

Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri¹

Meryem YILMAZ*

Nesrin OKYAY**

* Yrd. Doç. Dr., Cumhuriyet
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği AD, Sivas
e-mail: myilmaz@cumhuriyet.edu.tr

** Hemşire, Bil, Uzm., Cumhuriyet
Üniversitesi Araştırma ve
Uygulama Hastanesi Genel
Cerrahi Kliniği, Sivas

Özet

Amaç: Bu araştırma, hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacı ile yapıldı.

Yöntem: Bu çalışma İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilin üç hastanesinde Mart-Temmuz 2007 tarihleri arasında yapıldı. Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmada, veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ve "Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği" ile toplandı. Araştırmanın evrenini söz konusu hastanelerde çalışan toplam 621 hemşire oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmaya çalışmaya katılmayı kabul eden 333 hemşire katıldı. Elde edilen veriler İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Mann-whitney U, Kruskal Wallis ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılarak hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin %96.4'ü kadın, %54.7'si 30 yaş altında, %45.3'ü lisans mezunu olup, %59.5'i evlidir. Hemşirelerin %31.8'i cerrahi kliniklerinde çalışmakta olup %40.5'inin çalışma süresi 5 yıl ve daha azdır. Çalışmada hemşirelerin %65.2'sinin maneviyat ile ilişkili bilgi almadığı, bilgi alanların %50'sinin aldığı bilgiyi yetersiz bulduğu belirlendi. Çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin %73'ü maneviyatı, %93.4'ü manevi bakımı tanımlayamadı. Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği puan ortalamasının 54.57 ± 5.09 olduğu, hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça maneviyat puan ortalamasının yükseldiği ve maneviyat ile ilgili bilgi alan hemşireler (55.64 ± 4.23) ile bilgi almayanların (54.00 ± 5.41) ölçek puan ortalaması arasında çok düşük bir fark olmakla birlikte puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu ($t=2.834, p<0.05$) saptandı.

Sonuç: Çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin maneviyat kavramına ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı ve eğitim programına gereksinimleri olduğu söylenebilir.

Anahtar sözcükler: Maneviyat, manevi bakım, hemşirelik

¹ Bu çalışma, 20-24 Ekim 2009 tarihleri arasında Sivas'ta düzenlenmiş olan -uluslararası katılımlı- 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Views Related to Spiritual Care and Spirituality of Nurses

Abstract

Aim: This study was performed to investigate nurses' opinions about spirituality and spiritual care.

Methods: This study was performed of a province Central Anatolia region in three hospitals between March-July 2007. The study descriptive type planned that data, created by researchers with "Personal Information Form" were collected by questionnaire and "Spirituality and Spiritual Care Grading Scale." The population of this study included did 621 nurses. Sample selection was not made. The study was who agreed to participate in the study 333 nurse attended. Obtained data were analyzed with Student t test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis Variance Analysis and One -Way of Variance Analysis.

Results: Out of 333 nurses, 96.4% were female, 54.7% were aged less than 30 years, 45.3% had a bachelor degree in nursing and 59.5% were married. Thirty-one point eight percent of the nurses were working in surgical wards, 40.5% had a work experience of 5 years or less. In the study 65.2% of nurses noted that they did not receive information about spirituality and 50% of the nurses who had received information about spirituality found it insufficient. Seventy-three percent of the nurses were not able to define spirituality and 93.4% were not able to define spiritual care. The nurses had a mean score of 54.57 ± 5.09 for Spirituality and Spiritual Care Grading Scale. As education increased so the mean scores for spirituality and although there was a too low difference at mean scale score between the nurses who had received information about spirituality (55.64 ± 4.23) between those who had not received such information (54.00 ± 5.41), it was established that there was a statistically significant relationship between mean scores ($t=2.834$, $p<0.05$).

Conclusions: It can be concluded that the participants do not have sufficient information about the concept of spirituality and required an education program.

Keywords: Spirituality, spiritual care, nursing

Giriş

Maneviyat (spirituality), yeni bir kavram olmamakla birlikte son 20 yıldan daha fazla süredir hemşirelikte olduğu gibi ilahiyat, sosyoloji ve psikoloji gibi alanlarda da kavrama ilgi yoğunlaşmıştır (Tanyi 2002, Como 2007). Çalışmacılar hemşirelik literatüründe manevi bakıma (spiritual care) ilişkin bilgilerin uzun bir süre, özellikle Müslüman ve Hıristiyan toplumlarında inanç ve dini uygulamalarla bağdaştırıldığı için dar bir çerçevede ele alındığını bu nedenle manevi baş etme stratejilerinin dini inançlarla sınırlandırıldığını bildirmektedir. Bu nedenle maneviyatı tanımlamada en önemli engelin din ile olan ilişkisi olduğu ileri sürülmektedir (Dyson ve diğ. 1997). Günümüzde ise spiritualitenin, dini içine alan ancak dinle sınırlı olmayan, din kavramından daha geniş boyuta sahip, yaşamın anlamını ve amacını aramayı içeren bir kavram olduğu vurgulanmaktadır (Gordon 1982, Hutchinson 1997, Mcsherry ve Draper 1998, Baldacchino ve Draper 2001, Narayanasamy ve Owens 2001). Konu ile ilişkili literatürde dinin kültürel bir fenomen, organize bir inanç sistemi, ibadet ve uygulamalar yolu olduğu belirtilmektedir. Ayrıca dinin, bir dine mensup kişilerin inanç biçimi, dua, ayin gibi özel uygulamaları içeren geleneksel, törensel ve spesifik bir öğreti olduğu vurgulanmaktadır. Manevi inanç ve değerler organize bir din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Ayrıca 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 (Çetinkaya ve diğ. 2007, Kostak 2007), bağlılık, merhamet, empati, inanç, ümit,

