

**SAĞLIK KURUMLARINDA SAĞLIK PERSONELİ DIŞINDA  
ÇALIŞANLARIN SPİRİTÜALİTE İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE TUTUMLARI**

**Nur BOZTEPE**

**Yüksek Lisans Tezi  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
Danışman: Doç. Dr. Dumrul GÜLEN**

**2019**

**T.C.**  
**TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK KURUMLARINDA SAĞLIK PERSONELİ DIŞINDA  
ÇALIŞANLARIN SPİRİTÜALİTE İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE TUTUMLARI**

**Nur BOZTEPE**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**  
**DANIŞMAN: DOÇ. DR. DUMRUL GÜLEN**

**TEKİRDAĞ-2019**  
**Her hakkı saklıdır.**

## **BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ**

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin çalışmasının bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

17 /05/ 2019

**Nur BOZTEPE**

T.C.  
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nur BOZTEPE tarafından hazırlanan ‘Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Dışında Çalışanların Spiritüalite İle İlgili Görüş ve Tutumları’ konulu YÜKSEK LİSANS Tezinin Sınavı, Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliği uyarınca ..... günü saat .....’da yapılmış olup, tezin ..... OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Jüri Başkanı:		Kanaat:	İmza:
Üye:		Kanaat:	İmza:
Üye:		Kanaat:	İmza:

Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu adına

...../...../20.....

Prof. Dr. Rasim YILMAZ

Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Dışında Çalışanların Spiritüallite İle İlgili Görüş ve Tutumları incelenmek istenmiştir.

Öncelikle tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup bana yardımcı olan tez danışman hocam Doç. Dr. Dumrul GÜLEN'e teşekkürlerimi sunarım. Bu zorlu tez sürecinde benden desteğini bir an için bile esirgemeyen değerli ablam Öğr. Gör. Elif EREN ÇİTAK'a, tüm eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan annem Server EREN'e, babam Hayrettin EREN'e ve eşim Sinan BOZTEPE'ye teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Nur BOZTEPE

## ÖZET

Kurum, Enstitü, :Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,  
 ABD : Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı  
 Tez /Proje :Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Dışında Çalışanların  
 Başlığı Spiritüallite İle İlgili Görüş ve Tutumları

Tez/ProjeYazarı :Nur BOZTEPE  
 Tez/Proje :Doç. Dr. Dumrul GÜLEN  
 Danışmanı  
 Tez/Proje Türü, Yılı: Yüksek Lisans Tezi 2019  
 Sayfa Sayısı : 67

Çalışma, sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüallite ile ilgili tutumlarını, görüşlerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde 110 çalışanla gerçekleştirildi. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan araştırmanın verileri, literatür taraması sonrasında araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu kullanılarak elde edildi. Elde edilen verilerin analiz için frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma analizleri, Chi-Square Test, Shapiro-Wilk Testi, Independent Samples T Test, Mann-Whitney U Test, One-Way ANOVA ve Kruskal-Wallis Testi kullanıldı.

Araştırmaya katılan çalışanların yaş ortalaması  $31,74 \pm 7,27$ , %71,8'i kadın, %28,2'si erkek, %13,6'sı ilköğretim ve altı, %40,9'u lise, %45,5'i lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip idi. Çalışanların gelir durumlarına göre ise %59,1'nin iyi, %40,9'nun düşük gelir düzeyine sahip olduğu, %52,7'sinin evli, %47,3'nün bekâr, ortalama  $1,51 \pm 0,5$  çocuğa sahip oldukları, çoğunun (%63,6) kendi memleketlerinde veri giriş personeli (%67,3) olarak görev yaptığı saptandı. Çalışanların %40,9'u spiritüalliteyi güçlüklerle baş etmede kullandığı ve spiritüallitenin yaşadıkları stresi azalttığı, %35,5'i moralini düzeltmek için spiritüalliteye başvurduğu, %36,4'ü spiritüallitenin kendisini yaşama bağladığı, %33,6'sı diğer kişilerle olan iletişimini

etkilediği, %31,8'i hastane ortamında spiritüel gereksinimlerini karşılamak istediği, sadece %19,1'nin spiritüel gereksinimlerinin herkes tarafından bilinmesinin kendisini tamamen rahatsız ettiği saptandı. Çalışanların %35,4'ü hastaların spritual bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hastanede görev yapan sağlık çalışanları ile birlikte sağlık çalışanı olmayan tüm sağlık kurumu personelinin de görev yapması gerektiğini, %78,2'si hastanede verilen spiritüel bakımın yetersiz olduğunu düşündüğü, sadece %11,8'i spiritüel bakıma destek verme isteğinde bulunmadığı belirlendi. Çalışanların %91,8'i hastaların spiritüel hastane ortamında karşılanması gerektiğini, %31,8'i hastanede hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için kesinlikle danışılabilir bir uzman olması gerektiğini, %35,5'nin hastaların spiritüel desteği isteme ya da reddetme hakkına sahip olduğunu düşünmekte idi.

Sonuç olarak, araştırmamızda çalışanların spiritüel desteği yeterli bulma durumu ile eğitim düzeyleri, spiritüel desteğin hastaların psiko-sosyal iyileşmesine katkısı olduğunu düşüncesi ile hastanedeki görevleri, spiriüalitenin hastalıklarla baş etmede ve hastalara moral vermede etkili olduğu düşüncesi ile medeni durumları, spiritüalitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları hastalarda engellediğini düşüncesi ile çocuk sahibi olmaları ve yaşları, spiritüalitenin hastalarda iletişimi etkilediği düşüncesi ve çalışma hayatlarında hastaların spiritüel gereksinimlerini daha fazla göz önünde bulundurması ile memleketlerinde görev yapma durumları arasında anlamlı ilişki saptandı ( $p<0,005$ ).

**Anahtar Sözcükler:** Spiritüalite, Spritüel Bakım, Sağlık Kurumları.

## ABSTRACT

Institution, Institute,	: Tekirdağ Namık Kemal University, Institute of Social
Department	Sciences,
	: Department of Health Management
Title	: Opinions And Attitudes Of Employees Other Than Healthcare Personnel In Health Institutes Towards Spirituality
Author	: Nur BOZTEPE
Adviser	: Assoc. Prof. Dumrul GÜLEN
Type of Thesis/Project, Year	: MA Thesis, 2019
Total Number of Pages	: 67

The aim of the study carried out with 110 employees at Tekirdag Namık Kemal University Health Research and Application Center was to determine the attitudes and the opinions of the employees other than healthcare personnel in healthcare institutes towards the spirituality and the factors affecting them. The data of the study being descriptive and cross-sectional were obtained by using a questionnaire form prepared by the researchers after the literature review. Frequency, percentage, average and standard deviation analyses of the obtained data were performed using Chi-Square Test, Shapiro-Wilk Test, Independent Samples T-Test, Mann-Whitney U Test, One-Way ANOVA and Kruskal-Wallis Test.

The age average of the employees participating in the study was  $31,74 \pm 7,27$ , 71.8% of them was female and 28,2% were male. Concerning education level, 13.6% of them had primary education and lower educational background, 40.9% of them had high school education, 45.5% of them had undergraduate education and higher education. Regarding the income status of the employees, 59.1% of them had a good level of income, 40.9% had a low level of income. In addition, 52.7% of them were married, 47.3% of them were single. They had an average of  $1.51 \pm 0.5$  children and it was found that most of them (63.6%) were data entry personnel in



their hometowns (67.3%). It was found that 40,9% of the employees use spirituality to cope with difficulties and that spirituality reduced stress. 35.5% applied spirituality to make themselves happy and 36.4% believed that it held herself/himself on to the life and 33.6% stated that it affected his/her communication, 31.8% was willing to meet the spiritual needs in the hospital environment whereas only 19.1% was completely disturbed by the recognition of the spiritual requirements by everyone. 35.4% of employees believed that employees other than healthcare personnel had to work with healthcare personnel in order to meet the spiritual care requirements of the patients. 78.2% of them stated that spiritual care was insufficient and only 11.8% of them did not want to provide spiritual care. 91.8% of the employees stated that patients had to be met in the spiritual hospital environment whereas 31.8% noted that there had to be an expert in order to meet the spiritual needs of the patients in the hospital. 35.5 % of them felt that patients had the right to request or reject the spiritual support.

As a result of the study, a significant was found between employees' education level and finding the spiritual support adequate, the idea that spiritual support contributes to the psycho-social recovery of patients and their duties in the hospital, marital status and the thought that spirituality is effective in coping with diseases and giving moral support to the patients, the thought that spirituality prevents the behaviors that will adversely affect health and having children and their ages, the idea that spirituality affects communication in patients and patients to consider more the spiritual needs of patients in their occupational lives and working in their hometown ( $p < 0,005$ ).

