

## Bir Üniversite Hastanesinde Yataklı Servislerde Çalışan Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Algıları

Spirituality and Spiritual Care Related Perceptions of Nurses Working at the Inpatient Services of a University Hospital

Feride Ercan<sup>1</sup>, Gülşah Körpe<sup>2</sup>, Satı Demir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.

<sup>2</sup>İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye.

### ÖZET

**Amaç:** Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, yetişkin yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinde çalışan 132 hemşire oluşturmuştur. Veriler Hemşire Bilgi Formu, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ) ile Şubat-Eylül 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin yaş ortalaması 30.65±6.00 (min=19; max=55), %90.2'si kadın, %62.1'i evli ve %84.9'u lisans mezunudur. Hemşirelerin %46.2'si dahili birimlerde, %91.7'si servis hemşiresi olarak ve %34.8'i 4 yıl ya da daha az süredir çalışmaktadır. Hemşirelerin %68.9'u manevi bakım hakkında bilgi sahibidir; %51.6'sı bu bilgiyi yeterli bulmaktadır. Hemşirelerin %46.2'si manevi bakım vermediğini ve zaman, personel ve bilgi eksikliğinin manevi bakımın verilmesini engellediğini bildirmiştir. Hemşirelerin %90.2'si manevi boyutları fark etmek için eğitimin gerekli olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması 3.69±0.40 (min=2.76;max=4.59)'dır. Manevi bakım bilgisini yeterli bulan hemşirelerin MMBÖ puan ortalaması daha yüksektir. Çalışma yılı arttıkça dinsel alt boyutuna ilişkin maneviyat ve manevi bakım algısı da artmaktadır.

**Sonuç:** Bu bulgular hemşirelerin manevi bakıma ilişkin bilgilerinin yetersizliği, bu konuda eğitime gereksinim duyulduğunu ve klinikte personel sayısının artırılmasının manevi bakım açısından önemli olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşire, maneviyat, manevi bakım

**Geliş Tarihi:** 24.04.2017

**Kabul Tarihi:** 09.10.2017

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this descriptive study was to determine the spirituality and spiritual care related perceptions of nurses working in adult's inpatient units.

**Methods:** The study sample consisted of 132 nurses working in adult's inpatient units of a university hospital. The data were collected between February and September 2015 using the Nurse Information Form and the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS).

**Results:** The mean age was 30.65±6.00 (min=19; max=55) years. Females made up 90.2% of the group; married nurses constituted 62.1% while 84.9% were at the undergraduate degree level. Internal medicine nurses constituted 46.2%, inpatient service nurses 91.7% and 34.8% are employed for 4 years or less. We found that 68.9% of the nurses had information on spiritual care and 51.6% finding their current knowledge adequate. 46.2% of the nurses reported that they did not give spiritual care and that lack of time, personnel and information prevented spiritual care. 90.2% of nurses stated that education is necessary to recognize spiritual dimensions. The mean SSCRS scale score was 3.69±0.40 (min=2.76; max=4.59). The mean SSCRS scale score was higher in nurses who found their spiritual care knowledge adequate. As the number of years of work increases, the perception of spiritual and spiritual care related to the subscale of "Religiosity" also increases.

**Conclusion:** These findings indicate that the knowledge of the nurses' spiritual care is inadequate, that training is needed and that increasing the number of staff in the clinic is important for spiritual care.

**Key Words:** Nurse, spirituality, spiritual care

**Received:** 04.24.2017

**Accepted:** 10.09.2017

Bu çalışmanın bir bölümü 06-09 Kasım 2016 tarihleri arasında Manisa'da Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde gerçekleştirilen IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur

**Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Feride Ercan, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye E-posta: ferideercan@gazi.edu.tr

©Telif Hakkı 2018 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/> web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2018 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at web site <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>

doi:<http://dx.doi.org/10.12996/gmj.2018.05>

## GİRİŞ

Bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal boyutlardan meydana geldiği ifade edilen Bütüncül Sağlık Bakım modeli (1) ile birlikte sağlık bakımında manevi boyutun da iyi değerlendirilmesi konusu giderek önem kazanmıştır (2).

Bir yaşam boyutu olarak maneviyat her bireyi eşsiz ve biricik kılar. Evrensel bir boyut olarak maneviyat herkesin hayatında vardır ve sevgi, inanç, umut ve güven gibi duyguları çağırır. Ruh kelimesinden türeyen maneviyat terimi, "bireyin yaşam gücü, varlığının özü ve enerjisini içeren eşsiz ruhu ile ilgilidir" (3). Ayrıca maneviyat, insanların kendi yaşamlarının nasıl sürdürüleceği konusunda birincil görevi alması, kendi seçimlerini yapması ve kararlarını bireysel olarak vermeleri anlamında da kullanılmaktadır (4,5).

