

T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**HEMŞİRELERİN MANEVİYAT VE MANEVİ
BAKIMA İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nesrin OKYAY

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Meryem YILMAZ

EYLÜL - 2008
SİVAS

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosunun 15.12.1984 tarih ve 84-1 nolu kabul kararıyla kabul edilen Tez Yazma Yönergesi'ne göre hazırlamıştır.

TEŐEKKÜR

Tezimde bana danışmalık yapan Yrd.Doç.Dr. Meryem YILMAZ hocama, çalışmanın istatistiksel olarak planlamasını yönlendiren Yrd.Doç.Dr. Ziyet ınar' a ve çalışmaya katılan tüm hemşirelere katkılarından dolayı teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
I.GİRİŞ	1
1. Problemin Tanımı	1
1.2 Araştırmanın Amacı	5
II. GENEL BİLGİLER	6
1. Maneviyat	6
2. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım	7
3. Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler	9
4. Hemşirelik Eğitiminde Manevi Bakım	10
5. Manevi Bakımda Hemşirelik Süreci	11
5.1 Tanılama	11
5.1.a Manevi Boyut Ve Manevi Gereksinimlerin Değerlendirilmesi	12
5.2 Planlama	14
5.3 Uygulama	14
5.4 Değerlendirme	15
III. GEREÇ ve YÖNTEMİ	16
1.Araştırmanın Şekli	16
2.Araştırmanın Yapılacağı Yer	16
3. Araştırmanın Evreni	16
4. Araştırmanın Örnekleme	16
5. Verilerin Toplanması Uygulanması ve Değerlendirilmesi	17
5. 1.Veri Toplama Araçları	17
a. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)	17
b.Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (Ek-2)	17
5. 2.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	18
5. 3.Verilerin Değerlendirilmesi	18
IV. BULGULAR	19
V. TARTIŞMA	32
VI. SONUÇLAR	37
VII. ÖNERİLER	39
VIII. ÖZET	40
IX. KAYNAKLAR	42
X. EKLER	47

EK 1.Kişisel Bilgi Formu	47
EK 2.Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)	50

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	19
Tablo 2 Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Alma Yollarına Göre Dağılımı	20
Tablo 3. Hemşirelerin Bütüncü ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı	21
Tablo 4. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma Yönelik Uygulamalarına Göre Dağılımı	22
Tablo 5. . Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Tanımlarına Göre Dağılımı	23
Tablo 6. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri	24
Tablo 7. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Maneviyat Puan Ortalamalarının Dağılımı	26
Tablo 8. Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Toplam Puan Ortalamaları	28
Tablo 9. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi Alma, Yayın Okuma ve Hastaların Maneviyatına Yönelik Uygulama Yapma Durumlarına Göre Maneviyat Puan Ortalamalarının Dağılımı	29
Tablo 10. Hemşirelerin Bütüncü ve Manevi Bakımla İlgili İfadelerine Göre Maneviyat Puan Ortalaması Dağılımı	30

I.GİRİŞ

I.1. Problemin Tanımı

İnsan biyolojik, psikolojik, manevi (spiritual), sosyal ve kültürel boyutları olan bir varlıktır. Bilindiği gibi insanın bu boyutlarının tümü birbiri ile etkileşim içindedir. Bu bağlamda fiziksel alanda oluşan bir sorun, sosyal ve psikolojik alanı, ruhsal alanda oluşan bir sorun ise fiziksel alanda sorunlara neden olabilmektedir (Öz 2004, Velioğlu 1999, Dossey ve Dossey 1998, Hutchison 1997). Bu nedenle ancak insanın bu boyutlarının tümünde sorun yoksa ve uyum içinde ise sağlıklı olmaktan söz edilebilir. Sağlıklı olma, Amerikan Holistik Hemşireler Birliği (AHNA) tarafından da beden, beyin ve ruh arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Hutchison 1997).

Hemşirelikte maneviyat (spiritualite), yeni bir kavram olmamasına rağmen kavramı açıklama çabaları modern tıbbın başladığı 19. yüzyılda yoğunlaşmıştır. 1980'li yıllarda ise, hemşirelik literatürü artan bir ilgiyle hemşirelik bakımının manevi, psikososyal ve duygusal yönlerini ifade etmeye başlamıştır. Bu dönemin hemşirelik teorisyenleri insanı içindeki ve çevresindeki dünyayı algılama yetenekleriyle birleşmiş bir bütün olarak görmüşlerdir (Ergül ve Bayık 2004, Carpenito 2004, Tanyi 2002, Martsolf ve Micklely 1998, Hutchinson 1997). Hemşirelik literatüründe uzun bir süre manevi bakıma ilişkin bilgiler, özellikle Müslüman ve Hıristiyan toplumlarda inanç ve dini uygulamalarla bağdaştırıldığı için dar bir çerçevede ele alınmıştır. Bu nedenle manevi baş etme stratejileri dini inançla sınırlanmıştır. Oysa maneviyat, dini de içine alan ancak dinle sınırlı olmayan, din kavramından daha geniş boyuta sahip bir kavramdır. Maneviyat, yaşamın anlamını ve amacını aramayı içerirken, din tanrı ile ilgili inançları ve uygulamaları içermektedir (Baldacchino ve Draper 2001, Narayanasamy ve Owens 2001, Mcsherry ve Draper 1998, Hutchinson 1997, Gordon 1982).

Literatürde maneviyat kavramına ilişkin birçok yorumun olması nedeniyle kavramın anlaşılması ve tanımlanmasının zor olduğu bildirilmektedir (Leeuwen

ve Cusveller 2004, Henery 2003, Hutchinson 1997,). Makhija (2002) , maneviyatı amaç ve değerlerle çevrili geniş bir kavram olarak tanımlamaktadır. Oldnall (1996) maneviyatı, her bireyin içerisinde hissettiği ruh olarak tanımlamış ve insanın yaşamına anlam kazandıran ve kişinin yaşamını etkileyen inanç ve değerler düzenini yaratmasında ona yardım eden itici bir güç olarak ifade etmiştir. Bir başka ifade ile maneviyat, bir insanın kendisi ve çevresine duyduğu koşulsuz sevgi, hayatta kalmak için uyum içinde çalışabilme olarak tanımlanmaktadır (Potter ve Perry 1995).

Literatürde manevi değerlerin umudu yitirmeme, ölümlle ilgili anksiyetede azalma, yaşamda bir desteğin varlığını hissetmede etkili olduğu bildirilmektedir. Diğer taraftan maneviyat, bireyin güçlerini ve pozitif yaşam biçimini destekleyerek kendisini üst düzeyde ortaya koymasını, umutlu, güçlü ve barış içerisinde olmasını sağladığından hastalık ve sağlık üzerinde de güçlü etkileri bulunmaktadır (Hall 2006, Ergül ve Bayık 2004, Gordon 1982). Moadel ve ark.'nın (2000) yapmış oldukları çalışmaya katılan 248 kanserli hastanın %40'ından fazlası manevi gereksinimlerinin karşılanması ile korkularıyla baş ettiklerini, hayatın anlamını bulduklarını, umutlarının arttığını ve rahatlık hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca Johnson ve Spilka (1991) kanserli hastalar için ibadet ve iman etmenin baş etmede önemli bir kaynak olduğunu saptamışlardır. Ölümle yüz yüze olan birey için ailenin sosyal desteği yeterli olmayabilir. Çünkü böyle bir durumda sıklıkla aileler de kriz yaşarlar ve hemşirenin ya da hekiminin desteğine gereksinim duyarlar (Ewen 2004, Öz 2004). Maneviyatın iyileşme süreci üzerindeki bu olumlu etkileri nedeni ile hemşirelerin bireylerin manevi baş etme stratejilerini nasıl değerlendireceklerini ve nasıl kullanacaklarını bilmeleri gerekmektedir (Baldacchino ve Draper 2001). Ancak son 30–35 yıldır hemşirelik bakımında manevi boyutun öneminin farkına varılmış olunmasına rağmen, hemşirelikte maneviyatın bakımın bir boyutu olarak ele alınmayışı, somut hizmet/iş başarısının önemli olması gibi nedenlerden dolayı manevi boyut ihmal edilmiştir (Baldacchino 2006, McSherry 2006). Bilindiği gibi

yalnızlık, ümitsizlik ve bilinmezlik korkusu gibi manevi ve psikolojik gereksinimleri fark etmek fiziksel gereksinimlere göre daha zordur. Çünkü bu gereksinimler soyut, karmaşık özelliktedir ve ölçülmesi zordur. Bu nedenle hemşireler tarafından soyut gereksinimler, somut ve daha kolay ölçülebilen gereksinimlere göre daha az karşılanmaktadır. Bu durum bireylere bütüncü (holistik) bakım verilememesine neden olabilmektedir (Pesut ve Sawatzky 2005, Baldacchino ve Draper 2001, Govier 2000, Oldnal 1996). Ergül ve Bayık (2004)'ın belirttiğine göre Joyce Travelbee (1971), hemşireliği yalnızca fiziksel ağrıyı gidermek ya da fiziksel bakım vermekle sınırlı bir meslek olmayıp insana bütüncü bakım bir meslek olarak tanımlamıştır. Bütüncü bakım kavramı genellikle bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerinin karşılanması olarak açıklanmaktadır (Strang ve ark 2002). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) de insanın haklarına, değerlerine, alışkanlıklarına ve manevi inançlarına saygı gösterilen bir çevre oluşturulmasının hemşirenin rolü olduğunu bildirmiştir (Baldacchino 2006).

İnsan olmanın doğal, öznel, hissedilir ve çok boyutlu bir parçası olan manevi gereksinimler, herhangi bir dini uygulama ya da felsefe ile açıklanmamış ise fark edilmeleri zordur. Oysa hemşireler açıkça tanımlanmış herhangi bir felsefe veya inanç sistemine sahip olmayan bireylerle de karşılaşmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin manevi gereksinimlere yönelik bakım verebilmesi için maneviyatın doğasını, farklı bireylerdeki yansımalarını ve hastaların manevi gereksinimlerini tanımasının önemli olduğu vurgulanmaktadır (Lundmark 2006, Leeuwen ve Cusveller 2004, Hutchinson 1997).