**Keywords:** Spirituality, Spiritual Care, Health Institutions.

## İÇİNDEKİLER

<b>BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM BEYANI .....</b>	<b>I</b>
<b>TEZ ONAY SAYFASI .....</b>	<b>II</b>
<b>ÖNSÖZ.....</b>	<b>III</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VI</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>VIII</b>
<b>TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ.....</b>	<b>X</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ.....</b>	<b>XI</b>
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1.Spiritüalite.....	3
2.1.1.Spiritüalite ve İlgili Kavramlar.....	3
2.1.1.1.Spiritüalite Kavramı.....	3
2.1.1.2. İnanç Kavramı.....	5
2.1.1.3.Maneviyat Kavramı.....	6
2.1.1.4. Din Kavramı.....	7
2.1.2.Spiritüel Sağlık Kavramı.....	9
2.1.3.Spiritüel Bakımı Etkileyen Faktörler.....	14
2.1.4.Manevi Stres.....	16
2.1.5.Spiritüel Destek ve Manevi Danışmanlık.....	16
2.1.6.Türkiye'nin ve Dünya'nın Spiritüalizme Bakış Açılarının Karşılaştırılması.....	18
2.1.7.Türkiye'de ve Dünya'da Spiritüel Bakım: Teori ve Uygulamalar.....	19
2.2. Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Dışında Çalışanlar.....	23
2.2.1.Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Faaliyetleri .....	23
2.2.2. Veri Giriş Personeli.....	24
2.2.2. Temizlik Personeli.....	25
2.2.3. Güvenlik Personeli.....	25

2.2.4.Teknik Birim Personeli.....	25
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>26</b>
3.1.Araştırmanın Şekli .....	26
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman.....	26
3.3.Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular .....	26
3.4.Araştırmanın Evreni Ve Örnekleme.....	26
3.5.Veriler Toplama Araçları.....	27
3.6.Verilerin Toplanması.....	27
3.7.Verilerin Analizi.....	27
3.8.Etik Kurul Onayı .....	28
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>29</b>
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>46</b>
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>50</b>
<b>7.KAYNAKÇA.....</b>	<b>55</b>
<b>8.EKLER.....</b>	<b>63</b>
<b>EK 1. Anket Formu.....</b>	<b>63</b>
<b>EK 2.Etik Kurul Onayı.....</b>	<b>65</b>
<b>EK 3. Kurum İzni .....</b>	<b>66</b>
<b>9.ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>67</b>

## TABLO VE ŞEKİLLER LİSTESİ

		<b>Sayfa</b>
Şekil 1	Spiritüelitenin Kavramsal Bir Modeli	<b>5</b>
Tablo 1	Spiritüelitate ve Din Arasındaki Bazı Farklılıklar	<b>8</b>
Tablo 2	Spiritüelitenin Fiziksel Sağlık Üzerine Olumlu Etkileri	<b>10</b>
Tablo 3	Çalışanların Demografik Özelliklerinin Dağılımı	<b>29</b>
Tablo 4	Çalışanların Spiritüelitate Kavramı İle İlgili Görüş, Tutum Ve Davranışları	<b>30</b>
Tablo 5	Çalışanların Sağlıkta Spiritüel Bakım İle İlgili Görüşleri	<b>33</b>
Tablo 6	Çalışanların Spiritüelitate Kavramı İle İlgili İlk Aklına Gelen Kelimenin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Karşılaştırılması	<b>35</b>
Tablo 7	Çalışanların Doğruluk Kavramı İle İlgili İlk Aklına Gelen Kavramın Sosyo-Demografik Özellikleri İle Karşılaştırılması	<b>37</b>
Tablo 8	Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Hastalara Spiritüel Desteği Vermesi Gerektiğini Düşündüğü Meslek Grubunun Karşılaştırılması	<b>38</b>
Tablo 9	Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Hastaların Aldıkları Spiritüel Desteği Yeterli Bulma Durumlarının Karşılaştırılması	<b>39</b>
Tablo 10	Çalışanların Spiritüel Desteğe Yönelik Görüşleri İle Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	<b>41</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>TDK</b>	:	Türk Dil Kurumu
<b>VGZ</b>	:	Vereniging van Geestelijk VerZorgers
<b>IGGS</b>	:	Uluslararası Sağlık ve Maneviyat Topluluğu
<b>DİB</b>	:	Diyanet İşleri Başkanlığı
<b>CCTV</b>	:	Close Circuit TeleVision

## 1.GİRİŞ

İnsan birbiri ile etkileşim içerisinde olan biyolojik, psikolojik, spiritüel (manevi), sosyal ve kültürel boyutları olan bir varlıktır. Bu bağlamda herhangi bir alanda oluşan bir sorun diğer başka bir alanda da probleme neden olabilmektedir (Öz, 2004; Velioğlu, 1999; Dossy 1998). Bu nokta ancak insanın tüm boyutlarında sorun olamaması ve uyum içerisinde çalışması sonucunda sağlıktan bahsedilebilir. 1960'larda holizmin etkisiyle ortaya çıkan spiritüel sağlık kavramı, Maslow'un gereksinimler hiyerarşisinde en üst basamakta yerini almıştır (Akgün Kostak, 2007).

Spiritüel boyut, bireylerin doğumu ile başlayan, evrensel ancak her birey için farkındalık derecesi diğer bireylerle olan ilişkilerinden öğrendikleriyle değişiklik gösteren bir boyuttur. Her bireyin spiritüel bir boyutun var olmasıyla birlikte spiritüel sağlığın algılanması da bireysel farklılık göstermektedir. Spiritüel sağlığı olan kişinin amaçları, değerleri, inançları arasında bir denge söz konusudur. Spiritüel boyut emosyonel stres, fiziksel hastalıklar, ölüm, yaşamın anlamı, umut, güç ve bağlantı kaynakları gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Ayrıca spiritüel inanışlar, bireyler hasta olduklarında daha önemli hale gelebilmekte ve spiritüelite sayesinde hastalıklarını kabul etmekte ve gelecek için plan yapabilmektedirler (Atabek Aştı, Karadağ, 2014).

Hastaların spiritüel değerleri, fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel sağlığını olumlu yönde etkileyebilmekte, kendilerini iyi hissetmelerini sağlayabilmektedir (Hiçdurmaz, Öz, 2013). Hastalar spiritüel gereksinimlerini sözel ve sözel olmayan iletişimlerle ifade ederler. Spiritüel gereksinimler personel tarafından farklı yollarla gözlemlenebilir. Hastalar çaresizlik, ümitsizlik gibi tepkiler ile spiritüel sıkıntı yaşadıklarını gösterirler (Ergül, Bayık, 2004). Hasta duruma uyum göstermede yetersiz olduğu noktada, spiritüel desteği sağlık kurumlarında çalışan her personelden talep edebilir ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması beklentisine girer.

Spiritüel destek, insanların acılı, sıkıntılı, üzüntülü, korkulu, yalnızlık ve ümitsizlik hallerinde, ani değişimlerle gelen hastalık, ameliyat, mahkumluk, askerlik, sakatlık, afet, yaşlılık gibi kriz durumlarında, onların yanında olmak, onlara inanç açısından destek olabilmek; varsa, soru ve sorunlarına danışmanlık, varlıklarına bir

mana, hayatlarına yeni bir anlam verebilmede eşlik edebilmek şeklinde tanımlamaktadır (Karagül, 2012). Bu nedenle sağlık kurumlarında çalışan personeller, bireyin spiritüel sorumluluklarını yerine getirmesine ve içsel kaynaklarını şimdiki durumu için etkin biçimde kullanmasına yardım edebilmelidir. Literatürde spiritüel destekle ilgili çalışmalar sağlık personeli üzerine yoğunlaşmış, hastalarla sürekli iletişim halinde olan diğer sağlık kurumu çalışanları ise göz ardı edilmiştir.

Bu doğrultuda bu araştırma; sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüalite ile ilgili tutumlarını, görüşlerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Spiritüalite

#### 2.1.1. Spiritüalite (Maneviyat) ve İlgili Kavramlar

Spiritüalite ile ilgili olarak litaretür taraması sonrası çıkan ilişkili kavramlar bu bölümde ele alınmıştır.

##### 2.1.1.1. Spiritüalite Kavramı

Spiritüalite, 12. yüzyılda insanın fiziksel yönünün öncesinde sadece insanın psikolojik yönünü ele alan, 15-16. yüzyıllar arasında dinle ilgisi bulunan kişileri tanımlamada, 17. yüzyılda ilk kez modern anlamda Fransa’da, sonraki yüzyıllarda ise herkesin ortak bir görüşe varamadığı tanımlamalar ile birçok dilde dinle ilgili olan veya olmayan gibi çeşitli bir takım kalıplarla ortaya çıkmıştır (Cook, 2004). Günümüzde ise spiritüalite kavramı geleneksel dinden daha fazla geniş bir kavram olarak kabul edilmektedir (Bash, 2004).