Maneviyat, bireylerin anlayışlarını tanımlama ve ifade etmeleri için geniş bir yelpazede bireysel anlamlar, ilişkileri ve yorumlar içeren bir kavram şemsiyesi olarak tanımlanabilir (6). McSherry and Cash (2004), maneviyatla ilişkili olabilecek görüş aralığı ve genişliğini tanımlayan bir sınıflandırma sunmuştur. Örneğin; bir yönden maneviyat tamamen dini gelenek ve iman içinde şekillendirilebilirken, diğer taraftan kişisel felsefe ya da insancıl yaşam ve inanç ile ilgilidir (7). Maneviyat dini bir inanca sahip olanlar ya da olmayanlar hakkında basit bir tartışma değildir, çünkü bir kavram olarak maneviyat her şeyi kuşatıcı ve kapsayıcıdır (6). 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 (5,8), bağlılık, merhamet, empati, inanç, ümit, var olma, amaç, hedef, akrabalık (9) gibi konularındaki inançları içerdiği bildirilmektedir.

Manevi gereksinimler; bireyin manevi yoksunluğunu azaltacak, manevi gücünü destekleyecek gereksinimlerdir. Hastanın iyileşmesindeki gücüne etki eden manevi gereksinimlerin karşılanmaması yaşamı tehdit edici hastalık, acı çekme ve ölüm anksiyetesi ile birlikte yalnızlık ve izolasyon yaşammasına neden olmaktadır. Stresle başetmede, hastalıkların iyileşmesinde, depresyonun giderilmesinde, mortalite oranının azaltılmasında spirüel uygulamalar etkin bir güce sahiptir (10). Varoluş mücadelesi veren hastaların kendilerini iyi hissetmelerine temel oluşturan manevi bakım, hemşirenin bireyin manevi gereksinimlerini tanımlaması ve uygun girişimlerde bulunması olarak tanımlanabilmektedir (2,11). Psikososyal bakımın önemli bir parçası olan manevi bakım, hemşirelik bakımının ayrılmaz ve temel bir yönüdür. Hemşirelerin kendi manevi gereksinimleri ve yaşam umudunun yanı sıra, manevi bakım ile ilgili algı, gönüllülük ve konuya duyarlılıkları manevi bakımda rol oynamaktadır (6). Empati yapma, aktif dinleme; hastanın fiziksel, duygusal ve manevi gereksinimlerine duyarlı olma; hastanın manevi öyküsü, inançları, hastalığa yüklediği anlamı bilme ve dine yönelik uygulamalarını yerine getirmesi için destekleme hemşirenin manevi bakıma yönelik uygulamalarını oluşturmaktadır (10,12-15). Manevi bakım uygulamaları, özellikle kriz dönemindeki hastaları kendileri ile ilgili olumlu bir bakış açısı geliştirme ve benlik saygısını yükseltme yönünde desteklemektedir (13,16). Ayrıca hastaların fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde pozitif etkisi bulunmaktadır (17).

Hemşireler, holistik bakımın bir boyutu olarak hastalarının manevi gereksinimlerinin farkında olma ve duyarlı olma sorumluluğuna sahiptir (18). Hemşire, kapsamlı bir hemşirelik değerlendirmesinin bir parçası olarak manevi gereksinimleri göz önüne almalıdır (3). Sağlık sistemi içinde ekibin 24 saat hizmet veren üyesi olarak hemşirenin bu konudaki bilgi, beceri ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde olması zorunludur. Bakım verdiği hastayı bu bağlamda değerlendirebilmesi ve bu alana özgü gereksinimleri doğru saptayabilmesi, hemşirenin uygun müdahaleleri planlayabilmesi açısından önemlidir (2,4,19,20).

Maneviyat ve manevi bakımın hastanın iyileşmesindeki gücü göz önünde alındığında bu araştırmanın hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılarının değerlendirilmesinde önemli bir yer edineceği düşünülmektedir. Bu bağlamda araştırmada yetişkin yataklı Dahili, Cerrahi ve Yoğun Bakım servislerinde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Bu araştırma bir devlet üniversitesi hastanesinde yetişkin yataklı Dahili, Cerrahi ve Yoğun Bakım servislerinde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılarının belirlenmesi amacıyla planlanan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinden yazılı izin ve araştırmanın yapıldığı üniversitenin Etik Komisyonundan etik onay (Karar No:77082166-604.01.02) alınmıştır. Araştırma uygulanmadan önce araştırma kapsamında olan hemşirelerden yazılı onam alınmıştır. MMBÖ kullanımı için geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan mail yoluyla izin alınmıştır.