McSherry (2006), maneviyat ve manevi bakım kavramı üzerine birçok yayın bulunduğunu ancak, hemşirelik için organizasyonel, yönetsel, uygulama ve eğitim alanlarında teorinin ötesine gitmenin zorunlu bir gereksinim olduğunu belirtmiştir. Ayrıca çağdaş toplumlarda var olan kültürel, dinsel ve etnik farklılıkların yansımaları ile ilgili teori oluşturularak uygulama içine teoriyi

transfer etmek gibi konuların göz önünde bulundurulmasına gereksinim bulunduğunu vurgulamıştır.

Günümüzde hemşireler bireyin umut, yaşamın anlamı, amacı, sevgi ve ait olma gibi manevi gereksinimlerini belli derecede karşılamaktadır. Örneğin; hemşirenin bireyin kaygılarını dinlemesi, empati yapması gibi (Lewis ve Ark. 2004, Gordon 1982) . Ancak gözlemlerimiz bunun planlı bir şekilde yapılmadığı ve yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Maneviyat ve manevi bakım konusu ile ilgili ülkemizde sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmaktadır. Maneviyat ve manevi bakımın hastanın iyileşmesindeki gücü göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmanın, hemşirelerin maneviyat ile ilişkili görüşlerinin belirlenerek konuya ilişkin duyarlılığı artıracak eğitimlerin planlanmasına rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Literatürde hemşirelerin manevi bakım vermesini etkileyen birçok faktörden söz edilmektedir. Bunlar; özellikle hemşirenin düşünce sistemi (kendi yaşamında manevi boyutun ve manevi gücünün farkında olması, yaşamda anlam arama, merak, ilgi), manevi gereksinimleri ve bakımı algılaması, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü ve konuya duyarlılığıdır. Bunun yanı sıra hemşirenin çalıştığı ortam, çalışma koşulları, hastaya bakım veren diğer çalışanlarla iletişimi, hastanın iletişime açık olması gibi birçok faktörün manevi bakımı etkilediği belirtilmektedir (Ergül ve Bayık 2004, Leeuwen ve Cusveller 2004). Ross (2006)'un bu konuda yaptığı literatür taramasında hemşirelerin, hastanın manevi gereksinimlerine ilişkin farkındalıklarının çok sınırlı olduğu, manevi bakımla ilgili daha çok dini gereksinimler üzerine odaklanmaya eğilimli oldukları, manevi bakımı tanımlamada zorlandıkları ve manevi bakımı vermek için eğitimlerinin yetersiz olduğunu hissettiklerini ifade ettikleri belirtilmiştir. Baldacchino (2006) da hemşirelerin manevi bakımla ilişkili dini gereksinimlere eğilimli olduklarını ve bunun manevi bakım ile ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceğini

belirtmektedir. Narayanasamy (2001), yaptığı çalışmada, hemşirelerin hastalarının manevi gereksinimlerinin yeterince farkında olmadığını belirlerken, Oldnall (1996), hemşirelerin eğitim sürecinde, hastaların manevi gereksinimlerine ilişkin yeterince bilgilendirilmediklerini, hemşirelik bakım planını oluşturmada manevi bakıma ilişkin donanımın yetersiz olduğunu vurgulamıştır. Bath (1992) çalışmasında, hemşirelerin %70'inin hasta ile yeterince zaman geçiremediği, %60.2'sinin hemşirenin kendi manevi görüşleri konusunda net olmadığı, %54.4'ünün hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım konusunda yeterli bilgilerinin olmadığını saptamıştır.

I.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır

II. GENEL BİLGİLER

II.1. Maneviyat

Maneviyat kavramı anlaşılması ve tanımlanması zor, soyut bir kavramdır. Bu nedenle kavramla ilişkili birçok tanım yapılmasına rağmen tam bir fikir birliği bulunmamaktadır (Henry 2003, Tanyi 2002, Hutchinson 1997). Cawley (1997) maneviyat kavramının bireysel yoruma açık olmasından dolayı standart olarak tanımlanamayacağını ifade etmiştir.

Spiritualite (maneviyat), Latince “spritus ” kelimesinden köken almış ve nefes almak, canlı olmak daha geniş anlamıyla yaşamı hissetmek olarak tanımlanmıştır (Başbakkal 2005). Batı dillerinde “ruhçuluk” anlamına gelen sözcük, Türk Dil Kurumu sözlüğünde ise “maddi olmayan, duyularla sezilebilen, soyut, tinsel ”olarak açıklanmıştır (TDK 2006). Metapsişik Terimler Sözlüğü’nde spiritualite için “Maddeciliğin karşıtıdır.” açıklaması yapılmaktadır. Simsen (1988) maneviyatı, “bireyin, materyalin ötesinde ilişkili olduğu her şey ve bunların temel anlamlarına ilişkin içsel kaynaklarının toplamı” biçiminde tanımlamaktadır. Stallwood (1975) maneviyatı “İnsanın iç kaynakların tümü, diğer tüm değerlerin odaklandığı son nokta, kişisel ve sosyal davranışları etkileyen hayatın temel felsefesi” olarak tanımlamıştır.

Literatür maneviyat kavramının ilk başlarda çoğunlukla din ile bağdaştırıldığını fakat zaman içerisinde daha geniş bir perspektif kazandığını göstermektedir (Tanyi 2002). Bu bağlamda maneviyat ve din zaman zaman birbiri yerine kullanılsalar da aslında farklı iki kavramdır (Kostak 2007). Maneviyat dini de kapsayan fakat dinden daha geniş bir kavramdır (Öz 2004, Baker 2003, Nelson 2002, Potter ve Perry 1995). Öz (2004) de dinin maneviyattan farklı olduğunu, geleneksel, törensel ve spesifik bir öğretisi (doktrin) verdiğini söylemiştir. Maneviyat sadece din ve tanrıya inanç ile tanımlandığında, herhangi bir dine mensup olmayan ve ya tanrı inancı olmayan kişilerin manevi boyutları göz ardı edilmiş olur. Oysa tüm insanlar formal olarak dinsel uygulamaları yerine

getirsinler ya da getirmesinler manevi bir boyuta sahiptirler (Mcsherry 1996, Burnard 1988).

Manevi boyut, yaşamın, sağlığın, hastalığın, acının, ağrının ve ölümün anlamının bulunmasında bireylere yardımcı olur, baş etmeyi güçlendirir (Baker 2003, Nelson 2002, Baldacchino ve Draper 2001, Narayanasamy ve Owens 2001, Mcsherry ve Draper 1998, Hutchinson 1997, Gordon 1982). Ayrıca bireyin bütünlüğünü ve sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler olduğunda bireyi destekler ve rahatlatır. Sağlığın anlamını açıklamak ve sağlık değeri oluşturmak için fırsat sağlar (Baker 2003, Nelson 2002). Manevi gereksinimler kişiden kişiye göre değişen, tanılaması güç, manevi yoksunluğu azaltacak veya bireyin manevi gücünü destekleyecek gereksinimlerdir.

II.2. Hemşirelikte Maneviyat ve Manevi Bakım

Bir bireyin var oluşunun tüm boyutlarını korumasında, sürdürmesinde veya elde etmesinde ona yardımcı olmak iyi hemşirelik bakımının temelidir. Hemşirelik tarihinde hemşireliğin yalnızca fiziksel bakım veren bir meslek olarak tanımlandığı herhangi bir dönem yoktur. Hemşireliğin meslekleşmesine öncülük eden Florence Nightingale'nin "Sağlık için manevi gereksinimler, vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir. Bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir" sözleri de hemşireliğin meslekleşme sürecinin başından itibaren insanı bir bütün olarak ele aldığını göstermektedir (Ergül ve Bayık 2004, Hutchison 1997).

Hemşirelik tarihinin ilk yıllarından buyana insana bir bütün olarak bakılsa da bütüncü bakım kavramı, 1960'lı yıllarda tartışılmaya başlanmış ve 1980 li yıllarda Rogers, Parse, Newman gibi hemşire teorisyenlerce hemşirelik literatürüne kazandırılmıştır. Bu dönemin hemşirelik teorisyenleri insanı içindeki ve çevresindeki dünyayı algılama yetenekleriyle birleşmiş bir bütün olarak

görmüşlerdir. Maneviyat, holistik yaklaşımla çevrili girişimler bütünü olarak tanımlanmış ve hemşirenin bu yaklaşımla hastanın bütün gereksinimlerine cevap verebileceği belirtilmiştir (Cox 2003). Joyce Travelbee ise 1971 yılında, “Bir hemşire yalnızca fiziksel ağrıyı azaltmak için veya fiziksel açıdan değil, bireye bütüncü bir bakım verir” şeklinde bakımın tüm boyutlarının önemini ifade etmiştir (Martsof 1998). Virginia Henderson da, hemşireliğin amacının, bireyi temel gereksinimlerini karşılamada bağımsız hale getirmek olduğunu belirtmiş, bu temel gereksinimlerin, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, manevi ve entellektüel alanlardan oluştuğunu ileri sürerek “İnançları doğrultusunda ibadet etme gereksinimi” dahil olmak üzere 14 temel gereksinim tanımlamıştır (Kostak 2007).

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları sınıflandırmasında, bireyin manevi boyutuna yönelik “Manevi sıkıntı” (Spiritual Distres) tanısına yer vermiş ve manevi sıkıntıyı “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 tanımlamıştır (Carpenito 2004). Manevi sıkıntı, bireyin yaşadığı çevrede değer ve inançlarının tehdit edildiği, var oluşsal bir kriz yaşadığı ya da bireyin yaşaması için anlam bulamadığı, ümitsizlik duygusu yaşadığı zamanlarda ortaya çıkar (Öz 2004, Govier 2000). Manevi sıkıntı yaşayan hastalara yaklaşımdaki amaç, inanç ve değerlerle sağlık bakımı arasındaki çatışmayı azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır.

