: ..	36
3.4.2. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) :	37
3.4.3. Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği (MBYÖ) :	37
3.5. Verilerin Toplanması	39
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	39
3.6.1. Bağımlı Değişkenler:	39

3.6.2. Bağımsız Değişkenler:.....	39
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler.....	40
4. BULGULAR	41
4.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı.....	41
4.2. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulguların Dağılımı	43
4.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Bilgilerine İlişkin Bulguların Dağılımı	45
4.4. Psikiyatri Hemşirelerinin Günlük Yaşamda ve Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Uygulamalara İlişkin Bulguların Dağılımı.....	46
4.5. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Eğitim Durumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	47
4.6. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	49
4.7. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımları	51
4.8. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği (MBYÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımları	53
4.9. MMBDÖ ile MBYÖ Alt Boyutlarının Madde Puan Ortalamaları ve Aralarındaki İlişki.....	55
4.10. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı.....	56
4.11. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Görüşleri ve Bilgilerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı.....	57
4.12. Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Bakım Uygulamalarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı	59
4.13. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı.....	61
4.14. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı	63
4.15. Psikiyatri Hemşirelerinin MMBDÖ ile Çoklu Regresyon Modeli.....	65

5. TARTIŞMA	67
5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	67
5.2. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Bilgilerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	69
5.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Günlük Yaşamda ve Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Uygulamaların İncelenmesi.....	70
5.4. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Eğitim Durumlarının İncelenmesi.....	71
5.5. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının İncelenmesi	72
5.6. Psikiyatri Hemşirelerinin MMBDÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi	74
5.7. Psikiyatri Hemşirelerinin MBYÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi	74
5.8. MMBDÖ ile MBYÖ Alt Boyutlarının Madde Puan Ortalamaları ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi	75
5.9. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının İncelenmesi	76
5.10. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Görüşleri ve Bilgilerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının İncelenmesi.....	77
5.11. Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Bakım Uygulamalarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının İncelenmesi.....	78
5.12. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının İncelenmesi.....	78
5.13. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının İncelenmesi	79
5.14. Psikiyatri Hemşirelerinin MMBDÖ ile Çoklu Regresyon Modeli.....	79
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	84
6.1. Sonuçlar	84
6.2. Öneriler	85
KAYNAKLAR.....	86
EKLER.....	105
ÖZGEÇMİŞ	120
Tez Çalışması Orijinallik Raporu	122

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri	41
Tablo 2. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Görüşleri.....	43
Tablo 3. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Bilgileri (n=128) ...	45
Tablo 4. Psikiyatri Hemşirelerinin Günlük Yaşamlarında ve Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Uygulamalar	46
Tablo 5. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Eğitim Durumları .	47
Tablo 6. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumları	49
Tablo 7. Psikiyatri Hemşirelerinin MMBDÖ Puan Ortalamaları (n=128)	51
Tablo 8. Psikiyatri Hemşirelerinin MBYÖ Puan Ortalamaları (n=128).....	53
Tablo 9. MMBDÖ ile MBYÖ Alt Boyutlarının Madde Puan Ortalamaları ve Aralarındaki İlişki	55
Tablo 10. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı (n=128)	56
Tablo 11. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Görüşleri ve Bilgilerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı (n=128)	57
Tablo 12. Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Bakım Uygulamalarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı (n=128)	59
Tablo 13. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı (n=128)	61
Tablo 14. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı (n=128).....	63
Tablo 15. Psikiyatri Hemşirelerinin MMBDÖ ile Çoklu Regresyon Modeli	65

EKLER DİZİNİ

EK I: Hemşirelerin Tanıtıcı ve Manevi Bakıma İlişkin Özelliklerine Yönelik Soru Formu

EK II: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

EK III: Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği

EK IV: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK V: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Yazısı

EK VI: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Etik Kurulu İzin Yazısı

EK VII: Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı

EK VIII: Özgeçmiş

Tezin Başlığı: Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamaları, Algıları ve Yeterlilikleri Arasındaki İlişki

Öğrencinin Adı-Soyadı: Hatice IRMAK

Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Tülay SAĞKAL MİDİLLİ

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Araştırma psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamaları, algıları ve yeterlilikleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 128 psikiyatri hemşiresi oluşturmuştur. **Bulgular:** Psikiyatri hemşirelerinin; Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği madde puan ortalaması $3,93\pm 0,49$ ve bu ölçeğin genel toplam puan ortalaması ise $66,92\pm 8,43$ 'tür. Psikiyatri hemşirelerinin Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği madde puan ortalaması $3,54\pm 0,63$ ve bu ölçeğin genel toplam puan ortalaması ise $95,77\pm 17,02$ ' dir. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ile Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Çoklu regresyon analizi sonucunda psikiyatri hemşirelerinin; manevi bakımı karşılayamama nedenlerinden olan manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi değişkeni, maneviyat ve manevi bakım algılarının yalnızca %20,1'ini açıklamıştır. **Sonuçlar:** Psikiyatri hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım konularındaki algılarının yüksek olduğu fakat yeterliliklerinin istenen düzeyde olmadığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: psikiyatri hemşiresi, maneviyat, manevi bakım, algı, yeterlilik

Title of Thesis: The Relationship Between Psychiatric Nurses's Spiritual Care Practices, Perceptions and Their Competency

Name-Surname: Hatice IRMAK

Adviser: Assist. Prof. Dr. Tulay SAGKAL MIDILLI

Department: Department of Nursing

ABSTRACT

Objective: The research aimed to examine the relationship between psychiatric nurses' spiritual care practices, perceptions and competencies. **Materials and Methods:** This study was conducted as a descriptive and correlational study. The sample of research included 128 psychiatric nurses. **Results:** Psychiatric nurses; Spirituality and Spiritual Care Rating Scale item score mean was 3.93 ± 0.49 and their mean total score of this scale was 66.92 ± 8.43 , the Spiritual Care Competency Scale of psychiatric nurses item score mean was 3.54 ± 0.63 and and their mean total score of this scale was 95.77 ± 17.02 . There was no significant relationship between Spirituality and Spiritual Care Rating Scale and Spiritual Care Competency Scale ($p>0,05$). As a result of multiple regression analysis, psychiatric nurses' which accounts for only 20.1% of spiritual and spiritual care perceptions of feel incompetent about spiritual care, one of the reasons for not meeting spiritual care. **Conclusions:** Psychiatric nurses' perceptions of spiritual and spiritual care were high, but their competence was not at the desired level.

Key words: psychiatric nursing, spirituality, spiritual care, perception, competence

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Konusu

İnsan; içinde yaşadığı ve aynı zamanda yetiştiği dil ve iletişim biçimleri, kültürel yapı, sağlık inanç ve uygulamaları, gelenek görenekleri ve ritüelleri, dini inanç ve uygulamaları gibi birçok alanı kapsayan özelliklere sahip bir varlıktır. Bu özelliklerinden ötürü insan; psikolojik, sosyal, biyolojik, kültürel ve manevi boyutları ile bir bütün olarak değerlendirilmeli ve bu bütünlük göz önünde bulundurularak ele alınmalıdır (Ross ve ark. 2016).

Maneviyat, hemşirelik mesleğinin ilk oluşumundan beri var olan ve bu mesleğin bir yapıtaşını oluşturan çok önemli ve gerekli bir kavramdır (Lewinson ve ark. 2015; Ross ve ark. 2016). Hemşirelik literatüründe maneviyat yaygın olarak şöyle tanımlanmaktadır; dini bir bağlılığın ötesinde herhangi bir tanrısal inanç olmadan yaşamın anlamı, amacı, iç huzur için çaba sarf etmedir. Maneviyatın boyutları; evrenle (kâinatla) uyum içinde olmak için uğraşma, sonsuzluğa ilişkin cevapları bulma konusunda çabalamadır (Öz 2004; Cooper ve ark. 2013; Tiew ve ark. 2013). Maneviyat; bireyin fiziksel hastalık veya ölüm, duygusal stres durumlarında odaklandığı noktada bu durumdan kurtulma fırsatıdır (Özbaşaran ve ark. 2011; Yazgan 2014).

Maneviyat bireye/hastaya ve ailesine hastalık durumunda veya ölümlerle sonuçlanabilecek kötü ve zor durumlarda; bazı duygularına yönelik temel bir yapı sağlar ve aynı zamanda bireylerde ve onların ailelerinde yaşamın anlamını ve amacını sorgulama, hastalıkta umut etme şeklinde yansımalarına katkı sağlar (Ross 1996; Sülü Uğurlu 2014). Maneviyat çoğunlukla hastalıkta ve acı çekme durumlarında bireyin çok etkili başatma mekanizmalarından birisi olarak görülmektedir (Ross ve ark. 2014). İnsanlara destek ve umut sağlayan maneviyat; hayattan bir anlam çıkarmayı, hayatın amacını bulmayı içerir. İnsanlar hayatlarını değiştiren olaylar sırasında genellikle rahat olabilmek, umut etmek ve stresten kurtulmak için maneviyata yönelirler ve bu olaylar karşısında maneviyat sayesinde kendilerini daha güçlü ve cesur hissederler (Attard ve ark 2014). Birçok araştırmacının maneviyat hakkındaki ortak kanaati; insan olmanın önemli bir parçası ve diğer bütün insan boyutları ile ilişkili ve bağlantılı olmasıdır (Tiew ve ark.

2013). Manevi yönünü kullanan insan, bir hastalık krizi sırasında hastalıkla başa çıkabilir ve bireyin bu hastalığa tepkisi pozitif yönde olabilir ve aynı zamanda maneviyatın desteği sayesinde birey, hastalık zamanlarında “kendi” ni tanımlayabilir. Bir kişinin Allah/Tanrı ile arasında olan kişisel ilişkisi ona destek olabilir ve yaşamsal olaylar karşısında güzel sonuçlar için birer umut kaynağı olabilir (McSherry ve ark. 2002; McBrien 2010).

Manevi yönü gelişmiş hastaların sosyal, duygusal, fiziksel yönden daha sağlıklı olduğunu destekleyen pek çok araştırma bulunmaktadır. Bu hastaların hayattan beklentileri ve ümit düzeyleri daha yüksek ve olumlu yöndedir, depresyon ve izolasyon eğilimleri ise daha düşüktür aynı zamanda bu kişiler stresle başetmede daha başarılıdırlar ve yaşam kaliteleri daha yüksektir (Yılmaz ve Okyay 2009; Hodge ve ark. 2014; Briggs ve Lovan 2014). İnsanın manevi yönü; duygusal, fiziksel, sosyal yönüyle aynı ölçüde önemlidir ve tüm bu boyutlarla ilişkilidir fakat böyle olmasına karşın sağlık elemanlarının çoğunluğu bireyin bu yönünü göz ardı etmekte, bu yönde bakım verme konusunda rahatsızlık duymakta, bilgisizlik yaşamakta veya kendilerini yetersiz hissetmektedirler (Sülü Uğurlu 2014; Williams ve ark. 2016).

Maneviyatın, hastalıkları önleme, sağlığı ilerletme, hastalığı iyileştirme gibi yararlarının yanı sıra; bireylerin hastalıkla ve yaşamda karşılaşılan güçlüklerle başetmesi gibi faydalarının olduğu da bulunmuştur. Böyle olmasına rağmen bireyin manevi gereksinimleri, fiziksel gereksinimlerine göre daha karmaşık ve soyut olup aynı zamanda ölçümü de daha güçtür (Sülü Uğurlu 2014; Galloway ve Hand 2017). Bu nedenle sağlık bakımında daha kolay gözlenebilen ve net ölçülebilen bireyin fiziksel gereksinimleri öncelikle ele alınmaktadır ve bunun yanında manevi gereksinimler gözden kaçabilmektedir. Ancak bireylerin manevi bakım ihtiyaçlarının da belirlenmesi ve buna yönelik gerekli bakımın sağlanması gereklidir (Williams ve Sternthal 2007; Van Leeuwen ve ark. 2009; Dedeli ve ark. 2015).

Son yıllarda maneviyatın, hastanın bakımında ve tedavisinde çok önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir ve sağlık elemanları tarafından hastaların ve aynı zamanda ailelerinin de manevi gereksinimlerinin tanımlanmasının gerekliliği de ortaya çıkmaktadır. Fakat manevi bakımın sağlanmasında birçok eksiklik vardır

(Akgün Kostak 2007). Narayanasamy (2004) hastaların manevi ihtiyaçlarını karşılama noktasında, hemşirelerin bilgi ve becerilerini değerlendirmek üzere yürüttükleri çalışmada hemşirelerin manevi bakımla ilgili bilgi ve becerilerinin sınırlı, yetersiz olduğunu ve hastaların manevi gereksinimlerinin karşılanmadığını belirtmişlerdir (Narayanasamy 2004). Oldnall (1996), hemşirelerin hastaların manevi ihtiyaçlarının farkında olduklarını fakat bu gereksinimleri dini boyutla algılayıp bu boyutta baktıklarını ve din adamı tarafından karşılanmasını beklediklerini belirtmiştir (Oldnall 1996). Ancak maneviyat, bütüncül yaklaşımın temel parçalarından birisidir ve hemşirelik bakımında vazgeçilemez, göz ardı edilemez bir ögedir. Hemşireler bireylerin manevi inançlarını, uygulamalarını ve ihtiyaçlarını belirlemeli, farkında olmalı ve bireyselleştirilmiş manevi bakım sunmalıdırlar (Çetinkaya 2007).

Literatürde hem yurtiçi hem yurtdışı çalışmalar incelendiğinde, psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamaları, algıları ile manevi bakım yeterlilikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ışığında ruh sağlığı hastanesinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hastalarına bakım sunarken manevi bakım konusunda gerekli önemi vermede, onlara yol gösterici olabilir. Çalışma sonuçlarıyla birlikte psikiyatri hemşirelerinde manevi bakımda farkındalık artacağı ve hemşirelere yeni bir bakış açısı kazandıracağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamaları, algıları ve yeterlilikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2.1. Alt Amaçlar:

- Psikiyatri hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki uygulamalarının neler olduğunu belirlemek,
- Psikiyatri hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki algılarını belirlemek,
- Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamalarındaki yeterliliklerini belirlemek,

- Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım algıları ve yeterliliklerini etkileyen faktörleri incelemektir.

1.3. Araştırmanın Sorusu

Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamaları, algıları ve yeterlilikleri arasında ilişki var mıdır?

1.4. Sayıtlar

Araştırmada kullanılan ölçeklerin hemşirelerin algı ve yeterlilik düzeylerini ölçtüğü varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Önemi

Döllenmeden başlayarak, yaşamın sonuna kadar devam eden ve ilerleyici bir dönemi kapsayan insan; kültürel, sosyal ve çok boyutlu bir varlıktır. Onu bu hale getiren Şey ise yaşadığı çevredir (Daştan ve Buzlu 2010). Tüm boyutlarıyla sürekli olarak etkileşen ve bu boyutlar arasında mükemmel bir uyum olan insan; kusursuz ve mükemmel bir varlıktır. Bu etkileşimler her alanda farklılık gösterdiği gibi, her birey için de farklılık gösterebilmektedir (Ergöl ve Bayık 2004; Kula 2006; Sülü Uğurlu 2014).

Varoluşun ve kişiliğin bir parçası olan, bireyin insancıl ve içsel boyutlarını, inançlarını ve bunlar arasındaki bağlantıları ve ilişkileri tanımlayan maneviyat; insanları bir arada tutan, kültürleri bağlayan, evren ve doğa için anlam veren bir araç ve fırsattır. Bununla insanın daha üstün ve güçlü bir armoni ile uyum içerisinde yaşaması amaçlanır. Bir bireyin varoluşunun tüm boyutlarını elde etmesinde, sürdürmesinde ve korumasında ona destek olmak hemşirelik bakımının temelidir (Abuatiq 2015; Akgün şahin ve Kardaş Özdemir 2016).

Literatürde hem yurtiçi hem yurtdışı çalışmalar incelendiğinde, psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamaları, algıları ve manevi bakım yeterlilikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ışığında ruh sağlığı hastanesinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hastalarına bakım sunarken manevi bakım konusunda gerekli önemi vermede, onlara yol gösterici olabilir. Çalışma sonuçlarıyla birlikte psikiyatri hemşirelerinde manevi bakımda farkındalık artacağı ve hemşirelere yeni bir bakış açısı kazandıracığı ve

araştırmanın spesifik alana özgü psikiyatri hemşireleriyle sınırlı olmasından dolayı çalışmanın güçlü yönü olduğu düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Maneviyat

Sözlükte “manevi değerlere bağlılık” olarak tanımlanan maneviyat; aynı zamanda anlaşılması zor, soyut ve karmaşık bir kavramdır (Ross 1995; Çetinkaya ve ark. 2007; Yılmaz ve Okyay 2009; Eğlence ve Şimşek 2014; Ross ve ark. 2014). Literatürde tam olarak bir görüş birliği olmamakla birlikte manevi boyutun tanımı, Latince’de hayatın niteliğini geniş bir anlamda ele alan ve “nefes almak”, “hayatta olmak” anlamlarına gelen “spiritus” kelimesinden gelmiştir ve daha geniş anlamıyla hayatı hissetmek demektir (McBrien 2010; McSherry ve Jamieson 2011; Ross ve ark. 2014; Sülü Uğurlu 2014). Spritüalizm (maneviyat) terimi ise; sözlük anlamı olarak maddenin dışında ruhun varlığına inanan bir öğretiyi ifade etmek için kullanılmaktadır (McBrien 2010; McSherry ve Jamieson 2011; Ross ve ark. 2014; Sülü Uğurlu 2014).

Manevi bakım, hemşireliğin holistik bakımının temel parçalarından biri olarak kabul edilmektedir. Holistik bakım yani bütüncül bakım literatürde beden, akıl ve manevi bakım olarak tanımlanmaktadır (Chan ve ark. 2006; Vlasblom ve ark. 2011; Yıldırım ve ark. 2013; Sülü Uğurlu 2014). Maneviyat Türk Dil Kurumu’nda (2009); “*maddi olmayan manevi şeyler (görülmeyen, duyularla sezilebilen, soyut, tinsel)*” olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu 2009). Manevi ihtiyaçlar ise; “*manevi yoksunluğu azaltacak veya bireyin manevi gücünü destekleyecek ihtiyaçlardır*”, aynı zamanda manevi ihtiyaçlar; “*bireyin üstün güçle (Allah/Tanrıyla) olan ilişkisini sürdürmesi için gerekli faktör veya faktörlerdir*” şeklinde tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu 2009).

Bütüncül olarak bakıldığında manevi boyuta da sahip olan insan, biyopsikososyal bir varlıktır. Bundan dolayı da Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “*sağlık yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir*” şeklinde tanımlamıştır (Dünya Sağlık Örgütü 1948). Bu tanımın sonucunda bireyin iyilik halini sürdürebilmesi için ruhsal, sosyal ve fiziksel sağlığının yanı sıra manevi

sağlığının da değerlendirilmesi ve göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Abuatiq 2015). Sağlıktan söz edilebilmesi için, tüm bu boyutların denge içinde olması gerekmektedir. Bir boyutta yaşanan bir sorun ve karışıklık diğer boyutları da etkiler ve insanın iç dengesini bozar (Kavas ve Kavas 2014; Dungan 2016).

Maneviyatı tanımlamak veya belirlemek hemşirelik literatüründe halen tartışılmaktadır ve hemşirelikte evrensel olarak kabul edilmiş bir tanım yoktur (Pesut 2002). Maneviyat genellikle anlam, umut, aidiyet, inanç ve bağlantılılık ile ilgilidir (Ross 2014; Giske 2012) Manevi bakım, şefkatli ilişkilerde insani temasın teşviğiyle başlar ve ihtiyaç duyulan her yöne hareket eder. Maneviyat ve din, bireylere hastalık ve acı çekme olaylarında kişisel başa çıkma kaynakları sağlar. Bunlar, kaçınılmaz acılar, kronik hastalıklar, hatta yaşamı tehdit eden veya ölümcül hastalıklar karşısında umut kazanmanın bir aracı olabilir (Tiew ve ark. 2013; Cruz ve ark. 2017)

Maneviyatın sıklıkla öne sürülen tanımı Narayanasamy'nin (2004) belirttiği üzeredir:

"Bize kişi ve birey (biricik) olmanın hissini verir. Bu eşsizliğimizin ardındaki rehberlik, gücümüzdür ve iç enerji kaynağı olarak hareket eder ve bu da bizi bir kişi olarak "biricik" yapar. Maneviyat, bize başkaları ve çevremizle bağlantı kurmamızı sağlayan içsel olan ve maddi olmayan boyuttur. Bu, bizi anlam ve amaç aramaya yönlendiriyor ve başkaları ile olumlu ve güvenli ilişkiler kurmamızı sağlıyor. "

Bir kavram analizinde maneviyat dört ana temaya göre kategorize edilmiş. Bunlar:

1. Dini bir inanç ve değer sistemi;
2. Hayatta anlam, amaç ve başkalarıyla bağlantı kuran;
3. Dini olmayan inanç ve değerler sistemi;
4. Metafizik veya aşkınlık fenomeni olarak (Sessanna ve ark. 2007).

Latince anlamı yaşamı hissetmek olan maneviyat, bireyin çevresindekiler ve kendisiyle olan ilişkilerinin, evrendeki konumunun, yaşamın anlam bulmasının ve yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur (Akgün Kostak ve ark. 2010).

Bir varlık ya da güce sahip olan manevi değerler ve inançlar; günah, ölüm, sağlık, hastalık, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluklarımızdaki inançları içerir (Lundberg ve Kerdonfag 2010).

1960'larda bütüncül yaklaşım kavramı önem kazanana kadar tanımlanmayan manevi sağlık kavramı; içerisinde birçok karmaşık ve gelişmiş tanımı içerir. 1960'lara kadar Jung hariç kimsenin savunmadığı maneviyata, Maslow 1960'lı yıllarda ihtiyaçlar sıralamasında en üst basamağında yer vermiştir (Van Leeuwen ve Cusveller 2004; Çetinkaya 2007).

Hemşireliğin amacının bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamada bağımsız hale getirilmesi gerektiğini dile getiren Virginia Handerson'ın bu ihtiyaçlarından birisi de inançları doğrultusunda ibadet etme ihtiyacıdır (Akgün Kostak ve ark. 2010). İnanç ve dinsel aktivitelerin birçok faydası vardır. Bunlar; hastalıkların tedavi edilmesi ve önlenmesi, depresyon, ağrı ve anksiyetenin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması ve sorunlarla başa çıkma durumlarıdır (Kavak 2014).

2.2. Maneviyat Kavramının Farklı Tanımları

Maneviyat kavramını tanımlarken karşılaştığımız önemli sorunlardan biri de, bu kavramın multi-disipliner bir kavram olmasıdır ve bu durumun karmaşık olmasıdır. Din kavramı genellikle maneviyatla eşdeğer olarak görülür. Fakat din sadece ilahiyatı ve az olarka felsefeyi ilgilendirirken, maneviyat çok çeşitli disiplinlerin ortak konusudur (Sessanna 2007; Timmins ve ark. 2015). Örneğin; sağlık sektöründe maneviyat, Batı literatüründen çevrilen spiritualite kavramı ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Sağlık sektöründe maneviyatla ilgili bir literatür taraması yapıldığında, maneviyat kelimesinin birbirinden farklı birçok tanımı ile karşılaşmaktayız (Yılmaz 2011). İnsanın yaşama tutunmasını sağlayan, Allah/Tanrı ile bağlantı kurup manevi anlamda iyi olma ve mutlu olma ruhsal yollar ile iyileşme hareketi gibi tanımlamaları dikkat çektiği gibi inancı da içine alan ancak inançtan çok daha kapsamlı bir tanımı vardır. Burada bahsedilen ruhsal yollarla; dua, meditasyon ve dini inançlar kastedilmektedir (Daştan ve Buzlu 2010).

Maneviyat, kişinin evren içerisinde kendisine bir yer bulması, hayata anlam vermesi ve hayatı kabul etmesidir. Bir başka deyişle bireyin; yaşadığımız toplum

içerisinde hem kendisiyle hem de çevresiyle olan iletişim şeklidir (Çetinkaya ve Altundağ 2007; Doğan 2013). Maneviyat, kişinin Allah/Tanrı ile arasında olan bağlantı olarak da tanımlanmaktadır (Hiçdurmaz ve Öz 2013).

2.2.1. Hemşirelere Göre Maneviyat

Sağlık ekibinden biri olan hemşirelere göre maneviyat; kendini aşabilme, bireyin üstün güç olarak gördüğü varlıklar ile kendisini, hayatını ve değerlerini bir kabul etmesi ve insana bir çıkış yolu olup zorluklarla baş edebilme gücü sağlayan çok önemli bir değer ve fırsat olarak kabul edilebilir (Hiçdurmaz ve Öz 2013; Doğan 2013). Araştırmacı hemşirelerin ortak kanaatine göre maneviyat; insan olmanın doğal, temel ve çok önemli yapıtaşlarından birisidir ve bireyin hayatı içinde karşılaştığı hastalıklar, zorluklar, yıkıcı yaşam olayları, ölüm veya ölümden sonraki hayata dair duygularına, düşüncelerine ve yaşadığı sorunlarına yönelik anlam verme süreciyle bireyin tepkisini pozitif yönde etkileyebilir (Dedeli ve Karadeniz 2009; Sülü Uğurlu 2014).

2.2.2. Psikologlara ve Psikiyatristlere Göre Maneviyat

Psikologlar; maneviyatı evrende bizi ayakta tutan ve var eden temel desteklerden biri kabul edip insanoğlunu güçlü kılan önemli yönlerinden birisi olarak tanımlarken (McBrien 2010; Pesut 2002), psikiyatristler maneviyatı hakikatin, iyiliğin, güzelliğin peşinden gitmektir ve insanın; bu yolun bir yolcusu, arayıcısı olmasıdır (Eğlence ve Şimşek 2014), şeklinde tanımlamışlardır. Bu boyutu dikkate alırsak; bireyin hayatını anlam veren her şey onun manevi alanını oluşturmaktadır (Tuncay 2007).

2.2.3. Sosyal Hizmet Alanına Göre Maneviyat

Bir başka alan olan Sosyal hizmet uzmanları maneviyatın, bireyin gerçek benliği ile karşılaştığı, bireyin inançları ve değerleri doğrultusunda doğru ile yanlışın hesabının yapıldığı ve ayırt edildiği yer olarak açıklamışlardır (Sülü Uğurlu 2014; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2016).

Farklı disiplinlerin maneviyat hakkındaki görüşlerine ve bu kavramın farklı tanımlarına yer verdiğimiz bu bölümde görüldüğü üzere maneviyatın tek ve net bir tanımını yapmak pek mümkün olmayacaktır. Maneviyat kavramının farklı disiplinler tarafından önemszenmesi ve bu kavramın etrafında çalışmalar yapılmak istenmesi bu

disiplinlerin ortak bir noktada buluşmalarına imkân sağlaması açısından önem arz etmektedir.

2.2.4. Maneviyat - Sağlık İlişkisi

Sağlığı pozitif etkileyen etmenlerden birisi manevi iyilik halidir (Yılmaz 2011; Eğlence ve Şimşek 2014; Midilli ve ark. 2017). Manevi iyilik hali; yaşamın amacını anlamaya çalışmak, yaşamın daha büyük güçlerle paylaştığı bağlantıların farkına varmak gibi süreçleri barındırır. Manevi iyilik hali iyi olan bireyler, kendini gerçekleştirir, iç huzurunu sağlar ve yaşamdan doyum alır (Cooper ve ark. 2016; Dağhan 2017).

Sağlık, kutsallık ve bütünlük ortak dil köklerine sahiptir. Holizm, bütünlük bir bütünü, parçalarının toplamından bağımsız ve daha büyük bir gerçekliğe sahip olduğu görüşü olarak tanımlanmıştır. Bütünsel hemşirelik zihin, beden ve ruhun birbirine bağlılığını desteklemektedir (William ve Sternthal 2007; Taylor ve ark. 2009; Ku 2016).

Manevi yönden sağlıklı kişide değerler, amaçlar, inançlar ve ilişkiler arasında çok önemli bir denge vardır (Galek ve ark. 2005). Manevi inançlar farklı yaşam dönemlerinde bireyin biyopsikososyal kültürel yönleri bağlamında anlamı değişebilir (Dungan 2016). Maneviyat çocuklukta başlar ve diğer insanlarla ilişkilerinden öğrendiği bilgilerle de değişir (Giske 2012). Yaşlı bireyler arasında, yaş, cinsiyet, geçmiş deneyimler, din, sosyoekonomik durum ve etnik köken gibi kavramlardan etkilenir. Hastalık ve kayıplar bazen manevi gelişim sürecini etkileyebilir. Hastalık durumunda kayıp, yas ve majör yaşam değişiklikleri görülür. Eğer kişi inançları arasında çatışma yaşarsa manevi sıkıntı yaşayabilir (Taylor ve ark. 2009).