var olma, amaç, hedef, akrabalık (McEwen 2005) gibi konularındaki inançları içerdiği bildirilmektedir. Makhija (2002), maneviyatı amaç ve değerlerle çevrili geniş bir kavram olarak tanımlarken; Oldnall (1996), her bireyin içerisinde hissettiği ruh olarak tanımlamış ve insanın yaşamına anlam kazandıran ve kişinin yaşamını etkileyen inanç ve değerler düzenini yaratmasında bireye yardım eden itici bir güç olarak ifade etmiştir.

Literatürde manevi değerlerin anksiyetenin azalmasını, bireyin pozitif yaşam biçimini destekleyerek kendisini üst düzeyde ortaya koymasını, umutlu, güçlü ve barış içerisinde olmasını sağladığından hastalık ve sağlık üzerinde olumlu etkileri bulunduğu bildirilmektedir (Gordon 1982, Hall 2006). Ancak tıp alanındaki gelişmelerin hemşirelik bakımını teknolojik yaptığı ve bu nedenle bütüncül bakımın bir parçası olan manevi bakımın genellikle uygulamaya yerleştirilemediği belirtilmektedir (Chung 2007). Çalışmacılar hemşirelerin bireyin kaygılarını dinleme, empati yapma gibi bakım ilkelerini kısmen yerine getirdiklerini ileri sürmektedir (Gordon 1982, Dyson ve diğ.1996).

Bilindiği gibi hemşireler her yaştan ve farklı geçmişe sahip insanların, yaşamın anlamını ve değerini sorguladıkları olay ya da kriz durumları ile karşılaşır. Bu yaşanan durumların nasıl algılanacağı hastanın ve hemşirenin kültürel, manevi değer ve inançlarından etkilenir (Gordon 1982). Bu nedenle hemşirelerin manevi bakım verebilmeleri için profesyonel düzeyde donanımlı ve kendi manevi bakış açısının farkında olması gerekir. McSherry (2006) maneviyat ve manevi bakım kavramı üzerine birçok yayın bulunduğunu ancak, hemşirelikte bu kavramın organizasyonel, yönetsel, uygulama ve eğitim alanlarında teorik olarak kaldığını, bunun ötesine gitmenin zorunlu bir gereksinim olduğunu belirtmiştir.

Ülkemizde maneviyat ve manevi bakım konusu ile ilgili sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (Ergül Bayık 2004, Öz 2004, Khorshid & Gürol Aslan 2006, Çetinkaya ve diğ. 2007, Kostak 2007, Ergül ve Bayık-Temel 2007). Ancak bilin-

diği gibi ülkemizde de hemşirelik eğitiminde manevi bakım kavramı bütüncül bakım felsefesi kapsamında bir insan gereksinimi boyutunda yer almaktadır. Hemşirelik eğitimi veren bazı okullarda kavram ayrı bir ders olarak verilmeye başlanmıştır. Uygulama boyutunda ise değişimlerin yeterli olmadığı söylenebilir.

Maneviyat ve manevi bakımın hastanın iyileşmesindeki gücü göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmanın, hemşirelerin maneviyat ile ilişkili görüşlerinin belirlenerek konuya ilişkin duyarlılığı artırmak için hizmet içi eğitimlerin planlanmasına ve temel hemşirelik eğitime rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Yöntem

Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı niteliktedir.

Araştırmanın yapıldığı yer

Bu araştırma, İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilde A üniversite hastanesinde ve B ve C devlet hastanelerinde yapıldı.

Araştırmada yanıtlanması beklenen soru

Hemşirelerin bütüncül bakım, maneviyat ve manevi bakım kavramı ile ilişkili görüşleri nedir?

Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini A Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (319), B Devlet Hastanesi (189) ve C Devlet Hastanesinde (113) çalışan toplam 621 hemşire oluşturdu. Ancak hemşirelerin 182 (%29.3)'sinin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi ve 92 (17.1)'sinin araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli ya da raporlu olması vb. gibi nedenlerle araştırmayı kabul eden toplam 333 (%53.6) hemşire ile çalışma yapılmıştır. Araştırmada veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan 19 maddeden oluşan Kişisel Bilgi Formu ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergül ve Bayık-Temel (2007) tarafından yapılmış, 17 maddeden oluşan Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ) kullanılarak toplandı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar 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 vb. gibi sorular yer aldı.