Hemşirelikte uzun bir süre manevi bakıma ilişkin bilgiler, inanç sistemleri ve dini uygulamalara yönlendirilmiştir. İnsanın manevi boyutu düşünüldüğünde, manevi boyuta yönelik bakım için, sadece din görevlisinin hastaneye çağrılmasıyla sınırlı dini fonksiyon ve uygulamaların yetersiz olacağı açıktır. Günümüzde fiziksel ve psikososyal boyutun üstünde ve var olmanın daha ötesinde bir boyut olan manevi boyuta yönelik hemşirelik bakımının önemi hemşireler tarafından kabul edilmektedir (Ergül ve Bayık 2004).

Hutchinson (1997) hemşirenin manevi bakım vermede göz önünde bulunduracağı önemli ilkeleri aşağıdaki biçimde sıralamıştır.

1. Manevi gereksinimlere ilişkin hemşirelik tanısı; mevcut ve olası problemler kadar bireyin gücünü açıklamayı da amaçlamalıdır.

2. Manevi bakımda hemşirenin öncelikli amaçları, bireyin manevi kaynaklarını harekete geçirmek olmalıdır.

3. Hemşire, manevi bakımın bireyin bakış açısını değiştirmek, inançlarından döndürmek değil, bunun yerine bireyin ifade ettiği gereksinimlerine yanıt vermek olduğunun ayırında olmalıdır.

4. Manevi tanılama ve bakım, hemşire ve hasta birey arasında güvenilir ve duyarlı bir ilişki üzerine temellenmelidir. Bu bakım bireyin, kültürünü, sosyal ve manevi kaynaklarını aynı zamanda onların düşünce ve dini uygulamalarını da dikkate alacak şekilde planlanmalıdır.

5. Hemşire, bakımda görev alan diğer ekip üyelerine bilgi verirken, sınırlılıklarının ve bilgisinin ayırında olmalıdır.

6. Hemşire, hemşirelik bakım planında manevi bakımın yazılı olarak yer almasının önemini bilmelidir. Bu, hemşirenin bakımda sistematik olmasını ve bakımda sürekliliği sağlar.

II.3. Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler

Hemşirelik literatüründe maneviyat ve manevi bakımla ilgili birçok kaynak olmasına karşın hemşirelerin manevi bakımı yeterince veremediklerini, zorlandıklarını ve korktuklarını göstermektedir (Ergül ve Bayık 2004, McSherry ve Rose 2002). Bu konuda yapılan çalışmalarda hemşirelerin hastalarının manevi gereksinimlerinin yeterince farkında olmadığı, eğitim sürecinde, hastaların manevi gereksinimlerine ilişkin yeterince bilgilendirilmedikleri ve bu nedenle manevi bakıma ilişkin donanımın yetersiz olduğu vurgulanmıştır (Narayanasamy 2001, Oldnall 1996). Ayrıca literatürde manevi bakımı vermede bazı engellerden söz edilmektedir. Bu engeller; hastayla yeterince zaman geçirememesi, hemşirenin kendi manevi görüşleri konusunda net olmaması, hemşirelerin maneviyat ve

manevi bakım konusunda yeterince bilgi sahibi olmaması olarak bildirilmektedir (Ergün 2005). Bunun yanı sıra hemşirelerin kendi yaşamında manevi boyutun ve manevi gücünün farkında olması, manevi gereksinimler ve bakımı algılaması, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü ve konuya duyarlılığı manevi bakım vermeyi etkileyen olumsuz faktörler olarak belirtilmektedir (Ross 1994). Ayrıca zaman ve personel yetersizliği nedeniyle fiziksel bakıma öncelik verilmesi, hastaların iletişimi ile ilgili nedenler (koma, demans, işitme kaybı vb.), sürekli nöbet tutma, gürültü, yetersiz sayıdaki sağlık profesyonelleri, diğer ekip üyeleri ile olumsuz iletişim ve huzursuz iş ortamının da manevi bakım vermeyi etkileyen önemli etmenler olduğu vurgulanmaktadır.

II.4.Hemşirelik Eğitiminde Manevi Bakım

İnsanlar fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi yönleriyle bir bütündür ve bu bütünün tüm öğeleri eşit ölçüde önemlidir. Buna rağmen sağlık elemanlarının çoğu bireyin manevi yönünü göz ardı etmekte veya bu yönde bakım verme konusunda rahatsızlık duyma eğilimleri göstermektedir. Hemşirelerin manevi bakım vermeleri konusunda yapılan çalışmalarda bu bakımın istenilen düzeyde gerçekleştirilememesi nedenleri, manevi bakımın önemini farkında olunmaması, hemşirelerin bu bakımı sunma becerilerinin eksikliği, din ile maneviyatın karıştırılması, bu konunun bilimsel bir yaklaşım olarak görülmesi olarak saptanmıştır (Ergül 2005). Leeuwen ve ark. (2006) çalışmalarında hemşirelerin manevi bakım vermedeki yetersizliklerinin nedenleri arasında hemşirelerin yeterli zamanlarının olmaması ve eğitim eksikliği gösterilmiştir.

Hemşirelik literatürü bütüncü bakım çerçevesinde manevi bakımın önemini vurgulamaktadır. Her ne kadar teorik olarak maneviyat ve manevi bakımdan bahsedilse de, manevi bakımın hemşirelik eğitime ve uygulama alanına alınmasında bazı engeller söz konusudur. McSherry ve Draper (2002) iki temel engelden bahsetmektedir. İlk engel içsel faktörler, diğeri ise dışsal faktörlerdir. Kurumsal ortamdaki politik, ekonomik ve yönetsel faktörler içsel

faktörleri, bireysel ve toplumsal normlar, inançlar, değerler ise dışsal faktörleri oluşturmaktadır. Bu iki engelin dar bir çerçevede değerlendirilmesi maneviyatın hemşirelik eğitiminde ve uygulamasında istendik düzeyde önem verilmemesine neden olmaktadır (Mcsherry 2002).

Hemşirelik kuramcılarının maneviyatın öğretimi konusunda çeşitli görüşleri sunmaktadır. Sülü (2006) 'nın bildirdiğine göre Ross (1996) hemşirelik sürecini kullanarak manevi bakımın öğretilmesi modelini önerirken, manevi bakımın öğretilirliğini de tartışmakta ve eğitimde kişinin bu konuyla ilgili farkındalığının artırılması yoluna gidilmesini önermektedir. Yine Sülü (2006) 'nın bildirdiğine göre Mcsherry (2000) ise bu karmaşık kavramın geleneksel yöntemlerle öğretilip uygulama alanında konuyla ilgili farkındalığın artırılmasını önermektedir. Ergül (2005)'ün belirttiğine göre Narayasamy (1999) ASSET (Actioning Spirituality and Spirtual care in Education Training) yani maneviyat ve manevi bakım eğitiminde eyleme geçme modeli ile hemşirelik eğitiminde manevi bakım eğitim modeli oluşturmuştur. Bu modelin eğitim içeriği, maneviyatın kavram olarak geniş boyutlarıyla anlaşılması, konuyla ilgili kişisel farkındalığın gelişmesi, hemşirelik bakımının manevi boyut kapsamında tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluşur. Bu eğitim içeriğinin deneyerek, uygulamalı öğretim teknikleri ile öğrenciye kazandırılması sonucu öğrencide farkındalık sağlanıp, uygun bilgi ve beceriler (iletişim becerileri, güven ilişkisi kurma, umut verme, destek olma) kazandırılması sonucunda bireye bu bakımın istendik biçimde sunulması amaçlanmaktadır (Ergül 2005).

II.5. Manevi Bakımda Hemşirelik Süreci

II.5.1 Tanılama

Manevi gereksinimlerin tanınması/manevi değerlendirme, hemşirenin hastasıyla olan tüm etkileşimleri sırasında devam eder.

a)Manevi Boyut ve Manevi Gereksinimlerin Değerlendirilmesi

Gereksinimler doğrudan (sorularla) ve dolaylı (gözlem) yollarla tanımlanabilir. Sorular açık uçlu sorulmalıdır. Bireyin davranışlarını, hareketlerini, sözlü ifadelerini, kişisel ilişkilerini ve çevresini gözleme manevi gereksinimleri için ipuçları verir. Ergül ve Bayık(2004) ‘ın bildirdiğine göre Ross(1994) çalışmasında manevi gereksinimleri tanımlamada hemşirelerin kullanacakları belirteçleri aşağıdaki gibi özetlenmiştir:

- Hastalar sözel ve sözel olmayan iletişimlerle manevi gereksinimlerini ifade ederler.
- Manevi gereksinimler hemşireler tarafından farklı yollarla gözlemlenebilir,
- Hastalar manevi sıkıntı yaşadıklarını gösterirler,
- Hastalar farklı çaresizlik, ümitsizlik düzeyleri gösterirler,
- Hasta duruma uyum göstermede, adapte olmada yetersizdir.

Gözlem sonuçları dikkatli kaydedilmeli, birleştirilerek analiz edilmelidir. Hemşirenin, hastanın spiritüel gereksinimlerini ifade eden ipuçlarını kavraması, aktif dinlemeyi ve hassaslığı gerektirir (McSherry ve Ross 2002). Hemşireler, acı çeken hastalardan ve ailelerinden “Bu neden bana oluyor?” “Neden Tanrı bu hastalığı bana verdi?” gibi soruları birçok kez duyarlar. Bu sorular, manevi sıkıntının ifadesidir. Manevi sıkıntı kızgınlıkla, öfkeyle, üzüntüyle, korkuyla ifade edilebilir (Potter ve Perry 1995). Bu nedenle hemşireler, manevi gereksinimlerin ifadesinde kullanılan ipuçlarını tanımalı ve değerlendirebilmelidirler.

Stoll (1979), hemşirelerin manevi gereksinimleri tanılamada kullanmaları için “Tanrı, Ümit ve Destek Kaynakları, Dini Uygulamalar ve Manevi İnançlar ve Sağlık İlişkisi” başlıkları altında topladığı tanılama adımlarını içeren bir rehber geliştirmiştir. Bu rehber kapsamında, bireye yöneltilecek sorular ile elde edilecek manevi öyküde şunlar yer almaktadır (McSherry ve Ross 2002):

- 1.Bireyin inanç ve dindarlık düzeyini inceleyin.