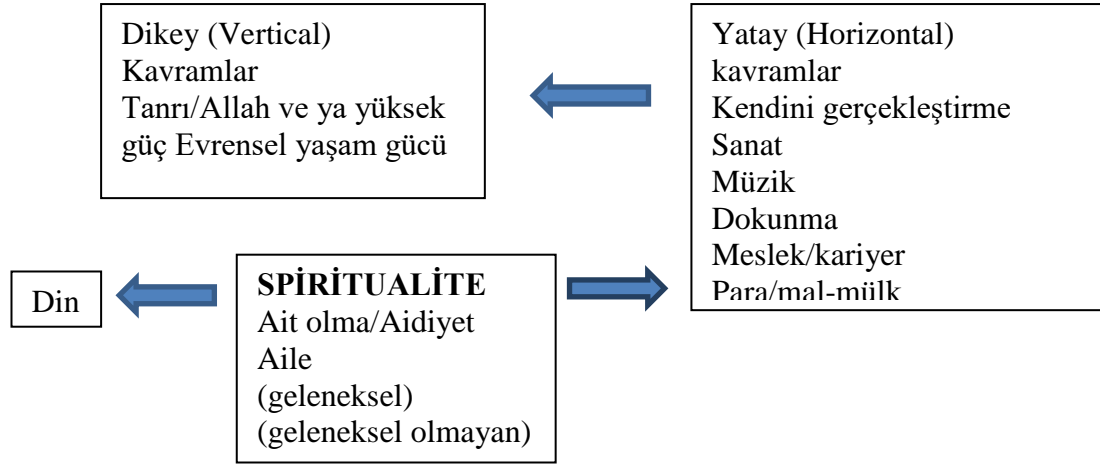
Latince’de ‘spiritus’ sözcüğünden türemiş olan spiritüel kelimesi hayatın nefesi manasına denk gelmektedir. Günümüzde çok çeşitli literatür taramalarına ve bilgilere rağmen bu kelimenin anlamında herhangi bir fikir birliği henüz sağlanamamıştır (Khairunnisa, 2014; Çetinkaya, Altundağ, Azak, 2007; Turan, Yavuz Karamanoğlu, 2013; Arslan, Konuk Şener, 2009; Dedeli, Karadeniz, 2009). Spiritüalite; yaşam boyu elde edilen bilgilerin bir sonucu olarak, kişinin kendisi ve çevresindeki insanlarla var olan ilişkilerini, bulunduğu evrendeki konumunu, yaşamın ne anlama geldiğini algılama biçimi ve kabullenme çabası olup, yaşamın asıl amacını oluşturan bireye anlamlı gelen ilkeleri içerir (Cimete, 2002). Narayanasamy spiritüaliteyi “gizli bir yolculuk, yaşama verilen anlam ve amaç, koşulsuz sevgi ile bağlanma” kavramları ile açıklamıştır (Narayanasamy, 2001).

Spiritüalizm, en geniş haliyle insanın ruhani şeylere karşı ilgili olması ve bağdaştırması, kısacası yaşaması, hissetmesi anlamına da gelebilmektedir. Spiritüalizm içinde bulunulan evrenin ruhsal bir ilkeye dayandığı düş gücüne dayalı fikirleri içerir. Spiritüalizm beden ve ruhun birbirlerinden etkilendiğini, aynı zamanda birbirlerini bütünleştirdiklerini de savunur (Çetinkaya vd., 2007; Akgün Kostak, 2007).



Spiritüalite insanın kişilik özelliklerinden etkilendiği için öznellik kavramı ile dolaylı yoldan bağlantı kurmaktadır. Karakteristik özellikler, sosyokültürel değerler kişiden kişiye değişiklik gösterebileceği için bu kavram çok çeşitli tanımlarla açıklanabilmektedir (Koenig, 2009). Spiritüalite, yaşam boyu karşılaşılan zor ve kötü olaylara karşı sağlam bir irade ile bunlarla başa çıkabilme yöntemi olarak açıklanabilmektedir (Pargament, Magyar-Russell, Murray-Swnk, 2005). Spiritüalite kavramını benimsemiş insanların, ruh ve beden sistemlerini dengeleyebildiği, duygularını düzgün bir biçimde gerçekleştirebildiği, çevresindekileri ilişkilendirebildiği ve ilişkiler neticesinde bağlarını kuvvetlendirebildiği, bundan yola çıkarak belirli bir doyum derecesine ulaşabildiği bireyler olarak ifade etmiştir (Reich, 2000). Spiritüel değer ve inançlar geniş bir kavram olup, içerisinde sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam, başkalarına karşı sorumluluk konularında ki inançlar, kaygı duyma, güven, doğruluk, sevgi, umut, hayatın anlamı ve amacı, ilişkiler, bağışlayıcılık, yaratıcılık, ait olma gibi birçok kavramı bulundurmaktadır (Çetinkaya 2007; Narayanasamy, 2001; Strang, Ternstedt, 2003; Tanyi 2002).

Bash ise spiritüaliteyi, tanrıca olmayan yaklaşım, tanrıca yaklaşım ve medya yaklaşımı ile tanımlanabileceğini belirtmektedir. Tanrıca olmayan yaklaşımda odak noktası "topluma ait olma" olmakla birlikte, düşünme yolunun dinsel olmadığını, doğuştan itibaren var olduğunu, var olmanın özü olduğunu ve başkasına yardım edebilmek için içgüdüsel bir farkındalık olarak belirtilmiştir. Bu yaklaşımda, spiritüalite bireyin kendi üstünlüğünün farkında olmasını sağladığı, bu farkındalığın kişinin kendisiyle barışık olmasına ve bireysel memnuniyete katkısı olduğu ancak başkalarının mutluluğuna öncelik vermeyi amaçladığı belirtilmiştir. Tanrıca yaklaşımda ise odak noktası "üstün güç" kavramı olup, spiritüaliteyi bireyin kendi varlığı dışındaki farklı bir güç ile bireysel ilişki sonucunda öğrenme ve değişim süreci olarak tanımlamış, bireyin yaşadığı ortam ve şartlarda var olan üstün bir güç/tanrı ile ilişkisi olduğunu belirtmiştir. Medya yoluyla yaklaşımda ise temel yaklaşım dini inançları güçlü olmayanların dil ve düşünce biçimleri ile üstün güce ulaşmasıdır. Bu bağlamda bu yaklaşım hem üstün gücü içermekte hem de sorulara cevaplar ulaşmak için üstün gücün gerekli olduğunu inkâr etmektedir. Bu nedenle karışık bir yaklaşımdır (Bash, 2004).



### Şekil 1. Spiritüalitenin Kavramsal Bir Modeli

**Kaynak:** Ormsby A., Harrington A. (2003). The spiritual dimensions of care in military nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, 9(5), 321-327.

Moberg, spiritüalitenin dikey ve yatay boyutlarını tanımladığı sosyal bir model geliştirmiş, dikey boyutu kişinin tanrı ile olan ilişkisini, yatay boyut ise bireyin yaşam stili, kendisi, başkaları ve çevresi ile olan ilişkisi olarak göstermiştir (Şekil 1). Bu modelde spiritüalitenin yatay ve dikey boyutları, kişinin spiritüalitesinin dışı vurulmuş hali olduğunu belirtilmektedir (Ormsby, Harrington, 2003; Yılmaz, 2011). Spiritüalite, biçimsellikten ve sistematik yapıdan uzak emosyonel amaç taşıyıp, duygu karmaşasını çözümlenmeyi hedefler (Çam, Bilge, 2007; Akgün Kostak, 2007; Bilge, 2006; Demir, 2004).

#### 2.1.1.2. İnanç Kavramı

İnanç, sözlük anlamıyla bir fikir ve düşünceye bağlılık, genel olarak bir düşünceye ait bulunma, herhangi bir dine mensup bulunma, görüş anlamına gelmektedir. Aynı zamanda herhangi bir konu üzerindeki düşünce ve bilginin kabul görmesiyle oluşmuş genel kanaat anlamı da içermektedir (Doğan, 1996; Demir, 2004; Bilge, 2006; Çam, Bilge, 2007; Akgün Kostak, 2007). Birine inanmak dediğimizde ise o kişiye güvendiğimiz, kişiden emin olduğumuz yargısı çıkarılabilir (Ayten, Göçen, Sevinç, Öztürk, 2012).

İnanç davranışlarımızı ve tavırlarımızı etkileyen bir sistem içinde yer alır. Bundan dolayı insanlarla olan ilişkilerimizdeki belirleyici bir unsur olarak da işlevsel

bir önem arz ettiği belirtilebilir. Günlük hayattaki inanç, toplumsal yaşamı bire bir kişilerin davranışları ile ve dönem dönem örgütlenmiş takım davranışlarıyla düzenleyen bir hareket iletisi olarak karşımıza çıkabilmektedir (Ayten vd., 2012).

### **2.1.1.3. Maneviyat Kavramı**

Arapça kökenli bir kelime olan maneviyatın, Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre iki çeşit anlamı bulunmaktadır. İlk anlamı, maddi olmayan, manevi şeylerle alakası bulunan şeklindedir. Burada yer alan manevi kelimesinin anlamı ise, soyutla ilgisi olan, sezgisel, gözle görülemeyen, iç sellikle ilgilenen olarak verilmiştir. Türk Dil Kurumu sözlüğünde yer bulunan diğer anlamı ise, yürek gücü, motivasyondur (Toparlı, 2005).