2.3. Manevi Bakım

Manevi bakım, çok disiplinli, ekip ile işbirliği içinde; hastaların manevi ihtiyaçlarını değerlendiren ve bunları ele alan müdahalelerin sağlanması durumudur (Heydari 2016; Azarsa 2015). Manevi bakım, insani temayı merhametle teşvik etmekle başlar, ilişki kurar ve ihtiyaç duyulan her yöne göre değişir (Ramezani ve ark. 2016). Müdahale örnekleri ise şunlardır: hastaların dini / inanç ve kültürel inançlarına saygı duymak; hastaları hassas şekilde dinleyerek ve konuşarak iletişim

kurmak; şefkatli davranarak hasta ile birlikte olmak; desteklemek, empati göstermek; din adamlarına ve diğer profesyonellere atıfta bulunarak hastaların dini ritüellere katılımını kolaylaştırmaktır. Bundan dolayı manevi bakım bütüncül bakıma katkıda bulunur ve hastalarda olumlu sonuçlar doğurur. (Hodge ve Wolosin 2013; Zakaria ve ark. 2015; Beheshtipour ve ark. 2016).

Govier (2000) manevi bakım için beş 'R'yi tanımlamıştır:

- Reason and Reflection (Sebeup ve Yansıma): hayatın anlamını bulmaya çalışma, yaşamın devam etmesini sağlama, dünyayı ve hayatı olabildiğince güzelleştirmek,
- Religion (İnanç, din): maneviyatı ifade etmek, değerler ve inançlar için ortam sağlamak,
- Relationships (İlişkiler): sevmek, sevilme, güven duymak ve umut etmek,
- Restoration (Yenileme, iyileştirme): bakımın fiziksel görünüşe pozitif etkisidir (Govier 2000).

Manevi bakımda yeterliliğe katkıda bulunan faktörler şunlardır; klinik alanda uzaktan öğrenme modelleri öğrenme, kişisel maneviyat, yaşam deneyimleri, geçmişte hastaneye yatma deneyimleri, obstetrik servislerde çalışma, kişi merkezli bakım organizasyonu ve hemşirelerin yaşı ve olgunluğudur (Callister ve ark. 2004; Hodge ve Wolosin 2013; Beheshtipour ve ark. 2016; Garssen 2017). Manevi bakımda sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu durumun aksine; manevi bakım, sağlık görevlileri tarafından göz ardı edilir, çünkü din adamlarının rolü olarak kabul edilir (Paal 2015). Bunun nedeni, maneviyatın dindarlıkla eşanlamlı olarak tanımlanması ve sağlık çalışanlarının eğitim eksikliğinden dolayı yetersizlik duygusu yaşamalarıdır (Baldacchino 2008).

2.3.1. Manevi Bakımın Felsefesi: İnsana Holistik Yaklaşım

İnsan, birçok faktörden etkilenen ruhsal, bedensel, sosyal ve kültürel boyutları olan mükemmel ve kusursuz bir varlıktır. Bireyin varlığının devamlılığı; bedensel, duygusal, kültürel, sosyal, manevi ve entelektüel boyutlarının bütünlüğünün devam ettirilmesi, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ile mümkündür.

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı yaşamı tamamıyla kapsayan ve bütüncül bir niteliğe sahiptir ve şöyledir; sağlık “*yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali*” dir (Dünya Sağlık Örgütü 1948). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre bireyin sağlığını devam ettirebilmesi için manevi boyutunun da çok önemli ve kaçınılmaz olduğunu görmekteyiz (Sülü Uğurlu 2014). Manevi bakımın felsefesi, bireye bütüncül (holistik) yaklaşım ilkesine dayanır ve en önemlisi de insanın sadece maddeden oluşmadığı manevi yönünün de bulunduğu açıkça görülmektedir ve özellikle holistik bakımın önemli ve vazgeçilmez bir bileşeni olarak yer almaktadır (Yılmaz ve Okyay 2009; Daştan ve Buzlu 2010).

Hemşirelik mesleğinin 1960'ların sonlarından itibaren, insanın manevi boyutunu da dikkate aldığı görülmektedir (Daştan ve Buzlu 2010). Sağlık bakımında kabul edilen en geniş yaklaşım bireyin tüm boyutlarını ele alan yani bireyi bütün olarak değerlendiren; bütüncül yaklaşımdır. Kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönlerini vurgulayan bütünsel hemşirelik, hemşirelik uygulamasının temelini oluşturur. Boyutlarının birbiri ile karşılıklı olarak ilişkili ve birbirine bağımlı olan holistik (bütüncül) yaklaşımın, sağlık bakımında kullanılmasıyla birlikte giderek daha da önem kazandığı görülmektedir (McBrien 2010; Baldacchino 2011; Spilka 2013; Midilli ve ark. 2017).

2.4. Manevi Bakım Uygulamaları

Tıpkı maneviyat ve manevi bakım tanımları evrensel olmadığı gibi, manevi bakım sağlama yöntemleri de kişiden kişiye, kurumdan kuruma değişir, ancak literatürde birkaç ana tema ortaya çıkmıştır. Cavendish ve ark. (2003) ABD'de hemşirelerin, Hemşirelik Müdahaleleri Sınıflamasına göre birçok çeşit manevi faaliyet sunduğunu tespit etmişlerdir. Bunlardan bazıları; dua etme, ruhani ritüellere teşvik etme, grupları destekleme, aktif dinleme ve bir hastanın elini tutmak gibi manevi bakım sağlama yöntemleridir (Cavendish ve ark. 2003).

Bazı faaliyetler, manevi bakım olarak değil genel hemşirelik bakımının parçası olarak görülebilir. Araştırmacılar, araştırmanın bir sınırlaması olarak, hemşireler tarafından manevi bakım olarak kabul edilen her uygulamanın hastalar tarafından manevi bakım olarak kabul edilemeyeceğini bildirmişlerdir (Yılmaz ve Okyay 2009).

Narayanasamy (2004) manevi ihtiyaçların değerlendirilmesi için bir model geliştirmiştir. Literatürde tanımlanan manevi ihtiyaçlar umut ve güç kaynakları; sevgi ve bağlılık; özsaygı; korku, endişe ve öfkeden kurtulma gibi anlamları içermektedir. Manevi bakım sağlamak için önemli hususlar arasında benlik bilinci geliştirme (kişilerin değerlerini, tutumlarını, önyargılarını, inançlarını bilme vb.); aktif dinleme ve koşulsuz kabul etme gibi iletişim becerileri; güven inşa etme; umut sağlama; ve manevi büyüme için bir aracı olma yer almaktadır (Narayanasamy 2004). Hubbell, Woodard, Barksdale-Brown ve Parker (2006), manevi bakım uygulamaları ile ilgili olarak hemşire uygulamalarını araştırmıştır ve hemşirelerin %73'ü belirli olan maneviyat uygulamalarını "nadiren" veya "ara sıra" yaptığını belirtmiştir. Yine bu çalışmada; manevi bakım hizmeti verenler arasında ilk üç uygulama, hastaları kendi din adamlarına yönlendirmek, hastaları dua etmeye teşvik etmek ve hastalarla ruhsal konular hakkında konuşmak olarak belirlenmiştir (Hubbell ve ark. 2006). Cavendish, Konecny, Luise ve Lanza (2004) çalışmaya katılanların %18'inin hemşirelik uygulamasında duanın kullanıldığını bildirmişlerdir. Bildirilen bazı dualar bir hastanın bakımında ve tedavisinde Tanrı'nın yardımını istemeleri idi (Cavendish ve ark. 2003).

2.5. Sağlık Hizmetlerinde ve Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Maneviyat ve Manevi Bakım

Manevi bakım, insanlara hastalık, yaralanma ve kayıp yaşama zamanlarında umut, direniş ve iç gücünü (yeniden) keşfetme amacında olan kişi odaklı bakımdır (McSherry 2008; Eğlence ve şimşek 2014). Manevi bakımın temel amacı sağlık profesyonellerinin hastalarıyla bağlantı kurması, korkularını, hayallerini ve ağrılarını dinlemesi için bir çerçeve sunmaktır; manevi bakım hemşirelere, hastaların bakımında hastalarla işbirliği yapma ve terapötik ilişki yoluyla iyileştirme fırsatı sağlar (Puchalski ve Romer 2000). Sonuç olarak, insan olmanın erdemiyle birlikte maneviyatın bireysel düzeyde keşfedilmesi ve tanımlanması, mesleki kapsamın genişletilmesi için harekete geçirilebilir ve böylece hastalarla profesyonel bakım verenler arasındaki bağlantıyı ve işbirliğini geliştirebilir (Rubin ve ark. 2009).

İnsanlar bazen kendilerini ruhsal anlamda çaresiz hissedip desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu durumda ilk başvurdukları yerlerden biri olan hastaneler, manevi

desteğin verilmesi gereken öncelikli ve en önemli yerlerden biridir (Puchalski ve Romer 2000; Tiew ve ark. 2013). Hastalık sürecini daha kaliteli, dayanılabilir geçirebilmek adına maneviyatın ve manevi bakımın sürece dâhil edilmesi gerekir (Puchalski ve Romer 2000; Mitchell ve Hall 2007). Hasta, hasta yakını ve hastane personelinin tümünün hastane ortamında zorlu bir dönem yaşadığı bilinmektedir. Hastanın hastalık düzeyine göre veya bireyin hayata, olaylara bakış açısıyla bu dönem şekillenmektedir ve hastanın etrafındakilerden ilgi, sevgi ve manevi bir desteğe ihtiyacı olmaktadır (Vlasblom ve ark. 2011). Resmi Gazete, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 7. bölümünde Diğer Haklar başlığı altında; dînî vecibeleri yerine getirebilme ve din hizmetlerinden faydalanmayla ilgili 38. madde şu şekildedir: *“Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dinî vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbî tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dinî telkinde bulunmak ve onları manevî yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dinî inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir’* (Resmi gazete, 1 Ağustos 1998 sayı: 23420).

2.5.2. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım

1970'li ve 80'li yıllarda, bütüncül bakım hareketi, hemşirelik bilim ve sanat arasındaki denge için artan bir ihtiyaç haline gelmiştir. Bütünsel bakım klinik bilgi, beceri ve manevi bakım arasındaki dengeye ve uyuma denir. Artık manevi ihtiyaçları tatmin edici bir biçimde karşılamak, büyük akreditasyon organlarının yanı sıra profesyonel hemşirelik kuruluşları tarafından da zorunlu kılınmıştır (Arslan ve Konuk Şener 2009; Dedeli ve Karadeniz 2009; Ross ve ark. 2014).

Hemşirelik mesleğinde temel olan unsur bireylere bütüncül bakım verilmesidir (Midilli ve ark. 2017). Bütüncül yaklaşım; bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olduğu, her insanın birbirinden farklı olduğu ve çevresiyle etkileşim halinde olduğu için birlikte ele alınması esasına dayanır (Kavak ve ark. 2014; Midilli ve ark. 2017). Manevi bakım, bütüncül bakımın önemli bir parçasıdır (Ergül ve Bayık 2004; Akgün Kostak ve ark. 2010).

Literatürde yurtdışında yapılan çalışmalar tarandığında, hemşirelik bakımı, hasta bakımında manevî boyuta az önem verdiğinden dolayı yazarların bu durumu eleştirdiği göze çarpmaktadır (Mitchell ve Hall 2007; Baldacchino 2008). Bunun nedeni, zaman eksikliği, aşırı iş yükü, ruhsal bakım sağlamak için beceriksizlik duygusu ve lisans eğitim müfredatında bu konuya yer vermenin yetersizliğinden kaynaklanıyor olabilir (Keefe 2005; Baldacchino 2008).

Manevi ve dini ihtiyaçlar hasta bakımının hemen hemen diğer yönleri kadar hatta diğer yönlerle eşit derecede önemlidir ve hastanede bulunma işleminin kabul, değerlendirme ve tedavi aşamalarının bir parçasıdır (Yılmaz 2011). Ruhsal bakım ihtiyacı konusunda fikir birliği olmamasına rağmen, bu bakımın gerektirdiği ve maneviyatın nasıl tanımlanması gerektiği konusunda tartışılmaktadır (Kavak ve ark. 2014). Narayanasamy (2004), maneviyatı kişiliğe özgü bir şey olarak tanımlamıştır; ve hayata anlam kazandırmaya yardımcı olduğu görüşünü savunmuştur ve böylece insan hayatında maneviyat; stres ve belirsizlik durumlarıyla başetmede sıklıkla öncelikli bir hale gelmiştir (Narayanasamy 2004).

İnsanın bütün boyutlarıyla ilişkili olan manevi boyutu; fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir. Fakat sağlık çalışanlarının çoğunluğu hem bireyin bu yönünü göz ardı etmektedirler hem de bu boyutta bakım verme konusunda rahatsızlık, yetersizlik duyma eğilimi gösterirler ve zaman kaybı gibi görürler (Yılmaz 2011).

Hemşirelikle ilgili uluslararası kodlar, standartlar holistik bakım verme çerçevesindeki bakımın manevi yönünü vurgulamaktadır. Fakat bu kavramın hemşirelik eğitime ve uygulama alanına entegre edilmesinde bazı engeller vardır. Bu durumda iki temel engelden söz edilmektedir. Birisi içsel faktörler diğeri ise dışsal faktörlerdir. İçsel faktörleri; kurumsal ortamdaki politik, ekonomik ve yönetsel faktörlerdir (Daştan ve Buzlu 2010; Kavas ve Kavas 2014). Bireysel ve toplumsal normlar, inançlar, değerler ise dışsal faktörlerdir. Bu engellerin dar bir çerçevede değerlendirilmesi hemşirelik eğitiminde ve uygulamasında maneviyatın entegrasyonunun tam olarak gerçekleştirilememesine neden olmaktadır (Akgün Kostak ve ark. 2010).

19. yüzyılda Florence Nightingale hemşirelerin eğitiminde manevi eğitim ve gelişimin önemli olduğunu açıklamıştır (Arslan ve Konuk Şener 2009).

Amerika'da yürütülen bir çalışmada, hemşirelik eğitimleri sırasında maneviyat ve manevi bakım konusunda alınan bilgi ve hastalara uygulanan manevi uygulamaların yeterli olduğunu ifade eden hemşirelerin çok azdır ve sadece %15'dir (McSherry ve ark. 2008). Bu çalışmada dikkati çeken diğer nokta ise, eğitim yöntemlerinin %95 oranında sınıf içi aktiviteleri içermesinin gerekli olduğu yönünde ifade edilmiştir (McSherry ve ark. 2008). Yine başka bir çalışmada da benzer şekilde bu kavramların hemşirelik eğitiminde yeterince yer almadığı saptanmıştır (Aldridge 2000). Hemşirelerin manevi bakım vermelerini profesyonel ve etik olarak sorumluluk olarak gördüğümüzden dolayı, bireyin maneviyatının ve manevi bakım verme konularının tanımlanması da hemşirelik eğitiminin sorumluluğundadır. Eğitim maneviyatın anlaşılmasıyla başladığı için maneviyat ve manevi bakım kavramlarının hemşirelik eğitim programına entegrasyonu sağlanmalıdır (Ronaldson ve ark. 2012). Hemşirelikte maneviyat ve manevi bakım konularının entegrasyonu konusunda; McSherry (2008) bu kavramların öğrenilmesi karmaşık ve farklı kavramlar olduğunu bu nedenle geleneksel eğitim teknikleri ile öğretilerek, uygulama ortamında konuya ilişkin öğrencinin farkındalığının artırılmasını önermektedir (McSherry 2008).

Hemşirelik öğrencilerine, hastalarının ihtiyaçlarını bütüncül olarak ele alması gerektiği öğretilir. Sorgulandıklarında, hemşirelik öğrencileri bütünsel hemşirelik bakımının manevi yönünü pek anlamamaktadır. Yine de "maneviyat belki de hemşirenin en basit, en az anlaşılabilir yönüdür" (Hubbell ve ark. 2012; Delgado 2015). Maneviyatın din ile karışması hemşirelik öğrencileri ve profesyonel hemşireler arasında devam etmektedir. (Mc Ewan 2004; Başar 2007). Bu soyut kavramlar ve bu pratikte rol modelinin öğrencilere öğretilmesi fakültenin sorumluluğundadır. Fakülte tarafından yönetilen öğrenci araştırması ve klinik alandaki yansıtıcı uygulamalar için fırsatlar, öğrencilerin kavramların karmaşıklığını tanımlamalarını ve sonradan çözüm bulmalarına teşvik etmektedir (Milligan 2004).

2.5.2.1. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)'nde Maneviyatın Yeri

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) Hemşirelik Etik Kodları'nda (The International Council of the Nurses' Code of Ethics for Nurses) hemşirelik bakımının

evrensel, bütüncül olduğunu ve profesyonel hemşirelerin; bireyin ve ailesinin; insan haklarına, değerlerine, geleneklerine ve manevi inançlarına saygı duyması gerektiğini belirtmiştir (Yılmaz 2011; ICN 2012). Bu durum, Malta Etik Kuralları (1997) tarafından desteklenmektedir. Hemşireler, hastanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve ruhsal durumuna ve ihtiyaçlarına göre verilen bakımı uyarlaması gerekmektedir. Bu nedenle maneviyat, hemşirelik bakımı için vazgeçilmezdir (Yılmaz 2011; Eğlence ve Şimşek 2014; Dedeli ve ark. 2015).

2.5.2.2. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'nde Maneviyatın Yeri

Maneviyat ile ilgili tanımlar uzun sürelerden beri birçok tanı listesinde yer almaktadır. Maneviyat, 1994 yılından beri Amerikan Hemşireler Birliği (Amerikan Nursing Association) (ANA) tarafından "Psikiyatrik Ruh Sağlığı Klinik Uygulama Standartları"na yerleştirilmiştir. Bu standarda göre; bireylerin, aile ya da toplumun ruhsal ve duygusal iyilik halini etkileyebilecek; kişiler arası, sosyo-kültürel, manevi ya da çevresel koşulların/olayların ele alınması gerekmektedir. ANA kodlarında ele alınan manevi konular ise, insanın inanç ve değerleri; ulusal, etnik, dinsel, kültürel, politik, ekonomik, gelişimsel, rol ve seksüel farklılıklar olmaksızın eşit sağlık bakımı hakkına sahip olduğudur (Yılmaz 2011; ICN 2012).

2.5.2.3. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği'nde (North Amerikan Nursing Diagnosis Association) (NANDA) Maneviyatın Yeri

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği'nin (North Amerikan Nursing Diagnosis Association) (NANDA) hemşirelik tanıları sınıflandırmasında maneviyat ile ilgili manevi sıkıntı (spirituel distress), spiritüel distress riski, dinsel emir ve yasaklara uymada bozulma ve dinsel emir ve yasaklara uymada bozulma riski tanılarına yer verilmiştir. Manevi sıkıntı, "yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşayan ya da bu riski taşıyan bir grup ya da bireydeki durum" olarak tanımlanmıştır (Erdemir 2012).

2.5.2.4. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP)'nda Maneviyatın Yeri

Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP)'nda (2014) Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği'nin (North America Nursing Diagnosis Association) maneviyatla ilgili tanılarına yer verilmiştir. Bu tanımlar şunlardır; manevi

sıkıntı, manevi sıkıntı riski, manevi esenliği iyileştirme isteğidir (Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2014). Bu programın 2014 tarihli raporunda, Türkiye'de hemşirelik programının, hemşirelik süreci ile bütüncül bir yaklaşımla; yeterliliğin bir parçası olarak bireyin, ailenin ve toplumun sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlaması gerektiği belirtilmiştir (Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı 2014)

2.5.3. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Algıları ve Yeterlilikleri

2.5.3.1. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Algıları

Algı kelime olarak; bir şeye dikkati yönelterek o şeyin bilincine varma, idrak etme şeklinde tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu 2006). Hemşirelikte maneviyat algısı; dini bir inanca sahip olanlar ya da olmayanlar hakkında basit bir tartışma olmadığı yönündedir, çünkü bir kavram olarak maneviyat her şeyi kuşatıcı ve kapsayıcıdır (McSherry ve Jamieson 2011). Hemşirelerin kabul ettiği maneviyat tanımı; güçlü dini inançları olmayan insanların da manevi boyutlarının var olduğu, manevi değer ve inançların bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgu olup sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk, bağlılık, merhamet, empati, inanç, ümit, var olma, amaç, hedef gibi konularındaki inançları içerir (Çetinkaya ve ark. 2007; Kostak 2007). Aslında maneviyat ve manevi bakım kavramları karmaşık bir yapıya sahip oldukları ve çoğunlukla birbirlerinin yerine kullanıldıkları için tanımlanması zor kavramlardır. Bu kavramlar bireylere göre öznellik gösterdiği için hiçbir otoriter tanımın bulunmadığı da görülmektedir (Narayanasamy 2004; Aldridge 2000). Bazı yazarlar, maneviyatın dini unsuru ortadan kaldırılırsa, bu terimin gerçek anlamını yitireceğini savunurken (Bradshaw 1994; Swinton ve Pattison 2001), başka bir görüş ise maneviyatın varoluşçulukla (yaşamın anlamı ve amacı) ilgili olduğunu ve dini terimleri içermemesi gerektiğini savunmaktadır (Burnard 1988). Bu tanımı benimseyerek terim; tanrıya bağlılık olmaksızın veya inanca bakılmaksızın (ateistler, agnostikler, laik hümanistler) tüm insanlara uygulanan evrensel hale gelmektedir.

Birçok araştırmacı maneviyatı insan olmanın önemli bir parçası olarak ele almıştır (Bayık ve Ergül 2004). Ross, maneviyatı, “bireyin, materyalin ötesinde ilişkili

olduğu her şey ve bunların temel anlamlarına ilişkin içsel kaynaklarının toplamı”, Mc Ewan (2004) belirttiğine göre; Legere; Fitchett; Sherwood “yaşama verilen anlam ve amaç” olarak tanımlamıştır (Ross 2014; Mc Ewan 2004). Hemşirelik literatüründe yaygın olarak tanımlanan ve algılanan şekliyle maneviyat; dini bir bağlılığın ötesinde yaşamın anlamı, amacı, iç huzur için çaba sarf etmedir (Mcsherry 2002).

2.5.3.2. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Yeterlilikleri

Yeterlilik kelime anlamı olarak; bir işi yapma gücünü sağlayan özel bilgi, ehliyet ve donanımdır (Türk Dil Kurumu 2006). Azarsa ve ark. (2015) ise yeterliliği; en iyi performansın temeli olan özelliklere sahip olmaktır şeklinde tanımlamıştır (Azarsa ve ark. 2015). Bazı hemşirelik araştırmacıları (van Leeuwen ve Cusveller 2004; Baldacchino 2006) manevi bakımda yeterlilik kavramının anlaşılmasında ve tanımlanmasında teorik ve pratik anlamda karmaşaların yaşandığını ifade etmişlerdir. Manevi bakım yeterliliği; manevi bakımın sunumunda gerekli olan bilgi, beceri ve tutumlar olarak tanımlanmıştır (van Leeuwen ve ark. 2009). Giderek artan kanıtlarla birlikte manevi bakımın sunumunda yeterliliğin artmasında şu noktaların önemli olduğu sonucuna varılmıştır: hemşirelerin bakım alanının genişlemesi, maneviyatın karmaşık doğasının anlaşılması ve bu konudaki farkındalığın artması, hasta odaklı yani bireye özgü bakım odaklı bir yaklaşımın olması ve iletişim becerileridir (van Leeuwen ve ark. 2009; Giske ve Cone 2012; Cooper ve ark. 2013). Hemşirelerin kişisel maneviyatlarının manevi bakım sağlamak için algılanan yeterliliğin en güçlü göstergesi olduğu kanısına varılmıştır ve dinî hizmetlere ve manevi uygulamalara katılma sıklığının hemşirelerin manevi bakıma olan tutumuna katkıda bulunduğu görülmüştür (Taylor ve ark. 2008).

2.6. Manevi Bakımda Hemşirenin Rolü

Hemşireler hastalarla gece ve gündüz birlikte oldukları için, manevi esenliklerini kolaylaştırmada hastaların bütünlüğünü koruyucu konumdadırlar (Kavak ve ark. 2014). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) (2000) hemşirenin bireyin, ailenin ve toplumun insan haklarının, değerlerinin, gelenek ve inançlarının saygı görmesini sağlayan bir ortamı teşvik etme rolü olduğunu savunmuşlardır. Bu durum, Malta Etik Kuralları (1997) tarafından desteklenmektedir. Hemşireler, hastanın biyolojik,

psikolojik, sosyal ve ruhsal durumuna ve ihtiyaçlarına göre verilen bakımı uyarlaması gerekmektedir. Bu nedenle maneviyat, hemşirelik bakımı için vazgeçilmezdir (Yılmaz 2011; Eğence ve Şimşek 2014; Dedeli ve ark. 2015).

Manevi, dini inançlar ve uygulamalar, çoğu kez hasta ve aile üyelerine bir hastalık, bir ustalık ve kontrol hissi, hastalıktan doğan stres kaynaklarına dayanma gücü ve tıbbi müdahalelerin ötesine geçebilecek bir umut ve güven kaynağı sunar (Hubbell 2006; Ronaldson ve ark. 2012; Lewinson 2015). Manevi stratejiler özellikle kriz zamanlarında ve belirsizliklerde yardımcı olur (Delgado 2015). Yaşam boyu önemli zorluklarla karşı karşıya kalındığında, insanların, daha yüksek bir güce olan inancı, toplulukları desteklemeyi, yaşımda bir umut ve anlam hissi ve dini uygulamaları içeren kaynaklara ihtiyaı vardır (Narayanasamy 2004; Delgado 2015). Hasta ve aile maneviyatı, kayıplarla baş edebilme yeteneklerini etkiler. Manevi bakım bütüncül hemşireliğin merkezi unsuru olarak kabul edilmektedir (Miner Williams 2006) ancak uygulamaya açıkça entegre değildir (Milligan 2004; Narayanasamy 2004).

Manevi sağlığın algılanması, bireyden bireye farklılık göstermesine rağmen; her bireyin manevi bir yönü olduğunu söylemek mümkündür (Kostak 2007; etinkaya ve ark. 2007). Bu bakımdan hastanın manevi yönlerinin değerlendirilmesi önemli hale gelmektedir. Hastaların manevi değerleri, beden ve ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebilmekte, kendilerini iyi hissetmelerini sağlayabilmektedir. Hemşirelik uygulamalarının özünü, her bireyin özel ve biricik olduğuna saygı oluşturur. Hemşireler, hastaların ruhsal ihtiyaçlarını karşılamada aktif bir rol almalıdır (Lemmer 2002; Kostak ve ark. 2010).

Hemşireler kişiyi bütüncül bakım ile ele alırken, hastaların hayatlarının manevi yönlerini de ele almalıdırlar. (Ross 2014; McSherry 2006). Hemşirelik bakımının önemli ve ayrılmaz bir parçası olan maneviyat; hemşirelik tarihi ve teorisinde desteklenir ve araştırma ve uygulamada doğrulanır (Taylor 2009). Kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yönlerini vurgulayan bütüncül hemşirelik, hemşirelik uygulamasının temelini oluşturur (Govier 2000; Daştan ve Buzlu 2010). Hemşirelik bakımının amacı yalnızca bu boyutların her birine ilişkin ihtiyaçları karşılamak değil, aynı zamanda hastanın hayatının uyumunu da sağlamaktır. Sağlık ekibinin yeleri

arasında, hastalarla en çok vakit geçiren hemşirelerdir (Daştan ve Buzlu 2010). Bu nedenle, manevi bakım sağlamak için en iyi konumda olanlar hemşirelerdir ancak bazı hemşireler maneviyatı dini inançlarla karıştırıp bu bakım yönünü diğer meslek gruplarına yönlendirirler (Yılmaz ve Okyay 2009; Ronaldson ve ark. 2012; Yıldırım ve ark. 2013).