- Bir din ve inanç topluluğuna ait misiniz?
 - Size yardımcı olacağına/olduğuna inandığınız dualar var mı?
 - Ne zaman dua edersiniz?
2. Destek kaynaklarını, özellikle insan ve akraba ilişkilerini inceleyin.
- Sizin için en önemli kişi/kişiler kimdir?
 - Yardıma gereksiniminiz olduğunda kime gidersiniz?
3. Hastalığın, bireyin dini uygulamalarını yerine getirmesini etkileme durumunu inceleyin.
- Size yardımcı olabilecek din ya da inançlarınız hakkında ne hissediyorsunuz?
 - Sizin için önemli olan dini bir uygulama var mı?
4. Hastalık ve gelecek endişesi gibi varoluşla ilgili konuları açıklaştırm.
- Hasta olmanızla ilgili sizi en çok üzen nedir?
 - Geleceğinizle ilgili ne düşünüyorsunuz? (McSherry ve Ross 2002).

Hemşire, bireyin manevi sağlık düzeyini belirleyen davranışlarını gözlemleyip analiz ederken, bireyin hastalığa, acıya, güçlüklerle olan tepkileri ve değerleri hakkında ipucu elde eder. Hastanın inançları ile davranışları arasında uyumsuzluk varsa ve hasta bunu doğrularsa, “manevi sıkıntı/distres” tanısı onaylanmış olur (Potter ve Perry 1995).

II.5.2 Planlama

Sülü (2006)'nün bildirdiğine göre manevi sıkıntılarla ilgili yapılacak planlamada bazı gereksinimler dikkate alınmalıdır. Bunlar:

- Bireyin dini sorumluluklarını yerine getirmesine yardım edilmedir.
- Bireyin içsel kaynaklarını şimdiki durumu için etkin biçimde kullanmasına yardım edilmelidir.
- Bireyi rahatsız eden durumlarla karşılaştığında Tanrı ile olan ilişkisini sürdürmesine yardım edilmelidir.
- Bireyin yaşamında var olmanın anlamını bulmasına yardım edilmelidir.

Ayrıca Potter ve Perry (1995)'nin bildirdiğine göre planın yapılandırılmasında hastanın manevi gereksinimlerini, suçluluk duygusunu, kızgınlığını, güç, barış ve sükûnet duygularını sözel olarak ve uygun bir biçimde ifade edebilmesi amaçlanmalıdır.

II.5.3 Uygulama

Carpenito (2005) hemşirelik girişimlerini aşağıda belirtildiği gibi özetlemiştir:

1. Çeşitli manevi inanç ve uygulamaları kabul ettiğinizi iletiniz.
2. Önyargısız bir tutum geliştiriniz.
3. Manevi gereksinimlerin önemine dikkat ve onay gösteriniz.
4. Manevi gereksinimlerin karşılanması için yardım etme konusunda sağlık ekibinin istekliliğini ifade ediniz.
5. Günlük dua, manevi liderin ziyareti, manevi okuma ve düşünme için gerektiği kadar sessizlik ve mahremiyeti sağlayınız.
6. Dinsel kural ve uygulamaları yerine getirmek için din görevlileri ile iletişime geçiniz.
7. Sağlığı için sakıncalı değilse, manevi ritüelleri yerine getirmesi için cesaretlendiriniz.

8. Bireye başkaları ile birlikte dua etmesi ya da başkası tarafından dua okunması için fırsat sağlayınız.

9. Manevi gönenci güçlendirmek amacıyla manevi konuları tartışması için izin veriniz.

10. Bu olayı (hastalık) daha geniş bir bakış açısından görmesi için, geçmişteki inançları ve manevi deneyimleri hakkında soruları kullanınız.

11. Bu konuda kendinizi rahat hissediyorsanız, kendiniz ya da ekibin başka üyesi ile birlikte dua etme/meditasyon yapma/okumayı öneriniz.

12. Birey şüphelerini, suçluluk duygularını ya da diğer olumsuz duygularını ifade ettiği zaman ulaşılabilir olunuz ve dinlemeye isteklilik gösteriniz.

II.5.4 Değerlendirme

Bu aşamada, planlanan girişimlerin uygulaması sonucunda belirlenen hasta sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığına bakılır. Değerlendirme açık olarak ifade edilmeli, hedefe ulaşılamamışsa yeni girişimlerde bulunulmalıdır(Birol 2004). Hasta manevi olarak rahatlamışsa;

- Sağlığını bozmayan manevi uygulamalarına (meditasyon, dua etme vb.) devam edecektir.
- Suçluluk ve anksiyete duygularında azalma olduğunu ifade edecektir.
- Manevi durumu/koşulları ile ilgili doyum ifade edecektir. Yaşam umudunu ifade edecektir.
- İnanıldığı manevi liderlerle görüşmeye devam edecektir(Johnson ve ark 2000, Carpenito 1999).

III. GEREÇ ve YÖNTEM

III.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

III.2.Araştırmanın Yapılacağı Yer

Bu araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, I. Sultan İzzettin Keykavus Hastanesi ve Sivas Devlet Hastanesinde yapılmıştır. Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi şehir merkezinden 8 kilometre uzakta, Cumhuriyet Üniversitesi kampüsünde yer almaktadır. Hastanenin yatak kapasitesi 930'dur. Hastanede 319 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler, 08–17,16–24 ve 24–08 olmak üzere 3 shift halinde çalışmaktadırlar. Sultan I.İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi şehir merkezinde yer almaktadır. Hastane iki binadan oluşmaktadır. Hastanenin toplam yatak kapasitesi 500'dür. Hastanede 189 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08–16, 16–08 olmak üzere iki shift halinde çalışmaktadırlar. Sivas Devlet Hastanesi şehir merkezinde yer almaktadır. Hastanenin toplam yatak kapasitesi 100'dür. Hastanede 113 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 08–16, 16–08 olmak üzere iki shift halinde çalışmaktadırlar.

III.3. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (319), Sultan I.İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi (189) ve Sivas Devlet Hastanesinde (113) çalışan toplam 621 hemşire oluşturmuştur.

III.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, 621 hemşireden basit rastgele örnekleme yöntemi ile gönüllülük ilkesine uyularak seçilmiş 333 hemşire oluşturmuştur.

III.5. Verilerin Toplanması Uygulanması ve Değerlendirilmesi

III.5. 1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan 19 maddeden oluşan Kişisel Bilgi Formu (Ek-1) ve 17 maddeden oluşan Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ)(Ek-2) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından geliştirilen formda, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı klinik, meslekte toplam çalışma yılı, manevi bakım kavramını daha önceden duyup duymadığı, nereden duyduğu, manevi bakım ile ilgili eğitim alıp almadığı, aldığı eğitimin yeterli olup olmadığı, maneviyat ile ilgili herhangi bir yayın okuyup okumadığı, hastanın maneviyatına yönelik yaptığı bir uygulama olup olmadığı, var ise uygulamanın ne olduğu, bütüncü bakım ve maneviyat kavramının kendisine ne düşündürdüğüne yönelik toplam 19 soru yer almaktadır.

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (Ek-2)

McSherry, Draper ve Kendric tarafından 2002 yılında geliştirilmiş toplam 17 soruluk bir ölçektir. Maneviyat ve manevi bakım (madde 6,7,8,9,11,12,14), dinselilik (madde 4,5,13,16) ve bireysel bakım (madde1,2,10) alt boyutlarından oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir. Maddelerin puanlaması, kesinlikle katılmıyorum “1” den “tamamen katılıyorum” “5” e doğru yapılmaktadır. İlk onüç madde düz, son dört madde ters şekilde puanlanmaktadır. Toplam puan ortalamasının 5’e yaklaşması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. McSherry, Draper ve Kendric ‘in çalışmasında ölçeğin Cronbach α değeri 0.64’tür. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik testleri Ergül, Bayık Temel (2004) tarafından yapılmış ve iç tutarlılık kapsamında Cronbach α katsayısı 0.76 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeği oluşturan maddelerin ölçeğin bütünü ile ilişkisini ortaya koyan madde-toplam puan korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Madde-toplam puan korelasyon katsayısının 0.25’ten büyük olması önerilmektedir (Çimen ve

ark.2005, Özdamar 2002, Tezbaşaran 1997). Bu çalışmada en düşük korelasyonlar 15,16,17. sorulara aittir. Bu sorularda maddeler ile toplam puan arasında zayıf korelasyon bulunduğundan bu sorular dikkate alınmadan Cronbach α değeri hesaplanmış ve değer 0.538 olarak bulunmuştur.

III.5. 2. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması

Veriler, 15 Mart–15 Temmuz 2007 tarihleri arasında, her üç kurumun yetkili makamlarından izin alınıp, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere “Kişisel Bilgi Formu” (Ek–1) ve “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği” (Ek–2) aynı anda verilmiştir. Hemşirelerin formları doldurması için bir gün süre verilmiş ve bir gün sonra formlar toplanmıştır.

III.5. 3. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızın verileri SPSS (Ver: 14.0) programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Witney U ve Varyans analizi kullanılmıştır. Verilerimiz tablolarda aritmetik ortalama, \pm standart sapma, denek sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

IV. BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
20–29	182	54.7
30–39	123	36.9
40–49	28	8.4
Cinsiyet		
Erkek	12	3.6
Kadın	321	96.4
Medeni Durum		
Evli	198	59.5
Bekâr	135	40.5
Eğitim		
SML	51	15.3
Önlisans	118	35.4
Lisans	151	45.3
Yüksek Lisans	13	3.9
Çalıştığı Klinik		
Cerrahi Klinik	106	31.8
Dahili Klinik	80	24.0
Çocuk Kliniği	18	5.4
Yoğun Bakım	46	13.8
Diğer*	83	24.9
Çalışma Yılı		
0–5	135	40.5
6–10	94	28.2
11–15	46	13.8
16–20	39	11.7
21–25	14	4.2
26+	5	1.5
Toplam	333	100.0

*Yenidoğan, Koroner Anjiyografi, Radyoloji, Acil, Kan Alma ve Poliklinikler

Tablo 1’de hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin %54.7’sinin 20–29 yaş aralığında, %96.4’ünün kadın, %59.5’inin evli, %45.3’ünün lisans mezunu, %31.8’inin cerrahi kliniğinde çalıştığı ve %40.5’inin çalışma yılının 0–5 yıl aralığında olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Alma Yollarına Göre Dağılımı

İfadeler	Sayı	%
Maneviyat ve manevi bakımla ilgili daha önce bilgi		
Alan	116	34.8
Almayan	217	65.2
Bilgi alma yolları*(n:116)		
Eğitimim sırasında (Mesleki eğitim)	99	85.3
Hizmet içi eğitim	19	16.4
Kongre, sempozyum gibi bilimsel toplantılar	13	11.2
Bilimsel makale ve yayınlar	10	8.6
Radyo, televizyon, gazete gibi yazılı sözlü basın	30	25.9
Mesleki eğitim sırasında alınan bilgi (n:99)		
Yeterli	41	41.4
Yetersiz	58	58.6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde hemşirelerin %65.2'sinin maneviyat ve manevi bakımla ilgili daha önce bilgi almadığını, bilgi almış olanların %85.3'ünün bu bilgiyi eğitimi sırasında aldığı ve % 58.6'sının eğitim sırasında aldığı bilgiyi yetersiz buldukları görülmektedir.