Bir devlet üniversitesi hastanesi yetişkin yataklı Dahili, Cerrahi ve Yoğun Bakım servislerinde çalışan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Pediatri yataklı servislerinde, acil serviste, polikliniklerde ve idari birimlerde çalışan ve çalışmaya katılmak istemeyen hemşireler örneklem dışında bırakılmıştır. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak gönüllü katılım ve hemşireye ulaşılama nedenleri ile araştırma örneklemini 132 hemşire oluşturmaktadır.

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan Hemşire Bilgi formu ile Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği kullanılmıştır.

*Hemşire Bilgi Formu:* Araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyo-demografik özellikler ve manevi bakım algısına yönelik 20 sorudan oluşmaktadır.

*Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBÖ):* McSherry, Draper ve Kendric tarafından 2002 yılında geliştirilmiş 17 soruluk bir ölçektir. Maneviyat ve manevi bakım (madde 6,7,8,9,11,12,14), dinsel (madde 4,5,13,16) ve bireysel bakım (madde 1,2,10,15) alt boyutlarından oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir (21). Maddelerin puanlaması, kesinlikle katılmıyorum "1" den tamamen katılıyorum "5" e doğru yapılmaktadır. On üç madde düz, (1,2,5,6,7,8,9,10,11,12,14,15,17) dörtlü madde ters (3,4,13,16) şekilde puanlanmaktadır. Madde puanlarının soru sayısına bölünmesi ile toplam puan elde edilmektedir. Toplam puan ortalamasının 5'e yaklaşması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik güvenilirliği Ergül ve Temel (2007) tarafından yapılmıştır ve Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0.76 olarak saptanmıştır (22).

Bu çalışmada hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilip yazılı onam alındıktan sonra anket formları dağıtılmış ve hemşireler tarafından bireysel yanıtlamaları sağlanmıştır. Formlar bir kere uygulanmıştır. Veri toplama formlarının uygulanması yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Uygulama 10 Şubat - 30 Eylül 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Veriler bilgisayar ortamında SPSS Inc. Released 2007. SPSS for Windows, Version 16.0 Chicago, IL, ABD (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini, Maneviyat ve Manevi Bakım Algılama Ölçeği ise bağımlı değişkenini oluşturmaktadır. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde, iki grulu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grulu karşılaştırmalarda ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterdiği durumlarda ise, tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik (t testi) testleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler ile ölçek puanı arasında korelasyon analizinde Normal dağılım göstermedikleri için Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için  $p < 0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 30.65±6.00 (min=19; max=55) olup, %90.2'si kadın, %62.1'i evli ve %84.9'u lisans mezunudur. Hemşirelerin %46.2'si dahili birimlerde ve %91.7'si servis hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %34.8'inin toplam çalışma yılı 4 yıl ya da daha az olup, %47'si şu anki klinikte 2-5 yıldır ve %69.7'si ağırlıklı olarak gece çalışmaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri

	n	%
<b>Yaş*</b>		
≤25	26	19.7
26 – 30	51	38.6
31 – 35	33	25.0
≥35	22	16.7
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	119	90.2
Erkek	13	9.8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	82	62.1
Bekar/Boşanmış	50	37.9
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	1	0.8
Önlisans	13	9.8
Lisans	112	84.9
Lisansüstü	6	4.5
<b>Çalıştığı Klinik</b>		
Cerrahi Birimler	43	32.6
Dahili Birimler	61	46.2
Yoğun Bakım	28	21.2
<b>Çalıştığı Klinikteki Görevi</b>		
Servis Hemşiresi	121	91.7
Sorumlu Hemşire	11	8.3
<b>Toplam Çalışma Yılı</b>		
≤ 4	46	34.8
5-9	44	33.3
≥10	42	31.9
<b>Şu Anki Klinikte Çalışma Yılı</b>		
≤ 1	38	28.8
2-5	62	47
≥6	32	24.2
<b>Ağırlıklı Olarak Çalışma Şekli</b>		
Gündüz	40	30.3
Gece	92	69.7
<b>TOPLAM</b>	132	100.0

\* Ort ± SS = 30.65 ± 6.00 (Min= 19.0; Max=55.0)

Çalışmaya katılan hemşirelerin %68.9'unun manevi bakım hakkında daha önceden bilgi sahibi olduğu, %48.1'inin bilgiyi okulda aldığı ve %51.6'sının aldığı bilgiyi yeterli bulduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %53.8'inin manevi bakım verdiği bulunmuştur. Klinikte hastaların manevi bakımına yönelik olarak yapılan uygulamalar arasında, hemşirelerin %30.0'ı hastanın ihtiyaçlarını karşılayıp, sorunlarına çözüm ürettiğini (gözlem, dinlemek, konuşmak, bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmamak, anlamaya çalışmak, güler yüzlü yaklaşımda bulunmak, güven ilişkisi kurmak) belirtmiştir. Hemşirelerin %74.2'si hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamadığını ve bunun nedeninin zaman yetersizliği (%30.8) olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin %90.2'si manevi boyutları fark etmek için eğitimin gerekli olduğuna ilişkin görüş belirtmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin özellikleri