Akademik bir disiplin olarak maneviyat son 20 yılda hızla gelişmektedir. Manevi desteğin sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini gösteren kanıtlar artmaktadır (Arslan ve Konuk Şener 2009). Başlangıçta dini mirasa dayanan hemşirelik uygulamaları, batı toplumunda giderek dinden ayrılmaktadır. Bununla birlikte, hemşireler tarafından manevi bakım sağlanması, uluslararası alanda yaygın bir kabul görmektedir (Cooper ve ark. 2013; Dungan 2016). Tıp mesleği içinde de benzer bir ivme vardır (Cavendish ve ark. 2003). ABD ve Kanada, bu gelişmede kaliteli bakım standartlarına yerleştirilmiş manevi bakım uygulamaları ile yol göstericidir (Pesut ve Sawatzky 2006). Buna ek olarak, yakın geçmişte, Birleşik Krallık hemşirelerin bu alandaki rolü için tavsiyelerde bulunmuştur (Ramezani 2016). Bununla birlikte, klinik ortamda, zaman kısıtlamaları, sınırlı anlayış, öneminin tanınmaması ve eğitim eksikliği gibi hemşirelerin manevi bakım sunumunu engelleyen birçok faktör bulunmaktadır (Ronaldson ve ark. 2012; Cooper ve ark. 2013).

Holistik bakımı yerine getirmek ve hastaların manevi gereksinimlerine gereken önemi vermek için, hastaya bakım veren sağlık ekibine, hasta ihtiyaçlarına göre farklı meslek disiplinlerinin de katılabilmesi gerekmektedir (Yıldırım ve ark. 2013). Hastanın fiziksel ihtiyaçları kadar duygusal ihtiyaçları da önemlidir. Bu manevi bakımın sağlanacağı ekipte hastanın yanında kalacak, elini tutacak bir yakınının da olması sağlanmalıdır (McBrien 2010). Hastanın bakım alırken sevdikleri ile beraber olabileceği ortamların yaratılmasının hem hasta hem de aile üyeleri açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Hastaların aileleri manevi bakımda büyük bir rol üstlenmektedir. Bu rolü yerine getirmek için aile üyelerinin de fiziksel, psikososyal ve manevi sağlıklarının iyi olması gerekir (Vlasblom 2011; Ross ve ark. 2014; Attard ve ark. 2014).

İyileşme imkânı olmayan kronik hastalar iyileşmede umutsuzluğa kapılabilirler, ümitlerini ve inançlarını yitirebilirler. Bu nedenle hemşireler, hastaların iyileşmeye

olan inançlarını sürdürebilmek, yaşamı anlamlı hale getirmesine yardımcı olmak, umutlarını her daim canlı tutabilmekte çok önemli bir konumdadırlar (Hubbell ve ark. 2006; Timmins ve Neill 2013; Dedeli ve ark. 2015; Sülü Uğurlu 2014). Manevi destek hazırlıkları, manevi anlamda farkındalık kazanma, kutsal kitap okuma, hastaların Tanrı/Allah ile bağlantı kurabileceği huzurlu sakin bir ortam sağlama, hastanede uygun ibadet etme yerleri (mescid, kilise vb.) organize edilmesi hastane yönetimine ve hemşirelere düşmektedir (Ergül ve Bayık 2004; Daştan ve Buzlu 2010; Yıldırım ve ark. 2013; Kavak ve ark. 2014).

Hemşirenin hastalara manevi bakım sağlarken göz önünde bulundurması gereken en önemli ilkeleri altı madde halinde şöyle sıralanmıştır. Bunlar:

1. Hemşire mevcut ve olası problemler karşısında manevi gereksinimlere ilişkin bireyin tutumunu ve gücünü açıklamayı amaçlamalıdır.
2. Bireyin manevi kaynaklarını harekete geçirmek; manevi bakımda hemşirenin öncelikli amaçları arasında olmalıdır.
3. Manevi bakımın amacı; bireyin açıkladığı ve bakım sırasında ihtiyaç duyduğu manevi gereksinimlere yanıt vermektir.
4. Manevi tanılama ve bakımda, hemşire ve hasta arasında güven verici ve saygıya dayalı bir ilişki olmalıdır.
5. Hemşire; bakımda görev alan diğer ekip üyelerine dikkatli bir şekilde bilgi vermeli ve sınırlılıklarını bilmelidir.
6. Hemşire hazırladığı bakım planında; manevi bakımın yazılı olarak yer almasının önemini bilmelidir. Bu durum, hemşirelerin bakım hizmetinde sistematik olmasını ve sürekliliğini sağlar (Ergül ve Bayık 2004; SülüUğurlu 2014; Mitchell ve Hall 2007; Yazgan 2014).

2.7. Hemşirelik Sürecinde Manevi Bakım Aşamaları

Hemşirelik tanıları sınıflandırmasında maneviyat ile ilgili manevi sıkıntı (spirituel distres), spiritüel distres riski, dinsel emir ve yasaklara uymada bozulma ve dinsel emir ve yasaklara uymada bozulma riski tanılarına yer verilmiştir. Manevi sıkıntı, “yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşayan ya da bu riski taşıyan bir grup ya da bireydeki durum” olarak tanımlanmıştır (Erdemir 2012). Manevi sıkıntı yaşayan hastalara yaklaşırken hedeflenen amaç,

inanç ve değerler ile hemşirenin sağladığı bakım arasındaki çatışmayı azaltmak ya da tamamen ortadan kaldırmaktır (Dedeli ve Karadeniz 2009).

2.7.1. Tanılama

Manevi gereksinimler, manevi eksikliği ve boşluğu azaltacak veya bireyin manevi gücünü artırmasına yardımcı olacak ihtiyaçlardır. Bu ihtiyaçların ortaya çıkarılması ve bu eksikliği ortadan kaldırmayı hedefleyen uygun bakımın sağlanması, hemşirelik bakımının önemli ve temel bir bölümünü oluşturur. Bireyin kendi inanç ve iç huzurunu sürdürebilmesi için manevi gereksinimler çok önemlidir ve öncelikli olarak gereklidir (Çetinkaya ve ark. 2007; Eğlence ve Şimşek 2014). Hemşire genellikle hastaların manevi gereksinimlerini belirler ve bu konuda hastaya yardım eder. Bazı hastalar, hemşirelerin dine bakışa açılarını bilmek ve bu konu hakkında konuşmak isterler (Doğan 2013). Bu durumla karşı karşıya kalındığında hemşirelerin empati kurarak dinlemesi çok önemlidir. Bazı hastalar manevi bakım ihtiyaçları için soru sormaya çekinip sıkılabirler, hemşirenin hastanın sorduğu “Ben öldüğüm zaman bana neler olacağını gerçekten merak ediyorum?” gibi karmaşık sorulara cevap verebilmesi için hemşire iyi bir gözlem yapmalıdır ve hastayla ilgili ipuçları yakalamalıdır (Dedeli ve Karadeniz 2009; Doğan 2013). Hemşire hastanın manevi inanışlarını anamnez öyküsünün bir parçası olarak ele almalı ve önem vermelidir (Hiçdurmaz ve Öz 2013).

Hemşire manevi bakım sağlamak için uygun ortam oluşturduğunda şu soruları yanıt aramalıdır:

- Dini anlamda sizin için önem taşıyan bir uygulama var mı?/ Sizin önemli olarak gördüğünüz bir manevi uygulama mevcut mu?
- Burada bulunmak sizin bu dini uygulamalarınızı yapmanıza engel oluyor mu?
- Bu durumdan nasıl etkileniyorsunuz?
- Size bu durumda nasıl yardımcı olabilirim?
- Sizce inançlı olmanızın size bir yararı var mı, size yardımcı oluyor mu?
- Sizin için hangi doğrular önemli?
- Burada güçlü ve ümitli olmanıza yardımcı olan kaynaklar nelerdir? (Yılmaz 2011; Yazgan 2014).

Klinik değerlendirmede bireyin/hastanın duygularını, tutumlarını, davranışlarını, sözel ve sözel olmayan iletişimini ve çevresine ilgisi iyi bir şekilde gözlemlemek sağlık hizmetlerinde hemşireye düşmektedir (Yılmaz 2011).

2.7.2. Planlama

Manevi gereksinimler tüm insanlar için temeldir. Her bireyin manevi ihtiyaçlarının mutlaka olduğu düşünölmelidir. Hemşirelerin tüm insanları bu bakış açısıyla değerlendirmesi ve bireylerin sağlığını geliştirecek hemşirelik girişimlerini planlaması bütöncöl hemşirelik bakımı açısından oldukça önemlidir (Daştan ve Buzlu 2010; Kavak ve ark. 2014). Hemşirenin, iyi bir planlama yapabilmesi ve manevi sıkıntı yaşayan bireye yardım edebilmesi için kendi inanç ve değerlerini iyi bilmeli ve bunları hastaninkiyile ayırabilmelidir (Akgün Kostak ve ark. 2010). Hastaların manevi sıkıntılarıyla ilgili yapacağı planlamada hemşire, bazı gereksinimleri dikkate almalıdır.

Bunlar:

- ✓ Hemşire bireyin dini sorumluluklarını yerine getirmesi konusunda ona yardımcı olmalıdır,
- ✓ Hemşire bireyi zor durumda bırakan durumlarla karşı karşıya kaldığında Tanrı/Allah (hastanın yüce güç olarak gördüğü) ile olan ilişkisini sürdürmesinde bireye yardım etmelidir,
- ✓ Bireyin yaşamında var olmanın anlamını bulmasına yardım edilmelidir (Arslan ve Şener 2009; Akgün Kostak ve ark. 2010; Hiçdurmaz ve Öz 2013).

Hemşire bireyin manevi inançlarına ve onları nasıl algıladığına odaklanmalı ve saydığımız gereksinimleri dikkate alarak özenle bunları karşılamalıdır.

2.7.3. Uygulama

Hastayla kurulan bakım ilişkisinde hedef hasta için hastalığın anlamını bilmeyi, kayıplarını, yaşamın amacı ve anlamının nasıl etkilendiğini belirlemeye yönelik olmalıdır. Duygusal, içsel sıkıntılara yönelik hemşirelik uygulamalarının amacı; hastanın hastalık sırsında yaşadığı duyguları ortaya çıkarmasını sağlamak, psikolojik endişe ve sıkıntıyı hafifletmek, yaşamda algıladığı stres etkenlerine karşı

mücadele etmede uygun savunma teknikleri geliştirmesine yardımcı olmaktadır (Tuncay 2007; Baldacchino 2008; Eğlence ve Şimşek 2014).

Hemşirenin manevi ihtiyaçlarını sağlayabilmek için uygulayabileceği genel girişimler;

- Öncelikle hemşire bireyi aktif olarak dinlemeli ve bireye karşı empati kurmalıdır.
- Hemşire bireyin inançlarını olduğu gibi kabul etmelidir, birey inançlarından ötürü yargılamamalıdır.
- Hemşire bireye karşı objektif olmalıdır. Birey olaylara nasıl anlam yüklemektedir bu anlamlar belirlenmelidir
- Hemşire bireyin yanında sürekli taşıdığı ya da odasındaki manevi değerlere ilişkin simge ve belirtileri özenle değerlendirmelidir (Örn; Kur'an ya da dini kitaplar, Hz. Davut'un yıldızı gibi semboller...)
- Hemşire varsa bireyin manevi endişeleri/kaygılarının belirtileri değerlendirmelidir.
- Varsa bireyin manevi stres belirtilerini değerlendirmelidir (ör; ağlama, suçluluk ifadesi, sağlık çalışanlarına, aileye, Tanrıya/Allah'a karşı öfke, yaşamın anlamını ve amacını kaybetme...)
- Hemşire bireyde ortaya çıkan manevi umutsuzluğun belirtilerini dikkatle değerlendirmelidir (ör; yaşama umudunu ve sevincini kaybetme, sevdiği ve mutlu olduğu kişilerle görüşmeyi reddetme, tedaviyi reddetme...)
- Hemşire bireyin manevi gereksinimlerini değerlendirdikten sonra gerekli olduğu durumlarda farmakolojik ya da psikiyatrik müdahale ve yardım gerektirebilecek durumlardan doktoru haberdar etmelidir.
- Hemşire bireyin istediği durumlarda dua etmesine izin vermelidir.
- Hemşire dua ve meditasyonun gizli kalacağına ilişkin hastaya güvence vermeli, bu tür aktivitelerin hastada ortaya çıkardığı değişimler dikkatlice gözlenmelidir.
- Hemşire bireyin dini objelerinin zarar görmesini önlemelidir (Greenstreet 1999; Pesut 2002; Narayanasamy 2004; Wong ve Yau 2010; Baldacchino 2011; Kaur ve ark. 2015).

Hemşire, hastalar isterse dini gereksinimlerini bireylerin kendilerinin yapabilecekleri konusunda bilgi vermelidir ve bireylerin bunu gerçekleştirmesine yardımcı olmalıdır (Kavak ve ark. 2014). Bazı uygulamalar diğer hastaları rahatsız edebilir, böyle durumlarda hemşire uygun bir çözüm getirerek bu durumu engellemelidir (Johnson ve ark. 2016). Hemşire, bazen hastanın manevi gereksinimlerine yardım ederken hastanın isteklerinden rahatsız olabilir, eğer varsa bu rahatsızlık dile getirilmelidir (Baldacchino 2011; Galloway ve Hand 2017; Costello ve ark. 2012). Manevi endişe, stres ve umutsuzluk durumlarında gerekirse ya da kişiler ihtiyaç duyarsa, psikolog ya da din adamından yardım istenebilir. Doktor notları, psikolog ve din adamlarının yorumları dikkate alınmalı ve hemşire gözlem formlarına kaydedilmesi unutulmamalıdır (Sülü Uğurlu 2014; Çoban ve ark. 2017).

2.7.4. Değerlendirme

Hemşirenin verdiği manevi bakımın etkinliği değerlendirme aşamasında ele alınır, bundan dolayı bu aşama çok önem arz etmektedir. Hemşire değerlendirme sürecinde verdiği manevi bakımın etkili olduğunu şu sonuçlardan çıkarabilir; hastanın manevi ihtiyaçlarının yeterli ölçüde karşılandığını kabul etmesi ve onay vermesi, hastanın bulunduğu ortamı, konumu ve yaşadığı olayları kabul etmesi, kendisini psikolojik olarak daha rahat ve huzurlu hissettiğini belirtmesi, tedaviye uyumun iyileşmesi vb. Eğer hemşire verdiği bakımın etkili olmadığını düşünürse veya bu sonuca varırsa başka bir manevi tanı ile hemşirelik bakımını devam ettirmelidir (Baldacchino 2008; Vlasblom ve ark. 2011; Çoban ve ark. 2017).

Sonuç olarak; hemşirelerin hastaların manevi gereksinimlerini farketmesi, kendi dini veya manevi düşüncelerinden etkilenmeden destekleyici ve geliştirici manevi bakım sunabilmesi bütüncül sağlık bakımı sağlanması yönünden çok önemlidir (Kalkım ve ark. 2016; Musa 2017; Bakır ve ark. 2017).

2.8. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakımdaki Rolü

Hemşirelerin üstlendikleri rollerde eski yıllara oranla oldukça büyük farklılıklar ve gelişmeler söz konusudur. Hemşirelik eğitimi ve uygulama alanında yaşanan gelişmeler ve değişiklikler, yaşanan sosyal olaylar ve teknolojik ilerlemeler,

uzmanlık alanlarının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu hemşirelik alanlarından birisi de psikiyatri hemşireliğidir (Buzlu 2010).

Psikiyatri hemşireliği; insanın davranış sürecini anlamayı amaç edinen, hastayla olduğu kadar kişinin kendisiyle de ilgilenmesini kapsayan dinamik bir beceridir (Buzlu 2011; Happell 2013). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği bilgiyi, deneyimi, hemşirelik becerisini, biyolojik ve sosyal bilim verilerini, kendi benliğini terapötik kullanma sanatını birleştiren bir disiplindir. Hemşireliğin iki alanından biri olan psikiyatri hemşireliği emosyonel bozuklukların bakım ve tedavisine, diğer alan olan ruh sağlığı hemşireliği ise riskli gruplara, kriz durumunda ruhsal bozuklukların oluşumunu önlemeye yönelik girişimlere odaklanır (Buzlu 2011).

Ruh sağlığı bakımı verirken psikiyatri hemşiresinin rolleri; insanları ve toplumu ruhsal hastalıklardan koruma, hastanın yaşama tekrar sağlıklı bir şekilde dönüşünü sağlama, hastaya en azından onun için zarar verici olmayan bir ortam sağlamadaki öneminden dolayı ilerlemiştir (Öz 2004).

Hizmet alan kişileri, kendi iyileşme yolculuklarında desteklemede önemli bir role sahip olan psikiyatri hemşireleri; toplum ve hastanelerde hizmet alan kişilerle çalışan önemli konumdaki personellerdir. Bu süreçte, hizmet alan kişileri etiketler olarak değil insan olarak değerlendirmek, bireyler için bakım değil bireylerle birlikte yapılan bakıma öncelik verilmelidir. İyileşmeyi kolaylaştıran ya da zorlaştıran etkenlerin tanımlanması, iyileşmeyi sağlayan becerilerin tanımlanmasında bireyle birlikte çalışmak, bireyin bakımında yer alan diğer ekip üyeleri ile bireyler arasında bir bağ olarak rol alması, uygun toplumsal destek kaynaklarıyla bağ kurmasını sağlamak önemlidir (McBrien 2010; Kavak ve ark. 2014). Psikiyatri hemşiresi, Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları (Amerikan Hemşireler Birliği tarafından belirlenen) doğrultusunda, bireyin sağlık ve hastalık verilerini toplayarak, hemşirelik tanılarını koyarak, bireye özgü beklenen sonuç kriterlerini tanımlayarak, beklenen sonuçlara ulaşmak için girişimleri tanımlayan bir bakım planı geliştirir. Bakım planı içinde tanımlanan girişimleri uygular ve beklenen sonuçlara ulaşma durumunu belirlemek için hastanın gelişimini değerlendirir. Bakım planını uygulama esnasında, danışmanlık, sağlık öğretimi, vaka yönetimi yapar ve ileri uygulama

girişimleri arasında bulunan psikoterapiyi kullanır (Aldridge 2000; Mooney ve Timmins 2007).

2.9. Ruh Sağlığı ve Bozukluklarında Manevi Bakım

Olumsuz yaşam deneyimleri, birçok hastayı, güç elde etmek ve hayatlarına anlam vermek gibi çeşitli amaçlarla dine yöneltirken, bu gibi durumlarda dine sığınmamakta olan birçok kişi de vardır. Dini araçlarla uğraşmayan kişiler, iç güçlerine ve diğer önemli kişilerle olan bağlantılarına odaklanarak manevi kaynaklarına güvenebilirler. Bunun sayesinde yeni bir manevi çerçeveye oluşturabilirler (Penrod ve Morse 1997; Fowler ve Hill 2004).

Maneviyat ve din iç içe gömülmüş olsun ya da olmasın, birçok kişi için güçlü bir başa çıkma aracı olabilir. Pargament (2002), manevi başa çıkmayı güçlü bir mekanizma haline getiren şeyin kutsal varlığın olduğunu savunuyor. Kutsal olduğu düşünülen varlığın insan sınırlamaları ile karşı karşıya kalındığı zaman hayatın etkisini artırma gücüne sahip olduğu düşünülür; bunların en belirgin olanı ölümdür. Manevi başa çıkmanın, insan sınırlamaları ile karşı karşıya kaldıklarında duygusal sıkıntılarla baş etmede etkili olduğu sıklıkla görülür (Pargament 2002). Sonuç olarak, manevi kaynaklara sahip olmak, özellikle acı çekmekte olan ölme korkusu ve çaresizlik duygusu yaşayan kişilerde kişinin kaygısına hâkim olduğu şiddetli kronik hastalıkların arasında yoğunlaşmaktadır. Hayatta anlam ve amaç aramak, ciddi bir krizle karşı karşıya kaldığında derinleşir. İnsanlar, hastalıklarını öyküler haline getirdiğinde nasıl iyileştiklerini bulurlar ve başa çıkma tarzları deneyimlenmiş olur.

Travmatik deneyimler ile manevi alan arasındaki bağlantı pek çok parametre içeren karmaşık bir yapıdır. Travma sonrası gelişme kendini toparlama ve maneviyat arasındaki pozitif korelasyon olduğu araştırmalarda tespit edilmiştir. Bu durumda psikiyatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Travma sonrasında bireyler maneviyatı, hem insani bir boyut olarak hem de verimli bir başa çıkma aracı olarak görürler (Ross 1995; Fowler ve Hill 2004; Arnold ve ark. 2005). Bireylerde travma duygusal, entelektüel, cinsel ve manevi alanlarda ortaya çıkabilir (Barrett 1999). Travma deneyimi, bireylerde gündelik yaşamda güven kaybı ve masumiyet kaybına yol açar. Travma geçirmiş kişinin genel aidiyet duygusu, dünya ve yaşam varsayımları ile tersyüz edilmiştir (Şar ve ark. 2012).

Sonuç olarak, travma yalnızlık duygularına yol açar böylece bu kişiler kendilerini ait hissettikleri bir destek aramaya başlarlar ve manevi güce sığınır. Buna göre, travmadan kurtulma sıklıkla manevi bir arayış biçiminde olur (Arnold ve ark. 2005; Şar ve ark. 2012). Travmatik olay öncesinde hayata dair zengin bir manevi anlayışın, kişinin yaşamdan daha tatmin hissetmesinden kaynaklanan bir refah duygusuna sahip olabileceğini ve bunun da travma ile karşı karşıya kalırken bir tampon görevi görebileceği söylenmektedir (Miller ve Thoresen 2003; Ervin-Cox ve ark. 2005). Bu bağlamda maneviyat, kişiye yeni koşullar göz önüne alındığında hayatını yeniden yönlendirmesine yardımcı olan ve böylelikle parçalanmayı önleyen ve psikolojik sağlığın onarımı için gerekli bütünlüğü teşvik eden, kriz zamanlarında kişiye istikrar ve destek sağlayan önemli bir alandır (Emmons 1999). Travmatik deneyimler, birçoğunda manevi çağrışımlar taşıyan birçok işlemi etkinleştirir (Emmons 1999). Maneviyat her şeyden önce bireylerin neden hayatta kaldıklarına dair sorulara cevap verir (Barrett 1999). Trajik bir deneyim sırasında ve sonrasında anlam ararken maneviyat bu uyumsuzlukla baş etmede önemli bir faktör olabilir (McSherry 2002; Şar ve ark. 2012).

Şiddetli, kronik ve terminal hastalıklara sahip birçok hastada yapılan klinik çalışmalarda manevi boyutun bir güç kaynağı olabileceğini ve böylece hastaların sıkıntılı durumlarını yönetmesini kolaylaştırdığını ortaya koymaktadır (Pargament 2002). Bu travmatik deneyimler sıkça manevi yönden gelişmeye katkı sağlar. Araştırmalar, insanların din ve / veya maneviyata açık bir şekilde her durumda değindiklerini gösteriyor (Pargament 2002). Terapi sürecinde iyileşme sergileyen psikoterapi danışanları, terapistleri tarafından farkında olunsun veya olunmasın, ruhsal kaynaklarına güvenmektedirler (Musa 2017).

2.10. Ülkemizde ve Yurtdışında Hemşirelerde Maneviyat ve Manevi Bakımla İlgili Yapılan Çalışmalar

Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımla ilgili uygulamaları, algıları ve bu konu hakkındaki yeterliliklerine yönelik, son 10 yıl içerisinde ülkemizde ve yurtdışında yapılmış bazı çalışmalar ve sonuçları aşağıda verilmiştir.

2.10.1. Ülkemizde Hemşirelerde Maneviyat ve Manevi Bakımla İlgili Yapılan Çalışmalar

Yılmaz ve Okyay'ın (2009) hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla 333 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte, İç Anadolu Bölgesi'nde üç ilin devlet hastanelerinde yürüttükleri çalışmada; hemşirelerin maneviyat kavramına ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı ve eğitim programına gereksinimleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz ve Okyay 2009).

Akgün Kostak ve ark. (2010) hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla bir devlet hastanesinde 110 hemşire ve ebeyle tanımlayıcı nitelikte yürüttükleri çalışmada; hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır (Akgün Kostak ve ark. 2010).

Özbaşaran ve ark. (2011) Türk hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım algılarını belirlemek amacıyla bir devlet hastanesinde 348 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yapılan çalışmada; Türk hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım algılamalarının kararsız olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin eğitim düzeyi, iş deneyimi süresi ve istihdam bölümü, maneviyat ve ruhsal bakım algılamalarında belirleyici nitelikte olduğu da bulunmuştur (Özbaşaran ve ark. 2011).

Turan ve Yavuz Karamanoğlu (2012) Türkiye'de yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin manevi bakım algılarını ve manevi bakım hizmetinin uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla bir üniversite, iki devlet ve bir özel hastanede yoğun bakım ünitesinde çalışan toplam 123 hemşireyle yürüttükleri çalışmada; yoğun bakım hemşirelerinin manevi bakım uygulamalarında yetersiz oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Turan ve Yavuz Karamanoğlu 2012).

Çelik ve ark. (2014)'ın hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla iki üniversite hastanesinde 554 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yürüttükleri çalışmada; annesi lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan, bekâr olan, bakmakla yükümlü olduğu bakıma muhtaç bir yakını bulunan, nazara inanmayan ve hastaların maneviyata ilişkin yaptıkları geleneksel uygulamalar karşısında yararı yoktur uygulanmasın diye düşünen

hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılama düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. (Çelik ve ark. 2014).

Kavak ve ark. (2014) hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla 150 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte, bir devlet hastanesinde yürüttükleri çalışmada; hemşireler tarafından hastaların tedavi ve bakım sürecinde de manevi bakımın gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kavak ve ark. 2014).

Eğlence ve Şimşek'in (2014) hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi amacıyla bir devlet hastanesinde çalışan 103 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yaptıkları çalışmada; hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır. Yine çalışma sonucunda alanda çalışan hemşirelerin manevi bakımla ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu tespit edilmiştir (Eğlence ve Şimşek 2014).

Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir'in (2016) Türkiye'de hemşirelik uygulamalarında maneviyat ve manevi bakım uygulamalarının belirlenmesi amacıyla bir devlet hastanesinde çalışan 193 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yaptıkları bir çalışmada; hemşirelerin manevi bakımla ilgili algıları ve uygulamaları hakkında bilgi eksikliği ve genel bir karışıklık olduğu sonuçlarına varılmıştır (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2016).

Bakır ve ark. (2017) yoğun bakımda çalışan müslüman hemşirelerin maneviyata ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla bir üniversite hastanesinin yoğun bakımlarında çalışan 145 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yürüttükleri bir çalışmada; yoğun bakım hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğu, ancak yeterli bilgiye sahip hemşirelerin hastalarına manevi bakım sağladığı belirlenmiştir (Bakır ve ark. 2017).

2.10.2. Yurtdışında Hemşirelerde Maneviyat ve Manevi bakımla İlgili Yapılan Çalışmalar

Chan ve ark. (2006) Hong Kong hemşirelerinin manevi bakım algılarını ve uygulama kalıplarını belirlemek amacıyla bir devlet hastanesinde 193 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yürüttükleri bir çalışmada; bazı hemşirelerin manevi bakım

farkındalığı seviyelerinin düşük olduğu ve manevi bakım algılarının yetersiz olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Chan ve ark. 2006).

Lundberg ve Kerdonfag (2009) Tayland'da yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi bakım yollarını ve algılarını belirlemek amacıyla bir devlete hastanesinde 30 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yürüttükleri çalışmada; manevi bakım sağlanmasıyla ilgili beş tema ortaya çıkmıştır bunlar; zihinsel destek verme, dini ritüelleri ve kültürel inançları kolaylaştırma, hastalar ve hastaların aileleri ile iletişim kurma, hastaların manevi ihtiyaçlarını değerlendirme ve bakıma saygı gösterme olarak belirlenmiştir (Lundberg ve Kerdonfag 2009).

McBrien'nin (2010) acil serviste çalışan hemşirelerin hastalara manevi bakım uygulama durumlarını belirlemek amacıyla bir hastanenin acil servisinde çalışan 53 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yürüttüğü bir çalışmada; hemşirelik uygulamasının manevi boyutu ruhsal bakım olarak açıkça belirtilmemiş olmasına rağmen, aktif dinleme, dokunma ve nihai olarak hastayla bağlantı kurma gibi müdahalelerin, çoğu kez, hastanın manevi boyutu üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır (McBrien 2010).