Maneviyat, kişinin materyalin ötesinde ilişkili olduğu her şey ve bunların temel anlamlarına ilişkin içte olan kaynakların hepsidir. Maneviyat, dini inanış ve bağlılığın ötesinde herhangi bir tanrısal inanç olmadan yaşanılan hayatın anlamı, amacı, iç huzur için gayret etme, üst sınırdaki inanma gücü olarak güç oluşturma, kutsal olma veya enerjinin sonsuz gücü olarak da tanımlanabilir (Ergül, Bayır, 2004; Sülü, 2006). Genel bir bakış açısıyla maneviyat, kişinin aşkınlık duygusuna tırmanarak, ahlaki boyutta iyilik ve anlam anlayışına yoğunlaşması, kişinin evren ve gerçekle ilişkisini anlamlı hale getirmesidir (Canda, Furman, 2010). Maneviyatta, bireyin kendi ile olan ilişkisinin temellerini yine kendisi oluştururken, dinin yapı taşları toplumlarda ortaklaşa kullanılan değerlerden meydana gelir. Ayrıca maneviyat, kişide çağrıştırdığı anlamlar doğrultusunda, elde ettiği çeşitli öğretileri de kapsayarak farklı davranışsal boyutlar kazanmasını sağlayabilir. Tinsellik kelimesinin karşılığı anlamına gelen maneviyat, evrende bulunmamızın ötesini oluşturan, soyutsal güç temsil eden bir kavramdır (Peters, 2008). Maneviyat, kişinin diğer kişilerle olan ilişkilerini ve bu ilişkilerin anlam ve boyutlarını, konumunun ne olduğunu, konumundaki yerin amacını idrak etmeye çalışırken bunları kabullenme çabası içerisine de girer. Bireyin yaşadığı deneyim ve tecrübeleriyle elde etmiş olduğu olguların toplamı maneviyata bakış açısını oluşturur. Şekillenen bakış açısıyla yaşamı boyunca karşılaştığı soruların cevaplarını bulmaya çalışır (Cimete, 2002; Başbakkal 2005).

Dünyada pek çok ülkede maneviyat ile din kelimeleri birbirlerinin ikame sözcüğü olarak kullanılırken, Amerika Birleşik Devlet'leri bu kelimeler arasında

ayrım yapmıştır. Bu ayrım herhangi bir dine üye olmadan manevi değer ve yargılara sahip olan kişiler tarafından olumlu bir durum olarak karşılanmaktadır (Sheafor, Horejisi, 2014). Bu bakış açısının tersini savunan Hill ve Pargement (2003), din ile maneviyatın aynı anlamlara geldiğini, kabul gördüğümüz maneviyat sözcüğünün aslında tarihteki dinsel deneyimlerimizden meydana geldiğini savunur. Bu yaklaşıma göre maneviyat daha iyi bir izlenim çağrıştırırken, dinin ise olumsuz bir izlenim bıraktığını, aslına bakılırsa ikisinin de hem olumlu hem olumsuz anlamlar içerdiğini, böyle bir ayrımın zihin karmaşıklığına sebep verebileceğini ortaya koyar (Başar, 2007).

#### **2.1.1.4. Din Kavramı**

Din, Tanrı'ya, tabiatüstü güçlere, çeşitli kutsal varlıklara inanmayı, tapmak ve tapınmayı sistemleştiren kültürel bir kurum, diyanet ve bu nitelikteki inançları kurallar, kurumlar, ahlaki davranışlar ve sembolize edebilecek biçimde toplayan, sağlayan bir düzen biçimidir. Din, genel anlamıyla inanç sisteminde kutsal ve metafizik değerlere ya da Tanrı fikrine önem gösteren ve inananlara bir yaşam biçimi sunan bir sistem olarak ifade edilir (Çetinkaya vd., 2007; Yeşilyurt, 1999). Geçmişte görüldüğü gibi din toplumları gruplara ayıran veya bütün halde bir arada tutan, toplumun değer ve kültürel normlarını oluşturan, sosyo-kültürel yapısını etkileyen, toplumun koşullarına göre değişiklik gösterebilen bir kavramdır (Okumuş, 2009). Oxford sözlükte dini açıklarken, doğaüstü güçlere inanmak, bunlara ibadette bulunmak anlamı teşkil ettiğini bildirmiştir (Oxford Dictionary, 2016). Bu bilgilerle göre dinin özünde dışsal güç olan Tanrı olgusunu barındırdığı görülür. İnsanların iç benliklerindeki seslerinden doğan davranışlarını anlamlandırır ve yönlendirir. Bu anlamlandırmayı sağlarken, bir taraftan çözümleyici teknikler ile kişiye olanaklar sunar (Ayten vd., 2012).

Din çoğu kez maneviyatla karıştırılsa da aslında çok daha farklı bir anlam teşkil eden sözcüktür. Gelenekçi bakış açısına bağlı olup, toplum yapısını belirli kurallar bütününe yönelik yaklaşımlarla desteklemektedir. Kişilere çeşitli görevler yüklemiş bu görevlerin sonucunda sorumluluk ve yükümlükler meydana getirmiştir. Kuralcı, belirli çizgilerde kalıplaşan, dogmatik unsurları ele alır. Ölümünden sonraki hayatı, sevap ve günah gibi öğeleri konu olarak işler (Hodge, 2005). Daha kesin bir ayrım yapılacak olursa din cevaplarla uğraş alanına girerken, spiritüalite ise soruların

ilgi alanına girer (Eckersley, 2000). Din, içinde yaşadığımız dünya ve evrene ilişkin ilgi ve karşılıklı bağımlılığımızı sorgulayabilirken, sezgisel anlayışları açıklayabilmektedir.

Spiritüallite, dinin bir bileşeni olarak sayılabilir ancak dini inanç ve uygulamalar ile sınırlandırılmayacak kadar geniş olan ve dini uygulamaları da içeren bir kavramdır. Geleneksel, törensel ve spesifik bir öğreti olan din, spiritüalliteden farklıdır (Dastan, Buzlu, 2010; Akgün Kostak, 2007). Spiritüel inanç ve değerler bir din ile bağlantılı olabilir ya da olmayabilir. Dini inançları olmayan insanların da spiritüel boyutları vardır (Khairunnisa, 2014). Bu bağlamda spiritüallite ve din arasındaki bazı farklılıklara Tablo 1 'de yer verilmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Spiritüallite ve Din Arasındaki Bazı Farklılıklar**

<b>Spiritüallite</b>	<b>Din</b>
Metafizik bir görüş	Kutsal ve metafizik değerler
Ruhçuluk/tinsellik	Inanç sistemi, ibadet ve uygulamalar
Otoriter değil	Otoriter
İçe dönük uygulamalar	Dışa dönük uygulamalar
Az görülebilir ve ölçülebilir, subjektif	Gözlemlenebilir, ölçülebilir, objektif
Bireysel	Toplumsal

**Kaynak:** Salladay S.A., McDonnell, M.M. (1989). Spiritual Care, Ethical Choices, and Patient Advocacy. *Nursing Clinics of North America*, 24(2), 543-549.

Carroll, B.A. (2001). Phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality*, 6(1), 81-98.

Başka bir yönüyle de din spiritüalliteyi kapsam içine alabilmektedir. Bireyin fikirleri ve inançları her zaman dinle alakalı olmayabilir. Herhangi bir dine mensup olmadan ve dini bir inancı kendisinde bulundurmayan kişilerin de spiritüel yönleri ve ilkeleri ortaya çıkabilmektedir. Buldukları bu ilkeleri hayatlarındaki bazı dönemlerde uygulayabilir hatta yaşam biçimini bu değerler üzerine dahi kurabilirler (Ewen, 2004; Ayten vd., 2012; Özdemir, 2012; Hiçdurmaz vd., 2013; Seredrasooly vd., 2014; Jim vd., 2015; Restrepo-Madero vd., 2016; Ghonchepour, 2019).

### 2.1.2.Spiritüel Sağlık Kavramı

Spiritüel gereksinimler; kişinin manevi yönünü destekleyerek, manevi boşluğunu kapatacak olan ihtiyaçlardır (Ergül vd., 2004; Govier, 2000). Bireylerin sosyal, psikolojik ve fiziksel bütünlüğünün önemli olması kadar, spiritüel yönden de kendini iyi hissetmesi bir o kadar önemlidir. Çeşitli sağlık sorunları yaşayan insanların evrende var olma mücadelesi, bu aşamada onların her yönden kendilerini iyi hissetmelerini sağlayabilir (Cimete, 2002). Sağlık ve maneviyat ilişkisinin; insanların iyileşme çabası içinde olduklarından itibaren başladığı görülmüştür. Toplumların birçoğunda soyut güçler bu çabanın birer amacı haline gelmiştir (Peters, 2008). Sonraki yüzyıllarda tıp biliminde, rasyonel yaklaşımlar benimsenerek spiritüalitenin değer ve etkisi çok fazla azalmış, somut, nesnel ve bilimsel açıdan genel olarak kabul görülmüş, evrensel nitelikteki uygulamalar ön planda tutulmuştur. Fakat bu durum uzun sürmemiştir. Hastaların spiritüel gereksinimlerinin giderilememesi; onlara ciddi anlamda rahatsızlık vermiş, hastalar Spiritüel gereksinimlerini karşılayacak türlü isteklerde bulunmuşlardır. Bu gelişme ile birlikte spiritüalitenin taşıdığı anlam ve güç tekrardan önemini kazanmış, kavramın kişiler üzerindeki yüksek etkisi ve iyileşme sürecine arka çıktığı sağlık bilimlerinde göz ardı edilmemeye başlanmıştır. Genel olarak insanların fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları birbirlerini etkilemektedir. Fiziksel nitelikteki bir sorun, kişinin ruhsal ve psikolojik yönünü etkileyebilir; ruhsal ve psikolojik problemler de kişinin fiziki sağlığını tehdit edebilir. Bu nedenle sağlık hizmeti alan kişi bu hizmeti alırken sosyal, kültürel, fiziksel, ruhsal açıdan bir bütün olarak algılanmalı, verilecek hizmette bu ölçüde ve kalitede olmalıdır (Daştan vd., 2010).