Tablo 3. Hemşirelerin Bütüncü ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı (n:333)

İfadeler	Sayı	%
Bütüncü bakım		
Önemli	318	95.5
Önemli değil	15	4.5
Çalıştığımız klinikte bütüncü bakım		
Veriliyor	213	64
Verilmiyor	120	36
Bütüncü bakım maneviyatı		
İçeriyor	291	87.4
İçermiyor	42	12.6
Hemşireler manevi gereksinimlere		
Dikkat etmeli	318	95.5
Dikkat etmemeli	15	4.5
Çalıştığımız klinikte manevi gereksinimlere		
Dikkat ediliyor	232	70
Dikkat edilmiyor	101	30
Manevi boyutları fark etmek için eğitim		
Önemli	277	83.2
Önemli değil	56	16.8
Toplam	333	100

Tablo 3’de hemşirelerin bütüncü ve manevi bakıma ilişkin görüşlerine ait dağılım verilmiştir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin %95 ’inin bütüncü bakımı önemli bulduğu, % 64’ünün çalıştığı klinikte bütüncü bakım verildiği, %87.4’ü bütüncü bakımın maneviyatı içerdiğini, %95 ’inin hemşirelerin manevi gereksinimlere dikkat etmesi gerektiğini düşündüğü, %70.0’ının çalıştığı klinikte manevi gereksinimlere dikkat edilmediği, %83.2’sinin manevi boyutları fark etmek için eğitimin önemli olduğunu ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 4. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma Yönelik Uygulamalarına Göre Dağılımı

İfadeler	Sayı	%
Maneviyata yönelik uygulama yapma durumu (n:333)*		
Yapan	262	78.7
Yapmayan	71	21.3
Maneviyata ve manevi bakıma yönelik yapılan uygulamalar **(n:262)		
Dinleme	233	89
Gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlama	186	71
İbadet etmek istediğinde ona ortam hazırlama	125	38.2
Bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranma	231	87.8

*Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

**Birden fazla seçenek işaretlendiğinden yüzdeler (n) üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4’de hemşirelerin maneviyata ve manevi bakıma yönelik uygulama yapma durumları ve ifade ettikleri uygulamaların dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin %78.7’si maneviyata ilişkin uygulama yaptığını ifade etmiştir. Hemşirelerin maneviyata yönelik yaptıkları uygulamalar incelendiğinde hemşirelerin %89’u manevi bakım olarak hastaları dinlediğini, %71’i hastaların yakınları ile görüşmesini sağladığını, %38.2’i hastaların ibadet etmesi için ortam sağladığını, %87.8’i ise bakım verirken güler yüzlü davrandığını ifade etmişlerdir.

Tablo 5. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Tanımlarına Göre Dağılımı

	Sayı	%
Maneviyat tanımları		
İnsanın iç dünyasına ait her şey	58	17.4
İnsanın dini duyguları ve uygulamalarının tamamı	15	4.5
İnsani vasıfların tamamı	3	0.9
İnsanın alışkanlıkları, sevdiği, hoşlandığı her şey	14	4.2
Cevapsız	243	73.0
Manevi bakım tanımları		
Hastanın iyileşmesinde çok önemli olan, dikkate alınması gereken iç dünya ile ilişkili bakım	4	1.2
Dini vecibelerini yerine getirmek için uygun ortam hazırlamak	9	2.7
Din görevlisini çağırmak	6	1.8
Hemşirelerle alakalı olmayan bir boyut	3	0.9
Cevapsız	311	93.4

*Yüzdeler n:değeri üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5’de hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım tanımlarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin %17.4’ünün maneviyatı “insanın iç dünyasına dair her şey”, %4.5’inin “insanın dini duyguları ve uygulamalarının tamamı” olarak tanımladığı görülmektedir. Hemşirelerin %73’ü maneviyatı tanımlamamıştır. Benzer şekilde hemşirelerin %93.39’u manevi bakımı tanımlamamıştır. Bununla birlikte hemşirelerin % 9’u manevi bakımı “Dini vecibelerini yerine getirmek için uygun ortam hazırlamak” olarak tanımlamıştır.

Tablo 6. Hemşirelerin Maneviyat Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Dağılım

Alt Boyutlar	Madde no	Maddeler	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		Toplam	
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Maneviyat ve Manevi Bakım	6	Maneviyatın yaşamımızdaki iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma ile ilgili olduğunu düşünüyorum	12	3.6	55	16.5	62	18.6	170	51.0	34	10.2	333	100
	7	Hemşirelerin, hasta gereksinim duyduğunda, ona destek olmak için zaman ayırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	11	3.3	17	5.1	33	9.9	176	52.9	96	28.8	333	100
	8	Hemşirelerin, hastalığının anlamını ve nedenini bulmada, hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	10	3.0	34	10.2	38	11.4	165	49.5	86	25.8	333	100
	9	Maneviyatın, yaşam umuduna sahip olmakla ilgili bir konu olduğunu düşünüyorum	6	1.8	20	6.0	56	16.8	164	49.2	87	26.1	333	100
	11	Hemşirelerin, hastaların korkularını, endişelerini ve üzüntülerini açıklamaları ve tartışmaları için onlara yeterli zaman ayırarak ve dinleyerek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	8	2.4	15	4.5	24	7.2	203	60.9	83	24.9	333	100
	12	Maneviyatın, insanın kendisiyle ve çevresiyle barışık olabilmesini sağlayan birleştirici bir güç olduğunu düşünüyorum	7	2.1	8	2.4	17	5.1	183	54.9	118	35.4	333	100
	14	Hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	156	46.8	150	45.0	16	4.8	5	1.5	6	1.8	333	100
Dinsellik	4	Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum	123	36.9	157	47.1	16	4.8	24	7.2	13	3.9	333	100
	5	Maneviyatın tanrıya ya da bir üstün güce inanma ve ibadet etme ile ilgili olmadığını düşünüyorum	47	14.1	99	29.7	43	12.9	97	29.1	47	14.1	333	100
	13	Maneviyatın, sanat, yaratıcılık ve kendini ifade etme gibi konuları içermediğini düşünüyorum	59	17.7	141	42.3	58	17.4	57	17.1	18	5.4	333	100
	16	Maneviyatın, tanrıya/üstün güce inancı olmayanları kapsamadığını düşünüyorum	22	6.6	36	10.8	38	11.4	125	37.5	112	33.6	333	100
Bireysel Bakım	1	Hemşirelerin, hastanede, hasta isterse bir din görevlisini çağırarak, manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	32	9.6	50	15.0	71	21.3	104	31.2	76	22.8	333	100
	2	Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum	3	0.9	3	0.9	19	5.7	132	39.6	176	52.8	333	100
	10	Maneviyatın, kişinin yaşamını, "şimdi ve burada" yaklaşımıyla yönlendirerek yaşamaya olduğunu düşünüyorum	16	4.8	73	21.1	87	26.1	114	34.2	43	12.9	333	100
	15	Maneviyatın, kişisel arkadaşlıkları ve ilişkileri içerdiğini düşünüyorum	53	15.9	151	45.3	58	17.4	47	14.1	24	7.2	333	100

Tablo 6’da hemşirelerin maneviyat ölçeğinde yer alan alt boyutlara göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hemşirelerin %51.0’ının maneviyat ölçeğinin, maneviyat ve manevi bakım alt boyutunda yer alan “hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum” maddesine %46.8’inin katılıyorum cevabı verdikleri diğer alanlara çoğunlukla katılmadıkları, dinsellik alt boyutunda %36.9’unun “ Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum” ifadesine katıldıkları, bireysel bakım boyutunda ise, % 52.8’inin “ Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum” ifadesine kesinlikle katılmadıkları görölmektedir.

Tablo7. Hemşirelerin Özelliklerine Göre Maneviyat Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	Sayı	%	Maneviyat Puan Ortalaması X±S	Test
Yaş				
20–29	182	54.7	3.21±0.28	F=0.086
30–39	123	36.9	3.21±0.31	p=0.92
40–49	28	8.4	3.19±0.34	p>0.005
Cinsiyet				
Erkek	12	3.6	3.02±0.27	t=2.20
Kadın	321	96.4	3.22±0.30	p=0.028 p<0.05
Medeni Durum				
Evli	198	59.5	3.21±0.30	t=0.30
Bekar	135	40.5	3.20±0.29	p=0.768 p>0.05
Eğitim				
Sağlık Meslek				
Lisesi	51	15.3	3.08±0.28	F=4.498
Önlisans	118	35.4	3.22±0.32	p=0.004
Lisans	151	45.3	3.23±0.28	p<0.05
Yüksek Lisans	13	3.9	3.33±0.28	
Çalıştığı Klinik				
Cerrahi Klinik	106	31.8	3.20±0.28	
Dahili Klinik	83	24.9	3.23±0.28	F=1.327
Çocuk Kliniği	18	5.4	3.33±0.38	p=0.260
Yoğun Bakım	46	13.8	3.17±0.29	p>0.05
Diğer*	80	24.0	3.21±0.33	
Çalışma Yılı				
0–5	134	40.3	3.22±0.28	
6–10	95	28.5	3.20±0.29	F=0.235
11–15	46	13.8	3.18±0.32	p=0.947
16–20	39	11.7	3.22±0.36	p>0.05
21–25	14	4.2	3.23±0.32	
26+	5	1.5	3.29±0.24	
Toplam	333	100.0		

*Yenidoğan, Koroner Anjiyografi, Radyoloji, Acil, Kan Alma ve Poliklinikler

Tablo 7’de hemşirelerin bazı özelliklerine göre maneviyat puan ortalaması görülmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi hemşirelerin cinsiyeti ile eğitim

düzeyleyri, çalıştığı klinik ve çalışma yıllarına dair istatistiksel farkların anlamlı olduğu ($p<0.05$) diğer özelliklerine göre anlamlı olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 8. Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Toplam Puan Ortalamaları

Eğitim	Sayı	%	Maneviyat Puan Ortalaması X±S
Sağlık Meslek Lisesi	51	15.3	3.08
Önlisans	118	35.4	3.16
Lisans	151	45.3	3.23
Yüksek Lisans	13	3.9	3.34
Toplam	333	100	

Tablo 8’de hemşirelerin eğitim düzeylerine göre toplam puan ortalamaları görülmektedir. Tabloya bakıldığında eğitim düzeyi arttıkça maneviyat puan ortalamasının da arttığı görülmektedir.