Wong ve Yau (2010) Hong Kong'daki hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımdaki deneyimlerini belirlemek amacıyla Hong Kong'daki bir devlet hastanesinde beş kadın ve beş erkek olmak üzere toplamda 10 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yürüttükleri çalışmada; bazı katılımcılar maneviyatın dindarlıkla ilgili olduğunu düşünmüşlerdir. Katılımcılar manevi uygulamalarda zorluklarla karşılaşmışlardır. Manevi bakımın yararlı sonuçlarının iyi bilinmesine rağmen, iki katılımcı manevi bakımın iş yükünü artıracığını belirtmiştir (Wong ve Yau 2010).

McSherry ve Jamieson (2011) hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılarını belirlemek amacıyla internet üzerinden verilen anketle ve 4054 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yürüttükleri çalışmada; hemşirelerin hastaların manevi ihtiyaçlarına devam etmenin hemşirelik bakımının genel kalitesini arttırdığını kabul ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte, manevi boyuta verilen tüm dikkatlere rağmen, hemşirelerin çoğunluğu hâlâ, hastalarının manevi ihtiyaçlarını desteklemek

ve etkin bir şekilde karşılamak için yönetim organlarından daha fazla rehberlik ve destek almak istediklerini belirtmişlerdir (McSherry ve Jamieson 2011).

Ruder (2013) hemşirelerin manevi bakım sağlamaya ilgili algılarını belirlemek amacıyla iki büyük devlet hastanesinde çalışan 69 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yürüttüğü çalışmada; hemşirelerin manevi bakım sağlamada yetersiz oldukları ve bundan dolayı manevi bakım vermeye hazır olmadıkları veya bunu yaparken rahat hissetmedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bundan dolayı, hemşire ve diğer sağlık görevlileri, resmi müfredatlar veya sürekli eğitim yoluyla ruhsal bakım hakkında eğitim almalılar sonucuna ulaşmışlardır (Ruder 2013).

Attard ve ark. (2014) hemşirelerin ve ebelerin manevi bakımda yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla bir devlet hastanesinde 111 hemşire ve 101 ebeye tanımlayıcı nitelikte yürüttükleri bir çalışmada; hemşirelerin manevi bakım yeterlilikleri puan ortalamaları ebelerinkinden anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Hemşireler ebelerden daha fazla manevi bakımda yeterlik derecesi elde etmiştir (Attard ve ark. 2014).

Sanders ve ark. (2015) dindar hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılarını belirlemek amacıyla 614 hemşireyle tanımlayıcı nitelikte yürüttükleri çalışmada; katılımcıların %98'inden fazlası, neredeyse tüm hastaların manevi bir gereksinimi olduğunu bildirmişlerdir. Bununla birlikte katılımcıların (hemşirelerin) çoğunluğu, hemşirelerin manevi bakım konusunda yeterli eğitim almadıklarını düşünmüşlerdir (Sanders ve ark. 2015).

Zakaria Kiaei ve ark. (2015) İranlı hemşirelerin manevi bakım algılarını ve engellerini belirlemek amacıyla İran'da bir üniversite hastanesinde 259 hemşireyle tanımlayıcı kesitsel nitelikte yürüttükleri bir çalışmada; katılımcıların çoğunluğu bakımın bu yönünde yeterli eğitim alamadıklarını düşünmüşlerdir. Ayrıca katılımcılar manevi bakım sunma konusundaki temel engellerin, yoğun çalışma programları, manevi bakımla ilgili yetersiz bilgi, düşük motivasyon, hastaların manevi ihtiyaçlarının çeşitliliği ve manevi bakım sağlamak için 'yetersiz' olma hissi olduğunu belirtmişlerdir (Zakaria Kiaei ve ark. 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verilerinin Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde gerekli izinlerin alındığı tarihten itibaren Ekim 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa'da 35 dönümlük, Ahmetli ilçesinde 44 dönümlük alan üzerine kurulmuş toplam 640 yatak kapasitesine sahiptir ve Manisa, Balıkesir, İzmir, Aydın, Afyon, Isparta, Burdur, Uşak, Muğla, Antalya, Denizli olmak üzere toplam 12 ile hizmet veren bir bölge hastanesidir. Hastanede hizmet veren birimler şunlardır; erişkin psikiyatri polikliniği, çocuk ve ergen psikiyatri polikliniği, nöroloji polikliniği, amatem polikliniği, aile terapisi polikliniği, acil polikliniği, denetimli serbestlik polikliniği, ağrı polikliniği, sigara bıraktırma polikliniği, toplum ruh sağlığı birimi, rehabilitasyon birimi, sosyal hizmet, EKG birimi, eczane birimi, EEG birimi, laboratuvar birimi (mikrobiyoloji, biyokimya, toksikoloji), röntgen birimi, aile hekimliği polikliniğidir. Hastane bünyesinde toplam 52 uzman doktor, 2 pratisyen hekim, 134 hemşire, 133 temizlik personeliyle hizmet vermektedir. Hastanede; psikotik bozukluk servisleri, duygudurum bozukluk servisleri, amatem servisi, geriatri servisi, çocuk ergen servisleri, adli servis bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmaktadır (N=134). Araştırmada, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir ve örneklem seçilimine gidilmemiştir. Araştırmada gönüllülük esası dikkate alınmıştır.

Araştırmanın örneklemine, Ekim 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan, hemşire ünvanında görev yapan, örneklem seçme ölçütlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden, toplam 128 hemşire oluşturmuştur. Hemşirelerden üçü süt izninde olduğundan, biri doğum

izninde olduğundan, biri doğum öncesi izinde olduğundan, biri sağlık sorunları nedeniyle soruları çözemeyeceğinden dolayı araştırma kapsamına 128 hemşire dâhil edilmiştir (Şekil I). Araştırmaya katılım oranı %95,5'dir.

Araştırmaya dâhil olma kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Hemşire olarak çalışan,

Araştırma dışında tutulma kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler,
- Hemşire ünvanı dışındaki diğer sağlık personelleri (doktor, ATT, psikolog, FTR uzmanı, diyetisyen),
- Sağlık sorunları nedeniyle soruları cevaplayamayan hemşireler olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

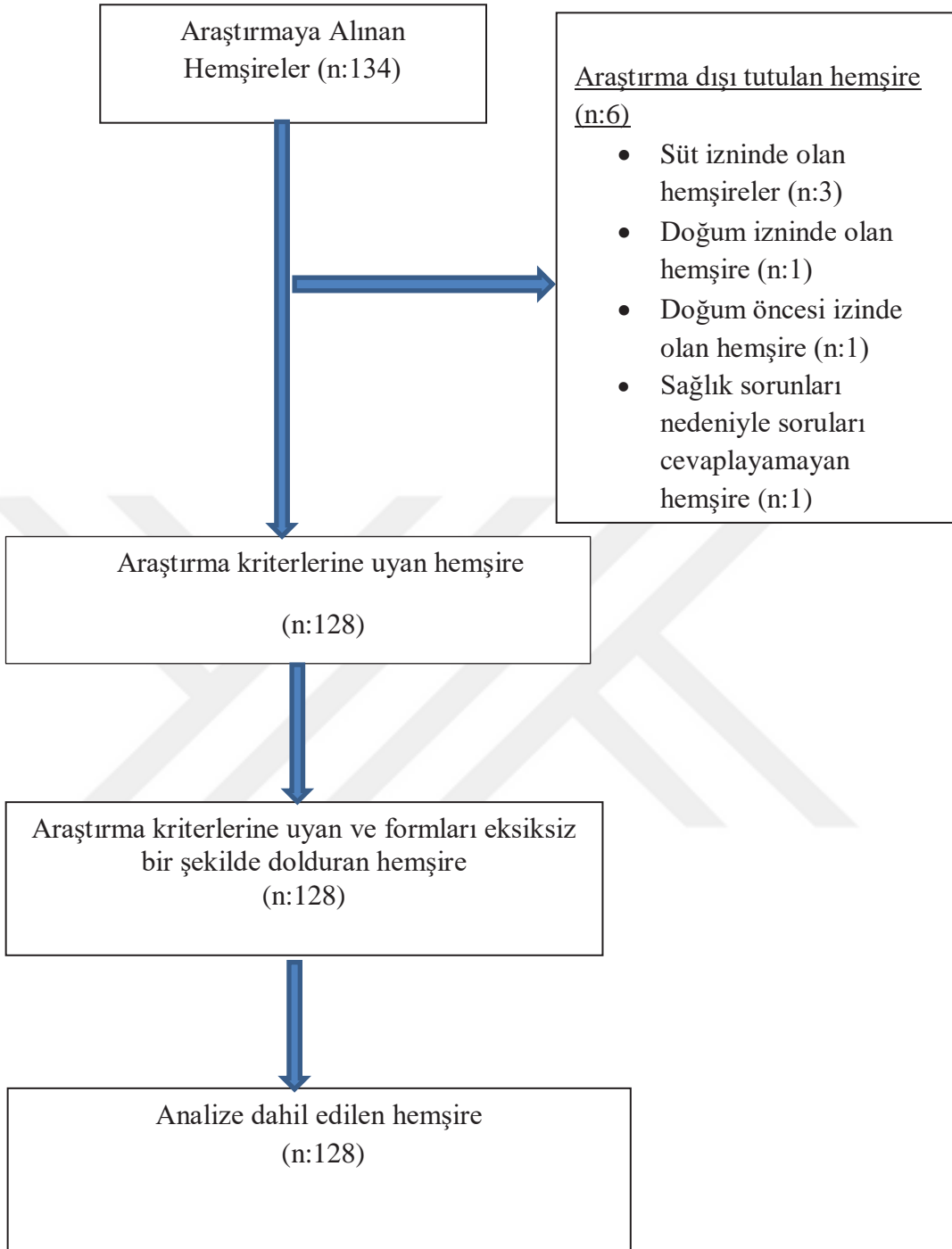
Araştırmada bir form ve iki ölçekten oluşan veri toplama araçları kullanılmıştır. Hemşirelerin tanıtıcı ve manevi bakıma ilişkin özelliklerini içeren 32 sorudan oluşan Hemşirelerin Tanıtıcı ve Manevi Bakıma İlişkin Özellikleri Formu kullanılmıştır (EK I). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılarını değerlendirmek için Maneviyat Manevi Bakım Dereceleme ölçeği kullanılmıştır (EK II). Hemşirelerin manevi bakım yeterliliklerini değerlendirmek için Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır (EKIII).

3.4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Manevi Bakıma İlişkin Özellikleri Formu:

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda çalışmamıza benzer çalışmalar göz önüne alınarak hazırlanmış olup hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve manevi bakıma ilişkin özelliklerini içeren soruları içermektedir (Akgün Kostak 2007; Daştan ve Buzlu 2010; Çelik ve ark. 2014; Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir 2016; Dağhan ve ark. 2016). Bu formda, hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, işyeri deneyim süresi meslek bilgilerine ve manevi bakıma ilişkin (maneviyat ve manevi bakım kavramları, manevi bakım bilgisi, uygulamaları ve tutumları, manevi bakım konusunda aldığı eğitim) sorulardan oluşan 32 soru yer almaktadır (EK I).

3.4.2. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) : 2002 yılında McSherry, Draper ve Kendric tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 2007 yılında Ergül ve Bayık-Temel tarafından yapılmıştır. Beşli likert tipi bir ölçektir. Maddelerin puanlaması kesinlikle katılmıyorum 1’den tamamen katılıyorum 5’e doğru yapılmaktadır. Ölçek toplam 17 maddeden oluşmaktadır. On üç madde düz, dört madde (3,4,13,16) ters şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan ise 85’tir. Alınan puanın yüksek olması maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılama düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir. McSherry, Draper ve Kendric’in çalışmasında ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.64’tür. Ülkemizde, Ergül ve Temel (2007) tarafından ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.76 olarak saptanmıştır (Ergül ve Temel 2007) (EKII). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,79 bulunmuştur.

3.4.3. Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği (MBYÖ) : Bu ölçek Leeuwen ve ark. (2009) tarafından geliştirilen “Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği”nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini Dağhan ve ark. (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması, profesyonellik ve manevi bakımın kalitesinin geliştirilmesi, kişisel destek ve hasta danışmanlığı, yönlendirme, hastanın maneviyatına karşı tutumu, iletişim olmak üzere manevi bakımla ilişkili hemşirelik yeterliliğinin üç alanından ve toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 27, en yüksek puan ise 135’dir. Alınan puanın yüksek olması manevi bakımla ilişkili hemşirelik yeterliliğinin olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0.97, manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması alt boyutu (6 madde) için 0.94, manevi bakımda profesyonellik ve hasta danışmanlığı alt boyutu (15 madde) için 0.96, hastanın maneviyatına karşı tutumu ve iletişimi alt boyutu (6 madde) için 0.97 olarak bulunmuştur (Dağhan ve ark. 2016) (EK III). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,93 bulunmuştur.



Şekil 1: Araştırmanın Uygulama Akış Şeması

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü kabul eden hemşirelerin mesai saatleri içerisinde anketler verilip çalışma bulgularını etkilememesi için anketleri birebir doldurmaları istenmiştir. Anketlerin doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler: Hemşirelerin manevi bakım algıları ve yeterlilikleri araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri, manevi bakım uygulamaları araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen bulgular, SPSS for Windows 23.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde sayı, puan ortalaması yüzdelik, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Pearson Korelasyon testi, Çoklu Regresyon analizi ile değerlendirme yapılmıştır. Verilerin normallik dağılımına Kolmogrow Smirnov testi ile bakılmıştır ve verilerin normal dağılım göstermediği görülmüştür (MMBDÖ: 0,113; MBYÖ: 0,84; $p < 0,05$). Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Yönetimi'nden gerekli onay (28233352-302.14.01) (EK V), Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan onay (19/09/2017-20478486-050.04.04.) (EK VI) ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Manisa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin (26/09/2017-40384065-711-10) (EK VII) alındı. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı ve yapılacaklar anlatılarak sözel izinleri, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK IV) kullanılarak yazılı izinleri alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın yapıldığı hastane Türkiye'nin ikinci büyük Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesidir. Araştırma sadece bir kurumda yapıldığından (Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi) araştırma bulguları genellenemez. Hemşirelerin iş yeri ortamından ve iş yoğunluğundan dolayı soruları cevaplamakta isteksiz davranması ise araştırma verilerinin toplanması sırasında yaşanan güçlük oldu.



4. BULGULAR

4.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Aşağıdaki tabloda hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine yönelik bilgiler yer almaktadır.

Tablo 1. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
29 - 39	78	60,9
40 yaş ve üzeri	50	39,1
Yaş ortalaması	39,26± 5,47	Min= 29 Max= 52
Medeni durum		
Evli	95	74,2
Bekâr	33	25,8
Cinsiyet		
Erkek	30	23,4
Kadın	98	76,6
Eğitim durumu		
Ön lisans	31	24,2
Lisans	85	66,4
Yüksek Lisans	12	9,4
Meslekte çalışma yılı		
7-19	75	58,6
20 yıl ve üzeri	53	41,4
Meslekte çalışma yılı ortalaması	18,47±6,46	Min= 7 Max= 34
Çalıştığı hastanede çalışma yılı		
1-9 yıl	67	52,3
10 yıl ve üzeri	61	47,7
Bu hastanede çalışma yılı Ortalaması	9,74±4,50	Min= 1 Max= 28
Haftalık çalışma saati		
40 – 49	73	57
50 saat ve üzeri	55	43
Haftalık çalışma saati ortalaması	50,72±9,71	Min= 40 Max= 96
Çalıştığı serviste baktığı hasta sayısı		
5-44	38	29,7
45 ve üzeri	90	70,3
Bu hastanede bakım verdiği hasta sayısı ortalaması	44,5±14,69	Min= 5 Max=80
Toplam	128	100

Araştırmaya alınan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verildi. Psikiyatri hemşirelerinin yaşlarına göre dağılımı incelendiğinde; %60,9’unun 29-39 yaş grubunda, %39,1’inin 40 yaş ve üzeri grubunda yer aldığı belirtildi. Hemşirelerin yaş ortalaması ise 39,26± 5,47 Min= 29 Max= 52’dir.

Hemşirelerin medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; %74,2’inin evli olduğu ve %25,8’inin bekâr olduğu belirtildi.

Hemşirelerin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; %23,4'ünün erkek olduğu, %76,6'sının kadın olduğu belirtildi.

Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde; %24,2'sinin ön lisans mezunu, %66,4'ünün lisans mezunu, %9,4'ünün yüksek lisans mezunu olduğu belirtildi.

Hemşirelerin meslekte çalışma yılına göre dağılımı incelendiğinde; %58,6'sının 7-19 yıl arası grupta, %41,4 'ünün 20 yıl ve üzeri grupta olduğu belirtildi. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalaması ise $18,47 \pm 6,46$ Min= 7 Max= 34'tür.

Hemşirelerin bu hastanede çalışma yılına göre dağılımı incelendiğinde; %52,3'ünün 1- 9 yıl arası grupta, %47,7'sinin 10 yıl ve üzeri çalışma yılı olduğu belirtildi. Hemşirelerin çalışılan hastanede çalışma yılı ortalaması ise $9,74 \pm 4,50$ Min= 1 Max= 28'dir.

Hemşirelerin haftalık çalışma saatine göre dağılımı incelendiğinde; %57'sinin 40-49 saat arası grupta, %43'ünün 50 saat ve üzeri saatte çalıştığı belirtildi. Hemşirelerin haftalık çalışma saati ortalaması ise $50,72 \pm 9,71$ Min: 40 Max: 96'dır.

Hemşirelerin çalıştığı serviste baktığı hasta sayısına göre dağılımı incelendiğinde; %29,7'sinin 5-44 arası kişi, %70,3'ünün 45 ve üzeri sayıda kişiye baktığı belirtildi. Hemşirelerin çalıştığı serviste baktığı hasta sayısı ortalaması ise $44,5 \pm 14,69$ Min=5 Max=80'dir.

4.2. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşlerine ilişkin sonuçların dağılımları bulunmaktadır.

Tablo 2. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Görüşleri

Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Görüşler	Sayı	%
Maneviyat kavramını duyma		
Evet	77	60,2
Hayır	51	39,8
Maneviyatın tanımı		
Dini yönümüzdür	41	31
Ruhsal boyut, ruhsal yaklaşım, ruhsal inançlardır	23	18
Maddi olmayan şeylerdir	22	17,2
İyi olma, vicdanlı olma, huzurlu olma halidir	21	16,4
Kişinin iç dünyasını rahatlatmak için kullandığı şeylerdir	11	8,6
Hastayı dinlemek	4	3,1
Diğer*	3	2,4
Bir fikrim yok	3	2,4
Manevi bakımın tanımı		
Hastaları ruhsal açıdan desteklemek ve yaklaşımda bulunmaktır	48	37,5
Hastaları dini yönlerle destekleyerek tedavi etmedir	44	34,4
Hastaları hoşgörülle ve güzel ahlakla ve içsel inançlarla tedavi etmektir	22	17,2
Hastaları ibadetleriyle desteklemek ve ibadetlerini yapacakları ortam sağlamaktır	4	3,1
Örf adet gelenek ve göreneklerle dini açıdan yaklaşımdır	3	2,3
Hastayı rahatlatmak huzura erdirmektir	1	0,8
Bir fikrim yok	6	4,7
Manevi inanca sahip olma durumu		
Evet	126	98,4
Hayır	2	1,6
Manevi değerleri hesaba katmak ne derece önemli		
Çok	90	70,3
Orta	34	26,6
Az	3	2,3
Hiç	1	0,8
Hastalıkların iyileşme sürecinde maneviyat ve manevi bakım etkili mi		
Evet	119	93
Hayır	9	7
Toplam	128	100

*(Örf, adet, gelenek göreneklerimizdir, Allah ile aramızda olanlardır, insanın yaşama tutunmasıdır.)

Psikiyatri hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakımla ilgili görüşlerinin dağılımı Tablo 2’de verildi. Hemşirelerin maneviyat kavramını duyma dağılımı

incelendiğinde; %60,2'sinin maneviyat kavramını duyduğu, %39,8'inin ise maneviyat kavramını duymadığını belirtti.

Hemşirelerin 'maneviyatın' tanımına ilişkin dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %31'i maneviyatı dini kavramlarla özdeşleştirirken, %18'i maneviyatı ruhsal boyut, ruhsal yaklaşım, ruhsal inançlardır, %17,2'si maneviyatı maddi olmayan şeylerdir, %16,4'ü maneviyatı iyi olma, vicdanlı olma, huzurlu olma halidir, %8,6'sı maneviyatı kişinin iç dünyasını rahatlatmak için kullandığı şeylerdir, %3,1 maneviyatı hastayı dinlemek, %2,4 'ü örf, adet, gelenek göreneklerimizdir, Allah ile aramızda olanlardır, insanın yaşama tutunmasıdır şeklinde tanımladı. Hemşirelerin %2,4'si ise maneviyat hakkında bir fikri olmadığını belirtti.

Hemşirelerin 'manevi bakımın' tanımına ilişkin dağılımı incelendiğinde; %37,5'i manevi bakımı hastaları ruhsal açıdan desteklemek ve yaklaşımdır, hemşirelerin %34,4'si manevi bakımı hastaları dini yönlerle destekleyerek tedavi etmez, %17,2'si manevi bakımı hastaları hoşgörülle ve güzel ahlakla ve içsel inançlarla tedavi etmektir, %3,1'i manevi bakımı hastaları ibadetleriyle desteklemek ve ibadetlerini yapacakları ortam sağlamaktır, %2,3'ü manevi bakımı örf adet gelenek ve göreneklerle dini açıdan yaklaşımdır, %0,8'i manevi bakımı hastayı rahatlatmak huzura erdirmektir şeklinde tanımladılar. %4,7'si ise manevi bakım hakkında bir fikri olmadığını belirtti.

Hemşirelerin manevi inanca sahip olma durumlarının dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %98,4'ü manevi inanca sahiptir, %1,6'sı ise manevi inanca sahip değildir.

Hemşirelerin manevi değerleri hesaba katma ile ilgili görüşlerinin dağılımı incelendiğinde; %70,3'ü manevi değerleri hesaba katmanın çok önemli olduğunu, %26,6'sı orta derecede önemli, %2,3'ü az önemli olduğunu belirtirken, %0,8'i ise hiç önemli olmadığını belirtti.

Hemşirelerin hastalıkların iyileşmesinde maneviyat ve manevi bakımın etkili olmasıyla ilgili görüşlerine ilişkin dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %93'ü etkili olduğunu, %7'si ise etkili olmadığını belirtti.

4.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Bilgilerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım konusundaki bilgilerine ve bilgiyi edinme yerlerine ilişkin sonuçların dağılımları bulunmaktadır.

Tablo 3. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Bilgileri (n=128)

Manevi Bakım Konusundaki Bilgiler	Sayı	%
Maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi sahibi olma durumu		
Var	65	50,8
Yok	63	49,2
Toplam	128	100
Bilgiyi edinme yeri		
Bilimsel etkinlikler (kongre, sempozyum, kurs)	24	38,9
Yazılı, sözlü basın (gazete, TV, radyo, bilimsel olmayan internet)	17	26,9
Bilimsel yayınlar (dergi, kitap, broşür, afiş, vb.)	13	20,6
Okul	8	12,6
Manevi bakım konusunda özel eğitim alma	1	1,58
Toplam	63	100

Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım konusundaki bilgilerinin dağılımı Tablo 3'te verildi. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgisinin olma durumunun dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %49,2'si maneviyat ve manevi bakım hakkında bilgi sahibi olduğunu, %50,8'i ise bilgi sahibi olmadığını belirtti.

Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgilerinin edinme yerlerine göre dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %38,9'u bu bilgiyi bilimsel etkinliklerden, %26,9'u yazılı, sözlü basından (gazete, TV, radyo, bilimsel olmayan internet), %20,6'sı bilimsel yayınlardan (dergi, kitap, broşür, afiş, vb.), %12,6'sı okuldan, %1,58'i manevi bakım konusunda özel eğitim alarak edindiğini belirtti.

4.4. Psikiyatri Hemşirelerinin Günlük Yaşamda ve Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Uygulamalara İlişkin Bulguların Dağılımı

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin günlük yaşamda ve hasta bakımında kullandıkları manevi uygulamalara ilişkin sonuçların dağılımları bulunmaktadır.

Tablo 4. Psikiyatri Hemşirelerinin Günlük Yaşamlarında ve Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Uygulamalar

Hemşirelerin günlük yaşamlarında uyguladıkları manevi uygulamalar*	Sayı	%
Namaz kılmak	103	80,5
Dua etmek	94	73,4
Müzik dinlemek	32	25
Yürüyüş yapmak, spor yapmak	28	21,9
Şefkatli olmak	25	19,5
Kitap okumak	23	18
Hemşirelerin hasta bakımında uyguladıkları manevi bakım uygulamaları*		
Dinlemek	116	90,6
Psikolojik destek sağlamak	109	85,2
Empatik yaklaşmak	94	73,4
Rahat/sakin bir ortam sağlamak	87	68
Doğa yürüyüşüne katılmasını sağlamak	75	58,6
Terapötik dokunma	69	53,9
Manevi uygulamalarını (namaz kılmak, kuran okumak, meditasyon, vb.) gerçekleştireceği ortam hazırlamak	58	45,3
Dini/maneviyat kitapları okumasını sağlamak	47	36,7
Relaksasyon (gevşeme) müzikleri dinletmek	95	74,2
Klinikte hastalarda en çok gözlenen manevi uygulamalar*		
Namaz kılmak	114	89,1
Dua etmek	90	70,3
Müzik dinlemek	45	35,2
Resim yapmak	30	23,4
Doğa yürüyüşü yapmak	20	15,6
El işi yapmak	11	8,6
Dini kitap okumak	9	7

*Sorularda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Psikiyatri hemşirelerinin günlük yaşamlarında ve hasta bakımında uyguladıkları manevi uygulamaların dağılımı Tablo 4’te verildi. Hemşirelerin günlük yaşamlarında uyguladıkları manevi uygulamaların dağılımı incelendiğinde; bu uygulamaların sırasıyla %80,5 namaz kılmak, %73,4 dua etmek, %25 müzik dinlemek, %21,9 yürüyüş ve spor yapmak, %19,5 şefkatli olmak, %18 kitap okumak olduğu belirtildi.

Hemşirelerin hasta bakımında uyguladıkları manevi uygulamaların dağılımı incelendiğinde; bu uygulamaların sırasıyla %90,6 dinlemek, %85,2 psikolojik destek sağlamak, %74,2 relaksasyon (gevşeme) müzikleri dinletmek, %73,4 empatik yaklaşmak, %68 rahat/sakin ortam sağlamak, %58,6 doğa yürüyüşüne katılmasını sağlamak, %53,9 terapötik dokunma, %45,3 manevi uygulamalarını gerçekleştireceği ortam hazırlamak, %36,7 dini /maneviyat kitapları okumasını sağlamak olduğu belirtildi.

Hemşirelerin klinikte hastalarda en çok gözlemlendiği manevi uygulamaların dağılımı incelendiğinde; bu manevi uygulamaların sırasıyla %89,1 namaz kılmak, %70,3 dua etmek, %35,2 müzik dinlemek, %23,4 resim yapmak, %15,6 doğa yürüyüşü yapmak, %8,6 el işi yapmak ve %7 dini kitap okumak olduğu belirtildi.

4.5. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Eğitim Durumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım konusundaki eğitim durumlarına ilişkin sonuçların dağılımları bulunmaktadır.

Tablo 5. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Eğitim Durumları

Manevi Bakım Konusundaki Eğitim Durumları	Sayı	%
Meslekte/çalıştığınız kurumda manevi bakım konusunda hizmet içi eğitim alma durumu		
Evet	6	4,7
Hayır	122	95,3
Manevi bakımla ilgili eğitim alma isteği		
Evet	111	86,7
Hayır	17	13,3
Okuldayken manevi bakım konusunda eğitim alma		
Evet	28	21,9
Hayır	100	78,1
Eğitim aldığınız okulda ders içeriklerinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgilerin yeterliliği		
Çok	6	4,7
Orta	31	24,2
Az	63	49,2
Hiç	28	21,9
Maneviyat konusu ders içeriklerine daha fazla dahil edilmeli mi		
Evet	111	86,7
Hayır	17	13,3
Toplam	128	100

Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım konusundaki eğitim durumlarının dağılımı Tablo 5'te verildi. Hemşirelerin meslekte/çalışılan kurumda manevi bakım konusunda hizmet içi eğitim alma durumu incelendiğinde; %4,7'si eğitim aldığını, %95,3'ünün eğitim almadığını belirtti.