Manevi bakım hakkında bilgi alma durumu	n	%
Var	91	68.9
Yok	41	31.1
<b>Manevi bakım bilgisini yeterli bulma durumu (n=91)</b>		
Evet	47	51.6
Hayır	44	48.4
<b>Manevi bakım hakkında bilgi edinme yeri *(n=133)</b>		
Okul	64	48.1
Yazılı Sözlü Basın Yayın	29	21.8
Hizmet İçi Eğitim	14	10.5
Bilimsel Yollar	23	17.3
Aile ve Toplumsal Yapı	3	2.3
<b>Manevi Bakım Verme durumu</b>		
Evet	71	53.8
Hayır	61	46.2
<b>Klinikte hastaların manevi bakımına yönelik hemşirelik uygulamaları * (n=122)</b>		
Hasta ile iletişim kurup, rahatlatarak kendisini ifade etmesini sağlamak (fiziksel, duygusal sosyal sorunlarına destek olmak)	33	27.0
Hastanın ihtiyaçlarını karşılayıp, sorunlarına çözüm üretmek (gözlem, dinlemek, konuşmak bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmamak, anlamaya çalışmak, güler yüzlü yaklaşımda bulunmak, güven ilişkisi kurmak).	39	32.0
Hastayla açık bir iletişim kurmak ve bilgilendirmek (göz iletişimi, ellerini tutarak destek olmak).	28	23.0
Dini inançlarına yönelik uygulamaları yapmasına olanak sağlamak (namaz kılma, Kur'anokuma)	12	9.8
Ziyaretçi desteği ile yakınlarıyla iletişim halinde olmalarını sağlamak	10	8.2
<b>Hastaların manevi bakım gereksinimlerinin karşılanma durumu</b>		
Evet	34	25.8
Hayır	98	74.2
<b>Hastaların manevi bakım gereksinimlerinin karşılanmama nedenleri * (n=211)</b>		
Bilgi Yetersizliği	44	20.8
Zaman Yetersizliği	65	30.8
Personel Yetersizliği	51	24.2
İmkân Yetersizliği	49	23.2
Genel Durum Bozukluğu	1	0.5
Bakım Odaklı- İş Merkezli Çalışma	1	0.5
<b>Manevi boyutları fark etmek için eğitim gerekliliğine ilişkin görüşü</b>		
Gerekli	119	90.2
Gereksiz	13	9.8

\*Birden fazla yanıt verilen soru ve katlanmış n üzerinden hesaplanan yüzde

Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği puan ortalamaları; Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutunda 3.88±0.54, Dinsellik alt boyutunda 3.35±0.80, Bireysel Bakım alt boyutunda 3.68±0.62 ve toplam puan ortalamasında 3.69±0.40 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 3.** Hemşirelerin MMBÖ puan ortalamaları

MMBÖ	Min.	Max.	Ort. ± SS
Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu	2.71	5.00	3.88 ± 0.54
Dinsellik Alt Boyutu	1.00	5.00	3.35 ± 0.80
Bireysel Bakım Alt Boyutu	1.75	5.00	3.68 ± 0.62
MMBÖ Toplam Puan Ortalaması	2.76	4.59	3.69 ± 0.40

Hemşirelerin aldığı bilgiyi yeterli bulma ve manevi bakım verme durumuna göre Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bilgisini yeterli bulan ve manevi bakım verdiğini belirten hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutu puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir.

Hemşirelerin medeni durumuna göre Dinsellik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup; evli olan hemşirelerin Dinsellik alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir ( $p = 0.028$ ).

Çalışılan kliniğe göre hemşirelerin Bireysel Bakım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur; dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin Bireysel Bakım alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir ( $p = 0.015$ ). Hemşirelerin, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı klinikteki görevi, ağırlıklı olarak çalışma şekli ve manevi bakım hakkında bilgisi olma durumuna göre MMBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin aldığı bilgiyi yeterli bulma durumuna göre MMBÖ'den aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup, aldığı bilgiyi yeterli bulanların MMBÖ puan ortalaması daha yüksektir ( $p = 0.012$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Hemşirelerin bazı özelliklerine göre MMBÖ puan ortalamaları