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ)

MMBÖ, McSherry, Draper ve Kendric (2002) tarafından geliştirilmiş toplam 17 soruluk bir ölçektir. Bu ölçek; maneviyat ve manevi bakım (madde 6,7,8,9,11,12,14), dinsel (madde 4,5,13,16) ve bireysel bakım (madde 1,2,10) alt boyutlarından oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir. Maddelerin puanlaması, “kesinlikle katılmıyorum” ifadesini taşıyan 1’den “tamamen katılıyorum” ifadesini taşıyan 5’e doğru yapılmaktadır. İlk 13 madde düz, son dört madde ters şekilde puanlanmaktadır. Toplam puan ortalamasının 5’e yaklaşması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Buna göre maneviyat ve manevi bakım alt puanından 31, dinsel 16 ve bireysel bakım 15 olmak üzere ölçekten alınabilecek en yüksek puan 69, en düşük ise 17’dir. McSherry, Draper ve Kendric’in çalışmasında ölçeğin Cronbach a değeri 0.64’tür. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenirlik testleri Ergül ve Bayık-Temel (2007) tarafından yapılmış ve iç tutarlılık kapsamında Cronbach a katsayısı 0.76 olarak saptanmıştır.

Verilerin toplanması ve değerlendirilmesi

Veriler, 15 Mart–15 Temmuz 2007 tarihleri arasında, her üç kurumun yetkili makamlarından yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden sözel izin alındı. Ölçek ve form hemşirelere verildikten sonra doldurmaları için bir gün süre verildi ve ertesi gün formlar toplandı.

Çalışmada veriler SPSS 14.0 programında “İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Tes-

ti”, “Kruskal Wallis Varyans Analizi”, “Mann Whitney U-testi” ve “Tek Yönlü Varyans Analizi” kullanılarak değerlendirildi.

Çalışmanın sınırlılıkları

Bu çalışmada hemşirelerin önemli bir kısmının çalışmaya katılmak istememesi ve çalışmanın yalnızca üç hastanede yapılmış olması nedeniyle evrenin yarısına ulaşılması çalışmanın sınırlılığdır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin %96.4’ü kadın, %54.7’si 30 yaş altında, %45.3’ü lisans mezunu olup, %59.5’i evlidir. Çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin %31.8’i cerrahi kliniklerinde çalışmaktaydı ve %40.5’inin çalışma süresi 5 yıl ve daha az idi (Tablo1).

Tablo 1: Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Özellikler	N	%
Yaş		
<30	182	54.7
≥30	151	45.3
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	106	31.9
Dahiliye	80	24.0
Diğer*	276	44.1
Çalışma yılı		
≤5	135	40.5
>5	198	59.5
Toplam	333	100.0

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

Tablo 2: Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumları ile Maneviyat ve Manevi Bakım Tanımları

Manevi boyutları fark etmek için eğitim	N	%
Gerekli	277	83.2
Gereksiz	56	16.8
Maneviyat ve manevi bakımla ilgili bilgi		
Alan	116	34.8
Almayan	217	65.2
Aldığı bilgiyi (n:116)		
Yeterli gören	41	35.3
Yetersiz gören	75	64.7
Maneviyat ile ilgili bilgi alma yolları (n:116)*		
Mesleki eğitim	99	85.3
Hizmet içi eğitim	19	16.4
Bilimsel yollar (kongre, sempozyum, makale)	23	19.8
Yazılı sözlü basın	30	25.9
Hemşirelerin maneviyat tanımları		
İnsanın iç dünyasına ait her şey	61	8.3
İnsanın dini duygu ve uygulamaları	15	4.5
İnsanın alışkanlıkları, sevdiği, hoşlandığı her şey	14	4.2
Cevapsız	243	73.0
Hemşirelerin manevi bakım tanımları		
Hastanın iyileşmesinde çok önemli olan, dikkate alınması gereken iç dünya ile ilişkili bakım	4	1.2
Dini uygulamaları için uygun ortam hazırlamak ve din görevlisi çağırmak	15	4.5
Hemşirelerle alakalı olmayan bir boyut	3	0.9
Cevapsız	311	93.4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmada hemşirelerin %83.2'sinin manevi boyutları fark etmek için eğitimi önemli görmekteydi. %65.2'sinin maneviyat ile ilgili bilgi almadığı, bilgi alanların %85.6'sının mesleki eğitim sırasında bilgi almış olduğu ancak bilgi alanların %64.7'sinin aldığı bilgiyi yetersiz bulduğu belirlendi. Hemşirelerin %8.3'ünün maneviyatı, "insanın iç dünyasına ait her şey", %4.5'i "insanın dini duygu ve uygulamaları" olarak tanımladı, %73.0'ünün maneviyat kavramını, %93.4'ünün manevi bakımı tanımlamadıkları görüldü (Tablo2).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %95.5'i bütüncül bakımın önemli görmekteydi. Ancak hemşirelerin %36.0'ı çalıştığı klinikte bütüncül bakım verilmediğini, %87.4'ü bütüncül bakımın maneviyatı içerdiğini, %21.3'ü çalıştığı klinikte maneviyata yönelik uygulamanın olmadığını, manevi

bakıma yönelik bazı boyutların klinikte uygulandığını ifade etti (Tablo3).