Spiritüalite, sağlık açısından değerlendirildiğinde de toplumsal kültürleri itici bir güç şeklinde etkilediği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda Amerika Birleşik Devlet' lerinde siyahi kökenli kişilerin spiritüaliteye, beyaz kökenli insanlardan çok daha fazla önem verdikleri görülmüştür. Buna neden olarak Afrika kökünden gelen kişilerin bazı yabancı sömürgelere maruz kalmalarından dolayı oluşabilecek ruhsal zararları önlemek, tarihlerini ve kültürlerini kaybetmemek, kendilerine özgü değer ve unsurlara sahip çıkmak istemeleri gösterilebilir (Nelson-Becker, Nakashima, Canda, 2006).

Spiritüel değerleri yüksek olan bireylerin daha sağlıklı yaşadıkları yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Levin, Schiller, 1987). Sağlıktan bahsedebilmemiz için, birbiri ile etkileşim halinde olan tüm sağlık boyutlarının iyilik halinde bulunması gerekir. Spiritüel boyutun fiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel tüm alanlara yönelik olumlu etkisi söz konusudur. Çalışmalarda spiritüalitenin fiziksel sağlık üzerine etkileri incelendiğinde, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavileri üzerine birçok olumlu etkisi olmakla birlikte, olumsuz sağlık davranışlarını azalttığı, morbilite ve mortalite oranlarını düşürdüğü ve yaşam süresine pozitif etki ettiği saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2. Spiritüalitenin Fiziksel Sağlık Üzerine Olumlu Etkileri**

Sağlık Problemi	Spiritüalitenin Etkisi
Sistolik kan basıncı	Düşürür
Diastolik kan basıncı	Düşürür
Kolesterol düzeyi	Düşürür
Kalp hastalığı	Azaltır
Ameliyata yönelik stres	Düşer
Kronik ağrı	Oranı düşürür
Siroz	Oranı düşürür
Amfizem	Oranı düşürür
Myokard infarktüsü	Oranı düşürür
Strok/inme	Oranı düşürür
Böbrek yetmezliği	Oranı düşürür
Kanser mortalitesi	Oranı düşürür
Kalp ameliyatı mortalitesi	Oranı düşürür
Toplam mortalite	Oranı düşürür
Pozitif sağlık alışkanlıkları	Artar
Ömür	Artar

**Kaynak:** Seybold, K.S., Hill, P.C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. American Psychological Society, 10(1), 21-24.

Spiritüel değerleri yüksek olan bireylerin daha kaliteli yaşadıkları, yaşamlarını planlarken bu planı, manevi yargılardan uzak kalan insanlara göre daha profesyonel biçimde hazırladıkları yapılan çalışmalarda ortaya sunulmuştur. Bu kişiler sosyal ve ruhsal dengelerini sağlayabilmiş sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Manevi açıdan kendine çeşitli yaklaşımlar sağlayan insanların, hayata karşı sergiledikleri umut düzeyleri de yüksektir. Bu düzeylerin yüksek olması hastalığın iyileşmesinde pozitif bir yön sağlamış, umudunu ayakta tutma ve hastalığıyla baş etme gayreti göstermiştir (Levin, Schiller, 1987). Spiritüel gereksinimlerini karşılayabilen kişiler stres yönetiminde başarılı oldukları için, depresyon gibi psikolojik bozukluklara karşı daha dirençli olabilmektedirler. Kişilerin spiritüel değerlere yüklediği anlam, tedavinin uygulanma sırasındaki olumlu etkisini arttırmakta, hatta tedavi sürecindeki gerekli olan müdahalelere dahi etki edebilmektedir (McSherry, Ross, 2010).

Bireyde kendine özgü bir şekilde bulunan, spiritüel unsurlardan oluşmuş, içsellikten yola çıkıp, ona anlamlı gelen birtakım değerler sağlığı açısından değerlendirmeye alındığında, kişiye enerji kaynağı sağladığı belirtilmiştir. Spiritüelitesini yaşama özgürlüğüne ulaşmış bireyler, tedavi süreçlerinin tam zamanlı olarak gerçekleştirilmesine izin vererek, tedavi ile ilgili yaşanabilecek süreç aksamalarını azaltmış olur (McSherry, Ross, 2010). İnanç sisteminde bozukluklar oluşan ve bu sistemden artık emin olamayan, ölüm gibi farklı boyutlardaki düşüncelerin içine giren, umutlarının çoğunu tüketmiş, psikolojileri hasar görmüş kişilerin spiritüel açıdan rahatsızlıklar yaşadığı söylenebilir. Hastalıklarının kendi yaptığı eylemlerin sonucu olduğunu, kendi yapmış olduğu eylemlerden doğan bir cezaya maruz kaldıklarını düşünebilirler. Bu şekilde kendini sorgulayan, eleştirel bir misyon takınan bireyler kendilerini değersiz ve önemsiz hissedebilir. Bu insanlardan bir kısmı uygulanacak tedaviyi kendi iradesi ile reddedebilir ve gereksiz olduğunu düşünebilir. Böyle durumlarda sağlık kurumlarında görev yapan kişiler bu hastalara daha titiz davranmalı, spiritüel algılarındaki bileşenlerini tekrar mevcut bulunduğu durumda yerine koymalarına yardımcı olmalı, bu dönemlerde onları kötü hissettirecek davranışlardan ve sorgulamalardan mümkün olduğunca kaçınmalıdır (Koenig, 1994).



Bazı din ve inanışlara göre ise kişilerde sahip oldukları hastalıkların, hayatlarında aslında bir sınav olduğunu, kendilerinin de bu sınavlar ile sabrının sınanacağı gibi kaderci yaklaşımlardan bahsedilebilir. Hatta bu durumda acı çekmek, hastalıkları olan bu mevcut kişiler için yaşanması gereken özel bir durum haline bile gelebilir. Felsefelerinde Tanrı'ya ulaşma arzusu vardır. Acı çekerek dünyevi olaylardan uzak kalacak; bu şekilde kendini daha fazla Tanrı olgusuna kaptıracaktır. Duke Üniversitesi, İlahiyat ve Sağlık Merkezi (Duke University Center for Spirituality, Theology and Health) kişilerin sağlık problemlerinde meydana gelebilecek temel spiritüel ihtiyaçlarını şu şekilde belirlemiştir (Koenig, 1994);

Kişinin hastalığını anlamlandırma gereksinimi:

Kişi kendini süre gelen bir sorgulama içinde bulur. Hastalığının varoluş sebebini bulmaya çalışır. Çoğul kaygıları bulunur. Kendisinin dışında ailesinin de gelecek belirsizliğinden rahatsızlık duyar. İrade ve psikolojisini sağlam tutabilmenin yollarını araştırır.

Hastalık devam seyrinde iken anlam gereksinimi:

Yaşanılan sağlık problemlerinin üstesinden gelebilmek için moral ve motivasyon kaynaklarının zaman zaman gözden geçirilmesi gereklidir. Bu kaynaklar manevi inanç ve tutumlara yön verecek önemli kaynaklardır.

Spiritüel değerler var olarak sayıldığı takdirde saygı görmesi ve destek verilmesi ihtiyacı:

Hastalar inanç ve yargılarının saygı görmesine, sağlık kurumlarında yer alan personellerin de kendileri ile iletişime geçerken bu tutum içinde olmalarına özen gösterilmesini isterler.

Zihnin, hastalık dışındaki konulara odaklanma ihtiyacı:

Yaşanılan sağlık problemlerini düşünmekten uzaklaşmak, farklı düşsel öğelerle meşgul olmak, zihin yorgunluğunun azaltılmasına olanak sağlar. Hasta diye tanımladığımız birey, özünde bulundurduğu manevi değerlere yönelir ise aklının bulanıklığını berraklaştırabilir.