	n	Maneviyat ve Manevi Bakım	Dinsellik	Bireysel Bakım	MMBÖ Toplam Puan Ortalaması
		Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	119	3.88 ± 0.55	3.37 ± 0.77	3.70 ± 0.63	3.70 ± 0.39
Erkek	13	3.90 ± 0.53	3.23 ± 1.05	3.50 ± 0.52	3.61 ± 0.50
<b>Test</b>		Z=-0.445;p=0.656	Z=-0.177;p=0.860	Z=-1.346;p=0.178	t= 0.831 p=0.408
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	82	3.87 ± 0.51	3.46 ± 0.81	3.64 ± 0.68	3.70 ± 0.39
Bekar/Boşanmış	50	3.90 ± 0.59	3.17 ± 0.75	3.75 ± 0.52	3.69 ± 0.42
<b>Test</b>		Z=-0.323;p=0.747	Z=-2.204;p=0.028	Z=-1,087;p=0.277	t=0.135;p= 0.893
<b>Eğitim Durumu</b>					
Lise/ Önlisans	14	3.97 ± 0.53	3.14 ± 0.88	3.94 ± 0.63	3.74 ± 0.43
Lisans / Lisansüstü	118	3.87 ± 0.54	3.38 ± 0.79	3.65 ± 0.61	3.69 ± 0.40
<b>Test</b>		Z=-0.743;p=0.457	Z=-1.123;p=0.262	Z=-1.477;p=0.140	t= 0.485;p=0.628
<b>Çalıştığı Klinik</b>					
Cerrahi Birimler	43	3.77 ± 0.55	3.41 ± 0.84	3.48 ± 0.53	3.60 ± 0.40
Dahili Birimler	61	3.90 ± 0.51	3.29 ± 0.81	3.81 ± 0.65	3.73 ± 0.39
Yoğun Bakım	28	4.02 ± 0.58	3.40 ± 0.71	3.71 ± 0.63	3.77 ± 0.41
<b>Test</b>		X <sup>2</sup> =3.532;p=0.171	X <sup>2</sup> = 0.947;p=0.623	X <sup>2</sup> =8.459;p=0.015	F= 1.336;p=0.266
<b>Çalıştığı Klinikteki Görevi</b>					
Servis Hemşiresi	121	3.89 ± 0.54	3.34 ± 0.79	3.67 ± 0.60	3.69 ± 0.40
Sorumlu Hemşire	11	3.83 ± 0.63	3.48 ± 0.96	3.86 ± 0.80	3.71 ± 0.41
<b>Test</b>		Z=-0.348;p=0.728	Z=-0.336;p=0.737	Z=-0.968;p=0.333	t=-0.146;p=0.885
<b>Ağırlıklı Olarak Çalışma Şekli</b>					
Gündüz	40	3.85 ± 0.54	3.46 ± 0.77	3.61 ± 0.66	3.67 ± 0.39
Gece	92	3.89 ± 0.55	3.31 ± 0.81	3.71 ± 0.60	3.70 ± 0.40
<b>Test</b>		Z=-0.796;p=0.426	Z=-0.767;p=0.443	Z=-0.740;p=0.459	t=-0.391;p=0.697
<b>Manevi Bakım Hakkında Bilgisi Olma Durumu</b>					
Evet	91	3.95 ± 0.51	3.35 ± 0.83	3.72 ± 0.61	3.73 ± 0.38
Hayır	41	3.73 ± 0.59	3.37 ± 0.73	3.60 ± 0.65	3.62 ± 0.43
<b>Test</b>		Z=-1.953;p=0.051	Z=-0.416;p=0.678	Z=-1.023;p=0.306	t= 1.493;p=0.138
<b>Aldığınız Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu (n:91)</b>					
Evet	47	4.08 ± 0.49	3.48 ± 0.87	3.72 ± 0.62	3.83 ± 0.38
Hayır	44	3.81 ± 0.49	3.21 ± 0.77	3.72 ± 0.60	3.63 ± 0.37
<b>Test</b>		Z=-1.998;p=0.046	Z=-1.310;p=0.190	Z=-0.120;p=0.904	t=2.565;p=0.012
<b>Manevi Bakım Verme Durumu</b>					
Evet	71	3.98 ± 0.48	3.33 ± 0.81	3.76 ± 0.62	3.75 ± 0.37
Hayır	61	3.76 ± 0.59	3.38 ± 0.79	3.59 ± 0.62	3.63 ± 0.43
<b>Test</b>		Z=-2.060;p=0.039	Z=-0.473;p=0.636	Z=-1.530;p=0.126	t= 1.832;p=0.320

Z= Mann-Whitney U testi;  $\chi^2$ = Chi-square test; F= One-Way ANOVA; t= iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi)

Dinsellik alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ( $r=0.179$ ;  $p=0.040$ ) (Tablo 5).