Hemşirelerin manevi bakımla ilgili eğitim alma isteğinin dağılımı incelendiğinde; %86,7'si eğitim almak istediğini, %13,3'ü ise eğitim almak istemediğini belirtti.

Hemşirelerin okuldayken manevi bakım konusunda eğitim alma durumlarının dağılımı incelendiğinde; %21,9'unun bu konuda eğitim aldığı, %78,1'inin ise eğitim almadığı belirtildi.

Hemşirelerin eğitim aldıkları okulda ders içeriklerinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgilerin yeterliliğinin dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %4,7'si bilgilerin yeterli olduğunu, %24,2'si orta derecede yeterli olduğunu, %49,2'si ise bilgilerin az olduğunu, %21,9'u ise ders içeriklerinde maneviyat konusunda hiç bilginin olmadığını belirtti.

Hemşirelerin maneviyat ders içeriklerine daha fazla dâhil edilmesi konusundaki dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %86,7'si daha fazla dâhil edilmesini %13,3'ü ise dâhil edilmemesini belirtti.

4.6. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamalarına ilişkin tutumlarının dağılımları bulunmaktadır.

Tablo 6. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumları

Manevi Bakıma İlişkin Tutumlar	Sayı	%
Hastaya/bireye manevi bakım verme konusunda sorumlu hemşire/başhemşire tarafından yönlendirilme durumu		
Evet	20	15,6
Hayır	108	84,4
Bireye/hastaya manevi bakım vermeye istekliliği		
Evet	112	87,5
Hayır	16	12,5
Uygulamalarda hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılama durumları		
Karşılatabiliyorum	45	35,2
Karşılamiyorum	83	64,8
Uygulamalarda hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılamama nedenleri*		
İş yükünün fazla olması	94	73,4
Uygulama ortamının yetersizliği	91	71,1
Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması	87	68
Hastayla olan iletişim problemi	85	66,4
Yorgunluk	85	66,4
Başhemşire/sorumlu hemşire tarafından yönlendirilmeme	82	64,1
İsteksizlik	82	64,1
Fiziksel sorunlara öncelik verme	79	61,7
Manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi	74	57,8
Hemşire olarak hastaya/bireye manevi bakım vermek gerekli mi		
Evet	87	68
Hayır	41	32
Hemşirenin manevi inancı bireye/hastaya verilen manevi bakıma yardımcı oluyor mu		
Evet	108	84,4
Hayır	7	5,5
Kararsızım	13	10,2
Toplam	128	100

*Soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamalarına ilişkin tutumlarının dağılımı Tablo 6'da verildi. Psikiyatri hemşirelerinin hastaya/bireye manevi bakım verme konusunda sorumlu hemşire/başhemşire tarafından yönlendirilme durumunun dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %15,6'sının yöneticileri tarafından yönlendirildiğini, %84,4'ünün ise yönlendirilmediğini belirtti.

Hemşirelerin bireye/hastaya manevi bakım vermeye istekliliğinin dağılımı incelendiğinde; %87,5'inin istekli olduğu, %12,5'inin ise istekli olmadığı belirtildi.

Hemşirelerin uygulamalarda hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılama durumlarının dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %35,2'sinin manevi gereksinimleri karşılayabildiği, %64,8'inin ise karşılayamadığı belirtildi.

Hemşirelerin uygulamalarda hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılayamama nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; bu nedenler sırasıyla, %73,4 iş yükünün fazla olması, %71,1 uygulama ortamının yetersizliği, %68 hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, %66,4 hastayla olan iletişim problemi, %66,4 yorgunluk, %64,1 başhemşire tarafından yönlendirilmeme, %64,1 isteksizlik, %61,7 fiziksel sorunlara öncelik verme, %57,8 manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi olarak belirtildi.

Hemşirelerin hastaya/bireye manevi bakım vermenin gerekliliği incelendiğinde; hemşirelerin %68'i gerekli olduğunu, %32'si gerekli olmadığını belirtti.

Hemşirelerin manevi inancının bireye/hastaya verilen manevi bakıma yardımcı olması tutumunun dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %84,4'ünün yardımcı olduğunu, %5,5'inin yardımcı olmadığını düşünürken %10,2'sinin kararsız olduğunu belirtti.

4.7. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımları

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin MMBDÖ puan ortalamalarının dağılımları bulunmaktadır.

Tablo 7. Psikiyatri Hemşirelerinin MMBDÖ Puan Ortalamaları (n=128)

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Puan Ortalamaları		X±SS
1	Hemşirelerin, hastanede, hasta isterse bir din görevlisini çağırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	3,84±1,29
2	Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	4,45±0,88
3	Maneviyatın yalnızca affetme ve affedilme gereksinimi ile ilgili olduğunu düşünüyorum	3,64±1,25
4	Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum	3,96±1,03
5	Maneviyatın tanrıya ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını düşünüyorum	3,21±1,36
6	Maneviyatın yaşamımızdaki iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma ile ilgili olduğunu düşünüyorum	3,85±0,94
7	Hemşirelerin, hasta gereksinim duyduğunda, ona destek olmak için zaman ayırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	3,96±0,90
8	Hemşirelerin, hastalığının anlamını ve nedenini bulmada, hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	4,02±0,92
9	Maneviyatın, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum	4,17±0,89
10	Maneviyatın, kişinin yaşamını, “şimdi ve burada” yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğunu düşünüyorum	3,93±0,97
11	Hemşirelerin, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	3,97±0,98
12	Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşünüyorum	4,25±0,86
13	Maneviyatın, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum	3,82±1,16
14	Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	4,05±0,94
15	Maneviyatın, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünüyorum	3,89±1,06
16	Maneviyatın, tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum	3,88±1,03
17	Maneviyatın, insan ahlakını içeren bir konu olduğunu düşünüyorum	3,98±0,91
Madde Puan Ort.		3,93±0,49
Toplam Puan		66,92±8,43

Psikiyatri hemşirelerinin MMBDÖ madde puan ortalamaları ve toplam puanı tablo 7’de verilmiştir.

Bu ölçekte elde edilen en yüksek beş maddenin madde puan ortalaması şu şekildedir; 2.madde ‘Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum’ 4,45±0,88, 12. madde

‘Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşünüyorum’ 4,25±0,86, 9.madde ‘Maneviyatın, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum’ 4,17±0,89, 14. madde ‘Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum’ 4,05±0,94, 8.madde ‘Hemşirelerin, hastalığının anlamını ve nedenini bulmada, hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum’ 4,02±0,92 dir.

Bu ölçekte elde edilen en düşük beş madde puan ortalaması şu şekildedir; 5.madde ‘Maneviyatın tanrıya ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını düşünüyorum’ 3,21±1,36, 3. madde ‘Maneviyatın yalnızca affetme ve affedilme gereksinimi ile ilgili olduğunu düşünüyorum’ 3,64±1,25, 13. madde ‘Maneviyatın, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum’ 3,82±1,16, 1. madde ‘Hemşirelerin, hastanede, hasta isterse bir din görevlisini çağırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum’ 16. madde ‘Maneviyatın, tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum’ 3,88±1,03’ tür.

MMBDÖ toplam puanı; 66,92±8,43’tür. (Min-Max: 39-85). MMBDÖ madde puan ortalaması ise şu şekildedir; 3,93±0,49 (Min-Max: 2,29-5).

4.8. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği (MBYÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımları

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin MBYÖ puan ortalamalarının dağılımları bulunmaktadır.

Tablo 8. Psikiyatri Hemşirelerinin MBYÖ Puan Ortalamaları (n=128)

	Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları	X±SS
Manevi Bakımın Değerlendirilmesi ve Uygulanması		
1	Bir hastanın manevi ihtiyaçlarını sözlü veya yazılı olarak raporlayabilirim	3,39±1,10
2	Hastaya danışarak, hastanın manevi ihtiyaçlarına/ sorunlarına göre hemşirelik bakımını şekillendirebilirim.	3,56±1,04
3	Multidisipliner danışma yoluyla, hastanın manevi ihtiyaçlarına/ sorunlarına göre hemşirelik bakımını şekillendirebilirim.	3,39±1,07
4	Bir hastanın manevi bakımındaki hemşirelik bileşenlerini, hemşirelik bakım planında raporlayabilirim.	3,42±1,04
5	Bir hastanın maneviyatına ilişkin bilgilerini yazılı olarak raporlayabilirim.	3,22±1,07
6	Bir hastanın maneviyatına ilişkin bilgilerini sözlü olarak aktarabilirim.	3,46±1,03
Profesyonellik ve Manevi Bakımın Kalitesinin Geliştirilmesi		
7	Hemşirelik hizmetleri içerisinde, manevi bakım alanındaki kalite güvencesine katkıda bulunabilirim.	2,94±1,08
8	Hemşirelik hizmetleri içerisinde, manevi bakım alanındaki mesleki gelişime katkıda bulunabilirim.	3,02±1,03
9	Hemşirelik hizmetleri içerisinde, meslektaşlarımla oluşturduğum tartışma toplantılarında manevi bakımla ilgili sorunları tanımlayabilirim.	3,03±1,05
10	Hastalara manevi bakım verme alanıyla ilgili diğer bakım çalışanlarına eğitimlik yapabilirim.	3,01±1,11
11	Hemşirelik hizmetleri yönetimine, manevi bakımla ilgili politika oluşturmalarında önerilerde bulunabilirim.	2,98±1,05
12	Hemşirelik hizmetlerinde bir manevi bakım geliştirme projesini yürütebilirim.	2,96±1,11
Kişisel Destek ve Hasta Danışmanlığı		
13	Bir hastaya manevi bakım verebilirim.	3,64±1,05
14	Disiplinler arası ekip içinde ve hastaya danışarak verdiğim manevi bakımı değerlendirebilirim.	3,52±1,04
15	Bir hastaya bakım aldığı kurum bünyesindeki manevi imkanlar hakkında bilgi verebilirim (manevi bakım, meditasyon merkezi, dini hizmetleri içeren).	3,47±1,06
16	Bir hastaya kendi günlük manevi uygulamalarına devam etmesi konusunda yardımcı olabilirim (Kuran / İncil okunması, ibadet edilmesi, ritüeller için imkanlar sağlanması, meditasyon, müzik dinlemeyi içeren)	3,67±0,98
17	Günlük bakım sırasında, bir hastanın maneviyatına dikkatimi verebilirim (örneğin fiziksel bakım).	3,53±0,97
18	Bir hastanın aile üyeleri, bana soru sorarlarsa ve/veya manevi ihtiyaçlarını ifade ederlerse, kendilerine maneviyat konusunda yardımcı olacak bir uzmana/danışmana yönlendirebilirim.	3,26±1,09
Yönlendirme		
19	Bir hastanın manevi ihtiyaçlarıyla ilgili bakımını, bir diğer bakım vericisine etkili biçimde devredebilirim.	3,29±0,99
20	Manevi ihtiyaçları olan bir hastanın ricası üzerine, kendisini tam vaktinde ve etkin biçimde bir diğer bakım vericisine (örneğin, bir din görevlisine, hastanın kendi imamına/ papazına) yönlendirebilirim.	3,29±1,06

21	Bir hastanın manevi bakımı ile ilgili olarak, bir manevi danışmana ne zaman danışacağımı biliyorum.	3,20±1,05
Hastanın Maneviyatına Karşı Tutumu		
22	Hastanın manevi/dini kökenine bakmaksızın, kendisinin manevi/dini inançlarına önyargısız saygı gösteririm.	4,32±1,13
23	Bir hastanın manevi/dini inançlarına, benim kendi inançlarımdan farklı olsa bile önyargısız olurum.	4,37±1,04
24	Bir hastaya, kendi manevi/dini inançlarımı zorla kabul ettirmeye çalışmam.	4,45±1,03
25	Bir hastanın manevi/dini inançlarıyla ilgilenirken kendi kişisel sınırlarımla farkındayım.	4,35±1,11
İletişim		
26	Bir hastanın kendi hastalığı/engeli ile ilgili olarak hayat hikâyesini etkin bir şekilde dinleyebilirim.	4,47±0,92
27	Bir hastayla ilgilenirken benimseyici bir tutumum vardır (ilgili, sempatik, güven veren, açık ve net konuşan, içten, duyarlı, samimi ve kişiye özel)	4,44±1,00
Madde Puan Ort.		3,54±0,63
Toplam Puan		95,77±17,02

Psikiyatri hemşirelerinin MBYÖ madde puan ortalamaları ve toplam puanı tablo 8'de verilmiştir.

Bu ölçekte elde edilen en yüksek beş maddenin madde puan ortalaması şu şekildedir; 26.madde 'Bir hastanın kendi hastalığı/engeli ile ilgili olarak hayat hikâyesini etkin bir şekilde dinleyebilirim' 4,47±0,92, 24. madde 'Bir hastaya, kendi manevi/dini inançlarımı zorla kabul ettirmeye çalışmam' 4,45±1,03, 27.madde 'Bir hastayla ilgilenirken benimseyici bir tutumum vardır (ilgili, sempatik, güven veren, açık ve net konuşan, içten, duyarlı, samimi ve kişiye özel)' 4,44±1,00, 23. madde 'Bir hastanın manevi/dini inançlarına, benim kendi inançlarımdan farklı olsa bile önyargısız olurum' 4,37±1,04, 25.madde 'Bir hastanın manevi/dini inançlarıyla ilgilenirken kendi kişisel sınırlarımla farkındayım.' 4,35±1,11' dir.

Bu ölçekte elde edilen en düşük 5 madde puan ortalaması ise şu şekildedir; 7.madde 'Hemşirelik hizmetleri içerisinde, manevi bakım alanındaki kalite güvencesine katkıda bulunabilirim.' 2,94±1,08, 12. madde 'Hemşirelik hizmetlerinde bir manevi bakım geliştirme projesini yürütebilirim' 2,96±1,11, 11. madde 'Hemşirelik hizmetleri yönetimine, manevi bakımla ilgili politika oluşturmalarında önerilerde bulunabilirim' 2,98±1,05, 10. madde 'Hastalara manevi bakım verme alanıyla ilgili diğer bakım çalışanlarına eğitmenlik yapabilirim.' 3,01±1,11, 8. madde

'Hemşirelik hizmetleri içerisinde, manevi bakım alanındaki mesleki gelişime katkıda bulunabilirim' 3,02±1,03' tür.

MBYÖ genel toplam puanı şu şekildedir; 95,77±17,02 (Min-Max: 39-135). MBYÖ madde puan ortalaması şu şekildedir; 3,54±0,63 (Min-Max: 1,44-5).

4.9. MMBDÖ ile MBYÖ Alt Boyutlarının Madde Puan Ortalamaları ve Aralarındaki İlişki

Aşağıdaki tabloda MMBDÖ ile MBYÖ alt boyutlarının madde puan ortalamaları ve aralarındaki ilişki verilmektedir.

Tablo 9. MMBDÖ ile MBYÖ Alt Boyutlarının Madde Puan Ortalamaları ve Aralarındaki İlişki

Ölçekler	Madde Ort. (X ± SS)	p**	MMBDÖ (Algı) (r)*	MBYÖ (yeterlilik) (r)*
MMBDÖ (Algı)	3,93±0,49	-	-	0,156
MBYÖ (Yeterlilik)	3,54±0,63	0,079	0,156	-
Manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması	3,82±0,64	0,000**	0,785	
Profesyonellik ve manevi bakımın kalitesinin geliştirilmesi	2,96±0,95	0,168	-0,123	
Kişisel destek ve hasta danışmanlığı	3,51±0,78	0,075	0,158	
Yönlendirme	3,26±0,89	0,928	0,008	
Hastanın maneviyatına karşı tutumu	4,37±1,00	0,000**	0,320	
İletişim	4,46±0,92	0,000**	0,308	

*Pearson korelasyon, **p<0.001

MMBDÖ ile MBYÖ alt boyutları, madde puan ortalamaları ve aralarındaki ilişki Tablo 9'da verilmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin MMBDÖ ile MBYÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (r=0,156, p>0,05).

Hemşirelerin MBYÖ alt boyutlarının madde puan ortalamaları şu şekildedir; 'manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması' 3,82±0,64, 'profesyonellik ve manevi bakımın kalitesinin geliştirilmesi' 2,96±0,95, 'kişisel destek ve hasta danışmanlığı' 3,51±0,78, 'yönlendirme' 3,26±0,89, 'hastanın maneviyatına karşı tutumu' 4,37±1,00, 'iletişim' 4,46±0,92'dir. Hemşirelerin MBYÖ alt boyutlarından olan 'manevi bakımın değerlendirilmesi', 'hastanın maneviyatına karşı tutumu' ve 'iletişim' ile MMBDÖ arasında anlamlı ilişki bulundu (p<0.001). Diğer alt boyutlar

olan ‘profesyonellik ve manevi bakımın kalitesinin geliştirilmesi’ ve ‘yönlendirme’ ile MMBDÖ arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

4.10. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre MMBDÖ ve MBYÖ puanlarının dağılımı verilmektedir.

Tablo 10. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı (n=128)

Tanıtıcı Özellikler	n	MMBDÖ X±SS	MMBDÖ (Algı)	MBYÖ X±SS	MBYÖ (Yeterlilik)
Yaş					
29-39 yaş arası	78	3,96±0,54	Z=0,619 p=0,007*	3,64±0,66	Z= 2,719
40 yaş ve üzeri	50	3,94±0,40		3,38±0,53	p=0,536
Cinsiyet					
Erkek	30	3,98±0,41	Z=0,242	3,50±0,59	Z= 0,366
Kadın	98	3,55±0,64	p=0,809	3,55±0,64	p=0,715
Eğitim durumu					
Önlisans	31	3,93±0,40	$X^2=2,707$ p=0,258	3,49±0,66	$X^2=1,744$ p=0,418
Lisans	85	3,52±0,57		3,52±0,57	
Yüksek lisans	12	3,73±0,59		3,83±0,84	
Meslekte çalışma yılı					
7 ile 19 yıl arası	75	3,90±0,55	Z=0,271	3,59±0,66	Z=1,343
20 ve üzeri	53	3,98±0,39	p=0,786	3,47±0,57	p=0,179
Bu hastanede çalışma yılı					
1 ve 9 yıl arası	67	3,95±0,51	Z=0,480	3,60±0,67	Z=1,265
10 yıl ve üzeri	61	3,92±0,48	p=0,631	3,48±0,57	p=0,206
Haftalık çalışma saati					
40 ve 49 saat arası	73	3,94±0,49	Z=0,111	3,65±0,61	Z=2,362 p=0,018*
50 saat ve üzeri	55	3,93±0,50	p=0,912	3,40±0,62	
Bu serviste baktığı hasta sayısı					
5 ve 44 arası	38	3,91±0,47	Z=0,702	3,55±0,77	Z=0,717
45 hasta ve üzeri	90	3,94±0,50	p= 0,482	3,54±0,56	p=0,473

Z= Mann Whitney U test , X^2 =Kruskal Wallis test , * $p<0,05$

Psikiyatri hemşirelerinin tanıtıcı özelliklerine göre MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamalarının sonuçları Mann-Whitney U testi ve Kruskal- Wallis testiyle analiz edildi ve elde edilen sonuçlar Tablo 10’da verildi.

Hemşirelerin yaş ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamalarına göre dağılımı incelendiğinde; 29-39 yaş arasında olan hemşirelerin MMBDÖ puan ortalamaları, 40 yaş ve üzeri olanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ile MMBDÖ ve MBYÖ arasındaki farklılık incelendiğinde; 40-49 saat arasında çalışan hemşirelerin MBYÖ puan ortalamaları, 50 saat ve üzeri çalışan hemşirelerden anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Hemşirelerin cinsiyetleri, eğitim durumları, meslekte çalışma yılı, bu hastanede çalışma yılı ve bu serviste baktığı hasta sayısı ile MMBDÖ ve MBYÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

4.11. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Görüşleri ve Bilgilerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı

Aşağıdaki tabloda psikiyatri manevi bakım konusundaki görüşleri ve bilgilerine göre MMBDÖ ve MBYÖ puanlarının dağılımı verilmektedir.

Tablo 11. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Görüşleri ve Bilgilerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı (n=128)

Görüşleri	n	MMBDÖ X±SS	MMBDÖ (Algı)	MBYÖ X±SS	MBYÖ (Yeterlilik)
Maneviyat kavramını duyma					
Evet	77	3,79±0,51	Z:4,298	3,51±0,74	Z:0,336
Hayır	51	4,15±0,37	p:0,000*	3,59±0,40	p:0,737
Manevi inanca sahip olma durumu					
Evet	126	3,94±0,48	Z:1,962	3,54±0,62	Z: 1,115
Hayır	2	3,14±0,45	p:0,042*	3,44±1,09	p:0,916
Bilgileri					
Maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi sahibi olma durumu					
Evet	65	4,00±0,49	Z:4,298	3,55±0,72	Z: 0,336
Hayır	63	3,80±0,49	p:0,000*	3,53±0,52	p:0,737

Z= Mann Whitney U test , X^2 =Kruskal Wallis test, * $p<0,05$

Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım konusundaki görüşleri ve bilgileri ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamalarının sonuçları Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testiyle analiz edildi ve elde edilen sonuçlar Tablo 11’de verildi.

Hemşirelerin maneviyat kavramını duyma durumları ile MMBDÖ ve MBYÖ arasındaki farklılık incelendiğinde; maneviyat kavramını duyan hemşirelerin MMBDÖ puan ortalaması, maneviyat kavramını duymayan hemşirelere göre daha yüksek bulundu ve anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$).

Hemşirelerin manevi inanca sahip olma durumları ile MMBDÖ ve MBYÖ arasındaki farklılık incelendiğinde; manevi inanca sahip olan hemşirelerin MMBDÖ puan ortalaması, manevi inanca sahip olmayan hemşirelere göre daha yüksek bulundu ve anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$).

Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilgi sahibi olma durumu ile MMBDÖ arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$).

4.12. Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Bakım Uygulamalarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin hasta bakımında uyguladıkları manevi uygulamalara göre MMBDÖ ve MBYÖ puanlarının dağılımı verilmektedir.

Tablo 12. Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Bakım Uygulamalarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı (n=128)

Hemşirelerin hasta bakımında uyguladıkları manevi bakım uygulamaları*	n	MMBDÖ X±SS	MMBDÖ (Algı)	MBYÖ X±SS	MBYÖ (Yeterlilik)
Dinlemek					
Evet	116	3,96±0,48	Z: 2,406	3,54±0,63	Z: 0,049
Hayır	2	3,63±0,47	p:0,016**	3,52±0,65	p:0,961
Psikolojik destek sağlamak					
Evet	109	3,97±0,50	Z: 2,456	3,58±0,65	Z: 1,656
Hayır	19	3,71±0,41	p:0,014**	3,35±0,46	p:0,098
Empatik yaklaşmak					
Evet	94	3,95±0,51	Z:1,870	3,52±0,64	Z:0,569
Hayır	34	3,89±0,44	p:0,384	3,59±0,58	p:0,569
Rahat/sakin bir ortam sağlamak					
Evet	87	3,91±0,51	Z:0,726	3,57±0,68	Z:0,858
Hayır	41	3,98±0,46	p:0,468	3,48±0,48	p:0,391
Doğa yürüyüşüne katılmasını sağlamak					
Evet	75	4,00±0,47	Z:1,974	3,62±0,55	Z: 1,732
Hayır	53	3,83±0,50	p:0,048**	3,43±0,71	p:0,083
Terapötik dokunma					
Evet	69	4,03±0,48	Z:2,879	3,64±0,56	Z: 1,992
Hayır	59	3,82±0,48	p:0,004**	3,43±0,68	p:0,046**
Manevi uygulamalarını gerçekleştireceği ortam hazırlamak					
Evet	50	3,94±0,48	Z:0,098	3,71±0,66	Z: 3,201
Hayır	78	3,93±0,50	p:0,922	3,41±0,56	p:0,001**
Dini/maneviyat kitapları okumasını sağlamak					
Evet	47	4,01±0,47	Z:1,272	3,66±0,53	Z: 1,985
Hayır	81	3,88±0,50	p:0,203	3,47±0,67	p:0,047**
Relaksasyon (gevşeme) müzikleri dinletmek					
Evet	95	3,98±0,50	Z:2,321	3,80±0,60	Z: 3,368
Hayır	33	3,79±0,48	p:0,020**	3,45±0,61	p:0,001**

*Sorularda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Z= Mann Whitney U test , X² =Kruskal Wallis test, **p<0,05

Psikiyatri hemşirelerinin hasta bakımında uyguladıkları manevi bakım uygulamaları ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamalarının sonuçları Mann-Whitney U testi ve Kruskal- Wallis testiyle analiz edildi ve elde edilen sonuçlar Tablo 12’de verildi.

Hemşirelerin hasta bakımında uyguladıkları manevi bakım uygulamaları ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamaları arasındaki farklılık incelendiğinde; hemşirelerin hasta bakımında uyguladıkları manevi bakım uygulamalarından olan dinlemek, psikolojik destek sağlamak, doğa yürüyüşüne katılmasını sağlamak, terapötik dokunma, relaksasyon (gevşeme) müzikleri dinletmek ile MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$).

Hemşirelerin hasta bakımında uyguladıkları manevi bakım uygulamalarından olan terapötik dokunma, manevi uygulamalarını gerçekleştireceği ortam hazırlamak, dini/maneviyat kitapları okumasını sağlamak, relaksasyon (gevşeme) müzikleri dinletmek ile MBYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

4.13. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım konusunda eğitim alma durumlarına göre MMBDÖ ve MBYÖ puanlarının dağılımı verilmektedir.

Tablo 13. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı (n=128)

Manevi Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumları	n	MMBDÖ X±SS	MMBDÖ Algı	MBYÖ X±SS	MBYÖ Yeterlilik
Meslekte/çalıştığımız kurumda manevi bakım konusunda hizmet içi eğitim alma					
Evet	6	3,68±0,70	Z:0,948	3,78±0,85	Z:0,947
Hayır	122	3,94±0,48	p:0,343	3,53±0,61	p:0,344
Manevi bakımla ilgili eğitim alma isteği					
Evet	111	3,97±0,46	Z:2,531	3,58±0,62	Z:1,440
Hayır	17	3,66±0,60	p:0,011*	3,31±0,60	p:0,150
Okuldayken manevi bakım konusunda eğitim alma durumu					
Evet	28	3,84±0,44	Z:1,639	3,62±0,79	Z:1,136
Hayır	100	3,96±0,50	p:0,101	3,52±0,57	p:0,256
Eğitim aldığımız okulda ders içeriklerinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgiler yeterli miydi					
Çok	6	3,61±0,67	X²:10,944	3,58±0,48	X²: 0,265
Orta	31	3,74±0,50	p:0,012*	3,45±0,87	p:0,967
Az	63	4,05±0,44		3,55±0,45	
Hiç	28	3,95±0,49		3,61±0,69	
Maneviyat ders içeriklerine daha fazla dahil edilmeli mi					
Evet	111	3,96±0,51	Z: 1,947	3,55±0,59	Z: 0,400
Hayır	17	3,78±0,35	p:0,051	3,49±0,83	p:0,689

Z= Mann Whitney U test , X²=Kruskal Wallis test, *p<0,05

Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım konusunda eğitim alma durumları ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamalarının sonuçları Mann-Whitney U testi ve Kruskal- Wallis testiyle analiz edildi ve elde edilen sonuçlar Tablo 13’de verildi.

Hemşirelerin meslekte/çalıştıkları kurumda manevi bakım konusunda hizmet içi eğitim alma durumları ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hemşirelerin manevi bakımla ilgili eğitim alma isteği ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamaları arasındaki farklılık incelendiğinde; manevi bakımla ilgili eğitim almak isteyenlerin MMBDÖ puan ortalamaları, eğitim almak istemeyenlere göre daha yüksek bulundu ve fark saptandı ($p<0,05$).

Hemşirelerin okuldayken manevi bakım konusunda eğitim alma durumları ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamaları arasında fark saptanmadı ($p<0,05$).

Hemşirelerin eğitim aldıkları okulda ders içeriklerinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgilerin yeterli olması durumu ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamaları arasındaki farklılık incelendiğinde; ders içeriklerinde maneviyat ve manevi bakım kavramını az bulanların MMBDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulundu ve fark saptandı ($p<0,05$).

Hemşirelerin maneviyatın ders içeriklerine daha fazla dâhil edilmesi durumu ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamaları arasında fark saptanmadı ($p<0,05$).

4.14. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamalarına ilişkin tutumlarına göre MMBDÖ ve MBYÖ puanlarının dağılımı verilmektedir.