Çalışmada hemşirelerin MMBÖ puan ortalamasının 54.57 ± 5.09 olduğu belirlendi. Hemşirelerin ölçeğin alt boyutlarından maneviyat ve manevi bakım puan ortalamasından 25.10 ± 3.44 , dinsel puan ortalamasından 11.24 ± 2.16 ve bireysel bakım puan ortalamasından 11.13 ± 2.02 aldıkları belirlendi (Tablo4).

Hemşirelerin yaş ortalamaları, medeni durum, çalışma yılı özellikleri ve çalıştıkları klinik ile maneviyat puan ortalaması arasında istatistiksel farkın anlamsız ($p > 0.05$), eğitim düzeyi ($c = 12.82$ $p < 0.05$), bilgi alan ve bilgi almayanlar ($t = 2.834$, $p < 0.05$) ve cinsiyet ($U = 12.13$ $p < 0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo5).

Tablo 3: Hemşirelerin Bütüncül Bakım Kavramına ilişkin Görüşleri ve Manevi Bakıma Yönelik Yaptıkları Uygulamalar

Bütüncül bakım	N	%
Önemli	318	95.5
Önemli değil	15	4.5
Çalıştığımız klinikte bütüncül bakım		
Veriliyor	213	64.0
Verilmiyor	120	36.0
Bütüncül bakım maneviyatı		
İçerir	291	87.4
İçermez	42	12.6
Çalıştığımız klinikte maneviyata yönelik uygulama		
Var	262	78.7
Yok	71	21.3
Manevi bakıma yönelik yapılan uygulamalar (n:262)**		
Dinleme	233	89
Gerektiğinde hastanın akrabaları ile görüşmesini sağlama	186	71
Bakım verirken güler yüzlü ve ilgili davranma	231	87.8
İbadet etmek istediğinde hastaya ortam hazırlama	125	38.2

* YüzdelerN değeri üzerinden hesaplanmıştır.** ifadeler birden fazladır

Tartışma

Maneviyat insanların yaşamın tüm alanları ile ilgili dünya görüşünü yansıtan subjektif bir kavramdır. Manevi boyut herkesin içinde var olan evrensel bir insan olgusudur ancak farkındalık derecesi değişiktir. Tarihsel olarak modern hemşireliğin maneviyat kökeninden geliştiği ileri sürülmektedir (Chung 2007). Bilindiği gibi manevi bakım bütüncül bakımın bir bileşenidir. Bütüncül bakım; bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik ve spiritual boyutlarının birleşimini içerir (Chung 2007). Başka bir ifade ile bütüncül bakım beden, ruh ve akıldan oluşmaktadır (Narayanasamy 2001). Bu boyutlar birbiri ile bağlantılı ve birbirine bağlıdır.

Bu nedenle hemşirelik teorisyenleri manevi boyutu kaliteli, bütüncül hemşirelik bakımının önemli ve ayrılmaz parçası olarak kabul etmektedir (McEwen 2005, Van Leeuwen ve diğ. 2006).

Hemşirelik literatüründe maneviyat kavramının kavramsallaşmasındaki farklılık ve maneviyat tanımlarının genellikle bilimsel kanıt yerine bireysel anlayış ve yorum üzerine temellenmiş olmasından dolayı karışık olduğu vurgulanmaktadır (McSherry ve diğ. 2004, Van Leeuwen ve diğ. 2006). Bu kavramsal karışıklığın maneviyat kavramının araştırılması ve uygulamaya yerleştirilmesindeki engellerden birisi olduğu bildirilmektedir (Chung 2007).

Tablo 4: Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Puan Ortalamaları

	X ± S	Min	Max
Hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması	54.57±5.09	37.00	70.00
MMBÖ alt boyutları			
Maneviyat ve manevi bakım	25.10±3.44	11.00	32.00
Dinsellik	11.24±2.16	4.00	19.00
Bireysel bakım	11.13±2.02	4.00	15.00

Tablo 5: Hemşirelerin Özelliklerine Göre Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği Puan Ortalamaları

Özellikler	n / %	X±S	P
Yaş			
<30 yaş	182 (54.7)	54.64±4.81	t=0.260 p>0.05
≥30 yaş	151(45.3)	54.49±5.41	
Cinsiyet			
Erkek	12 (3.6)	51.41±4.52	U=12.13 p<0.05
Kadın	321 (96.4)	54.69±5.07	
Medeni durum			
Evli	198 (59.5)	54.64±5.15	t=2.203 p>0.05
Bekar	135 (40.5)	54.47±5.05	
Eğitim			
Sağlık M.L.	51 (15.3)	52.35±4.77	X ² =12.82 p<0.05
Önlisans	118 (35.4)	54.73±5.34	
Lisans	151 (45.3)	54.99±4.78	
Yüksek Lisans	13 (3.9)	56.69±4.69	
Çalıştığı klinik			
Cerrahi	106 (31.8)	54.19±4.78	F=0.85 p>0.05
Dahiliye	83 (24.9)	55.01±4.74	
Diğer*	276 (44.1)	54.60±5.49	
Çalışma yılı			
≤5 yıl	135 (40.5)	54.74±4.73	t=0.511 p>0.05
>5 yıl	198 (59.5)	54.45±5.33	
Bilgi alma durumu			
Bilgi alan	116 (34.8)	55.64±4.23	t=2.834 p<0.05
Bilgi almayan	217(65.2)	54.00±5.41	
Toplam	333		