Yaş, toplam çalışma yılı ve şu anki klinikte toplam çalışma yılı ile MMBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Toplam çalışma yılı ile

**Tablo 5.** Hemşirelerin bazı özellikleri ile MMBÖ puanları ilişkisi

	Yaş		Toplam Çalışma Yılı		Şu Anki Klinikte Çalışma Yılı	
	r	p	r	p	r	p
<b>Maneviyat ve Manevi Bakım</b>	-.074	0.398	-.031	0.721	-.074	0.399
<b>Dinsellik</b>	.120	0.170	.179	<b>0.040</b>	-.005	0.956
<b>Bireysel Bakım</b>	.018	0.842	.030	0.737	-.008	0.925
<b>MMBÖ Toplam Puan Ortalaması</b>	.002	0.979	.054	0.536	-.066	0.455

r= Spearman Korelasyon Testi

## TARTIŞMA

Bu çalışma yetişkin yataklı Dahili, Cerrahi ve Yoğun Bakım servislerinde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algılarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Son yıllarda yapılan araştırmalar, maneviyatın hasta sağlığı için hayati bir boyut olduğunu açıkça ortaya koymuştur (23,24). Manevi değerler sağlığı, anksiyeteyi azaltma, pozitif yaşam biçimini destekleme ve umudu arttırma yönünde geliştirebilmektedir (25,26). Maneviyat ve manevi bakım araştırmalarının çoğu hastane ve yaşam sonu bakıma odaklanmıştır ve aynı zamanda kronik koşullarla baş etmede manevi bakımın önemi üzerinde durmaktadır (24,27). Yaşam kalitesinin ve psikosozal boyutun önemli bir alanı olan maneviyat çoğu zaman hastalar tarafından başa çıkma mekanizması olarak kullanılmaktadır (28). Bu nedenle hemşirelerin bu konu hakkındaki bilgi ve uygulamaları oldukça önemlidir. Bu çalışmada yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları incelenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun manevi bakım hakkında daha önceden bilgi sahibi olduğu, yaklaşık yarısının ise bu bilgiyi yetersiz bulduğu ve bilgi kaynağını okul olarak belirttikleri görülmektedir. Yapılan bir çalışmada çalışmamızdan farklı olarak maneviyat hakkında eğitim alan hemşirelerin oranı daha az olduğu, ancak bilgi alanların bu bilgiyi mesleki eğitim sırasında edindiği bulunmuştur (29). Başka bir çalışmada ise hemşirelerin neredeyse tamamının eğitim almadığı ve eğitim alanlardan çoğunluğunun bu bilgiyi yetersiz bulduğu belirtilmiştir (30). Literatürde manevi bakım engelleri olarak hemşirelerin eğitimleri sırasında yeterli bilgi almamış olmaları gösterilmektedir (9,17). Sürekli eğitim, klinik uygulama ve araştırma sayesinde hemşireler, bakım verdiği hastalara biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olarak yaklaşımda bulunmanın önemini fark etmektedirler (31). Görüldüğü gibi bu çalışma ve yapılan diğer çalışmalarda hemşireler manevi bakıma ilişkin bilgiyi lisans eğitimleri döneminde aldıkları ancak şu anki çalışmada oldukları uygulama alanlarında bu bilginin yetersiz kaldığı görülmektedir (29,32-35). Bu bulgu, çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük bir bölümünün (%90.2) manevi bakım gereksinimlerini fark etmek için eğitimin gerekli olduğu yönündeki diğer bir bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Manevi bakım, hasta odaklı bakım verme, hastalar arası etkileşimi geliştirme, yaşam/hastalıkta anlam bulmaya odaklanmaktadır (24). Hemşirelerin hastaların manevi bakımına katılması ile bakımın kalitesinin arttığı bilinmektedir (6). Bu nedenle manevi bakım hastayı desteklemek açısından oldukça önemlidir. Buna karşın çalışmamızda hemşirelerin %74.2'si hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamadığını ifade etmiştir. Hastaların manevi bakım gereksinimlerini karşılayamama nedenleri zaman, bilgi ve personel yetersizliği şeklinde literatürle paralellik göstermektedir (6,20,36,37).

Manevi bakış açısı kişilerin yaşadıkları şartlar ve çevreye göre farklılaşmaktadır. Kişilerin yaşadıkları çevrede diğer kişilerle olan sevgi görme/gösterme davranışı, dokunma ve güven ilişkisi kurma gibi iletişim becerileri manevi gereksinimleri karşılamaktadır (38). Ayrıca aktif dinleme, aile desteği, dini uygulamalarını geliştirme, terapötik dokunma, masaj, müzik v.b. gibi uygulamalar manevi bakımı desteklemektedir (39).

Çalışmamızda hemşireler manevi bakım verirken hastaları dinlediğini, güler yüzlü yaklaşımda bulunduğunu, güven ilişkisi kurduğunu ve bilgi vererek endişeyi giderdiğini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde literatürdeki çalışmalarda da manevi bakım gereksinimlerini karşılama da hastaları dinleme ve iletişime geçme, onlara rahat bir ortam sağlama (20) ve gerektiğinde akrabalarıyla görüşmelerini sağlama (29) gibi uygulamaların etkili olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin MMBÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması  $3.69\pm 0.40$  olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puan ortalamasının 5'e yaklaşması maneviyat ve manevi bakım kavramlarını algılamaya düzeyinin yükseldiğini göstermektedir (22). Bu nedenle çalışmamıza katılan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım algısının orta düzeyde olduğu ve literatürdeki diğer çalışma bulgularıyla benzerlik gösterdiği söylenebilir (6,20,29,40).