Tablo 14. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının Dağılımı (n=128)

Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlar	n	MMBDÖ X±SS	MMBDÖ Algı	MBYÖ X±SS	MBYÖ Yeterlilik
Manevi bakım verme istekliliği					
Evet	112	3,97±0,49	Z:2,359	3,56±0,64	Z:0,595
Hayır	16	3,69±0,45	p:0,018**	3,45±0,54	p:0,552
Hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılama durumları					
Karşılatabiliyorum	45	3,89±0,46	Z:1,297	3,69±0,73	Z:2,73
Karşılamiyorum	83	3,96±0,51	p:0,195	3,46±0,55	p:0,000**
Hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılayamama nedenleri*					
Bilgi eksikliği					
Evet	87	3,96±0,50	Z:1,432	3,55±0,50	Z: 0,802
Hayır	41	3,87±0,47	p:0,152	3,53±0,84	p:0,423
Zaman yetersizliği					
Evet	88	3,99±0,48	Z:2,309	3,57±0,59	Z: 0,044
Hayır	40	3,81±0,50	p:0,021**	3,48±0,70	p:0,965
Fiziksel sorunlara öncelik verme					
Evet	79	3,98±0,53	Z:1,873	3,52±0,57	Z: 1,456
Hayır	49	3,86±0,42	p:0,061	3,58±0,71	p:0,145
Uygulama ortamının yetersizliği					
Evet	91	3,98±0,49	Z:2,110	3,55±0,56	Z: 0,008
Hayır	37	3,83±0,48	p:0,035**	3,52±0,78	p:0,994
Manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi					
Evet	74	3,98±0,53	Z:2,114	3,57±0,50	Z: 0,113
Hayır	54	3,87±0,42	p:0,035**	3,50±0,77	p:0,910
İsteksizlik					
Evet	82	67,64±8,85	Z:2,078	96,04±14,26	Z: 0,492
Hayır	46	65,65±7,54	p:0,038**	95,28±21,24	p:0,623
İş yükünün fazla olması					
Evet	94	3,97±0,52	Z:1,599	3,55±0,52	Z: 1,060
Hayır	34	3,86±0,44	p:0,110	3,52±0,78	p:0,289
Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması					
Evet	87	3,96±0,50	Z:1,672	3,58±0,54	Z: 1,084

Hayır	41	3,87±0,46	p:0,095	3,47±0,79	p:0,933
Yorgunluk					
Evet	85	3,98±0,50	Z:2,069	3,58±0,53	Z:0,096
Hayır	43	3,85±0,46	p:0,039**	3,47±0,79	p:0,924

*Soruda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Z= Mann Whitney U test , X^2 =Kruskal Wallis test, **p<0,05 , ***p<0,01

Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamalarına ilişkin tutumları ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamalarının sonuçları Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testiyle analiz edildi ve elde edilen sonuçlar Tablo 14’de verildi.

Hemşirelerin bireye/hastaya manevi bakım vermeye istekli olma durumları ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamaları arasındaki farklılığa bakıldığında; bireye/hastaya manevi bakım vermeye istekli olanların MMBDÖ puan ortalamaları istekli olmayanlara göre daha yüksek bulundu ve fark bulundu (p<0,05).

Hemşirelerin uygulamalarda hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılama durumları ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamaları arasındaki farklılığa bakıldığında; manevi gereksinimleri karşılayamayanların MBYÖ puan ortalamaları, manevi gereksinimleri karşılayabilenlere göre daha yüksek bulundu ve fark saptandı (p<0,05).

Hemşirelerin uygulamalarda hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılayamama nedenleri ile MMBDÖ ve MBYÖ puan ortalamaları arasındaki farklılığa bakıldığında; zaman yetersizliği yaşayan, uygulama ortamını yetersiz bulan, manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hisseden, isteksizlik ve yorgunluk yaşayan hemşirelerin MMBDÖ puan ortalamaları bu nedenleri yaşamayan hemşirelere göre daha yüksek bulundu ve fark saptandı (p<0,05).

4.15. Psikiyatri Hemşirelerinin MMBDÖ ile Çoklu Regresyon Modeli

Aşağıdaki tabloda psikiyatri hemşirelerinin MMBDÖ ile Çoklu Regresyon Modeli'nin sonuçları verilmektedir.

Tablo 15. Psikiyatri Hemşirelerinin MMBDÖ ile Çoklu Regresyon Modeli

(n = 128)

Tanıttıcı özellikler	Beta	t	p
Yaş	0,042	0,482	0,631
Maneviyat kavramı ile ilgili görüşler, bilgiler ve tutumlar			
Maneviyat kavramını duyma	0,193	1,704	0,091
Manevi inanca sahip olma durumu	-0,170	-1,963	0,052
Maneviyatla ilgili bilgi sahibi olma durumu	-0,031	-0,291	0,771
Manevi bakım vermeye istekli olma durumu	0,022	0,218	0,828
Hastanın manevi bakımında uygulanan girişimler*			
Dinlemek	-0,063	-0,667	0,506
Psikolojik destek sağlamak	-0,148	-1,548	0,124
Doğa yürüyüşüne katılmasını sağlamak	-0,082	-0,848	0,399
Terapötik dokunma	-0,220	-2,250	0,026**
Relaksasyon müzikleri dinletmek	0,257	2,714	0,008***
Manevi bakım konusunda eğitim alma durumları			
Okuldayken manevi bakım konusunda eğitim alma durumu	-0,046	-0,450	0,654
Manevi bakımla ilgili eğitim alma isteği	-0,212	-2,121	0,036**
Ders içeriklerinde maneviyatın yeterli olma durumu	0,051	0,489	0,626
Hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamama nedenleri*			
Zaman yetersizliği	0,101	0,834	0,406
Uygulama ortamı yetersizliği	0,059	0,519	0,605
Manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi	0,350	2,120	0,036**
İsteksizlik	0,031	0,203	0,840
Yorgunluk	0,045	0,278	0,782
F= 2,686 Adjusted R ² =0,201 Durbin-Watson =1,964			

*Sorularda birden fazla seçenek işaretlenmiştir. **p<0,05 ***p<0,01

Bağımlı değişken olan MMBDÖ puan ortalamasını açıklamada hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları manevi uygulamalardan; terapötik dokunma, relaksasyon müzikleri dinletme, manevi bakım konusunda eğitim alma durumlarından; manevi bakımla ilgili eğitim alma isteği, hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamama nedenlerinden olan; manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi değişkenleri bu modelde önemli faktörler olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerler istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$). Beta katsayılarına bakıldığında bu modelde hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamama nedenlerinden olan; manevi bakım konusunda hemşirenin kendisini yetersiz hissetmesi değişkeni, maneviyat ve manevi bakım algılarının yalnızca %20,1'ini açıklamıştır (Adjusted $R^2 = 0,201$).

MBYÖ ile ilgili çoklu regresyon modeli uygulandı fakat bu modelde yukarıda bahsettiğimiz faktörlerle MBYÖ arasında fark saptanmadı ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamaları, algıları ve yeterlilikleri arasındaki ilişkiyi ve hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılarını ve yeterliliklerini etkileyen faktörler incelendi.

5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Maneviyat; dini bir bağlılığın ötesinde herhangi bir tanrısal inanç olmadan yaşamın anlamı, amacı, iç huzur için çaba sarf etmedir. Maneviyatın boyutları; evrenle (kâinatla) uyum içinde olmak için uğraşma, sonsuzluğa ilişkin cevapları bulma konusunda çaba sarf etmedir (Öz 2004; Cooper ve ark. 2013; Tiew ve ark. 2013). Bu çalışmada psikiyatri hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım konusundaki görüşlerinin dağılımı incelendiğinde; çoğunluğunun (%60,2) maneviyat kavramını duyduğu bulundu. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin çoğunluğunun maneviyat kavramını duyduğunu belirtmiştir (Yılmaz ve Okyay 2009; Akgün Kostak ve ark. 2010; Kavak ve ark. 2014; Kalkım ve ark. 2017). Çalışma bu bulgu açısından bahsedilen çalışmalarla benzerlik göstermekte olup hemşirelerin yarısından fazlasının maneviyat kavramını duyduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada hemşirelerin maneviyat kavramının tanımını yapması istendiğinde; çoğunluğu maneviyat kavramının tanımını tam olarak açıklayamamakla birlikte kavramı ifade eden cümleler kurmuşlardır. Bununla birlikte hemşirelerin çok azı tanımlı cevaplayamamışlardır. Hemşirelerin çoğunluğu dini kavramlarla özdeşleştirerek açıklamışlardır. Bu çalışmanın bulgusuyla benzerlik göstermeyen Dağhan'ın (2017) çalışmasında maneviyatı; öğrenci hemşirelerin çoğunluğu tanımlayamadıklarını belirtmişlerdir, aynı çalışmada azınlığı maneviyatın dinle ilgili olduğunu belirtmiştir. Yılmaz ve Okyay'ın (2009) hemşirelerin büyük çoğunluğu maneviyatın tanımını cevapsız bırakmıştır ve hemşirelerin azınlığı maneviyatın dini uygulamalarla ilgili olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmanın bulgusuyla benzerlik gösteren; Wong ve Yau'nun (2009) çalışmasında da hemşirelerin çoğunluğu maneviyatın dinle ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada literatürden farklı sonuçlar elde edilmesinin sebebi; popülasyon ve kültür farklılığı ve katılımcıların maneviyata ve dine bakış açıları olabilir. Ayrıca Pesut'un (2002) karma (nitel ve

nicel) çalışmasında ise maneviyatın tanımında ortaya çıkan temalardan birisi de yüksek varlıkla (Allah/Tanrı) aradaki ilişki olduğu bulunmuştur, yine aynı çalışmada maneviyatın dinle ilgili olduğu vurgulanmıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin çoğu manevi bakım kavramını; hastaları dini uygulamalarla destekleyerek tedavi etmedir şeklinde tanımlamışlardır. Dağhan (2017) çalışmasında öğrenci hemşirelerin çoğunluğu manevi bakımı tanımlayamadıklarını, azınlığı ise manevi bakımın hastaları dini inançlarla desteklemek olduğunu belirtmişlerdir. Yılmaz ve Okyay'ın (2009) çalışmasında ise; manevi bakımın tanımında hemşirelerin büyük çoğunluğu bu soruyu cevapsız bırakırken, hemşirelerin azınlığı dini uygulamalarla ilgili olduğunu söylemişlerdir. Maneviyatın halk arasında daha çok dini kavramlarla açıklanması ve manevi değerlerin dini değerlerle özdeşleştirilmesi, çalışmadaki bulguların sebebi olduğu söylenebilir. Ayrıca bu çalışmanın popülasyonunda hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım uygulamaları arasında çoğunlukla dini uygulamaları gerçekleştirmelerinden dolayı bu kavramı dini kavramlarla özdeşleştirdikleri görülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin yaklaşık tamamı manevi inanca sahiptir. Chan ve ark. (2006) yürüttüğü çalışmada da hemşirelerin çoğunluğu, Wong ve ark.'ın (2008) yürüttükleri çalışmada hemşirelerin yaklaşık yarısı, Turan ve Yavuz Karamanoğlu'nun (2012) yürüttükleri çalışmada ise hemşirelerin tamamı manevi inanca sahiptir.

Bu çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu bireye/hastaya manevi bakım verirken manevi değerleri hesaba katmayı çok önemli olarak görmüştür. Bu çalışmanın literatürde yapılan çalışmalarla benzerlik gösterdiği görülmektedir (Strang ve ark. 2002; Kavak ve ark. 2014; Dağhan 2017). Literatürde hastaya bu manevi bakımı vermede hemşirenin önemli bir role sahip olduğu vurgulanmaktadır (Akgün Kostak 2007; Ross ve ark. 2014). Dolayısıyla bu çalışmada da hemşirelerin bu rolü yerine getirmelerinin çok önemli olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun manevi bakımın hastalıkların iyileşme sürecinde etkili olduğunu savundukları belirtildi. Dağhan'ın (2017)

çalışmasında da öğrenci hemşirelerin çoğunluğu manevi bakımın hastalıkların iyileşme sürecinde etkili olduğunu söylemişlerdir. Bu bulgu sonucunda hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılarının hastalıkların iyileşme sürecine etkisinin olumlu yönde olduğunu, bütüncül bakımı dikkate aldıklarını ve manevi boyutun hastalıklara etkisinin farkında olduklarını söylemek mümkündür.

5.2. Psikiyatri Hemşirelerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Konusundaki Bilgilerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmada hemşirelerin yaklaşık yarısının maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgilerinin olmadığı ve diğer yarısının bilgisinin olduğu belirtildi. Kavak ve ark. (2014) yürüttükleri çalışmada; hemşirelerin büyük çoğunluğunun maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgilerinin olmadığını, Bakır ve ark. (2017) yürüttükleri çalışmada da yoğun bakım hemşirelerinin yarısından fazlasının, Akgün Kostak ve ark. (2010) hemşirelerin büyük çoğunluğunun, yurtdışında yapılan bazı çalışmalarda; Lopez (2015), Lovanio (2007) ve Wu (2012) yürüttükleri çalışmalarda da hemşirelerin manevi bakım konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı belirtilmiştir. Yine farklı bir çalışmada; McSherry (2006), maneviyatın hemşireler tarafından zayıf ve yetersiz tanımlandığı veya tam anlaşılmadığı ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun manevi bakım hizmetini görevlerinin bir parçası olarak görmediğini belirtmektedir ve yine aynı çalışmada genellikle maneviyatın dini ihtiyaçlarla sınırlı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Yılmaz ve Okyay'ın (2009) çalışmasında büyük çoğunluğunun maneviyatla ilgili bilgilerinin olmadığını, buna karşılık Eğlence ve Şimşek'in (2014) yürüttükleri çalışmada hemşirelerin yarısından fazlasının, Sağkal Midilli ve ark.'ın (2017) yürüttükleri çalışmada öğrenci hemşirelerin yine yarısından fazlasını, Kalkım ark.'ın (2016) öğrenci hemşirelerin yarısının maneviyat ve manevi bakım konusunda bilgilerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmaların sonucunda hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin bu konudaki bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun maneviyat hakkındaki bilgiyi bilimsel etkinliklerden (kongre, kurs, sempozyum) edindikleri belirtildi. Yılmaz ve Okyay'ın (2009) yürüttüğü çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun maneviyatla ilgili bilgiyi mesleki eğitimden aldığı, Eğlence ve Şimşek'in (2014) yürüttükleri

çalışmada hemşirelerin çoğunluğu, Kalkım ve ark.'ın (2016) çalışmasında da öğrenci hemşirelerin yarısından fazlası bu bilgiyi okuldan aldıklarını belirtmişlerdir. Sağkal Midilli ve ark.'ın (2017) yürüttükleri çalışmada öğrenci hemşirelerin büyük çoğunluğunun manevi bakım konusundaki bilgiyi öğrenim gördüğü fakülteden aldığı belirtilmiştir. Bu çalışmada literatürden farklı sonuçlar elde edilmesinin, manevi bakım konusunun okuldaki ders içeriklerine henüz yeni dâhil edilmesinden ve hemşire/hemşire adaylarının farklı yaş, kültür seviyelerine, farklı manevi değerlere sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Günlük Yaşamda ve Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Uygulamaların İncelenmesi

Çalışmada hemşirelerin günlük yaşamda en çok uyguladıkları manevi uygulamalar sırasıyla; namaz kılmak, dua etmek, müzik dinlemek, yürüyüş ve spor yapmak, şefkatli olmak ve kitap okumak (dini ve genel) olduğu belirtildi. Kalkım ve ark.'ın (2016) çalışmasında da öğrenci hemşirelerin manevi uygulama olarak sırasıyla dua etmek, gevşeme müzikleri dinlemek ve dini ibadetleri yapmak olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmadaki bu bulguda da maneviyatın dini kavramlarla özdeşleştirildiği ve dini ibadetlerin çok fazla manevi uygulama olarak algılandığı görülmektedir. Hemşirenin çalıştığı ortam, çalışma koşulları, hastaya bakım veren diğer çalışanlarla iletişimi, hastanın iletişime açık olması gibi birçok etmen manevi bakım uygulamalarını etkilemektedir (Ergül ve Bayık 2004; Daştan ve Buzlu 2010).

Çalışmada hemşirelerin hasta bakımında en çok (%90,6) uyguladıkları manevi bakım uygulamasının hastaları dinlemek olduğu belirtildi. Eğlence ve Şimşek'in (2014) yürüttükleri çalışmada da hasta bakımında uygulanan manevi uygulamaların sırasıyla; konuşmak ve dinlemek olduğu belirtilmiştir. Kalkım ve ark.'ın (2016) çalışmasında da öğrenci hemşirelerin sırasıyla en çok hastaları dinlediğini, hastalara empatik yaklaştığını ve hastalara psikolojik destek sağladığını belirtmiştir. Pesut (2002)'un öğrenci hemşirelerle yürüttüğü karma (nitel ve nicel) çalışmada hastaların manevi gereksinimlerini karşılamak için uygulanan girişimlerin temalarında hastalarla konuşmak, iletişim ve ilişki kurmak olduğu belirtilmiştir. Yılmaz ve Okyay'ın (2009) çalışmasında da hemşirelerin hastaların manevi gereksinimlerini karşılamak için onları dinledikleri, bakım verirken güler yüzlü davrandıkları ve

gerektiğinde akrabalarıyla görüşmelerini sağladıkları belirtilmiştir. Bulgulardaki bu benzerliğin popülasyon ve kültür farklılığına rağmen; psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumlulukları içinde hastayı aktif dinlemek, empatik yaklaşmak, içten samimi davranmak gibi rollerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin klinikte hastalarda en çok gözlemlediği manevi uygulamalar sırasıyla; namaz kılmak, dua etmek, müzik dinlemek, resim yapmak, doğa yürüyüşü yapmak, eliş yapmak, dini kitaplar okumak olduğu belirtildi. Bu çalışmada hemşirelerin manevi bakım uygulamaları ile hastalarda gözlemlediği manevi uygulamaların benzer olduğu görülmüş olup hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım uygulamalarına yönelik algılarının da hastaya o yönde baktığı görülmektedir. McBrien (2010) yürüttükleri çalışmada da hastaların uyguladığı manevi uygulamalardan birisinin de dua etmek olduğu belirtilmiştir. Klinikte hastaların da manevi uygulamalara ilişkin algılarının, dinle ve dini ritüellerle açıkladığı görülmektedir ve hastalık durumlarında, kişinin kendini çaresiz hissettiği zamanlarda Allah/Tanrı'dan yardım istemek ve dua etmek kişilerin en önemli başa çıkma mekanizmalarından olduğu söylenebilir. Bu nedenle dini uygulamalar kriz zamanlarında insanların hayatında önemli bir yere sahip olduğu düşünülmüştür.

5.4. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Eğitim Durumlarının İncelenmesi

Çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu çalıştıkları kurumda manevi bakımla ilgili hizmet içi eğitim almadığını belirtti. Araştırmanın yapıldığı kurumun/hastanenin manevi bakım konusunda yeterli bilgiye ve farkındalığa sahip olmadığı görülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun manevi bakım konusunda eğitim almaya istekli olduğu belirtildi. Literatür incelendiğinde çalışma bulgusunu destekleyen çalışmalara rastlanılmıştır (Wu ve ark. 2012; Ross ve ark. 2014; Ross ve ark. 2016; Kalkım ve ark. 2017; Sağkal Midilli ve ark. 2017). Bunun sonucunda hemşirelerin manevi bakım almaya gereksinim duyduğu ve hemşirelerin/öğrenci hemşirelerin manevi bakımın gerekliliği ve önemi hakkında farkındalığın oluştuğunu söylemek mümkündür.

Çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun okuldayken manevi bakım konusunda eğitim almadıkları, yaklaşık yarısının eğitim aldıkları okulda ders içeriklerinde manevi bakım konularını yetersiz (az) buldukları belirtildi ve yine hemşirelerin çoğunluğu manevi bakımın ders içeriklerine daha fazla dâhil edilmesi gerektiğini savundu. Caldeira ve ark. (2016) öğrenci hemşirelerle yürüttüğü çalışmasında öğrencilerin yaklaşık yarısı maneviyatın eğitim müfredatında yer aldığını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada hemşirelik müfredatında maneviyata yer vermenin önemi sorulduğunda; büyük çoğunluğu çok önemli gördüğünü belirtmiştir. Dağhan'ın (2017) yürüttüğü çalışmada ise; öğrenci hemşirelerin yarısından fazlasının manevi bakım konularını ders içeriklerinde yeterli (orta) bulduklarını belirtmiştir ve yine aynı çalışmada öğrenci hemşirelerin çoğunluğu ders içeriklerine manevi bakım konusunun daha fazla dâhil edilmesi gerektiğini savunmuşlardır. Kalkım ve ark. (2016) çalışmasında da öğrenci hemşirelerin çoğunluğu maneviyatla ilgili eğitimi gerekli bulduğunu ve yine öğrencilerin çoğunluğu maneviyat ve manevi bakımla ilgili eğitim almak istediklerini belirtmiştir. Burdan da eğitim içeriklerinde manevi bakım konularına ihtiyaç olduğu ve ders içeriklerine eklenmesi gerektiği sonucuna ulaşılabilir. Çalışma bulgularındaki farklılığın sebebi olarak; manevi bakım konularının henüz yeni ders içeriklerine dâhil edilmesi ve öğrenci hemşirelerin manevi bakım konularında eğitim almaları düşünülebilir. Bu durumda hemşireler ve öğrenci hemşireler arasında manevi bakımın gerekliliğinin farkındalığının arttığını söylemek mümkündür. Ülkemizde yaklaşık 10 yıldır literatürde giderek artan düzeyde hemşirelik mesleğinde maneviyat ve manevi bakım konularına yönelik çalışmalar yer almakta ve eğitim gereksinimlerine ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir.

5.5. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlarının İncelenmesi

Çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun manevi bakım verme konusunda başhemşire/sorumlu hemşire tarafından yönlendirilmediği belirtildi. Sağkal Midilli ve ark.'ın (2017) öğrenci hemşirelerle yaptığı çalışmasında da bu çalışmadaki bulguya benzer olarak öğrenci hemşirelerin çoğunluğu başhemşire/sorumlu hemşire/sorumlu öğretim elemanı tarafından yönlendirilmediğini belirtmiştir.

Çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun hastalara manevi bakım vermeye istekli olduğunu belirtirken yine çoğunluğunun hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamadıkları belirtildi. Sağkal Midilli ve ark.'ın (2017) çalışmasında da öğrenci hemşirelerin yaklaşık yarıdan fazlasının hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamadıklarını belirtmişlerdir. Eğlence ve Şimşek'in (2014) yürüttükleri çalışmada da hemşirelerin yarıdan fazlasının hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamadıkları belirtilmiştir. Bu bulgunun sonucunda hemşirelerin ve hemşire adaylarının manevi bakım sağlama konusunda kendilerini yeterli görmediklerini söylemek mümkündür.

Çalışmada manevi gereksinimleri karşılayamama nedenleri en çok sırasıyla; iş yükünün fazla olması, uygulama ortamının yetersizliği ve hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması olarak belirtildi. Literatür incelendiğinde çoğunlukla karşılayamama nedenleri arasında zaman yetersizliği (Van Leeuwen ve ark. 2006; Eğlence ve Şimşek 2014; Kalkım ve ark. 2016; Sağkal Midilli 2017), bilgi eksikliği (Van Leeuwen ve ark. 2006; Kalkım ve ark. 2016; Sağkal Midilli ve ark. 2017) ve uygulama ortamının yetersizliğinden dolayı (Kalkım ve ark. 2016) hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamadıklarını belirtmiştir. Literatürde de görüldüğü gibi zaman eksikliği, hemşirelerin manevi bakım sunumunda yetersizlik hissi ve eğitim eksikliği gibi hemşirelik bakımında manevi boyutun ihmal edilmesinin çeşitli nedenleri olduğu görülmektedir. Sonuçlardan hareketle hemşirelerin manevi bakım vermesinde etkili olan faktörler olarak; hemşirenin bireysel düşünce sistemi, manevi gereksinimler ve bakımı algılaması, gönüllülüğü ve konuya duyarlılığı, çalıştığı ortam, çalışma koşulları gibi birçok faktörün etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun hastalara manevi bakım vermeyi gerekli bulduğu belirtildi. Literatürde benzer bulgulara rastlanılmıştır (Wu ve ark. 2012; Kalkım ve ark. 2016; Sağkal Midilli ve ark. 2017; Kalkım ve ark. 2017). Bu bulgu sonucunda hemşirelerin ve hemşire adaylarının maneviyat konusunda gerekli duyarlılığı ve farkındalığı gösterdikleri sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu hemşirenin manevi inancının bireye/hastaya verilen psikiyatri hemşirelerinin manevi bakıma yardımcı olduğunu

belirtti. Bu bulgu sonucunda; sahip olunan manevi inançların hastalara manevi bakım sağlamaya yardımcı olduğunu söylemek mümkündür.

5.6. Psikiyatri Hemşirelerinin MMBDÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Çalışmada hemşirelerin MMBDÖ madde puan ortalaması $3,93\pm 0,49$ olarak, genel toplamı ise $66,92\pm 8,43$ olarak bulundu. Ölçekten alınan madde puan ortalamasının 5'e yaklaşması veya toplam puan ortalamasının yüksek olması sonucu, psikiyatri hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım algısının açık olduğu ve çok yüksek olmasa da yüksek algıya sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma yönelik görüşlerini ve algılarını değerlendiren çalışmaların bulguları da çalışmamızın bulgusuyla benzerlik göstermektedir (Yılmaz ve Okyay 2009; Akgün Kostak ve ark. 2010; McSherry ve Jamieson 2011; Özbaşaran ve ark. 2011; Wu ve ark. 2012; Çelik ve ark. 2014; Eğlence ve Şimşek 2014; Kavak ve ark. 2014; Ross ve ark. 2014; Kalkım ve ark. 2016; Kalkım ve ark. 2017). Sonuçların benzerliğinin genellikle aynı meslekten kişilerle (hemşire, ebe, öğrenci hemşire) çalışılmasından kaynaklandığı söylenebilir.

5.7. Psikiyatri Hemşirelerinin MBYÖ Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Hemşire yeterliliği, hemşirenin "hasta ve ailelerinin manevi gereksinimlerini karşılamak için gerekli bilgi, beceri, deneyim ve tutumlarının" birleşimi olarak tanımlanır (Galloway ve Hand 2017). Çalışmada hemşirelerin MBYÖ madde puan ortalaması $3,54\pm 0,63$, genel toplamı ise; $95,77\pm 17,02$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puanın artmasıyla hemşirelerin yeterlilik düzeyleri de artmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada hemşirelerin manevi bakım konusunda yeterliliklerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Kalkım ve ark. (2017) çalışmasında öğrenci hemşirelerin MBYÖ madde puan ortalaması $3,69\pm 0,68$ olup, genel toplamı ise verilmemiştir. Yine aynı çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak hemşirelik öğrencilerinin manevi bakım yeterliliğinin, maneviyat ve manevi bakım algıları kadar net olmadığı ve kısmen yeterli olduğu görülmüştür. Bunun nedeni, manevi bakım yeterliliği için gerekli olan sadece bilginin değil aynı zamanda hemşirelerin manevi bakım becerilerinin de geliştirerek tutum ve davranış kazanmaları olarak açıklanabilir. Ross ve ark. (2014) hemşirelerle yürüttüğü çalışmasında da çalışma bulgusuna benzer olarak yeterlilik ölçeği madde puan ortalaması $3,74\pm 0,42$ olarak bulunmuştur. Yine

aynı çalışmada öğrenci hemşirelerin büyük çoğunluğu kendini manevi bakım sağlamada yeterli görürken, azınlığı ise yeterli bulmamıştır. Bazı çalışmalarda ise madde puan ortalamaları verilmemiş fakat yeterlilik düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve istenilen düzeyde olmadığı belirtilmiştir (Attard ve ark. 2014; Timmins ve ark. 2015; Ross ve ark. 2016). Planlı öğretim müdahalelerinin geliştirilmesinin, simülasyon ve interaktif yöntemlerin manevi bakım eğitimlerine eklenmesinin hemşire/öğrenci hemşire yeterliliğinde olumlu etki göstereceği söylenebilir.