Kontrolü alma ile kontrolü terk etme hislerine olan ihtiyacı:

Yaşadığı süreçte terk edilme ve yalnızlaştırılma; bireyin ruh halinin negatif anlamda değişikliğine sebep olabilmektedir. İnançları gereği; yakınlarının ve ailesinin onun için dua etmeleri, kendisini yalnız bırakmamaları, moral gücünü

iyileştirecek fiillerde bulunmaları, hasta halde olan kişinin duygu durum bozukluklarını azaltabilecek, ruhen bir ferahlık yaşamasına katkıda bulunacaklardır.

#### Ölüm gerçeğini kabul etme ve bu gerçekle baş edebilme:

Hastane ortamı içinde tedavi gören bireylerde, ölüm kavramı daha çok akla gelmektedir. Kişi kendisini ölüme daha yakın hissetmekte, bu süreci yaşamaktan korkmaktadır. Çünkü artık hayat üzerindeki otokontrollerini kaybettiklerine, yaşam için gerekli olan birtakım fonksiyonlarını yitirdiklerine inanırlar. Bulunduğu evrendeki görev onlar için tamamlanmaya hazır hale gelmiştir. İçinde yaşadıkları kaos ortamı bireyleri daha da yalnızlaştırır. Ruhsal anlamda desteksiz bırakılan ve öteki dünya inancı taşıyan bireyler; ölümün gerçekleşikten sonra ki evrede cezalandırılacaklarını düşündüklerinden dolayı, kendilerini henüz ölüme yakın ve hazır hissetmekten korkup bundan rahatsızlık duyabilirler.

#### Bağışlama ve bağışlanma ihtiyacı:

Bazı insanlar, yakalandıkları hastalıkları manevi inançları doğrultusunda; kendi davranışlarından doğan bir yaptırım olarak görebilirler. Bir yandan içini ölüm korkusu sarmış olan hastalar, bu süreçte affetme ve bağışlanma gereksinimine ihtiyaç duyabilirler. Affetme ve affedilme gereksinimlerini karşılanan insanda ruhsal olarak bir hafifleme hissi ortaya çıkabilir.

#### Hastalık sürecinde şükretme ihtiyacı:

Bazı din ve inançlarda şükran kavramı önemli bir bileşke oluşturan güçlerden biri olarak görülür. Şükran duygusu gelişmiş kişilerde çeşitli spiritüel duygular mevcut olabildiğinden, hastalığını kabul etme sürecindeki uyum daha kolay yakalanabilir. Belli olaylar ve konular karşısında yeni yollar ve yöntemler geliştirilebilir.

#### Umutlanma ihtiyacı:

Umut; yaşadığımız hayat boyunca içimizde barındırdığımız bir kavram olmakla birlikte; bulunduğumuz olumsuz durumlar ve hisler karşısında dik bir şekilde ayakta kalmamızı sağlayan, demoralize olduğumuz zamanlarda çözümleyici seçenekler sunan, ruhsal çöküntülerimizi hızlı bir şekilde zihnimizden silebilmemiz için gerekli olan önemli bir his, aynı zamanda bir gereksinimdir. Hasta bireylerin hastalıklarıyla mücadelesi için bulunması gereken en temel duygulardan biridir.

Spiritüalite fikrinin içine ümit etme olgusunu yerleştiren bireylerin tedavi süreçleri daha kolay olmuştur (Koenig, 1994).

Spiritüel ihtiyaçlar belirlendikten sonraki aşamayı oluşturulacak olan spiritüel gereksinim planı hazırlanırken dikkat edilmesi gereken bazı hususlar vardır. İlk olarak kişilere sağlık hizmetleri insan gelişim teorilerine uygun olarak verilmelidir. Sağlık hizmeti verilecek kişiye itina ile saygı gösterilmeli, üzerinde olumlu etkilerin oluşması amaçlanmalıdır. Hastaya kendini ifade etme ve inanç özgürlüğü tanınmalı, onlarla doğru ve etkin bir iletişime geçilmelidir. İletişim modeli olarak empati tekniğinden yararlanmak hasta açısından faydalı olacaktır. Hastaların çevre ile ilişkilerini anlamlandırılmalarına yardımcı olunurken, beklentileri doğru biçimde anlaşılmalı, bu beklentilerine uygun ölçüde çözümler üretilmelidir (Koenig, 1994).

### **2.1.3.Spiritüel Bakımı Etkileyen Faktörler**

Kişiler hastalık durumuna uyum göstermede yetersiz oldukları noktada, spiritüel desteği sağlık kurumlarında çalışan her personelden talep edebilir ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması beklentisine girer. Literatür incelendiğinde sağlık kurumlarında spiritüalite ve etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalar sadece sağlık çalışanları üzerine sınırlandırılmış olup, diğer sağlık kurumunda çalışan personeller göz ardı edilmiştir. Sağlık çalışanlarında ise, spiritüel bakım vermede hastayla yeterince zaman geçirememeye, kendi manevi görüşleri konusunda net olmaması, spiritüel bakım konusunda yeterince bilgi sahibi olmaması gibi bazı engellerden söz edilmektedir (Ergül, 2005). Bunun yanı sıra sağlık çalışanının kendi yaşamında manevi boyutun ve manevi gücünün farkında olması, manevi gereksinimler ve spiritüel bakım algılaması, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü ve konuya duyarlılığı spiritüel 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 spiritüel bakım vermeyi etkileyen önemli etmenler olduğu vurgulanmaktadır.

Spiritüel bakım verme ile ilişkili engeller bireysel, bilgi ve çevresel engeller olarak belirtilmiştir (McEwen, 2005).

#### Bireysel engeller;

- Sağlık çalışanlarının hastaların spiritüel gereksinimlerini kişisel ya da bir aile sorunu ya da din adamlarının işi olarak görmesi ve bir sağlık profesyonelinin sorumluluğu olarak görmemesi

- Sağlık çalışanlarının spiritüeliteye yönelik kişisel deneyimlerinin eksikliği

- Sağlık çalışanlarının spiritüel sıkıntı veren durumlarla (ölüm, acı çekme, keder) baş etme yetersizliği (McEwen, 2005).

#### Bilgi engelleri;

- Sağlık çalışanlarının başkalarının inanç ve değerleri hakkındaki bilgi eksikliği

- Sağlık çalışanlarının hastaların spiritüel gereksinimlerini, psikolojik gereksinimler olarak görmeleri

- Sağlık çalışanlarının spiritüel ve spiritüel bakıma ilişkin hiç eğitim almaması ya da aldığı eğitimin yetersiz olması

- Spiritüel ile ilgili bakım girişimlerinin sınırlı olması (McEwen, 2005).

#### Çevresel/Kurumsal/Durumsal engeller;

- Sağlık çalışanlarının hastaların diğer gereksinimlerine bakım vermeleri nedeniyle spiritüel gereksinimlere özgü bakım vermek için yetersiz zaman

- Kurum çalışanlarından hastalara spiritüel bakım verilmesi yönünde sınırlı beklenti olması

- Çalışma ortamının spiritüel bakım vermek için uygun olmaması (ileri teknoloji, gürültü, mahremiyet eksikliği) (McEwen, 2005).

Spiritüel bakımı etkileyen faktörlerin arasında yer alan bir diğer kavram ise iş doyumdur. İş doyumunun spiritüel bakımı etkilediğine ilişkin yurtdışında yapılan çalışmalar vardır (Lazar, 2009).

İnsanlar fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel yönleriyle birbirleriyle ilişkilidir ve bir bütün olarak ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinde spiritüel bakımın önemine karşın, bu bakımın sunulmasında beceri eksikliklerinin olması, din ile spiritüalitenin karşılaştırılması, öneminin farkında olunmaması ve sağlık hizmeti sunulurken rahatsızlık duyulması bakımın istenilen düzeyde verilmemesinin nedenleri olarak görülmektedir (Akgün 2007; Ergül 2010; Ergül 2004). Bunun yanı sıra çalışılan ortam, çalışma koşulları, hastanın iletişime açık olması ve çalışanların

aralarındaki iletişim de spiritüel bakımı etkilemektedir (Ross 1994, Narayannasamy 2001; Çelik 2014).

Çelik vd. yaptıkları çalışmaya göre temel eğitim ve sonrasında alınan eğitimlerde spiritüel bakım konusunda yeterli bilgi alınmadığı, farkındalığın yeterli olmadığı bildirildi (Çelik 2014). Yapılan diğer bir çalışmada da iş merkezli çalışmanın spiritüel bakımı göz ardı etmeye neden olduğu, spiritüel bakıma ilişkin rol hazırlıklarının yeterli olmadığı ve yoğun bakımda spiritüel uygulamaların yetersiz olduğu saptandı. Ayrıca literatürde bilgi birikimlerinin de yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Baldacchino 2008; Wong 2008; Sawatzky 2005; Çınar ve Aslan 2017).