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

1960'lerden günümüze kadar teknoloji ve sağlık bakımındaki yeni gelişmelerin hemşirelik bakımını daha teknolojik yaptığı ve bu nedenle manevi bakımın genellikle uygulamaya yerleştirilemediği belirtilmektedir (Chung 2007). Bununla birlikte çalışmacılar tarafından hemşirelerin manevi bakım verebilmesi için temel hemşirelik müfredatında kavrama yeterli yer verilerek kavramla ilişkili bilgi, anlama ve kavrama düzeyinin artırılması gerektiği ileri sürülmektedir (Como (2007).

Görünmeyen, keşfedilemeyen bireyin özü olarak tanımlanan maneviyat (McEwen 2005), in-

sanın fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir. Ancak birçok sağlık bakım personeli hastalarla manevi sorunları konuşmak için kendini rahat/yeterli hissetmemektedir. (Greenstreet 1999). Çalışmacılar bunun hemşirelerin manevi bakım hizmeti vermek için zaman kısıtlılığı ve eğitim eksikliğinden kaynaklandığını ileri sürmektedir (Baldacchino 2008, Wong ve Yau 2009). Bu konuda yapılan bir çalışmada, hemşirelerin manevi gereksinimlerle ilgili bilgi eksikliği, manevi bakım vermeyi kendi sorumluluğu olarak görmemesi ve manevi gereksinimleri karşılamak için yeterli zaman bulamama gibi bireysel, çevresel, dursal ve kurumsal nedenlerin manevi bakım

vermek için engel oluşturduğu bildirilmektedir (McEwen 2005). Bir başka çalışmada, hemşirelerin iş yükü, bilgi eksikliği ve kaynak yetersizliği nedeniyle manevi bakımı yerine getirmek için yetersiz oldukları sonucuna varılmıştır (Wong ve Yau 2009). Baldacchino (2006) da yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitimleri sırasında yeterli bilgi almadıkları için, manevi bakım vermek için kendilerini yetersiz gördüklerini belirlemiştir.

Birçok çağdaş hemşirelik teorisi bütüncül bakımı savunur (Chung 2007). Manevi bakım, bütüncül hemşirelik modelinin temel unsurlarından biridir (Ellis ve Narayanasamy 2009). Bir çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun bütüncül ve manevi bakıma yönelik tutumlarının olumlu olduğu bulunmuştur (Strang ve diğ. 2002). Çalışmamızda benzer şekilde hemşirelerin maneviyatı bütüncül bakımın bir parçası olarak gördüğü ve çoğunluğunun (%95.5) bütüncül bakımı önemli bulduğu belirlendi. Bulgularımıza bakıldığında hemşirelerin çalıştıkları klinikte hastayı dinleme, akrabaları ile görüşmesini sağlama, dini uygulamaları için ortam hazırlama, güler yüzlü, ilgili davranmayı bütüncül bakım verme olarak düşündüğü görülmektedir (Tablo3). Bu sonuçlar hemşirelerin bütüncül bakım kavramının özünde yer alan maneviyatın bazı noktalarını bildiğini düşündürülebilir. Como (2007) tarafından yapılan çalışmada da aktif dinleme, aile desteği, dini uygulamalarını geliştirme, terapotik dokunma, masaj, müzik vb manevi bakım uygulamaları olarak yer almaktadır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da benzer şekilde hemşirelerin bütüncül bakımı önemli bulduğu belirlenmiştir (Keskin ve diğ. 2005, Lundmark 2006). Çalışmacılar tarafından bu sonucun hemşirelik eğitiminin bütüncül bakım felsefesi ile verilmesinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Ancak hala bütüncül bakımın ayrılmaz bir parçası olan manevi bakım kavramının hemşirelik eğitiminde ele alınma ve hastane ortamına entegre edilmesi ile ilişkili yetersizliklerin bulunduğu vurgulanmaktadır (Narayanasamy 1999). Oldnall (1996) tarafından bu yetersizliğin nedenlerinden birinin hemşirelerin eğitim sürecinde, hastaların manevi

gereksinimlerine ilişkin yeterince bilgilendirilmemeleri olduğu vurgulanmıştır. Hemşirelerin eğitim ve uygulamaları sırasında maneviyat kavramının yeterince tartışılmadığı ve manevi boyutu değerlendirilebilmek için birçok eğitim deneyiminin sınırlı, az ve tutarsız olduğu, bu nedenle hemşirelerde manevi konuları ortaya koymak için güven eksikliği olabileceği belirtilmektedir (Difoseph ve Cavendish 2005). Bizim çalışmamızda da bu konudaki literatür ve yapılan çalışmalara paralel şekilde hemşirelerin yarısından fazlasının (%65.2) maneviyat ile ilgili bilgi almadıkları, bilgi alanların ise aldığı bilgiyi yetersiz bulduğu ve manevi boyutu fark etmek için eğitimin önemli olduğunu (%83.2) vurguladıkları belirlendi (Tablo2). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin manevi bakım verebilmek için eğitimin önemli olduğunu belirttikleri bulunmuştur (Strang ve diğ. 2002, Lundmark 2006).