5.8. MMBDÖ ile MBYÖ Alt Boyutlarının Madde Puan Ortalamaları ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmada MMBDÖ ile MBYÖ arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürde ise bu çalışmadan farklı olarak iki ölçek arasında ilişkiyi saptayan çalışmalara rastlanmıştır (Ross ve ark. 2014; Azarsa ve ark. 2015; Kalkım ve ark. 2017; Ross ve ark. 2016). Çalışmalar arasındaki farklılık; farklı popülasyon, kültür, yaşama tarzı, maneviyat ve manevi bakım algılarına sahip (hemşire/öğrenci hemşire) gruplarla çalışılmış olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada MBYÖ'nin alt boyutları olan 'profesyonellik ve manevi bakımın kalitesinin geliştirilmesi', 'kişisel destek ve hasta danışmanlığı' ve 'yönlendirme' ile MMBDÖ arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Aynı zamanda 'profesyonellik ve manevi bakımın kalitesinin geliştirilmesi' alt boyutu en düşük madde puan ortalamasına sahipti ($2,96\pm 0,95$). Manevi bakım konusunun Türkiye'de hemşirelik alanında yaklaşık son 10 yıldır ele alınması ve yeterli farkındalığın henüz oluşmamasından dolayı manevi bakım kalitesinin geliştirilmesinde hemşireler kendilerini yetersiz algılamışlardır. Böylece bu çalışmada psikiyatri hemşirelerinin manevi bakımın kalitesini geliştirmede etkili role sahip olmadığı düşünülmüştür. 'Kişisel destek ve hasta danışmanlığı' ile 'yönlendirme' alt boyutlarında da hemşirelerin yetersiz olmalarının; bu konuda yeterli eğitime ve bilgiye sahip olmamalarından, bağımsız rollerini yerine getirememelerinden ve kendilerini yetersiz algılamalarından kaynaklandığı söylenebilir.

Hemşirelerin MBYÖ alt boyutlarından olan 'manevi bakımın değerlendirilmesi', 'hastanın maneviyatına karşı tutumu' ve 'iletişim' ile MMBDÖ arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Literatür incelendiğinde ise; Ross ve ark. (2014) çalışmasında da çalışma bulgusuna benzer olarak öğrenci hemşirelerin MBYÖ alt boyutlarından olan 'iletişim' ve 'hastaların maneviyatına yönelik tutum' alanlarında en fazla yeterliliğe sahip oldukları belirtilmiştir ve bu alt boyutlar ile MMBDÖ arasında anlamlı ilişki saptandığı belirtilmiştir ($p<0,05$). Kalkım ve ark. (2017) çalışmasında yine 'hastaların maneviyatına yönelik tutum', 'kişisel destek ve hasta danışmanlığı', 'iletişim' ve 'manevi bakımın değerlendirilmesi ve uygulanması' alt boyutlarıyla MMBDÖ arasında anlamlı ilişki saptandığı belirtilmiştir ($p<0,05$). Azarsa ve ark. (2015) çalışmasında da 'hastaların maneviyatına yönelik tutum' ile MMBDÖ arasında anlamlı ilişki saptandığı belirtilmiştir ($p<0,05$). Çalışmada psikiyatri hemşirelerinin hastaların manevi gereksinimlerini karşılamak için uygulanan manevi uygulamalar arasında dinlemek ve psikolojik destek sağlamak en yüksek orana sahipti ve hastaların maneviyatına karşı tutumun olumlu olması, manevi bakımın gerekli görülmesi ve iletişim becerilerinin psikiyatri hastalarında aktif olarak kullanılması bu pozitif ilişkileri açıklayabilir.

5.9. Psikiyatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının İncelenmesi

Çalışmada 29-39 yaş arasında olmak ile MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Çalışmada genç olanların maneviyat algısının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonucun maneviyat kavramlarının daha yeni duyulması ve ders içeriklerine daha yeni dâhil edilmesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmada cinsiyet, eğitim durumu, meslekte çalışma yılı, bu hastanede çalışma yılı, bu serviste baktığı hasta sayısı gibi değişkenler ile MMBDÖ ve MBYÖ arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Eğlence ve Şimşek'in (2014) çalışmasında da hemşirelerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma yılı ile MMBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadığı belirtilmiştir ($p>0,05$). Kavak ve ark.'ın (2014) çalışmasında da yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi

ile MMBDÖ toplam puan ortalaması arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yine aynı araştırmada çalışma yılı 18 yıl ve üzeri olanlar ile MMBDÖ arasında fark bulunmuştur ($p>0,05$). Wong ve ark.'ın (2008) çalışmasında da eğitim düzeyi ile MMBDÖ puan ortalaması arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kostak ve ark.'ın (2010) çalışmasında da yaş, cinsiyet, medeni durum ile MMBDÖ toplam puan ortalaması arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çelik ve ark.'ın (2014) çalışmasında da hemşirelerin yaşlarına, eğitim durumlarına göre MMBDÖ arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Yılmaz ve Okyay'ın (2009) çalışmasında da yaş ve çalışma yılı değişkenleri ile MMBDÖ arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Özbaşaran ve ark.'ın (2011) çalışmasında haftalık çalışma saati ile MMBDÖ arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır fakat daha genç yaşta olanlar, meslekte 10 yıldan fazla çalışanlar, eğitim düzeyi ile MMBDÖ arasında fark bulunmuştur. Çalışmalar arasındaki bu farklılıkların çalışmaların yapıldığı hastanelerin ve hemşirelerin özelliklerinin ve manevi bakım algılarının farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

5.10. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusundaki Görüşleri ve Bilgilerine Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının İncelenmesi

Çalışmada maneviyat kavramını duyma, manevi inanca sahip olma, maneviyat ve manevi bakım kavramları hakkında bilgi sahibi olma ile MMBDÖ arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sağkal Midilli ve ark.'ın (2017) öğrencilerle yaptığı çalışmasında da manevi bakım konusunu duyanlar ve maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgisi olduğunu belirtenler ile MMBDÖ arasında fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kalkım ve ark.'ın (2016) öğrenci hemşirelerdeki çalışmasında da maneviyat ve manevi bakım kavramlarını duyanlar ve bu kavramlar hakkında bilgisi olanlar ile MMBDÖ arasında fark saptanmıştır ($p<0,05$). Wong ve ark.'ın (2008) hemşirelerle yaptığı çalışmasında da maneviyat ve manevi bakım konusunda bilgisi olanlar ile MMBDÖ arasında fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bu çalışmalardan farklı olarak Kavak ve ark. (2014) hemşirelerle yaptığı çalışmasında ise; maneviyat ve manevi bakım kavramlarını duyma ile MMBDÖ arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışma sonuçları gösteriyor ki; maneviyat ve manevi bakım konularını duyan ve bilgisi olanlarının algıları daha yüksektir.

5.11. Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Bakımında Uyguladıkları Manevi Bakım Uygulamalarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının İncelenmesi

Çalışmada hemşirelerin hasta bakımında uyguladıkları manevi uygulamalardan; dinlemek, psikolojik destek sağlamak, doğa yürüyüşüne katılmasını sağlamak terapötik dokunma ve relaksasyon müzikleri dinletmek ile MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Ayrıca bu çalışmada hemşirelerin hasta bakımında uyguladıkları manevi uygulamalardan; terapötik dokunma, manevi uygulamalarını gerçekleştireceği ortam sağlamak, dini/maneviyat kitapları okumasını sağlamak, relaksasyon (gevşeme) müzikleri dinletmek ile MBYÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Kalkım ve ark. (2017) öğrenci hemşirelerle yaptığı çalışmasında ise bu uygulamalarla MBYÖ arasında anlamlı ilişki saptanmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre bu manevi uygulamaların hasta bakımında etkin kullanıldığı ve bu manevi uygulamaları yaparken hemşirelerin kendilerini manevi bakım konusunda yeterli hissettikleri söylenebilir.

5.12. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının İncelenmesi

Çalışmada hemşirelerin meslekte/çalıştıkları kurumda manevi bakım konusunda hizmet içi eğitim alma durumları ve okuldayken manevi bakım konusunda eğitim alma durumları ile MMBDÖ ve MBYÖ arasında fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu çalışmadan farklı olarak Dağhan'ın (2017) çalışmasında ise; öğrencilerin okuldaki eğitim alma durumları ile MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Zakaria Kiaei ve ark. (2015) çalışmasında da hemşirelerin eğitim seviyesinin düşük olması değişkeniyle MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$).

Çalışmada hemşirelerin ders içeriklerinde maneviyat ve manevi bakım konusunu az bulanlar ile MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Caldeira ve ark. (2016) çalışmasında da klinik uygulamada maneviyatın çok yetersiz şekilde ele alındığı, sadece birkaç hemşirelik okulunda bu konuyla ilgili ders konularının olduğu, ancak öğretim planlarında maneviyat konusuna çok az yer verildiği tespit edilmiştir. Ayrıca standart bir eğitim müfredatının olmadığı; ancak eğitimcilerin, maneviyatın öğretimde, derslere dâhil edilmesi gereken çok önemli bir konu olduğuna inandıkları belirtilmiştir.

Hemşirelerin maneviyatın ders içeriklerine daha fazla dâhil edilmesi durumu ile maneviyat MMBDÖ ve MBYÖ arasında fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu çalışmadan farklı olarak Dağhan'ın (2017) çalışmasında maneviyatın ders içeriklerine daha fazla dâhil edilmesi durumu ile MMBDÖ arasında fark saptanmıştır ($p<0,05$). Bulgulardaki farklılığı Dağhan'ın (2017) hemşirelik fakültesinde manevi bakım eğitimi almış öğrenci hemşirelerle çalışmış olması açıklayabilir. Hemşirelik literatüründe, hemşirelik öğrencilerini manevi bakımda eğitme ihtiyacı ve bu eğitimin etkisinin değerlendirilmesi ihtiyacı yaygın olarak kabul edilmektedir (Strang ve ark. 2002; Ross 2016; Van Leeuwen ve ark. 2006; Ross 2014; Ross 2016; Kalkım ve ark. 2016; Sağkal Midilli ve ark. 2017; Dağhan 2017).

5.13. Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamalarına İlişkin Tutumlarına Göre MMBDÖ ve MBYÖ Puanlarının İncelenmesi

Çalışmada bireye/hastaya manevi bakım vermeye istekli olanlar ile MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Manevi bakım vermeye istekli olanların maneviyat ve manevi bakım konusundaki algılarının daha olumlu yönde ve daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışmada uygulamalarda hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılayabildiğini düşünenler ile MBYÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Çalışma bulgusundan hareketle hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayabildiğini düşünen hemşirelerin, kendilerini bu alanda daha yeterli hissettikleri görülmektedir.

5.14. Psikiyatri Hemşirelerinin MMBDÖ ile Çoklu Regresyon Modeli

Çalışmada hangi değişkenin ne kadar etkili olduğunu görmek için MMBDÖ ve MBYÖ ile anlamlı çıkan tüm değişkenler çoklu regresyon analizine atıldı. Bunun sonucunda MMBDÖ ile hastaların bakımında uygulanan manevi uygulamalardan olan; terapötik dokunma, relaksasyon (gevşeme) müzikleri dinletmek, manevi bakım konusunda eğitim alma isteği, hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamama nedenlerinden olan; manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi değişkeni arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Analizlerde anlamlı çıkan diğer değişkenler çoklu regresyon analizinde anlamlı çıkmadı ($p>0,05$).

Çalışmada çoklu regresyon analizinde anlamlı çıkan değişkenlere baktığımızda; psikiyatri hemşirelerinin hasta bakımında uyguladıkları manevi uygulamalardan olan; dinlemek, psikolojik destek sağlamak, doğa yürüyüşüne katılmasını sağlamak, terapötik dokunma ve relaksasyon (gevşeme) müzikleri dinletmek ile MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Kalkım ve ark. (2017) çalışmasında da hastalara uygulanan manevi uygulamalardan olan dinlemek ve empatik yaklaşmak ile MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Sonuçlara göre; hastaları dinlemenin en çok kullanılan ve en etkili olan manevi uygulama olduğunu söylemek mümkündür. Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında ise; psikiyatri hastalarında uygulanabilecek manevi uygulamaların birçoğu ile hemşirelerin manevi bakım konusundaki algıları arasında fark bulundu. Bu sonuç ile psikiyatri hemşirelerinin psikiyatri hastalarına uygulanabilecek manevi uygulamaları iyi bildikleri ve bu konudaki algılarının yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmada eğitim almak isteyenler çoğunlukta oldu ve MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Bu değişken çoklu regresyon analizinde de anlamlı çıktı ($p<0,05$). Kalkım ve ark.'ın (2016) çalışmasında da maneviyat ve manevi bakım konusuyla ilgili eğitim alma isteğinin daha fazla sayıda olduğu görülmüştür ve MMBDÖ arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sağkal Midilli ve ark.'ın (2017) çalışmasında da eğitim almak isteyenler ile MMBDÖ arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre maneviyatın ve manevi bakımın ders içeriklerine daha fazla dâhil edilmesi gerektiğini ve bu durumun öğrenci hemşirelerin algılarını ve farkındalıklarını artıracakını söylemek mümkündür. Kalkım ve ark. (2017) yaptığı bir çalışmada da hemşirelik fakültesinin müfredatında iki saatlik ayrı bir manevi bakım dersinin alınmasının öğrenci hemşirelerin manevi bakım yeterliliğini etkilediği bulunmuş. Cruz (2017) tarafından öğrenci hemşirelerle yapılan bir çalışmada da, sınıf ortamında veya klinik ortamda verilen eğitimin öğrencilerin manevi bakım sağlamasında duygusal bir değişken olduğu görülmüştür. Bu nedenle, hemşirelik eğitim programında maneviyata ve manevi bakım öğretme sistemini planlamanın ve hem teori hem de uygulamada etkin bir yer vermenin, simülasyon ve interaktif yöntemlerin uygulamalara dahil edilmesinin manevi bakım uygulamalarını geliştirebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada manevi gereksinimleri karşılayamama nedenlerinden olan; zaman yetersizliği yaşayanlar, uygulama ortamının yetersiz olduğunu düşünenler, manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissedenler, manevi bakım sağlamada isteksizlik yaşayanlar ve yorgunluk yaşayanlar ile MMBDÖ arasında fark bulundu ($p<0,05$). Bu bulgulardan manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi değişkeni çoklu regresyon analizinde de anlamlı çıktı ($p<0,05$).

Çalışmanın sonucunda çoklu regresyon analizinde anlamlı çıkan değişkenlerin (terapötik dokunma relaksasyon müzikleri dinletme, manevi bakımla ilgili eğitim alma isteği, manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi) Beta katsayılarına bakıldığında ise bu modelde hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamama nedenlerinden olan; manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi değişkeni, maneviyat ve manevi bakım algılarını %20,1'ini açıklamıştır. Buradan yola çıkarak hemşirelerin manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesinden dolayı hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamadıkları fakat maneviyat ve manevi bakımla ilgili algılarının oldukça yüksek olduğu kanısına varıldı. Literatürde maneviyat ve manevi bakım algısını etkileyen değişkenleri inceleyen çalışmalar olmasına karşı bu çalışmadan farklı olarak farklı değişkenlerin etkili olduğu görülmüştür (Zakaria Kiaei ve ark. 2015; Paal ve ark. 2015; Lewinson ve ark. 2015; Ramezani ve ark. 2016; Eğlence ve Şimşek 2014; Kalkım ve ark. 2017; Özbaşaran ve ark. 2011; Ross ve ark. 2016). Zakaria Kiaei ve ark. (2015) hemşirelerle yürüttüğü çalışmasında; eğitim eksikliği ve kurumsal engellerin hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algılarında en önemli iki etken olduğu saptanmıştır. Paal ve ark. (2015) hemşirelerle yürüttüğü çalışmasında ise; hastaları dinlemenin manevi bakım algısını ve yeterliliği etkileyen önemli bir değişken olduğu saptanmıştır. Lewinson ve ark. (2015) hemşirelerle yürüttüğü çalışmasında ise eğitimin; maneviyatın anlaşılması ve manevi bakımın yeterli düzeyde sağlanabilmesinde en önemli etken olduğunu savunmuştur. Lundberg ve ark. (2010) hemşirelerle yürüttüğü çalışmasında ise manevi bakımın anlaşılmasında ve sağlanmasında en önemli etkenlerin şunlar olduğunu belirtmiştir; psikolojik destek verme, dini ritüelleri ve kültürel inançları kolaylaştırma, hastalar ve hastaların aileleri ile iletişim kurma, hastaların manevi ihtiyaçlarını değerlendirme ve bakıma saygı gösterme ve aileye katılımı kolaylaştırmadır. Yine aynı çalışmada hemşirelik

eğitiminin hemşirelerin manevi konulara olan anlayışını ve farkındalığını geliştireceği vurgulanmıştır. Ramezani ve ark. (2016) hemşirelerle yürüttüğü çalışmada ise; manevi bakım sunumunda etkili olan faktörlerin kurumların aktivitelerinden çok maneviyat ve manevi bakım konularında kişisel gelişimin daha önemli olduğunu saptamışlardır. Buna göre, manevi bakım sunumunun kalitesini iyileştirmeye yönelik stratejiler öncelikle kişisel düzeyde geliştirilmeli ve uygulanmalıdır sonucuna varmışlardır. Eğlence ve Şimşek (2014) hemşirelerle yürüttüğü çalışmada ise; araştırma bulguları sonucunda hemşirelerin manevi bakımla ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı ve bu eksikliğin eğitimden kaynaklandığını düşünmektedir. Bu bağlamda hemşirelik eğitiminde ve hizmet içi eğitimlerde manevi bakım konusuna yer verilmesi önermektedir. Kalkım ve ark. (2017) çalışmada ise çoklu regresyon analizine gidilmiş, manevi uygulamalardan olan dinlemek, empatik yaklaşmak ve maneviyatla ilgili eğitim alma isteği çoklu regresyon analizinde anlamlı çıkmıştır ($p < 0,05$). Kalkım ve ark.'ın (2016) çalışmada da çoklu regresyon analizine gidilmiş fakat bizden farklı olarak; manevi bakım konusundaki eğitimin gerekli olduğu değişkeni maneviyat ve manevi bakım algılarını açıklamada yalnızca %0,9'unu açıklamakla birlikte bu değer istatistiksel açıdan anlamlı bir katkı olduğunu söylemenin mümkün olduğu saptanmıştır. Özbaşaran ve ark.'ın (2011) çalışmada çoklu regresyon analizine gidilmiş fakat yine bizden farklı olarak eğitim seviyesi, nazara inanma ve çalışılan servisin algıyı pozitif yönde etkilediği, çalışma yılının ise algıyı negatif yönde etkilediği saptanmıştır. Ross ve ark. (2016) çalışmada da çoklu regresyon analizine gidilmiş ve şu üç faktörün etkili olduğu saptanmıştır; ebelik öğrencisi olmak (hemşirelik ve ebelik öğrencileriyle çalışılmış), haftada bir sanatsal uygulamalar yapmak, Hollanda ve Galler'den olmak (farklı iki ülkeden olmak) (Adjusted $R^2 = 0,127$).

Bu çalışmada çoklu regresyon analizine gidildiğinde analizlerde anlamlı çıkan değişkenler ile MBYÖ arasında fark bulunmadı ($p > 0,05$). Bizden farklı olarak Kalkım ve ark. (2017) çalışmada ise; yine çoklu regresyon analizine gidilmiş, eğitim durumu, maneviyat konusunda eğitim alma isteği ve MMBDÖ ile MBYÖ arasında fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Ross ve ark. (2016) yürüttüğü çalışmada ise; algılanan manevi bakım yeterliliğinin, öğrencilerin maneviyat ve manevi bakım algıları ve öğrencilerin kişisel maneviyatları gibi iki ana faktörle ilişkili olduğu

bulunmuştur. Çoklu regresyon analizine gidildiğinde ise; yaş, cinsiyet, ülke, bölüm (ebelik ve hemşirelik öğrencileriyle çalışılmış) dinsel aktiviteler, okul, sağlık öncesi deneyim, yaşam olaylarının deneyimi, Hollanda'dan olmak, ebelik öğrencisi (hemşire/ebe) olmak daha yüksek bir yeterlilik puanı alırken, aylık dua etmek asla dua etmemekten daha yüksek yeterlilik puanına sahip olduğu saptanmıştır ve bu faktörler Maneviyat ve manevi bakımı dereceleme ölçeği ile anlamlı çıkmıştır (Adjusted R² = 0,56) (p<0,05). Yukarıda bahsedilen çalışmaların bulgularıyla bu araştırmanın bulguları arasındaki farklılığın popülasyon, kültür, yaşam tarzı, maneviyat ve manevi bakım konularındaki algının farklılığından kaynaklanabilir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Genel olarak bu çalışmanın bulguları sonucunda ruh sağlığı alanında çalışan psikiyatri hemşirelerinin manevi bakımla ilgili bilgi ve eğitim gereksinimlerinin olduğu, algılarının istenen düzeyde yüksek olduğu fakat yeterliliklerinin istenen düzeyde olmadığı tespit edilmiştir.

Ayrıntılı olarak ele aldığımızda araştırmanın sonuçlarına göre psikiyatri hemşirelerinin;

- Maneviyat ve manevi bakım konusundaki algıları istenen düzeyde yüksektir.
- Maneviyat ve manevi bakım konusundaki yeterlilikleri istenilen düzeyde değildir.
- MMBDÖ ile MBYÖ arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- MBYÖ alt boyutlarından olan ‘manevi bakımın değerlendirilmesi’, ‘hastanın maneviyatına karşı tutumu’ ve ‘iletişim’ ile MMBDÖ arasında anlamlı ilişki vardır.
- Hasta bakımında uyguladıkları manevi uygulamalardan; terapötik dokunma, relaksasyon müzikleri dinletme, manevi bakımla ilgili eğitim alma isteği, hastaların manevi gereksinimlerini karşılayamama nedenlerinden olan; manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi değişkeni Çoklu Regresyon analizinde anlamlı çıkmıştır. Hemşirelerin manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi değişkeni, maneviyat ve manevi bakım algılarını yalnızca %20,1’ini açıklamıştır.
- Manevi bakım yeterlilik ölçeği ile de çoklu regresyon modeli uygulandı fakat bu modelde yukarıda bahsettiğimiz faktörlerle manevi bakım yeterlilik ölçeği arasında fark bulunmadı.
- Çalışmada; psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesinden dolayı kendilerini manevi bakım sağlamada yetersiz hissettikleri fakat bu konudaki algılarının oldukça yüksek olduğu sonucuna varıldı.

6.2. Öneriler

Manevi bakıma yönelik uygulamaların hastaların iyileşme süreci üzerine olumlu etkileri bilinmektedir. Bu bağlamda;

- sağlık kurumları tarafından klinik alanda hastaların manevi bakım uygulamalarını gerçekleştirilmesine destek verilmesi,
- hemşirelik eğitiminde manevi bakım konusuna daha fazla yer verilmesi,
- bu çalışmaların sonucuna göre alanda çalışan hemşireler için bu konuda hizmet içi eğitimlerin planlanması ve manevi bakım uygulama noktasındaki becerilerinin geliştirilmesi için birebir uygulamaların eğitim müfredatına eklenmesi,
- kültürel bakımdan daha farklı bir örneklemede farklı araştırma yöntemleri kullanılarak hemşirelerin manevi bakıma ilişkin algılarının ve yeterliliklerinin değerlendirildiği daha ileri çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abuatiq A. Spiritual care for critical care patients. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*. 2015; 2(6): 14-18.

Akgün Kostak M, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 5(8): 218-225.

Akgün Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007; 2(6): 105-115.

Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F. Spirituality and spiritual care: a descriptive survey of nursing practices in Turkey. *Contemporary Nurse*. 2016; 52(4): 454-461.

Aldridge D. Spirituality, healing, and medicine: return to the silence. Jessica Kingsley Publishers. 2000; 5(9): 45-49.

Arnold D, Calhoun LG, Tedeschi R, Cann A. Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*. 2005; 45(2): 239-263.

Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, spiritüelite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009; 2(1): 51-58.

Attard, J, Baldacchino DR, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: a focus on education. *Nurse Education Today*. 2014; 34(12): 1460-1466.

Azarsa T, Davoodi A, Markani AK, Gahramanian A, Vargaei A. Spiritual wellbeing, attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence among critical care nurses. *Journal of Caring Sciences*. 2015; 4(4): 309.

Bakır E, Samancıoğlu S, Kılıç SP. Spiritual experiences of Muslim critical care nurses. *Journal of Religion and Health*. 2017; 5(8): 1-11.

Baldacchino DR. Teaching on spiritual care: the perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice*. 2011; 11(1): 47-53.

Baldacchino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Education Today*. 2008; 28(5): 550-562.

Barrett MJ. Healing from trauma: the quest for spirituality. *Journal of Spiritual Resources In Family Therapy*. 1999; 301: 193-208.

Başar S. Diyanet İşleri Başkanlığı'nın yürüttüğü cami dışı din hizmetleri kapsamında hastanelerde din hizmeti ihtiyacı, I. Din Hizmetleri Sempozyumu. 2009.

Beheshtipour N, Nasirpour P, Yektatalab S, Karimi M, Zare N. The effect of educational-spiritual intervention on the burnout of the parents of school age children

with cancer: a randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2016; 4(1): 90-98.

Birol L. *Nursing diagnoses, hemşirelik Süreci*. 10. Baskı. İzmir: Etki Yayınları: 2011.p. 259-89.

Briggs CL, Lovan SR. Nursing students' feedback to a spiritual health reflection. *Journal of Holistic Nursing*. 2014; 32(3): 183-188.

Bradshaw A. *Lighting the lamp: The spiritual dimension of nursing care*. 1994; 33(5): 156-165.

Burnard P. The spiritual needs of atheists and agnostics. *Professional Nurse*. 1988; 4(3): 130-132.

Buzlu S. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2011; 19(3): 187-193.

Caldeira S, Figueiredo AS, da Conceição AP, Ermel C, Mendes J, Chaves E, de Carvalho EC, Vieira M.. Spirituality in the undergraduate curricula of nursing schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions*. 2016; 7(134): 1-9.

Callister LC, Bond AE, Matsumura G, Mangum S. Threading spirituality throughout nursing education. *Holistic Nursing Practice*. 2004; 18(3): 160-166.

Cavendish R, Konecny L, Mitzeliotis C, Russo D, Luise BK, Medeíndt J, Bajo MAM. Spiritual care activities of nurses using Nursing Interventions Classification (NIC) Labels. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2003; 14(4): 113-124.

Chan MF, Chung LYF, Lee AS, Wong WK, Lee GSC, Lau CY. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in hong kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse Education Today*. 2006; 26(2): 139-150.

Cooper KL, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Education Today*. 2013; 33(9): 1057-1061.

Cooper KL, Chang E. Undergraduate nurse students' perspectives of spiritual care education in an australian context. *Nurse Education Today*. 2016; 44(6): 74-78.

Costello M, Atinaja-Faller J, Hedberg M. The use of simulation to instruct students on the provision of spiritual care: a pilot study. *Journal of Holistic Nursing*. 2012; 30(4): 277-281.

Cruz JP, Alshammari F, Alotaibi KA, Colet PC. Spirituality and spiritual care perspectives among baccalaureate nursing students in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Nurse Education Today*. 2017; 49(4): 156-162.

Çelik AS, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 1(3): 59-65.

Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 8(1): 47-50.

Çoban Gİ, Şirin M, Yurttaş A. Reliability and validity of the spiritual care-giving scale in a Turkish population. Journal of Religion And Health. 2017; 56(1): 63-73.

Dağhan S. Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care; an example of Turkey. Journal of Religion and Health. 2017; 5(8): 1-11.

Dağhan Ş, Kalkım A, Sağkal Midilli T. Manevi bakım yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. 2016. Sözel Sunum. IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa.

Daştan NB, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010; 3(1): 73-78.

Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi, Ağrı. 2009; 21(2): 45-53.

Dedeli Ö, Yıldız E, Yuksel S. Assessing the spiritual needs and practices of oncology patients in Turkey. Holistic Nursing Practice. 2015; 29(2): 103-113.

Delgado C. Nurses' spiritual care practices: becoming less religious? Journal of Christian Nursing. 2015; 32(2): 16-122.

Doğan S. İnançın hemşireliğe yansıması: Spiritüel bakım. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2013; 28(5): 58-62.

Dungan L. Supervision, spiritual care and people-centred healthcare: proposing interdisciplinary partnerships to support holistic care. Practical Theology. 2016; 9(4): 339-350.