#### **2.1.4.Manevi Stres**

Manevi stres, anlamlı şekilde güç sağlayan yaşamsal değerlerde eksilme veya bozulmayı belirtir. "Manevi Stres/Spiritüel Distres" olarak meydana gelen bu kavram, kişinin stres nedenleri ile yaşadığı dönemsel sıkıntılar tarafından; bireyin inanç ve iman sistemini tehlikeye soktuğu durumlarda; onun psikolojik, kültürel, sosyal yaşamına olumsuz katkıda bulunması ile birlikte ortaya çıkar. Bu sistemlerin zarar görmesine neden olan gerilim ve yitimler türlü biçimlerde olabilmektedir. Bir yakını kaybetmek, geçirilen bir kaza, fizyolojik ve biyolojik rahatsızlıklar, travmatik olaylar bunlara örnek sayılabilir (McSherry et al, 2010).

Manevi stres altında bulunan bireyler bir uzman tarafından rehabilite edici destekler almaz ise birçok olumsuz düşünceyle boğuşur ve bu durum giderek sağlığını tehdit etmeye başlar. Manevi stres altında olup, manevi gereksinimlerinin karşılanması talebinde bulunan kişiler ile sağlık kurumlarında çalışan personellerin anlaşmazlıklarını en aza indirmek burada amaç haline gelmiştir (McSherry et al, 2010).

#### **2.1.5.Spiritüel Destek ve Manevi Danışmanlık**

Spiritüel destek, kişinin spiritüel benliğiyle alakalı çatışmaları minimum seviyeye indirmeyi, spiritüel tehlikelerin nedenleri ile ilgilenecek ortadan kaldıracak çözümler üretmeyi, spiritüel yıpranmaları önlemeyi, spiritüel rehabilitasyon faaliyetlerini spiritüel terapi teknikleri ile sunmayı amaçlayan bir bilimdir (Seyyar, 2014). Bir tür danışmanlık hizmeti olarak verilen spiritüel destek, hastalara, hasta yakınlarına, engellilere hatta tüm bireylere moral ve motivasyon kaynağı sağlar

(Kavas, 2014). Psikolojik danışmanlık hizmetinin yanı sıra, spiritüalite kapsamı içinde kalan dini taleplerde de beklenen destek sağlanır (Cebeci, 2010).

Kilise faaliyetlerinden doğan manevi desteğin çıkış bölgesi Batı'dır. Dayanağını Hıristiyan dininden almıştır. Amerikalı bir psikolog olan Anton Boisen dönemde sunulan manevi destek yöntemlerinin yeterli olmadığını fark etmiş, manevi destek anlayışının güçlenmesine yönelik farklı bakış açıları geliştirmeyi amaçlamıştır. Ona göre danışmanlık faaliyetleri yürüten kişilerin, destek verecek olan kişileri iyi tanınması, onların yaşam standartlarıyla ilgili bilgilerinden haberdar olması ve bireysel özelliklerini çözmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Cebeci, 2010). Manevi destek uygulayan kişiler analiz yeteneği olan kişilerden oluştuğu takdirde, bireylerin iç dünyasının derinliklerine ulaşmayı başarabilecek, verdikleri bakım ve destek rehabilite edici bir hal alarak hedeflenen kaliteye varılacaktır (Mollaoğlu, 2013).

Dünyanın birçok ülkesinde (özellikle Avrupa ve Amerika ülkeleri) spiritüel destek ve bakım hizmeti bir meslek haline gelmiş ve ivme kazanmıştır. Health Care Chaplaincy isimli okul New York'da hastanelerde görev yapmak üzere çeşitli din üyelerinden oluşan topluluğa eğitim vermiştir (Mollaoğlu, 2013). Altaş spiritüel danışmanlıkta beş görev üzerinde durmuştur. İlki bireysel problemler yaşayanlara çözüm önerileri teklifinde bulunarak sorunlara onarım sağlamaktır. İkinci sırada, farklı meslek gruplarına, sağlık problemi yaşayan kişilere, aralarında kan bağı bulunan insanlara yönelik yaptığı destekleme politikası yerini almıştır. Üçüncü görevi, kendi yeteneklerine ve özelliklerine uygun iş bakan, mesleklerinde en üst düzeylere yükselmeyi isteyen, yaşam alanlarına farklı seçenekler sokarak sosyal hayatında farklılıklar yaratmayı düşünen bireylerle iletişim halinde olmak şeklinde ifade etmiştir. Dördüncü vazifeyi, çevresi ile etkileşim halinde olan insanların aralarındaki uyumsuzluğu dindirmek olarak açıklamıştır. Ve son olarak beşinci görevi de bilgilendirme, eğitime ve geliştirme olarak sıralamış, spiritüel destek alacak olanlara güvenilir bilgi vermek olarak belirtmiştir (Altaş, 2000).

Spiritüel destek alacak birey ve kişi grupları sadece kronik hastalar, yaşlılar veya anksiyete bozukluğu gibi zor süreçte bulunan kişiler ile sınırlı kalmamalıdır. Tüm herkes hayat kalitelerini yükseltmek adına spiritüel gereksinimlere gereksinim duyabilir. Fakat destek alan bütün bireylere aynı yöntemlerle danışmanlık hizmeti

sunmak yanlış olacaktır. Dünya üzerinde yaşam fonksiyonlarını sağlayan insanların, demografik özelliklerinden, sahip olduğu kültüre, dine, sosyal yaşamına, fizyolojik ve biyolojik gelişimlerine, kayıplarına, inançlarına kadar bütün sistemlerindeki farklılıkları göz önünde bulundurursak spiritüel destek verirken seçilecek yöntemlerin bir o kadar farklılaşabileceğini söyleyebiliriz. Spiritüel destek danışmanlarının, rehberlik ve yol gösterici olduğu düşüncesiyle, insanların hayatlarına yön verdiği, zorlandığı durum ile dönemlerde yaşamlarına kolaylıklar geliştirdiği, denge, uyum, gelişim gibi politikalarla ruhsal rahatlama sağladığı söylenebilir (Bilge, 2006).

### **2.1.6. Türkiye'nin ve Dünya'nın Spiritüalizme Bakış Açılarının Karşılaştırılması**

Toplumların en duyarlı noktalarını bir araya getiren kültürel değerler, buldukları coğrafyalara göre farklılıklar gösterirler. Dünya üzerinde yaşamsal faaliyetlerini sürdüren her insanın doğduğu bir ülke, beslendiği bir kültür, eşsiz ve benzersiz bir benliği bulunur. Bu eşsiz varlığa; dili, dini, inançları, değer yargıları, spiritüel tutumları, edebiyatı, giysisi, mimarisi, sanatı ve benzeri şekilde soyut ve somut tüm esasları birbirleriyle harmanlanarak çok daha geniş bir yelpazeden bakılması gereklidir. Bu yüzden yaşadığımız ülke ve diğer ülkeleri bu yelpaze içine aldığımızda bir genelleme yapmaktansa bir kıyaslama yapmak daha doğru sonuçlar verecektir (Kurtar, 2009).

Spiritizm kelimesinin karşılığı Batı'da ruhçuluk anlamına karşılık gelmektedir (Kurtar, 2009). Batı Hıristiyan topluluğundaki kişiler yol gösterici olduklarına inandıkları herhangi bir kiliseye mensup olmaktadır. Onların inançlarına göre dini saygı uyandıran her şey, kurumsal nitelik taşıyan kiliselerin itaatleri ile anlam ve güvenilirlik kazanırdı. İtaatlere uygun davranışlarda bulunan herkes; yaşam mimarilerini, kutsal diye tabir ettikleri olguların üzerine inşa etmeye başlamıştır (Hill, 2013).

Şimdiki dönemde Hıristiyanlık, insanların sosyal hayatındaki majör etkilerini azaltmış, sadece din çerçevesinden bakılan olayların açılarını daraltmış, eski zamanlarda birbirlerinin yerini tutan din-spiritüalizme algısı değişerek, spiritüalizminin din ile sınırlı kalmamasına vurgu yapmışlardır. Tüm bu gelişmeler spiritüalizminin tekrar araştırılmasına ve gelişmesine kaynak olmuş, gerçek anlamını

bulmasına olanak tanımış, yeni tartışma konularının eklenmesine sebep olmuştur. Günümüzde spiritüalite ile ilgili görüşlerin kapsamı genişlerken, tartışmalar halen sürmektedir (Mehmetoğlu, 2012).

Spiritüalitenin doğduğu yer olarak kabul edilen Batı’ da başlayan süreç diğer coğrafyalara etki etmeye başlamış, kavram diğer bölgelerde de anlam arayışına girmiştir. Doğu kültürüne ait alışkanlıklar Batı’nın ilgisini çekmeye başlarken özendirici etkisi baskın hale gelmiştir. Doğu’ da anlam karmaşıklığı devam eden spiritüalite hakkında çalışmalar devam etmiştir. Batı’ da ki süreci hiç yaşamayan veya kısmen ya da sadece kendine özgü biçimde yaşanan Doğu geleneği, iki yerde de spiritüalite kavramını tekrar incelemeye sürüklemiştir (Mehmetoğlu, 2012).