Literatürde maneviyatın bireyin dünya görüşü ve yorumlamasına bağlı olmasından dolayı kabul edilen evrensel bir tanımını yapmanın mümkün olmadığı (Van Leeuwen ve diğ. 2006), bu nedenle hemşirelikte maneviyatı tanımlama, yorumlama ve anlamının kolay olmadığı (Ellis ve Narayanasamy 2009) belirtilmektedir. Bununla birlikte birçok araştırmacı maneviyatın anlaşılabilmesi için bir tanım bulmaya çalışmışlardır (Oldnall 1996, Narayanasamy 2001, Tanyi 2002, Sawatzky ve Pesut 2005). Maneviyat tanımında genellikle aşağıda yer alan beş temel nitelik üzerinde durulmaktadır.

Anlam: Yaşamın ontolojik önemi; yaşam olaylarını hissetmek, yaşamın amacını bulmadır (Martsolf ve Mickley 1998). Maneviyat kavramının çekirdek bileşeninin, yaşamın anlamını tanımlamak olduğu ileri sürülmektedir (Chung 2007).

Önem: Sadakat; güzellik; bir düşünce, obje ve davranışın en üst değerinin tartışılmasını besleyen inançlar ve standartlar anlamına gelmektedir.

Üstünlük: Kendilik ötesinde, olağan sınırların çok dışında bir boyutu anlama ve yaşama, kendilik sınırlarını genişletme anlamına gelmektedir.

Bağlantı: Kendisi, diğerleri, yüksek bir değer ya da güç (tanrı, doğa, bilim) ve çevresi ile ilişkiler anlamına gelmektedir.

Gelişme: Deneyim, düşünce ve talep edilen yaşamın açıklanması, farkındalığın kazanılması; birinin hissettikleri ve diğerleri arasında nasıl biri olduğunu anlamasını içerir (Martsolf ve Mickley 1998). Hemşirelik literatüründe var olan maneviyat tanımında, bu niteliklerden biri ya da daha fazlası bulunabilir. Bu bağlamda maneviyat, insanın potansiyelini gerçekleştirmesinde ona enerji veren bir güç, yaşamın anlam ve amacını arama (Gordon 1982), genel olarak din ile bağlantılı olan ya da olmayan yaşamın anlamı ve amacının bireysel araştırılması olarak tanımlanmaktadır (Tanyi 2002). Maneviyat, bireyi varlığını üst düzeyde ortaya koymaya motive eder. Bu da inancı, umudu, barışı ve güçlü olmayı sağlar. Sonuç olarak mutluluk, kendini ve başkalarını bağışlama, zorlukların ve ölümün farkında olma ve kabul etme, fiziksel ve emosyonel iyilik sağlar (Gordon 1982).

Manevi hemşirelik bakımı ise, hemşirenin yaşamın üst boyutlarının farkındalığı üzerine bağlı ancak hastanın gerçeğini yansıtan sezgisel, toplumsal, fedakar ve bütüncül anlatımlar olarak tanımlanmıştır (Sawatzky ve Pesut 2005). Bulgularımıza bakıldığında hemşirelerin çoğunluğunun maneviyat ve manevi bakım kavram tanımını yapmadıkları görülmektedir (Tablo2). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım kavramını tanımlamamış olması kavram hakkında yeterli bilgi, görüş ve uygulamaya sahip olmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Literatürde de manevi gereksinimlerin soyut ve fark edilmesinin zor olduğu bildirilmekte ve eğitimin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Oldnal 1996, Govier 2000, Baldacchino ve Draper 2001, Pesut ve Sawatzky 2005, Baldacchino 2006, McSherry 2006, Ross 2006). Çalışmamızda yüksek lisans eğitimi alan hemşirelerin maneviyat puan ortalamasının (56.69 ± 6.9) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasında anlamlı fark ($X^2=12.82$

$p<0.05$) bulunduğu belirlendi (Tablo5). Bu sonuçta bakarak literatürde de vurgulandığı gibi maneviyat kavramını anlamak için eğitimin önemli olduğu düşüncesinin doğrulandığı söylenebilir. McEwen (2005) çalışmasında, birçok hemşirelik teori ve modellerinde maneviyat ve manevi bakımın minimal boyutta tartışıldığını, bazı kuramcılarının manevi gereksinimleri bütüncül bakım kavramı içinde tanımladığını ve benimsediğini birçok kuramcının ise kavrama önem vermediğini belirtmiştir. Hemşirelik kuramcılarının çoğunun kavrama önem vermemiş olması, kavramın hemşirelik eğitiminde yeterli ele alınmamasının nedeni olarak düşünülebilir.