Tablo 9. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi Alma, Yayın Okuma ve Hastaların Maneviyatına Yönelik Uygulama Yapma Durumlarına Göre Maneviyat Puan Ortalamalarının Dağılımı

İfadeler	Sayı	%	Maneviyat puan ortalaması X±S	Test
Maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgi*				
Alan	116	34.8	3.27±0.25	t=2.83
Almayan	217	65.2	3.18±0.32	p=0.005 p=0.005
Eğitimi sırasında aldığı bilgi**				
Yeterli	41	41.4	3.27±0.24	t=0.726
Yeterli değil	58	58.6	3.31±0.27	p=0.470 p>0.005
Hastalara maneviyata yönelik uygulama*				
Yapan	262	78.7	3.21±0.27	t=0.077
Yapmayan	71	21.3	3.21±0.40	p=0.939 p>0.005
Toplam	333	100.0		

* Yüzdeler n:333 üzerinden hesaplanmıştır.

** Yüzdeler n:99 üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 9’da görüldüğü gibi hemşirelerin maneviyat kavramı ile ilgili bilgi alma, eğitimi sırasında aldığı bilgiyi yeterli görüp görmeme ve maneviyata yönelik bakım yapma durumlarına göre maneviyat puanları ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 10. Hemşirelerin Bütüncü ve Manevi Bakımla ilgili İfadelerine Göre Maneviyat Puan Ortalaması Dağılımı

İfadeler	Sayı	%	Maneviyat puan ortalaması X±S	Test
Hemşirelikte bütüncü bakım				
Önemli	318	95.5	3.22±0.30	t=1.70
Önemli değil	15	4.5	3.08±0.29	p=0.09 p>0.05
Çalıştığımız klinikte bütüncü bakım				
Veriliyor	213	64.0	3.22±0.29	t=0.430
Verilmiyor	120	36	3.20±0.32	p=0.668 p>0.05
Bütüncü bakım maneviyatı				
İçeriyor	291	87.4	3.22±0.29	t=1.731
İçermiyor	42	12.6	3.14±0.36	p=0.084 p>0.05
Hemşireler manevi değerlere dikkat				
Etmeli	318	95.5	3.22±0.30	t=2.068
Etmemeli	15	4.5	3.05±0.28	p=0.039 p<0.05
Çalıştığımız klinikte hemşireler manevi gereksinimlere				
Dikkat ediyor	232	69.7	3.22±0.26	t=1.130
Dikkat etmiyor	101	30.3	3.18±0.37	p=0.259 p>0.05
Manevi gereksinimleri fark edebilmek için eğitim				
Önemli	277	83.2	3.23±0.30	t=2.297
Önemli değil	56	16.8	3.13±0.28	p=0.022 p<0.05
Toplam	333	100.0		

Tablo 10'da hemşirelerin bütüncü ve manevi bakım ile ilişkili ifadelerine göre maneviyat ölçek puan ortalaması görülmektedir. Tablo incelendiğinde

hemşireler manevi değerlere dikkat etmeli diyen hemşirelerin maneviyat puan ortalaması, etmemeli diyenlerden anlamlı ölçülerde yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Ayrıca manevi gereksinimleri fark edebilmek için eğitim önemli diyen hemşirelerin maneviyat puan ortalamasının da, önemli değil diyenlerden anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur($p<0.05$).

V. TARTIŞMA

Bu bölümde Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sultan I. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi ve Sivas Devlet Hastanesinde çalışan 333 hemşirenin demografik özelliklerinin ve maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin, maneviyat ve manevi bakım derecelendirme ölçeği (MMBDÖ) puan ortalamaları ile karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmaktadır.

Maneviyat, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur. Yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir (Cimete 2002). Maneviyat, latince anlamı ile yaşamı hissetmektir (Başbakkal 2005). Simsen (1986) maneviyatı, "bireyin, materyalin ötesinde ilişkili olduğu her şey ve bunların temel anlamlarına ilişkin içsel kaynaklarının toplamı" biçiminde tanımlamaktadır. Bu çalışmada hemşirelerin sadece % 73.0'nın maneviyatı tanımlayamadığı ve hemşirelerin %17.4'ünün "insanın iç dünyasına ait her şey", %0.9'u "insani vasıfların tamamı", %4.2'si "insanın alışkanlıkları, sevdiği, hoşlandığı her şey", %4.5'inin maneviyatı din ile sınırladığı görülmüştür. Bu durum kuramcılarının, maneviyatın din ile sınırlı olmadığı, kavramın dini de içine alan daha geniş bir boyuta sahip olduğu, fikriyle uyum göstermektedir. Ancak hemşirelerin çoğunluğunun maneviyat tanımı yapmaması hemşirelerin kavram ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalarda manevi gereksinimlerin soyut/subjektif olması nedeniyle fark edilmesinin zor olduğu bildirilmiş ve maneviyat kavramı konusunda eğitimin önemi vurgulanmıştır (Baldacchino 2006, McSherry 2006, Ross 2006, Lundmark 2006, Pesut ve Sawatzky 2005, Strang ve ark. 2002, Baldacchino ve Draper 2001, Govier 2000). Oldnall (1996), hemşirelerin eğitim sürecinde hastaların manevi gereksinimlerine ilişkin yeterince

bilgilendirilmediklerini bu nedenle manevi bakıma ilişkin donanımın yetersiz olduğunu vurgulamıştır. Türkiye’de Ergül ve Bayık (2004) tarafından hemşire öğretim üyeleri ile yapılan çalışmada, çalışmaya katılan öğretim elemanlarının %80.0’ının manevi bakımı duyduğu, %61.3’ü hemşirelik eğitiminin öğrenciye manevi bakımı sağlamak üzere bilgi ve beceri kazandırmada yetersiz olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. Baldacchino (2006)’nın Malta’da manevi bakımla ilgili hemşirelik sorumluluklarını belirlemek üzere yaptığı araştırmada ise hemşirelerin kendilerini, eğitimleri sırasında yeterli bilgi almadıkları için, manevi bakım vermede yetersiz gördükleri belirlenmiştir. Leeuwen ve ark. (2006)’nın çalışmasında hemşirelerin manevi bakım verme konusunda var olan yetersizlik nedenleri arasında yeterli zamanlarının olmaması ve eğitim eksikliği gösterilmiştir. Ross (2006) hemşirelerin, hastanın manevi gereksinimlerine ilişkin farkındalıklarının çok sınırlı olduğunu, manevi bakımı tanımlamada zorlandıkları ve manevi bakımı vermek için eğitimlerinin yetersiz olduğunu ifade ettiklerini belirlemiştir. Bu çalışmada hemşirelerin %65.2’sinin maneviyat kavramı ile ilgili bilgisinin olmadığını ve bilgisinin olduğunu ifade eden hemşirelerin çoğunluğunun (%85.3) bu bilgiyi eğitimi sırasında aldığını ancak %58.6’sı eğitimleri sırasında aldıkları bu bilgiyi yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir.

Bilindiği gibi maneviyat subjektif bir kavramdır. Bu nedenle manevi gereksinimler kişilere göre farklılık gösterir. Kavramın subjektif olması, gereksinimlerin kişilere göre farklılık göstermesi kavramın anlaşılmasını ve gereksinimlerin fark edilmesini güçleştirmektedir. Bu bağlamda çalışmacılar maneviyat kavramının anlaşılması, manevi boyutların fark edilebilmesi için eğitimin önemli ve gerekli olduğunu bildirmişlerdir.(Pesut ve Sawatzky 2005, Baldacchino ve Draper 2001, Govier 2000, Oldnal 1996). Bu araştırmada da hemşirelerin %83.2’si de manevi boyutları fark etmek için eğitimin çok önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin eğitim düzeyleri ile maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği puan ortalaması arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.004). Çalışmada eğitim

düzeylelerine göre maneviyat puan ortalamaları değerlendirildiğinde eğitim düzeyi artıkça maneviyat puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür. Bu sonuç bize eğitimin manevi bakımın anlaşılabilmesi ve uygulamada kullanılabilmesi için önemli olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada maneviyat ölçeğinin alt boyutları değerlendirildiğinde hemşirelerin maneviyat kavramı ve manevi bakımı çoğunlukla din ile ilişkilendirdiği görülmüştür. Ross (2006)'da çalışmasında hemşirelerin manevi bakımla ilgili daha çok dini gereksinimler üzerine odaklanmaya eğilimli olduklarını belirlemiştir. Bu sonuçların hemşirelik literatüründe manevi bakıma ilişkin bilgilerin uzun süre dini uygulamalarla sınırlı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Oysa maneviyat, dini de içine alan ancak dinle sınırlı olmayan, din kavramından daha geniş boyuta sahip bir kavramdır (Baldacchino ve Draper 2001, Narayanasamy ve Owens 2001, Mcsherry ve Draper 1998, Hutchinson 1997, Gordon 1982).