Dünya Sağlık Örgütü 'Sağlığın tanımı' 7 Nisan 1948. (Erişim Tarihi: 10.01.2018 <http://www.who.int/en/>)

Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 5(1): 48-53.

Emmons RA, Crumpler CA. Religion and spirituality? The roles of sanctification and the concept of God. The International Journal for the Psychology of Religion. 1999; 9(1) :17-24.

Erdemir F. Hemşirelik el tanıları kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2012: sy: 447-455.

Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 8(1): 37-45.

Ergül Ş, Bayık Temel A. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 23(1): 75-87.

Ervin Cox B, Hoffman L, Grimes CSM. Selected literature review on spirituality and health/mental health. Spirituality And Psychological Health. 2005; 12(11): 284-315.

Fowler DN, Hill HM. Social support and spirituality as culturally relevant factors in coping among African American women survivors of partner abuse. Violence Against Women. 2004; 10(11): 1267-1282.

Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek RM. Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. Holistic Nursing Practice. 2005; 19(2): 62-69.

International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses, http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf (25 November 2013).

Galloway S, Hand MW. Spiritual immersion: developing and evaluating a simulation exercise to teach spiritual care to undergraduate nursing students. Nurse Educator. 2017; 42(4): 199-203.

Garssen B, Ebenau AF, Visser A, Umland N, Groot M. A critical analysis of scales to measure the attitude of nurses toward spiritual care and the frequency of spiritual nursing care activities. Nursing Inquiry. 2017; 24(3): 86-92.

Giske T. How undergraduate nursing students learn to care for patients spiritually in clinical studies—a review of literature. *Journal of Nursing Management*. 2012; 20(8): 1049-1057.

Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard*. 2000; 14(17): 32-36.

Greenstreet WM. Teaching spirituality in nursing: a literature review. *Nurse Education Today*. 1999; 19(8): 649-658.

Happell B, Platania-Phung C, Scott D. Physical health care for people with mental illness: training needs for nurses. *Nurse Education Today*. 2013; 33(4): 396-401.

Hasta Hakları Yönetmeliği – Mevzuat. Resmi gazete, 1 Ağustos 1998 sayı: 23420.

Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2014. (Erişim Tarihi: 07.01.2018 <http://www.hemed.org.tr/images/stories/hucep-2014-pdf.pdf>).

Heydari A, Khorashadizadeh F, Nabavi FH, Mazlom SR, Ebrahimi M. Spiritual health in nursing from the viewpoint of Islam. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016; 18(6): 78-85.

Hiçdurmaz D, Öz F. Stresle başatmenin bir boyutu olarak spiritüalite. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2013; 16(1): 50-56.

Hodge DR, Sun F, Wolosin RJ. Hospitalized asian patients and their spiritual needs: developing a model of spiritual care. *Journal of Aging And Health*. 2014; 26(3): 380-400.

Hodge DR, Wolosin RJ. American Indians and spiritual needs during hospitalization: developing a model of spiritual care. *The Gerontologist*. 2013; 54(4): 683-692.

Hubbell SL, Woodard EK, Barksdale-Brown DJ, Parker JS. Spiritual care practices of nurse practitioners in federally designated nonmetropolitan areas of north carolina. *Journal of The American Association of Nurse Practitioners*. 2006; 18(8): 379-385.

International Council of Nurses ‘The ICN Code of Ethics For Nurses’, 2012. (Erişim Tarihi: 06.01.2018 - <http://www.hemed.org.tr/images/stories/hucep-2014-pdf.pdf>)

Johnson PT, Cheshire M, Wood FG, Dunn LL, Ewell PJ. Daily spiritual experiences of nurse educators and relationship to depression and health. *Journal of Christian Nursing*. 2016; 33(3): 179-183.

Kalkım A, Midilli TS, Baysal E. An investigation of the perceptions and practices of nursing students regarding spirituality and spiritual care. *Religions*. 2016; 7(8): 1-13.

Kalkım A, Sağkal Midilli T, Dağhan ř. Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakım algıları ile manevi bakım yeterlilikleri arasındaki ilişki. 2017. Sözel Sunum. I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Aydın.

Kaur D, Sambasivan M, Kumar N. Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: a dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia. *Applied Nursing Research*. 2015; 28(4): 293-298.

Kavak F, Mankan T, Polat H, Saritaş SÇ, Saritaş, S. Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri . *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(1): 21-24.

Kavas E, Kavas N. Manevi destek algısı (MDA) ölçeği: geliştirilmesi, geçerliliği ve güvenilirliği. *Electronic Turkish Studies*. 2014; 9(2): 905-914.

Keefe S. Infusing spirituality into health education. *New England Advances for Nurses*. 2005; 5(11): 41-42.

Ku YL. Spiritual needs and care of patients from nurses' perspectives on ICU. *Journal of Nursing Care*. 2016; 5(357): 2167-1168.

Kula MN. İstenmedik ve beklenmedik olaylarla karşılaşan bireylere yönelik moral ve manevi desteğin önemi (deprem ve bedensel engellilik örneği). *Dini Bilimler Dergisi*. 2006; 2(5): 73-94.

Lemmer C. Teaching the spiritual dimension of nursing care: a survey of us baccalaureate nursing programs. *Journal of Nursing Education*. 2002; 41(11): 482-490.

Lewinson LP, McSherry W, Kevern P. Spirituality in pre-registration nurse education and practice: a review of the literature. *Nurse Education Today*. 2015; 35(6):806-814.

López-Sierra HE, Rodríguez-Sánchez J. The supportive roles of religion and spirituality in end-of-life and palliative care of patients with cancer in a culturally diverse context: a literature review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2015; 9(1): 87-95.

Lovanio K, Wallace M. Promoting spiritual knowledge and attitudes a student nurse education project. *Holistic Nursing Practice*. 2007; 8(9): 42-47.

Lundberg PC, Kerdonfag P. Spiritual care provided by thai nurses in intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19(7): 1121-1128.

Mc Ewan W. Spirituality in nursing. *Orthopaedic Nursing*. 2004; 23(15): 321- 325.

McBrien B. Nurses' provision of spiritual care in the emergency setting—an Irish perspective. *International Emergency Nursing*. 2010; 18(3): 119-126.

McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39(7): 723-734.

McSherry W, Gretton M, Draper P, Watson R. The ethical basis of teaching spirituality and spiritual care: a survey of student nurses perceptions. *Nurse Education Today*. 2008; 28(8): 1002-1008.

McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20(11): 1757-1767.

Midilli TS, Kalkım A, Dağhan Ş. Spiritual care-related opinions and practices of nursing students hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüş ve uygulamaları. *Journal of Human Sciences*. 2017; 14(1): 666-677.

Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *American Psychologist*. 2003; 58(1): 24-29.

Milligan S. Perceptions of spiritual care among nurses undertaking post registration education. *International Journal of Palliative Nursing*. 2004; 10(4): 85-92.

Miner Williams, D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7): 811-821.

Mitchell M, Hall J. Teaching spirituality to student midwives: a creative approach. *Nurse Education in Practice*. 2007; 7(6): 416-424.

Mooney B, Timmins, F. Spirituality as a universal concept: student experience of learning about spirituality through the medium of art. *Nurse Education İn Practice*. 2007; 7(5): 275-284.

Musa AS. Spiritual care intervention and spiritual well-being: Jordanian muslim nurses' perspectives. *Journal of Holistic Nursing*. 2017; 35(1): 53-61.

Narayanasamy A. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 15(7): 840-851.

Oldnall A. A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23(1): 138-144.

Öz F. İnsan, spiritüel gereksinimler ve hemşirelik. *MN Klinik Bilimler Dergisi*. 2004; 10(1): 350-358.

Özbaşaran F, Ergul S, Temel AB, Gürol Aslan G, Çoban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20(31): 3102-3110.

Paal P, Helo Y, Frick E. Spiritual care training provided to healthcare professionals: a systematic review. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 2015; 69(1): 19-30.

Pargament KI, Mahoney A. Spirituality: discovering and conserving the sacred. In C.R. Snyder & S. J. Lopez. 2002; 18(9): 646-659.

Swinton J, Pattison S. Spirituality. Come all ye faithful. *The Health Service Journal*. 2001; 111(5786): 24-25.

Penrod J, Morse, J. M. Strategies for assessing and fostering hope: the hope assessment guide. In *Oncology Nursing Forum*. 1997; 24(6): 1055-1063.

Pesut B, Sawatzky R. To describe or prescribe: assumptions underlying a prescriptive nursing process approach to spiritual care. *Nursing Inquiry*. 2006; 13(2): 127-134.

Pesut B. The development of nursing students' spirituality and spiritual care-giving. *Nurse Education Today*. 2002; 22(2): 128-135.

Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*. 2000; 3(1): 129-137.

Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Catalysts to spiritual care delivery: a content analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016; 18(3):58-62.

Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(15): 2126-2135.

Ross L, Giske T, Van Leeuwen R, Baldacchino D, McSherry, W, Narayanasamy A, Schep-Akkerman A. Factors contributing to student nurses'/midwives' perceived competency in spiritual care. *Nurse Education Today*. 2016; 36(16): 445-451.

Ross L, Van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, Schep-Akkerman A. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Education Today*. 2014; 34(5): 697-702.

Ross L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*. 1995; 32(5): 457-468.

Ross LA. Teaching spiritual care to nurses. *Nurse Education Today*. 1996; 16(1): 38-43.

Rubin D, Dodd M, Desai N, Pollock B, Graham-Pole J. Spirituality in well and ill adolescents and their parents: the use of two assessment scales. *Pediatric Nursing*. 2009; 35(1): 37-42.

Ruder, S. Spirituality in nursing: nurses' perceptions about providing spiritual care. *Home Healthcare Now*. 2013; 31(7): 356-367.

Sanders PW, Allen GK, Fischer L, Richards PS, Morgan DT, Potts RW. Intrinsic religiousness and spirituality as predictors of mental health and positive

psychological functioning in latter-day saint adolescents and young adults. *Journal of Religion And Health*. 2015; 54(3): 871-887.

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

Spilka B. Dini pratik, ritüel ve dua. Ankara: Phoenix Yayınları. 2013; sy: 89-99.

Strang S, Strang P, Ternstedt B. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*. 2002; 11(1): 48-57.

Sülü Uğurlu E. Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 5(3): 187-191.

Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Journal of Medical Sciences*. 2012; 32(4): 1054-1063.

Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self study programme to teach spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18(8): 1131-1140.

Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Education Today*. 2013; 33(6): 574-579.

Timmins F, Naughton MT, Plakas S. Supporting patients' and families' religious and spiritual needs in ICU—can we do more? *British Association of Critical Care Nurses*. 2015; 5(3): 1-3.

Timmins F, Neill F. Teaching nursing students about spiritual care—a review of the literature. *Nurse Education In Practice*. 2013; 13(6): 499-505.

Tuncay T. Spirituality in coping with HIV/AIDS. *HIV & AIDS Review*. 2007; 6(3): 10-15.

Turan T, Yavuz Karamanoğlu A. Determining intensive care unit nurses' perceptions and practice levels of spiritual care in Turkey. *Nursing in Critical Care*. 2013; 18(2): 70-78.

Türk Dil Kurumu 'Maneviyat kavramının tanımı' 2009. (Erişim Tarihi: 10.01.2018 <http://www.tdk.gov.tr>)

Van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of advanced nursing*. 2004; 48(3): 234-246.

Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7), 875-884.

Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18(20): 2857-2869.

Williams DR, Sternthal MJ. Spirituality, religion and health: evidence and research directions. *Medical Journal of Australia*. 2007; 186(10): 47-52.

Williams MG, Voss A, Vahle B, Capp S. Clinical nursing education: using the FICA spiritual history tool to assess patients' spirituality. *Nurse Educator*. 2016; 41(4): 6-9.

Vlasblom JP, van der Steen JT, Knol DL, Jochemsen H. Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Education Today*. 2011; 31(8): 790-796.

Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review*. 2008; 55(3): 333-340.

Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research*. 2010; 23(4): 242-244.

Wu LF, Liao YC, Yeh D C. Nursing student perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research*. 2012; 20(3): 219-227.

Yazgan EÖ. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Ayten Demir Zencirci).

Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013; 4(3): 153-159.

Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 2009; 11(3): 41-52.

Yılmaz M. Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011; 14(2): 58-63.

Zakaria Kiaei M, Salehi A, Moosazadeh Nasrabadi A, Whitehead D, Azmal M, Kalhor R, Shah Bahrami E. Spirituality and spiritual care in Iran nurses' perceptions and barriers. *International Nursing Review*. 2015; 62(4): 584-592.

EKLER

EK I

HEMŞİRELERİN TANITICI VE MANEVİ BAKIMA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Değerli katılımcılar, bu araştırma hemşirelik bakımında önemli bir yer tutan manevi bakımla ilgili algılarınızı ve yeterliliğinizi incelemek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Sorularda doğru cevap yoktur, bunun için sorulara isim belirtmeden, içtenlikle cevap vermeniz beklenmektedir. Cevaplarınız araştırma dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Saygılarımla.

Yrd. Doç. Dr. Tülay SAĞKAL MİDİLLİ

Arş. Gör. Hatice IRMAK

HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde kişisel bilgilerinizle ilgili sorulara yer verilmiştir. Size uygun olan seçeneği **daire** () içine alarak işaretleyiniz.

1) Yaşınız?

2) Medeni durumunuz?

1) Evli 2) Bekâr

3) Cinsiyetiniz?

1) Erkek 2) Kadın

4) Eğitim durumunuz?

1) Sağlık meslek lisesi 2) Önlisans 3) Lisans 4) Yüksek lisans

5) Mesleki Pozisyonunuz?

- 1) Hemşire 2) Ebe 3) Sağlık Memuru (Teknisyen)

6) Meslekte çalışma yılınız?.....

7) Kaç ay/yıldır bu hastanede görev yapıyorsunuz?

8) Haftalık çalışma saatiniz.....

9) Bulduğunuz serviste günlük kaç hastaya bakmaktasınız?...../gün

HEMŞİRELERİN MANEVİ BAKIM VE UYGULAMALARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

10) Maneviyat ve manevi bakım kavramlarını hiç duydunuz mu?

- 1) Evet 2) Hayır

11) Sizce maneviyat nedir? (Açıklayınız)

.....
.....
.....
.....

12) Sizce manevi bakım nedir? (Açıklayınız)

.....
.....
.....
.....

13) Manevi inanca sahip misiniz?

- 1) Evet 2) Hayır

14) Sizin manevi inançlarınızın bireye/hastaya verdiğiniz manevi bakıma yardımcı olduğunu hissediyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Kararsızım

15) Kendiniz için manevi olarak önemli bir uygulama (lar) var mı?

Varsa yazınız.

.....
.....

16) Maneviyat ve manevi bakım ile ilgili bilginiz var mı?

1) Var 2) Yok (18.soruya geçiniz)

17) Bu bilgiyi nereden edindiniz?

- 1) Okul
- 2) Hizmet içi eğitim
- 3) Yazılı, sözlü basın (gazete, TV, radyo, bilimsel olmayan internet)
- 4) Bilimsel etkinlikler (kongre, sempozyum, kurs)
- 5) Bilimsel yayınlar (dergi, kitap, broşür, afiş, vb.)
- 6) Diğer.....

18) Hemşirelik bakımında hastaya/bireye manevi bakım vermek ne derece önemlidir?

1) Çok 2) orta 3) az 4)hiç

19) Hemşire olarak hastaya/bireye manevi bakım vermek gerekli midir?

1) Evet, gerekliliğine inanıyorum. 2) Hayır, gerekli olduğuna inanmıyorum.

20) Uygulamalarınızda hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılamak için gerçekleştirdiğiniz girişimler nelerdir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1) Dinlemek
- 2) Psikolojik destek sağlamak
- 3) Rahat/sakin bir ortam sağlamak
- 4) Manevi uygulamalarını (namaz kılmak, kuran okumak, meditasyon, vb.) gerçekleştireceği ortam hazırlamak
- 5) Relaksasyon (gevşeme)/ müzikleri dinletmek
- 6) Empatik yaklaşmak
- 7) Doğa yürüyüşüne katılmasını sağlamak
- 8) Dini/maneviyat kitapları okumasını sağlamak
- 9) Terapötik dokunma

10) Diğer.....

21) Uygulamalarınızda, hastaya/bireye manevi bakım verme konusunda sorumlu hemşire/başhemşire tarafından yönlendirildiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

22) Bireye/hastaya manevi bakım vermeye istekli misiniz?

1) Evet 2) Hayır

23) Uygulamalarınızda hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılayabiliyor musunuz?

1) Karşılayabiliyorum 2) Karşılayamıyorum

24) Uygulamalarınızda hastaların/bireylerin manevi gereksinimlerini karşılamama nedenleriniz nelerdir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- 1) Bilgi eksikliği
- 2) Zaman yetersizliği
- 3) Fiziksel sorunlara öncelik verme
- 4) Uygulama ortamının yetersizliği
- 5) Hastayla olan iletişim problemi
- 6) Başhemşire/sorumlu hemşire tarafından yönlendirilmeme
- 7) Manevi bakım konusunda kendisini yetersiz hissetmesi
- 8) İsteksizlik
- 9) İş yükünün fazla olması
- 10) Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması
- 11) Yorgunluk
- 12) Diğer.....

25) Klinikte hastalarda en çok gözlemlediğiniz manevi bakım uygulama(lar) ne(ler)dir?

.....
.....

26) Meslekte/çalıştığınız kurumda manevi bakım konusunda hizmet içi eğitim aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

27) Manevi bakımla ilgili eğitim almak ister misiniz?

- 1) Evet 2) Hayır

28) Hastalıkların iyileşme sürecinde maneviyatın ve manevi bakımın etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

29) Hastalara bakım verirken hastaların manevi değerlerini hesaba katmak sizce ne ölçüde önemlidir?

- 1) Çok 2) Orta 3) Az 4) Hiç yok

30) Okuldayken manevi bakım konusunda eğitim aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

31) Eğitim aldığınız okulda ders içeriklerinde maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgiler yeterli miydi?

- 1) Çok 2) Orta 3) Az 4) Hiç yok

32) Sizce maneviyat kavramları ders içeriklerine daha fazla dahil edilmeli midir?

- 1) Evet 2) Hayır

EK II

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

Lütfen “Maneviyat ve Manevi Bakım” ilişkin aşağıdaki ifadelere yönelik düşüncenizi uygun cevabı işaretleyerek belirtiniz.

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

9.Maneviyatın, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum	5	4	3	2	1
10.Maneviyatın, kişinin yaşamını, “şimdi ve burada” yaklaşımıyla yönlendirerek yaşaması olduğunu düşünüyorum	5	4	3	2	1
11.Hemşirelerin, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	5	4	3	2	1
12.Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşünüyorum	5	4	3	2	1
13.Maneviyatın, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
14.Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	5	4	3	2	1
15.Maneviyatın, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünüyorum	5	4	3	2	1
16.Maneviyatın, tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum	1	2	3	4	5
17.Maneviyatın, insan ahlakını içeren bir konu olduğunu düşünüyorum	5	4	3	2	1

EK III

Manevi Bakım Yeterlilik Ölçeği

Her bir madde için lütfen kendi yeterlilik düzeyinizi, her bir ifadeye ne derece katılıp katılmadığınızı yansıtan bir seçeneği **“kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, tamamen katılıyorum”** işaretleyiniz.

Teşekkür ederiz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Manevi Bakımın Değerlendirilmesi ve Uygulanması					
1. Bir hastanın manevi ihtiyaçlarını sözlü veya yazılı olarak raporlayabilirim					
2. Hastaya danışarak, hastanın manevi ihtiyaçlarına/ sorunlarına göre hemşirelik bakımını şekillendirebilirim.					
3. Multidisipliner danışma yoluyla, hastanın manevi ihtiyaçlarına/ sorunlarına göre hemşirelik bakımını şekillendirebilirim.					
4. Bir hastanın manevi bakımındaki hemşirelik bileşenlerini, hemşirelik bakım planında raporlayabilirim.					
5. Bir hastanın maneviyatına ilişkin bilgilerini yazılı olarak raporlayabilirim.					
6. Bir hastanın maneviyatına ilişkin bilgilerini sözlü olarak aktarabilirim.					
Profesyonellik ve manevi bakımın kalitesinin geliştirilmesi					
7. Hemşirelik hizmetleri içerisinde, manevi bakım alanındaki kalite güvencesine katkıda bulunabilirim.					
8. Hemşirelik hizmetleri içerisinde, manevi bakım alanındaki mesleki gelişime katkıda bulunabilirim.					
9. Hemşirelik hizmetleri içerisinde, meslektaşlarımla oluşturduğum tartışma toplantılarında manevi bakımla ilgili sorunları tanımlayabilirim.					

10. Hastalara manevi bakım verme alanıyla ilgili diğer bakım çalışanlarına eğitimlik yapabilirim.					
11. Hemşirelik hizmetleri yönetimine, manevi bakımla ilgili politika oluşturmalarında önerilerde bulunabilirim.					
12. Hemşirelik hizmetlerinde bir manevi bakım geliştirme projesini yürütebilirim.					
Kişisel destek ve hasta danışmanlığı					
13. Bir hastaya manevi bakım verebilirim.					
14. Disiplinler arası ekip içinde ve hastaya danışarak verdiğim manevi bakımı değerlendirebilirim.					
15. Bir hastaya bakım aldığı kurum bünyesindeki manevi imkanlar hakkında bilgi verebilirim (manevi bakım, meditasyon merkezi, dini hizmetleri içeren).					
16. Bir hastaya kendi günlük manevi uygulamalarına devam etmesi konusunda yardımcı olabilirim (Kuran / İncil okunması, ibadet edilmesi, ritüeller için imkanlar sağlanması, meditasyon, müzik dinlemeyi içeren)					
17. Günlük bakım sırasında, bir hastanın maneviyatına dikkatimi verebilirim (örneğin fiziksel bakım).					
18. Bir hastanın aile üyeleri, bana soru sorarlarsa ve/veya manevi ihtiyaçlarını ifade ederlerse, kendilerine maneviyat konusunda yardımcı olacak bir uzmana/danışmana yönlendirebilirim.					
Yönlendirme					
19. Bir hastanın manevi ihtiyaçlarıyla ilgili bakımını, bir diğer bakım vericisine etkili biçimde devredebilirim.					
20. Manevi ihtiyaçları olan bir hastanın ricası üzerine, kendisini tam vaktinde ve etkin biçimde bir diğer bakım vericisine (örneğin, bir din görevlisine, hastanın kendi imamına/ papazına) yönlendirebilirim.					

21. Bir hastanın manevi bakımı ile ilgili olarak, bir manevi danışmana ne zaman danışacağımı biliyorum.					
Hastanın maneviyatına karşı tutumu					
22. Hastanın manevi/dini kökenine bakmaksızın, kendisinin manevi/dini inançlarına önyargısız saygı gösteririm.					
23. Bir hastanın manevi/dini inançlarına, benim kendi inançlarımdan farklı olsa bile önyargısız olurum.					
24. Bir hastaya, kendi manevi/dini inançlarımı zorla kabul ettirmeye çalışmam.					
25. Bir hastanın manevi/dini inançlarıyla ilgilenirken kendi kişisel sınırlarımla farkındayım.					
İletişim					
26. Bir hastanın kendi hastalığı/engeli ile ilgili olarak hayat hikayesini etkin bir şekilde dinleyebilirim.					
27. Bir hastayla ilgilenirken benimseyici bir tutumum vardır (ilgili, sempatik, güven veren, açık ve net konuşan, içten, duyarlı, samimi ve kişiye özel)					

EK IV

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamaları, Algıları ve Yeterlilikleri Arasındaki İlişki

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Sağlık bakımının sunumunda kabul edilen en kapsamlı yaklaşım bütüncül/holistik yaklaşımdır. Bütüncül yaklaşıma göre birey; bedensel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel, manevi boyutları olan bir bütündür. Bu boyutların her biri diğeri ile karşılıklı olarak ilişkili ve birbirine bağımlıdır. Sağlık bakımının bireylere bütüncül yaklaşımla verilmeye başlanmasıyla birlikte bireylerin manevi boyutu da diğer boyutlar kadar önem kazanmıştır .

Bu çalışmanın amacı; psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamaları, manevi bakım ile ilgili algılarının ve manevi bakım yeterliliklerinin belirlenmesi ve aralarında ilişkiyi tespit etmektir.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü kabul eden hemşirelerin mesai saatleri içerisinde anketler verilip çalışma bulgularını etkilememesi için anketleri birebir doldurmaları istenecektir. Anketlerin doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürecektir.

CALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmanın özgün olması açısından literatüre katkı sağlayacağı ve yeni çalışmalara yol göstereceği düşünülmektedir. Çalışma sonuçlarıyla birlikte psikiyatri hemşirelerinde manevi bakımda farkındalık artacağı ve hemşirelere yeni bir bakış açısı kazandıracağı düşünülmektedir.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma, çalışmaya katılanlar açısından herhangi bir zararı yoktur. Sadece anketleri doldurmaları mesai saati içinde çalışanların 15-20 dk zaman harcamalarına neden olabilir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya vereceğiniz cevaplarınız araştırma amacıyla kullanılacak ve bilgiler saklı tutulacaktır. Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER :

1. Arş.Gör. Hatice IRMAK Tel. 0539 717 33 06, İş: 0236 2391318
2. Yrd.Doç.Dr. Tülay SAĞKAL MİDİLLİ Tel: 0507 6234325, İş: 0236 239131

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

EK V

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/08/2017-E.66302



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Hatice Irmak'ın Tez Konusu

SBE-HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 23.08.2017 tarihli Yönetim Kurulu Toplantısında, Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hatice IRMAK'ın Tez Konusunun, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile "Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamaları, Algıları ve Yeterlilikleri Arasındaki İlişki" olarak kabul edilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.sekreterlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Ayşe Ertik
Unvanı: Memur



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK VI

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	12 / 09 / 2017 / 20.478.486 -				
ARAŞTIRMANIN ADI	Psikiyatri hemşirelerinin manevi bakım uygulamaları, algıları ve yeterlilikleri arasındaki ilişki				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd.Doç.Dr. Tülay Sağkal Midilli				
ARAŞTIRMA EKİBİ	ArşGör. Hatice IRMAK				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	05/ 09/ 2017 / Tarih ve 38508 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ İç Hastalıkları Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;">Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

EK VII



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Sağlık Tesisi Yöneticiliği

MANİSA RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ
YÖNETİCİLİĞİ, RUH SAĞLIĞI HASTANESİ SAĞLIK
BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
26/9/2017 14:04 - 40384065 - 771 - E.10



00033236116

Sayı : 40384065-771
Konu : Hatice Irmak /Araştırma İzni Hak.

MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(Eğitim Birimi)

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Araştırma Görevlisi Hatice Irmak ,Manisa Celal Bayar Üniversitesinde Yrd.Doç.Dr. Tülay Sağkal Midilli danışmanlığında "Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamaları,Algıları ve Yeterlilikleri Arasındaki İlişki" adlı yapılacak olan çalışma, tarafımızca değerlendirilmiş olup uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Erol OZAN
Hastane Yöneticisi

Ek: 1 Adet

Şehitler Mah. 814 Sok. No:28, Merkez, Manisa

Faks No:0 236 239 48 25

e-Posta:necati.ersay@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.mrsh.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b210adc1-1d31-46c6-aea3-c2369a081621 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Necati ERSAY

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:1180

EK VIII

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Hatice	Soyadı	IRMAK
Doğum Yeri	Erzurum	Doğum Tarihi	19.09.1992
Uyruğu	T.C.	Tel	0539 717 33 06
E-mail	htc_9235@hotmail.com hirmak9235@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2014
Lise	Çiğli Teğmen Ali Rıza Akıncı Anadolu Lisesi	2010

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Araştırma Görevlisi	Manisa Cella Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2015- Devam ediyor.

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Çok iyi	İyi	Çok iyi

Yabancı Dil Sınav Notu #								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
78,75								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72,92	76,01	69,82
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office programları	Çok iyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

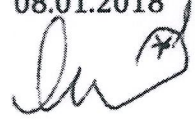
Tez Adı: **Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamaları, Algıları ve Yeterlilikleri Arasındaki İlişki**

Tezime ilişkin 08/01/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 18'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

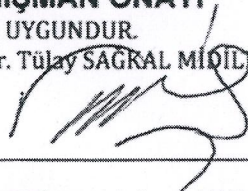
08.01.2018

Adı Soyadı : Hatice IRMAK
Öğrenci No : 151346026
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : Hemşirelik



DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.

Yrd. Doç. Dr. Tülay SAGRAL MİDİCİ



Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-**İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>