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından insanın haklarına, değerlerine, alışkanlıklarına ve manevi inançlarına saygı gösterilen bir çevre oluşturulmasının hemşirenin rolü olduğunu bildirmektedir (Baldacchino 2006). Çalışmacılar tarafından manevi bakımın hastaların ağrı ve anksiyetesini azaltarak fizyolojik, psikolojik ve mental rahatlığı ve iletişimi artırdığı için olumlu etkilerinin bulunduğu (Baldacchino ve Draper 2001, Seybold ve Hill 2001, Coleman 2003, Wong ve Yau 2009) ve hastalık ya da önemli kayıpların yaşandığı zor zamanlarda adaptasyonun önemli bir parçası olduğu belirtilmektedir (Tu 2006). Ayrıca maneviyat ve dini inançların birçok insanın hastalıklardan iyileşmesinde önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (McManus 2006). Maneviyatın bu etkisi düşünüldüğünde araştırmacılar maneviyatın çok boyutlu doğasını doğru anlamak için dikkatli olunması gerektiğini bildirmektedir (Seybold ve Hill 2001). Literatürde hemşirelik bakımında manevi boyutun öneminin farkında olunmasına rağmen kavramın yetersiz olarak anlaşıldığı (Greasly ve diğ. 2000), ayrıca somut hizmet/iş başarısının önemli olmasından dolayı genellikle sağlık bakımında ihmal edildiği belirtilmektedir (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 bütüncül bakım verilmesine engel olabilmektedir (Baldacchino ve Draper 2001, Pesut ve Sawatzky 2005, Govier 2000, Oldnall 1996). Çalışmamızda hemşirelerin MMBÖ puan ortalamasının 54.57 ± 5.09 olduğu belirlendi. Bu puan ortalamasına göre hemşirelerin hala bu konuya özel bilgi gereksinimlerinin olduğu söylenebilir. Ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlara bakıldığında maneviyat ve manevi bakım alt boyutundan aldıkları puanın 25.10 ± 3.44 olduğu görülmektedir (Tablo4). Bu sonuç çalışmaya katılan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım konusuna önem verdiklerini gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Ancak bu alandan alınabilecek en yüksek puanın 31 olduğu düşünüldüğünde hemşirelerin konu ile ilgili bilgi gereksinimleri olduğu düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada (Wong ve Yau 2009) çalışma kapsamındaki bazı katılımcıların maneviyatı dinle ilişkilendirdiği bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımıza bakıldığında hemşirelerin dinsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının 11.24 ± 2.16 olduğu görülmektedir (Tablo4). Ölçeğin dinsellik alt boyutundan alınabilecek en yüksek puanın 16 olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu sonuç, hemşirelerin maneviyatın dini boyutuna önem verdikleri şeklinde yorumlanabilir. Din birçok insanın maneviyatını birincil ifade etme yolu olabilir (Flannelly 2002). Manevi bakımın hastanın dini uygulamaları, kişisel inançları ve değerlerini destekleyen tüm hemşirelik bakımlarını içerdiği bu nedenle dinin, maneviyat kavramının temel parçasını oluşturduğu bildirilmektedir (Strang ve diğ. 2002). Ancak bir kaynakta hemşirenin manevi bakımı dini bir gereksinim olarak görmesi durumunda hastayı din görevlisine yönlendirebileceği vurgulanmaktadır (Narayanasamy 1999). Din, organize inançlar sistemi ve bireyin uyguladığı ibadet biçimleri olarak tanımlanmaktadır (Gordon 1982). Dinin pek çok özelliği maneviyat

kavramında, maneviyat kavramının pek çok özelliği de dinde bulunabilir. Ancak dinde şart koşulmuş davranışlar ve belirli dini uygulamalara katılma, çağdaş maneviyat düşüncesine ters gelebilir (Seybold ve Hill 2001). Din, her zaman olmakla birlikte genellikle her yaş, cins ve din grubunda fiziksel sağlık (kalp hastalığı, tansiyon, cerrahi stres, kanser, ağrı, stroke gibi) ve mental sağlık üzerinde koruyucu etkisi vardır. Ayrıca din ve maneviyat bireyin sigara, alkol, ilaç kullanımı ve riskli seksüel davranışlardan uzak durma gibi sağlıklı davranışları benimsemesine rehberlik eder. Bununla birlikte din ve maneviyat katı şekilde dıştan gelen, parçalanmış, çatışmalı, körü körüne itaat edilen yüzeel bilgi nedeniyle patolojik de olabilir. Bu şekildeki sağlıksız din ve maneviyat çocuk suistimali, gruplar arası şiddet ve tıbbi ihmal ile ilişkili fiziksel sağlık için ciddi etkileri olabilir. Bu tür sağlıksız ilişkiler bireyin tanrı ile çok az ilişki kurduğuna ya da sosyal sorumluluğu olmadığına inandığı zaman daha sık ortaya çıkar (Seybold ve Hill 2001). Sonuç olarak maneviyat ve dini inançların özünde bireyin entelektüel, felsefi ve gelişimsel büyümesi söz konusudur. Ciddi bir hastalık, sevilen birinin ölümü gibi yaşamsal krizler manevi distrese neden olur. Ancak bu krizler aynı zamanda bireyin düşünce sistemini, inanç ve değerlerini gözden geçirerek manevi farkındalığının gelişmesine ve büyümesine neden olabilir (Gordon 1982).