Maneviyat, bütüncü yaklaşım/bakım içinde yer alan bir kavramdır ve hemşirenin bu yaklaşımla hastanın bütün gereksinimlerine cevap verebileceği belirtilmektedir (Cox 2003). Bilindiği gibi bütüncü bakım kavramı hemşirelik mesleğinin başlangıcından beri var olmakla birlikte 1960'lı yıllarda tartışılmaya başlanmış ve 1980'li yıllarda hemşirelik literatüründe yer almıştır. Hemşire kuramcılar hemşireliğin amacının hastanın fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, manevi ve entelektüel gereksinimlerini karşılamak yani hastaya bütüncü bakmak olduğunu bildirmektedir (Kostak 2007, Cox 2003). Bu nedenle hemşirelik eğitiminde bütüncü bakımın ne olduğu ve hasta bakımındaki önemi vurgulanmaktadır. Keskin ve ark.(2005) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin bütüncü bakımın önemli olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Bu konuda Lundmark (2006) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin %98.0'nın bütüncül bakımın önemli olduğunu ifade ettiği, %76.0'nın bütüncü bakımın maneviyat kavramını içerdiğini ve ancak %49.0'nın kliniklerde bütüncü bakımın

verildiğine inandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda da hemşirelerin %95.5'inin bütüncü bakımın önemli olduğunu, %87.4'ünün bütüncü bakımın manevi bakımı da içerdiğini ve %64.0'ının klinikte/uygulamada bütüncü bakımın verildiğine inandığını ifade ettikleri belirlendi.

Çalışmamızda hemşirelerin maneviyatla ilgili görüşleri incelendiğinde, hemşirelerin % 51.0'inin maneviyatın yaşamımızdaki iyi ve kötü olaylardan anlam çıkarma ile ilgili olmadığını, %52.9 'sinin hasta gereksinim duyduğunda, ona zaman ayırarak, manevi bakım sağlanamayacağını, %49.5'nin ise hastalığının anlamını ve nedenini bulmada, hastaya yardım ederek, manevi bakım sağlanamayacağını düşündükleri belirlenmiştir.

Literatürde hemşirelerin manevi bakımı kendi görevleri olarak algılamayışları, kendilerini bu konuda yetersiz hissetmeleri, manevi bakım bilgilerinin uygulama alanına entegrasyonunda güçlük çekilmesi, çalıştıkları kurum politikaları, zaman yetersizliği ve ağır iş koşulları gibi birçok etmenin hemşirelerde manevi bakımı verme konusunda isteksizlik ve yetersizliğe neden olduğu, bu nedenle hastaların maneviyatına yönelik uygulamalar yapmaktan kaçındıkları bildirilmektedir (Sülü 2006, Keskin 2005, Leeuwen ve Cusveller 2004, Narayanasamy1999, Oldnal 1996). Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun (%78.7) hastaların maneviyatına yönelik uygulama yaptıklarını belirttikleri ve manevi bakıma ilişkin yaptıkları uygulamaların hastaları dinlemek, bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranmak olduğunu ifade ettikleri belirlendi. Aynı çalışmada hemşirelerin % 52.8'i bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlanamayacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir. İfadelerdeki bu çelişki bize hemşirelerin kavram hakkında net bir bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir.

Sonuç olarak hemşirelerin maneviyat kavramı ve bakımına ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı ancak teorik olarak hem maneviyat hem de bütüncü

bakımın önemli olduğunun farkında oldukları ve maneviyatı da bütüncü bakımın bir parçası olarak gördükleri, ancak bu kavramları uygulamaya aktarmada sıkıntıları olduğu söylenebilir. Buna yönelik olarak hemşirelerin eğitimlerinde bu kavram ile ilişkili yeterli bilginin verilmesi için müfredat programlarının düzenlenmesi ve uygulamada kullanılabilir stratejilerin geliştirilmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

VI. SONUÇLAR

Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Hemşirelerin büyük çoğunluğunu 20–29 yaş aralığındaki kadınların oluşturduğunu ve yarıdan fazlasının evli olduğu belirlenmiştir. Neredeyse yarıya yakını lisans mezunu olan bu bireylerin büyük çoğunluğu 0–5 yıl aralığında çalıştığı belirlenmiştir (**Tablo 1**).

2. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun maneviyat hakkında daha önce bilgi almadığını, bilgi alan ufak bir kesimin ise çoğunlukla bu bilgiyi eğitimleri sırasında aldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte bu kişilerin eğitimleri esnasında aldıkları eğitimi yetersiz buldukları belirlenmiştir (**Tablo 2**).

3. Hemşirelerin bütüncü görüş ve manevi bakımla ilgili çoğunlukla olumlu görüşlerinin bulunduğu, bakımlarında bu iki kavrama yer verdikleri saptanmıştır (**Tablo 3**).

4. Maneviyata ve manevi bakıma yönelik uygulama yapan bireylerin büyük çoğunluğunun hastalarını dinlediğini ve gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağladığı görülmektedir. Bununla birlikte bazı hemşirelerin hastalarına ibadet etmeleri için ortam sağladığı ve manevi bakım verirken güler yüzlü davrandıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (**Tablo 4**).

5. Hemşirelerin çoğunluğunun maneviyat tanımı yapamadığı, maneviyat tanımı yapanların maneviyatı, insanın iç dünyası ile ilgili her şey olarak ve din ile ilişkilendirdikleri saptanmıştır (**Tablo 5**).

6. Hemşirelerin maneviyat ölçeğinde yer alan alt boyutlara göre dağılımı incelendiğinde hemşirelerin %51.0'ının maneviyat ölçeğinin, maneviyat ve

manevi bakım alt boyutunda yer alan ‘‘hemşirelerin, hastaların mahremiyetine, onuruna, dinine ve kültürel inançlarına saygı göstererek manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum’’ maddesine %46.8’inin katılıyorum cevabı verdikleri diğer alanlara çoğunlukla katılmadıkları, dinsellik alt boyutunda %36.9’unun ‘‘ Maneviyatın yalnızca herhangi bir ibadet yerine (cami/kilise) gitmeyi kapsadığını düşünüyorum’’ ifadesine katıldıkları, bireysel bakım boyutunda ise, % 52.8’inin ‘‘ Hemşirelerin, bakım verirken, şefkatli, ilgili ve güler yüzlü davranarak manevi bakım sağlayabileceklerini düşünüyorum’’ ifadesine kesinlikle katılmadıkları belirlenmiştir (**Tablo 6**).

7. Hemşirelerin yaş ortalamaları dağılımı, medeni halleri ve çalışma yılları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür. Bununla birlikte hemşirelerin eğitim düzeyleri, cinsiyetleri ve çalıştıkları kliniğe ilişkin yapılan istatistiksel değerlendirmede farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir(**Tablo 7**).

8. Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre maneviyat puan ortalamaları değerlendirildiğinde eğitim düzeyi arttıkça maneviyat puan ortalamasının da arttığı saptanmıştır (**Tablo 8**).

9. Hemşirelerin maneviyat kavramı ile ilgili bilgi alma yolları, eğitimi sırasında aldığı bilgiyi yeterli görüp görmeme, maneviyata ilişkin yayın okuma ve uygulama yapma durumları ile maneviyat puanları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (**Tablo 9**).

10. Bütüncü bakımın hemşirelikte önemli olduğu, bütüncü bakımın maneviyatı içerdiği ve manevi gereksinimleri fark edebilmek için eğitimin önemli olduğuna ilişkin ifadelerle maneviyat ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$), diğer alanlarda bulunmamıştır ($p>0.05$) (**Tablo 10**)

VII. ÖNERİLER

Araştırmada hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi hedeflenmiş ve elde edilen sonuçlara dayanılarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Çalışmada hemşirelerin eğitimleri sırasında maneviyat ve manevi bakıma yönelik aldıkları bilgiyi yetersiz buldukları belirlenmiştir. Bu nedenle hemşirelik eğitiminde maneviyat kavramına ilişkin yeterli bilginin verilmesi için müfredat programlarının düzenlenmesi,

- Manevi bakım verilen hastaların daha çabuk iyileştikleri bilinmektedir. Bu nedenle klinik uygulamada hastalara manevi bakım verilebilmesi için teori ve uygulama arasında entegrasyonu sağlayabilecek stratejiler geliştirilmesi,

- Hemşirelerin maneviyatın ve manevi bakımın önemini kavramaları, konu hakkındaki farkındalıklarının artırılmasına yönelik kurs, seminer ve hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi,

- Daha büyük gruplarla çalışmanın tekrarlanması

VIII. ÖZET

Bu araştırma, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmaya Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde, Sultan I.İzzettin Keykavus Devlet Hastanesinde ve Sivas Devlet Hastanesinde çalışan toplam 333 hemşire katılmıştır. Araştırmada veriler hemşirelere yönelik “Kişisel Bilgi Formu” ve “Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ)” kullanılarak anket tekniği ile toplanmıştır. Elde edilen veriler İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Mann Witney U ve Varyans Analizi kullanılarak hesaplanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, hemşirelerin % 96.4’ü kadın, çoğunluğu 20–29 yaş aralığında, %54.7’si lisans mezunu ve yarıdan fazlası evli ve büyük çoğunluğunun cerrahi kliniğinde çalıştığı ve çalışma süresinin 0–5 yıl olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu maneviyatı bütüncü bakımın bir parçası olarak gördüklerini belirtmiş ve maneviyatın önemini vurgulamışlardır. Buna rağmen bireylerin çoğu tam bir maneviyat tanımı yapamamışlardır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri dikkate alınarak, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma karşı tutumlarına yönelik öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Maneviyat, manevi bakım, hemşirelik

ABSTRACT

This study was made to determine the ideas of the nurses about spirituality and spiritual care. This study was made on 333 nurses who work Sivas Cumhuriyet University Hospital ,Sivas I. İzzettin Keykavus Hospital and Sivas State Hospital .In the study, data were gained by “Personal Information Form” for nurses and “The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale” by the researcher by using poll method. Gained data were calculated by using the test of importance of difference between two average, Mann Whitney U test and variance analysis.