MMBÖ, Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutu manevi bakım için zaman ayırma; hastaların korku, endişe ve üzüntülerine duyarlı olma; hastaların mahremiyetine, onuruna ve kültürel inançlarına saygı duymayı içermektedir. Çalışmamızda manevi bakıma ilişkin bilgisini yeterli bulan ve manevi bakım verdiğini belirten hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir. Bu nedenle bilgi yeterliliğinin manevi bakıma yönelmede önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Din, birçok insanın maneviyatını birincil ifade etme yolu olabilmektedir. Manevi bakımın hastanın dini uygulamaları, kişisel inançları ve değerlerini destekleyen tüm hemşirelik bakımlarını içerdiği, bu nedenle de dinin, maneviyat kavramının temel parçasını oluşturduğu bildirilmektedir (32). Çalışmamızda hemşirelerin çalışma yılı arttıkça Dinsellik alt boyutuna ilişkin maneviyat ve manevi bakım algısının arttığı görülmüştür. Daha uzun süredir çalışan hemşirelerin klinikte kazandığı deneyimlerin manevi bakım algısını olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Benzer şekilde uzun çalışma deneyiminin maneviyat ve manevi bakım algısına olumlu etkisi olduğunu (40) ya da çalışmamızdan farklı olarak bu değişkenin maneviyat ve manevi bakım algısında etkili olmadığını gösteren çalışmalar da (20,29,41) bulunmaktadır. Aynı zamanda evli hemşirelerde de Dinsellik ile ilgili manevi bakımı algılama düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum maneviyat ve manevi bakım kavramlarının bireylerin kendi dünya görüşü ve yorumlarına temellenen subjektif bir kavram olması ile açıklanabilir. Ayrıca hemşirelerin bireysel düşünce yapısı, manevi gereksinimleri, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü ve konuya duyarlılığı da bakımında etkili olmaktadır (22,42). Çalışmamıza katılan hemşirelerin yarısından fazlası evlidir. Bu özelliklerin yanı sıra evlilikle birlikte gelen yeni roller (eş, anne gibi) hemşirelerde Dinsellik manevi bakım algılamaya düzeyini arttırmış olabilir.

Manevi bakımın ilişkisel doğası, hemşirelerin hastalarla ortak bir anlayış geliştirmelerini ve empati göstermelerini gerektirir (37). MMBÖ, Bireysel Bakım alt boyutu din görevlisi çağırma; bakım verirken şefkatli, ilgili ve güler yüzlü olma; hastanın yakın çevresi ile ilişkilerini desteklemeyi içermektedir. Çalışmamızda dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin Bireysel Bakım alt boyutu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Yoğun bakım klinikleri hasta ile iletişim sorunları, cerrahi klinikleri ise hasta sirkülasyonlarının fazla olması nedeniyle manevi bakım verilmesini olumsuz etkiliyor olabilir. Dahili kliniklerde ise hasta yatışlarının daha uzun süreli olmasının manevi bakım gereksinimleri ve uygulamalarını arttırdığı düşünülmektedir.

## SONUÇ

Bu çalışmada manevi bakımı uygulamaya yönelik hemşirelerin bilgi eksiklikleri olduğu ve eğitim ihtiyaçları olduğu tespit edilmiştir. Manevi boyuta verilen tüm ilgiye rağmen, hemşirelerin çoğunluğu, etkin bir şekilde hastaların manevi ihtiyaçlarını karşılamak ve onları desteklemek için daha fazla destek ve rehberliğin gerektiğini hissetmektedir. Şu ana kadar manevi bakımla ilgili herhangi bir eğitim almayan ve aldığı eğitimi yeterli bulmayan hemşireler olduğu göz önüne alınarak hem lisans eğitimleri hem de mezuniyet sonrası destekleyici eğitimlerde bu konuya yer verilmesi önerilmektedir. Hemşireler bilgi eksikliğinin yanı sıra kliniklerdeki zaman, personel ve imkân sınırlılıklarının da manevi bakım vermeyi olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Servislerde çalışan sayısının az oluşu hemşirenin iş yükünü artırmakta ve hastayla geçirdiği zamanı kısıtlamaktadır. Hasta odaklı değil iş odaklı çalışma planı yapılmak zorunda kalınması hastaya verilecek olan manevi bakımın arka plana atılmasına sebep olmaktadır. Bu noktada servislerde bulunan hemşire sayısının artırılması hastaya uygulanan manevi bakımı güçlendirebilir. Çalışma ortamının bu özellikler açısından iyileştirilmesinin manevi bakımı arttıracacağı düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelerin manevi bakım algılamaları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi için nitel çalışmalar ve daha büyük örneklem gruplarıyla tanımlayıcı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

## Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Clarke J. A critical view of how nursing has defined spirituality. *J Clin Nurs.* 2009; 18: 1666-1673.
2. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2004; 8: 37-45.
3. McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs.* 2006; 15: 905-17.
4. Öz F. İnsan, spiritüel gereksinimler ve hemşirelik. *MN Klinik Bilimler & Doktor* 2004; 10: 350-8.
5. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik ADÜ Tıp Fakültesi Derg. 2007; 8: 47-50.
6. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs.* 2011; 20: 1757-67.
7. McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin Nurs.* 2004; 13: 934-41.
8. Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2007; 2: 105-15.
9. McEwen M. Spiritual nursing care: State of the art. *Holist Nurs Pract.* 2005; 19: 161-8.
10. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spiritüel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Derg.* 2007; 8: 47-50.
11. Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nurs Stand.* 2000; 14: 32-6.
12. Aşti N, Pektekin A, Adana F. Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Derg.* 2005; 13: 27-34.
13. Baldacchino DR, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *J Adv Nurs.* 2001; 34: 833-41.
14. Daştan BN, Buzlu S. Meme kanseri hastalarında maneviyyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Derg.;* 3: 73-8.
15. Puchalki CM. The role of spirituality in health care. *BUMC (Baylor University Medical Center) Proceedings;* 14: 352-7.
16. Kociszewski C. Spiritual care: a phenomenologic study of critical care nurses. *Heart Lung.* 2004; 33(6): 401-411.
17. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res.* 2010; 23: 242-4.
18. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *J Holist Nurs.* 2005; 23: 19-23.
19. Kostak MA. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg.* 2007; 2: 105-15.
20. Eğlence R, Şimşek N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2014; 5: 48-53.
21. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud.* 2002; 39: 723-734.
22. Ergül S, Temel AB. Validity and reliability of 'The spirituality and spiritual care rating scale' Turkish version. *Journal of Ege University School of Nursing* 2007; 23: 75-87.
23. Büssing A, Koenig HG. Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions* 2010; 1: 18-27.
24. Vincensi BB, Burkhart L. Development and Psychometric Testing of New Instruments to Assess Nurse Practitioners' Provision of Spiritual Care. *J Holist Nurs.* 2014: 0898010114544302.
25. Hall J. Spirituality at the beginning of life. *J Clin Nurs.* 2006; 15: 804-10.
26. Kavas E, Kavas N. Hastalarda Manevi Bakım İhtiyacı'' konusunda Doktor, Ebe Ve Hemşirelerin Manevi Destek Algısının Belirlenmesi: Denizli Örneği. *Electronic Turkish Studies* 2010; 10: 449-60.
27. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med.* 2010; 24: 753-70.
28. Bhatnagar S, Noble S, Chaturvedi SK, Gielen J. Development and psychometric assessment of a spirituality questionnaire for Indian Palliative Care Patients. *Indian J Palliat Care.* 2016; 22: 9-18.
29. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg.* 2009; 11: 42-52.
30. Çetinkaya B, Azak A, Dundar SA. Nurses' perceptions Of Spirituality And Spiritual Care. *Aust J Adv Nurs.* 2013; 31: 5-10.
31. Wong KF, Lee LY, Lee JK. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Int Nurs Rev.* 2008; 55: 333-40.
32. Strang S, Strang P, Ternstedt M. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *J Clin Nurs.* 2002; 11: 48-57.
33. Lundmark M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *J Clin Nurs.* 2006; 15: 863-74.
34. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs.* 2006; 15: 885-96.
35. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs.* 2006; 15: 852-62.
36. Van Leeuwen R, Tiesinga L, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs.* 2006; 15: 875-84.
37. Chew BW, Tiew LH, Creedy DK. Acute care nurses' perceptions of spirituality and spiritual care: an exploratory study in Singapore. *J Clin Nurs.* 2016; 25: 2520-7.
38. Yılmaz M. Holistik Bakımın Bir Boyutu: Spiritüel, Doğası Ve Hemşirelikle İlişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg.* 2011; 14:61-70.
39. Como JM. Spiritual practice: A literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holist Nurs Pract.* 2007; 21: 224-36.
40. Özbaşaran F, Ergül S, Temel AB, Aslan GG, Coban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs.* 2011; 20: 3102-10.
41. Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg.* 2010; Sempozyum Özel Sayısı: 218-25.
42. McSherry W, Ross L. Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *J Adv Nurs.* 2002; 38: 479-88.