Çalışmamızda hemşirelerin ölçeğin bireysel bakım boyutundan en yüksek puanı (11.13 ± 2.02) aldıkları (alınabilecek en yüksek puan 15) belirlendi. Bu sonucun hemşirelik eğitiminde yer alan bireysel bakım anlayışından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda cinsiyet ile MMBÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.029$). Bu farkın erkek hemşirelerle kadın hemşireler arasındaki sayısal farktan kaynaklandığı söylenebilir.

Sonuç olarak, hemşirelerin manevi bakım kavramını tam olarak bilmedikleri, manevi baki-

mın hemşireler tarafından anlaşılabilmesi için eğitimin önemli ve gerekli olduğu kanısına varılmış, hemşirelerin lisans ve hizmet içi eğitimlerinde maneviyat kavramına yeterli yer ve zaman verilmesi önerilerinde bulunulmuştur..

Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: M Y, N O

Veri toplama ve/ veya analiz: N O, M Y

Makalenin hazırlanması: M Y, N O

Kaynaklar

Baldacchino DR, Draper P (2001) Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing* 34,6, 833–841.

Baldacchino DR (2006) Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 5, 885–896.

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

Chung LYF, Wong FKY, Chan MF (2007) Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *Journal of Advanced Nursing* 58, 158–170.

Como JM (2007) Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic Nursing Practice* 21,5, 224-236

Coleman CL (2003) Spirituality and sexual orientation: relationship to mental well-being and functional health status. *Journal of Advanced Nursing* 43, 5, 457–464

Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A (2007) Spiritual bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 8, 1, 47-50.

Difoseph J, Cavendish R (2005) Expanding the dialogue on prayer relevant to holistic care. *Holistic Nursing Practice* 19, 147-154

Dyson J, Cobb M, Forman D (1997) The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 26,1183-1188.

Ellis HK, Narayanasamy A (2009) An investigation into the role of spirituality in nursing

British Journal of Nursing 18, 886-890

Ergül Ş, Bayık A (2004) Hemşirelik ve manevi bakım. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 8, 37–45.

Ergül Ş, Temel-Bayık A (2007) Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 23,1, 75-87.

Flannelly LT, Flannelly KJ, Weaver AJ (2002) Religious and spiritual variables in three major oncology nursing journals: 1990–1999. *ONF* 29, 679-685.

Gordon M (1982) Functional Health Patterns, Nursing Diagnosis Process and Application. Mc Graw- Hill Book Comp, New York.

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

Greasley P, Chiu LF, Gartland RM (2001) The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 33, 629-637.

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

Hall J (2006) Spirituality at the beginning of life. *Journal of Clinical Nursing* 15, 804–810.

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)

Keskin G, Bilge A, Babacan GA (2005) Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 22,(özel sayı), 311–319.

Khorshid L, Gürol Arslan G (2006) Hemşirelik ve spirittüel bakım *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 22, 233-243

Kostak M (2007) Hemşirelik bakımının spirittüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 6, 105–115

Lundmark M (2006) Attitudes to spiritual care among nursing staff in a swedish oncology clinic. *Journal of Clinical Nursing* 15, 863–874.

Makhija N (2002) Spiritual nursing. *Nursing Journal of India* 93, 129-130.

Martsof DS, Mickley JR (1998) The concept of spirituality in nursing theories:differing worl-views and extent of focus *Journal of Advanced Nursing* 27, 294-303

McEwen M (2005) Spiritual nursing care. *Holistic Nursing Practice* 19, 161-168

McManus J (2006) Spirituality and health. *Nursing Management* 13, 24-27.

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.

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.

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, 683–691.

Narayanasamy A, Owens J (2001) A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their. *Journal of Advanced Nursing* 33, 446–455.

Narayanasamy A (1999) Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. *Nurse Education Today* 19, 386–395.

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

Öz F (2004) İnsan, spiritual gereksinimler ve hemşirelik *MN-Klinik Bilimler ve Doktor* 10, 266-273.

Pesut B, Sawatzky R (2005) To describe or prescribe: assumptions underlying a prescriptive nursing process approach to spiritual care. *Nursing Inquiry* 13,127-134.

Ross L (2006) Spiritual care in nursing: An overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing* 15, 852–862.

Seybold KS, Hill PC (2001) The role of religion and spirituality in mental and physical health. *American Psychological Society* 10,21-24.

Strang S, Strang P, Ternstedt M (2002) Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing* 11, 48–57.

Sawatzky R, Pesut B (2005) Attributes of spiritual care in nursing practice. *J Holist Nurs* 23,19-33.

Tanyi RA (2002) Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing* 39, 500-509.

Tu MS (2006) Illness: An Opportunity for Spiritual Growth. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine* 12,1029–1033.

Wong KF, Yau SY (2009) Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Applied Nursing Research* xx xxx–xxx

Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Post D, Jochemsen H (2006) Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs*. 15, 875-84.