According the findings that were gained in research, % 96.4 of nurses are female, most of them about 20–29 age range, %54.7 have university education, more than half married, most of them are working at surgical clinic and determinate the employment period is 0–5 years. Nursing staff have an overwhelmingly positive attitude towards spiritual care and they think that spiritual care is a part of holistic care. However most of them can not discribe spirituality.

With the direction of results, to taking the conception of the nurses about spirituality and spiritual care into considering, some advices developed for the with spirituality and spiritual care.

Key Words: Spirituality, spiritual care, nursing

IX. KAYNAKLAR

1. Baldacchino D, Draper P (2001) Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature, *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6):833–841.
2. Baldacchino D (2006) Nursing competencies for spiritual care, *Journal of Clinical Nursing*, 15:885–896.
3. Başbakkal Z (2005) Spiritualite ve hemşirelik, 3.Uluslararası–10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, s:18.
4. Birol L(2004) Hemşirelik Süreci, Etki Matbaacılık, 6.Baskı, s:241.
5. Burnard P(1988) Searching for meaning, *Nursing Times*, 84:34–36.
6. Carpenito L.J (2004) Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Çeviren; F Erdemir, Nobel Tıp Kitapevleri, 10. Baskı, s:365–367.
7. Cimete G(2002) Yaşam Sonu Bakım, Nobel Tıp Kitapevleri, 125–135.
8. Cox T (2003) Theory and examplars of advanced practice spiritual intervention, *Complementary Therapies In Nursing and Midwifery*, 9(1):30–34.
9. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A (2007) Spiritual bakım ve hemşirelik, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 8(1) : 47 – 50.
10. Çimen S, Bahar Z, Öztürk C, Bektaş M (2005) AIDS Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi, 1:1, 1–12.
11. Dossy BM, Dossy L (1998) Attending to holistic care. *Advanced Journal of Nursing*, 98:35–38.
12. Eales J, Lowe T, Wellman N(2003), Spirituality or psychosis?-an exploration of the criteria that nurses use to evaluate spiritual-type experiences reported by patients, *International Journal of Nursing Studies*, 40(2): 197–206.
13. Ergül Ş, Bayık A (2004) Hemşirelik ve manevi bakım, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (1):37–45.
14. Ergül Ş, Bayık A (2004) Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, 3.Uluslararası–10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, s:35.

15. Ergül Ş (2005) Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat ve Manevi Bakım Kavramları Nerede? Ne Zaman? Nasıl? 3.Uluslararası–10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, s:19.
16. Ewen M.M (2004) Analysis of spirituality content in nursing textbooks, *Journal of Nursing Education*,43(1):20–28.
17. Gordon M (1982) *Functional Health Paterns, Nursing Diagnosis Process and Aplication*, New York, Mc Graw- Hill Book Comp.
18. Govier I (2000) Spiritual care in nursing: a systematic appraoach, *Nursing Standard*, (14)17:32–36.
19. Hall J(2006) Spirituality at the beginning of life, *Journal of Clinical Nursing*,15:804–810.
20. Henery N(2003) Constructions of spirituality in contemporary nursing theory, *Journal of Advanced Nursing*, 42(6):550–557.
21. Hutchinson M (1997) Healing the whole person: the spiritual dimension of holistic care, [Http://Members.Tripod.Com/~Marg_Hutchison/Nurse-4.Html](http://Members.Tripod.Com/~Marg_Hutchison/Nurse-4.Html)(Erişim Tarihi:Ocak 2007).
22. Johnson S.C, Spilka B (1991) Coping with breast cancer: the role of clergy and faith, *Journal of Religion and Health*, 30: 21–33.
23. Keskin G, Bilge A, Babacan G.A (2005) Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22(özel sayı): 311–319.
24. Kostak M (2007) Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,6(2):105–115
25. Lewis S,Heitkemper M,Dirksen S (2004) *Medical Surgical Nursing, USA*,6th edition, vol.1:22–100.
26. Lundmark M(2006) Attitudes to spiritual care among nursing staff in a swedish oncology clinic, *Journal of Clinical Nursing*, 15:863–874.
27. Leeuwen R. Cusveller B. (2004) Nursing competencies for spiritual care, *Journal of Advanced Nursing*, 48(3):234–246.

28. Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H (2006) Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility, *Journal of Clinical Nursing*, 15: 875–884.
29. Makhija N(2002) Spiritual nursing, *Nursing Journal of India*, 93(6):129–130.
30. Martsolf D.S,Mickley J.R(1998) The concept of spirituality in nursing theories: differing world –views and extent of focus, *Journal of Advanced Nursing*,27:294–303.
31. Mc Ewan W(2004) Spirituality in Nursing, *Orthopedic Nursing*,23;321-325
32. Mcsherry W(2006) The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice, *Journal of Clinical Nursing*,15:905–917.
33. Mcsherry W, Draper P, Kendrick D (2002) The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care, *International Journal of Nursing Studies*, 39:723–734.
34. McSherry W, Ross L(2002) Dilemmas of Spiritual Assessment. Considerations for Nursing Practice, *Journal of Advanced Nursing*, 38(5):479–488.
35. Mcsherry W, Draper P (1998) The debates emerging from the literature surrounding the concept of spirituality as applied to nursing, *Journal of Advanced Nursing*,27(4):683–691.
36. Narayanasamy A(1999) Asset: a model for actioning spirituality and spiritual care education and training in Nursing,*Nurse Education Today*,19:274-285.
37. McSherry W(1996) Raising the spirits, *Nursing Times*,92:48–49.
38. Narayanasamy A, Owens J (2001) A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their, *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4):446–455.
39. Nelson, JC, Rosenfeld, B., Breitbart, W., Galietta, M.(2002) Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill, *Psychosomatics*, 43(3):213-220.

40. Oldnall A (1996) A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients, *Journal of Advanced Nursing*, 23 (1): 138-144.
41. Öz F(2004) Sağlık alanında temel kavramlar, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.,Ankara:1-16.
42. Özdamar K (2002) Paket programlar istatistiksel veri analizi, Kaan Kitapevi 4.Baskı, Eskişehir: 661-673.
43. Pesut B,Sawatzky R(2005) To describe or prescribe:assumptions underlying a prescriptive nursing process approach to spiritual care,*Nursing Inquiry*,13:127-134.
44. Potter P.A,PerryA. G (1995) *Foundations in Nursing Theory and Practice*,London, Mosby:173-174.
45. Ross L A (1994) Spiritual aspects of nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 19:439-447.
46. Ross L (2006) Spiritual care in nursing: an overview of the research to date, *Journal of Clinical Nursing*, 15:852-862.
47. Salladay SA, Shelly JA (1997) Spirituality in nursing theory and practice: dilemmas for Christian bioethics, *Christian Bioethics*, 3(1):20-38.
48. Stallwood, J. & Stoll, R. (1975). Spiritual dimensions of nursing practice. In I.L. Beland and J.Y. Passes (eds.), *Clinical nursing: Pathophysiological and psychosocial approaches*, 1086-1098
49. Strang S, Strang P, Ternestedt M (2002), Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff, *Journal of Clinical Nursing*, 11: 48-57.
50. Simsen B. (1988) Nursing the spirit, *Nursing Times*,84:31-33.
51. Sülü E(2006) Yoğun bakımda yatan çocuk hastalarının annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri, Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
52. Tanyi R.A (2002) Towards clarification of the meaning of spirituality, *Journal of Advanced Nursing*,39(5):500-509.
53. Tezbaşaran A (1997) Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu, Türk Psikologlar Derneği yayınları 2.Baskı, Ankara: 19-51.

54. Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük (2006),[Http://www.Tdk.Gov.Tr](http://www.Tdk.Gov.Tr)
(Erişim Tarihi:Ocak.2007).
55. Veliöđlu P (1999) Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset, İstanbul:59.

X. EKLER

EK 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaş

2. Cinsiyet

Bayan

Erkek

3. Medeni durum

Evli

Bekar

Boşanmış

4. Eğitim

SML

Önlisans

Lisans

Yüksek Lisans

Doktora

5. Şu anda çalıştığınız servis

Cerrahi Klinik

Dahili Klinik

Çocuk Kliniği

Yoğun bakım

Diğer

6. Hemşire olarak çalışma yılınız

7. Daha önce maneviyat (spiritualite) ve manevi bakım (manevi bakım) ile ilgili herhangi bir yerden bilgi aldınız mı?

Evet Hayır

8. Yedinci soruya cevabınız evet ise nereden aldınız?

- Eğitimim sırasında,
- Hizmet içi eğitim programlarında,
- Sağlıkla ilgili kongre, sempozyum vb. toplantılarda,
- Sağlıkla ilgili yayın, makale vb.de,
- Televizyon, radyo gibi basın organlarında

9. Spiritualite kavramı ile ilgili eğitiminiz sırasında bilgi aldıysanız aldığınız bilgi sizce yeterli miydi?

- Evet
- Hayır

10. Maneviyat ile ilgili bilimsel bir yayın, (makale v.b) okudunuz mu?

- Evet
- Hayır

11. Hastalarınızın maneviyatına yönelik yaptığınız bir uygulama var mı?

- Evet
- Hayır

12. 11. soruya cevabınız ‘evet’ ise, uygulamanız nedir? (Birden fazla işaretlenebilir)

- Dinliyorum
- Gerektiğinde yakınları ile görüşmesini sağlıyorum
- İbadet etmek istediğinde ona ortam hazırlıyorum
- Bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranıyorum

13. Hemşirelikte holistik (bütüncü) bakımın önemli olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet
 Hayır

14. Çalıştığınız klinikte holistik bakım yapılıyor mu?

- Evet
 Hayır
 Bazen

15. Sizce holistik bakım spiritualiteyi içeriyor mu?

- Evet
 Hayır

16. Sizce hemşireler manevi gereksinimlere dikkat etmeli midir?

- Evet
 Hayır

17. Çalıştığınız klinikte hemşirelerin spiritual gereksinimlere dikkat ettiğini düşünüyor musunuz?

- Evet
 Hayır

18. Spiritual boyutlar için eğitimin önemli olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet
 Hayır

19. Maneviyat ve manevi bakım kavramları sizin için ne ifade ediyor? Lütfen açıklayınız.....

EK 2

MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM DERECELEME ÖLÇEĞİ(MMBDÖ)

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

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

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.