Batı modernleşme sürecinde din ve spiritüalite tekrar konumlandırırken, Türkiye ‘ de modern İslam yaklaşımı baş göstermeye başlamış, benzeri olgulara yeni anlamlar verilerek din farklı kalıplara sığdırılmaya çalışılmıştır (Tekin, 2011). 20. yüzyıldan sonra sanayi devriminin gelişmelerine bağlı olarak Türkiye’de diğer ülkeler gibi köklü değişikliklere uğramış, yeniliklere ve yenilenmeye karşı sıcak bir tutum seyretmiştir. Toplumun küresel bakış açısıyla aydınlanma devri olarak gösterilen bir dönemeye girmesinden dolayı, modernleşme süreci hızlanmış, yepyeni akımlar türemiştir (Çelik, 2004). Ancak Türkiye bu kadar radikal değişiklikleri benimsemekte zorlanarak, toplumsal çatışmaları beraberinde getirmiştir. Çeşitli kültürleri ve ırkları bir arada tutan bir ülke olan Türkiye, teknolojik gelişmelerin de işin içine girmesiyle kendini bir anda küreselleşme içinde bulurken, tüm bu köklü değişimler de olumsuz süreçler yaşamıştır. Zorlu süreçler içerisinde geçen Türkiye’nin spiritüalitenin beklentisi de Batı’dan oldukça farklı olmuştur. Batı spiritüalitenin temel yapı taşı hümanizm olarak gösterirken, Türkiye tasavvufu da kapsam içine almış Yunus Emre, Mevlana gibi isimlerden etkilenerek spiritüel değerler kümesine Allah inancını ve ilahi aşkı da eklemiştir (Schimmel, 2005).

### **2.1.7. Türkiye’de ve Dünya’da Spiritüel Bakım: Teori ve Uygulamalar**

#### **Hollanda Örneği:**

Spiritüel destekle ilgili birçok ülkede yapılan çalışmalarda Hollanda’nın en kapsamlı bilgilere sahip olduğu ortaya konulmuştur. Şimdiye kadar spiritüaliteyi din çerçevesinde veya din dışı değerlendirmeler içerisinde aldığımızda Hollanda’nın bu iki bakış açısını da sahiplendiği spiritüel anlayış, hem din ile bağdaştıran hem de



spiritüaliteyi din dışı temellere yerleştirenler için bir gereksinim haline gelmiştir. Kişilere düşünce özgürlüğü ve spiritüel serbestlik tanıyan Hollanda bu sayede spiritüel destek ile ilgili önemli adımlar atılmasını sağlamıştır. İnançlara saygıda bulunma erdemini gösteren Hollanda'nın bireylere karşı tutumu; değer ve inançlarına ilişkin eğilimlerini, kişilerin istedikleri yöntemlerle gerçekleştirmesi şeklinde olmuştur (Kaya, 2018).

Hollanda'nın Spiritüel destek uygulamalarına; resmi anlamda yetki verdiği Vereniging van Geestelijk VerZorgers (VGVZ) üzerinden yürütülmüştür. Resmi kurum özelliğini taşıyan bu kuruluş spiritüel destek sağlayanlar birliği olarak çevrilmiştir. Spiritüalitenin sadece sağlık kurumlarıyla sınırlı kalmaması fikri ile cezaevlerine ve askeri birimlere de destek sağlanması açısından; hizmet verme fikrine sıcak bakılmış, spiritüel anlamda uzmanlaşmış kişileri buralara göndererek değişik alanlarda spiritüel kalkınma sağlanmıştır. Spiritüel destek sağlayan bu kurum; çeşitli ideolojik yaklaşımları bünyesinde tutar ve ideolojik farklılardan gelen ayrışmalara özel bir hizmet sunmakla görevlidir. Bunu gerçekleştirebilmenin ön koşulu devletin bu farklılıkları resmi olarak sisteminde tanımlamasıdır. Resmi olarak tanınmayan değer ve inançlara yönelik destek sağlanması ile atamalar yapabilmesi mümkün değildir (Kaya, 2018).

VGVZ'nin Amsterdam'da temel bürosu bulunmakta, bürodan işleyişin sağlıklı sürdürülmesi için her türlü işlemler yürütülmektedir. Şikayet komisyonu ve yönetim kurulu gibi organları içine almasıyla kuruluş farklı bir ivme kazanmıştır. Spiritüel bakım ve destek alan kişiler kuralları yazılı olan belgelere uygun hizmet alamadıkları takdirde şikayet komisyonuna sorunlarını iletebilirler (Kaya, 2018).

#### Amerika Örneği:

Yönetimsel sistemi eyalet olan Amerika'nın spiritüalite algısı bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir. Dini yapılanmanın yaygın olduğu bölgelerde sunulan spiritüel destek ile dini ritüellerin az buldukları bölgelerde sunulan destek aynı olmamıştır. Spiritüaliteyi din ile örtüştüren bir anlamda din ile sınıflandıran hizmetlerin geçmişi 1789 senesine kadar ulaşır. Hollanda örneğinde olduğu gibi spiritüel destek algısı ve hizmeti sağlık kurumlarıyla sınırlı kalmamış, hapishanelerde ve askeri birimlerde de kendini gösterme şansı bulmuştur (Mollaoğlu, 2013; Ok, 2012).

Amerika bilim ve ilime değer veren, bilimsel çalışmalara yoğunluk gösteren, bilim insanını değerli kılan, güncel konular üzerinde teknik araştırma ve geliştirme metotları ile uygulayan, reformlar geliştiren bir ülke haline gelmiştir. Spiritüel bakım ve destek anlayışının Amerika’ da bu denli etkili olmasının altındaki sebepler tüm bu özelliklere sahip olması olarak gösterilebilir. Amerika’ da spiritüel destek faaliyetlerinin payı küçümsenmeyecek sayıdadır. Ülkede sadece sağlık dalında 3000 kişi spiritüel destek uzmanlığı yapmaktadır (Koç, 2012).

#### İngiltere Örneği

İngiltere, spiritüel sağlık çalışmalarını destekleyen, spiritüelitenin kapsamına katkılar sağlayan ülkeler arasındadır. İngiltere’ de önemli sağlık kuruluşu olarak bilinen “Milli Sağlık Hizmeti” temel amacının yanında; spiritüelitenin kişilerin yaşamlarındaki etkisinin önemini kavrayabilmiş bir ülkedir. İngiltere’ de spiritüelitate yaklaşımı 1950’li yıllara dayanmakta, Weatherhead tarafından ileri boyutlara taşındığı bilinmektedir (Ok, 2012).

#### Almanya Örneği:

Almanya kişilerin spiritüelitate özgü değerlerini yaşatabilmek ve koruyabilmek adına yasalar ile koruma altına almıştır (Seyyar, 2014). Uluslararası Sağlık ve Maneviyat Topluluğu (IGGS) spiritüel destek eğitimleri ile ilgili bir anket yapmıştır. Almanca dilinin yoğun konuşulduğu ülkelerde yapılan bu araştırma sonucunda spiritüel bakım eğitimini %36 oranıyla hastaneler yüzdelik kısımdaki en geniş paya sahiptir (Pall, 2014).

#### Japonya Örneği:

2. Dünya Savaşından sonra Japonya, Japon karakterlerini ve ruhunu kaybettiğini düşünerek, 1960’lı yıllarda spiritüelitate ile ilgili konular üzerine yoğunlaşmıştır. Japonlar her çalışan için üç aylık Seishin (maneviyat) eğitimi zorunlu kılmıştır. Günümüzde Japonya, ilkokuldan liseye spiritüelitateyi de içerisine alan Dōtoku (Ahlaki Bilgi Kursu) eğitimini zorunlu hale getirmiştir. Kişiler çalışma hayatına başlarken bu eğitim Kyōyō (İşyeri Eğitimi) dergileri ile devam edilir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda çalışacak her çalışan ise bu eğitimlerin yanı sıra süreleri farklılık göstermekle birlikte spiritüelitateye yönelik ek kurs görmek zorundadır (Kahraman, 2018; Yazgan, 2017).

### Türkiye Örneği:

Yaşadığımız hayat döngüsü içinde her zaman baş edemeyeceğimiz, kendi gücümüzün yetmediği durumlar ile karşılaşabiliriz. Bu durumlarla karşılaşmamızın ne kadar doğalsa bu süreçte spiritüel destek alma ihtiyacımızın belirmesi de o kadar doğal bir durumdur. Herkesin spiritüel destek alma gereksinimi ve şekli birbirlerinden farklıdır. Bazı insanlar ve bu insanları bir arada tutan kurumlar spiritüel desteğe daha fazla başvurabilirler. Çocuk bakım evleri, huzurevleri, yurtlar gibi spiritüel açlık riski bulunan bireylere, koruma ve destek sağlama onların spiritüel açıdan değer kazanmasında önemli rol oynamaktadır. Ülkemizde, Diyanet İşleri Başkanlığı (DİB) bakıma ve sevgiye güçlü istekleri bulunan çocukların spiritüel bakımlarının yerine getirme işlevini gerçekleştirme ve mutlu nesiller yetiştirme amacıyla yürüttüğü projeler bulunmaktadır (Bulut, 2011). Ayrıca yapılan çalışmalarda kişinin spiritüel dünyasının zenginliği ile hastalık sürecini kabullenme arasında bir etkileşim olduğu, hasta bireylerin tedavi sürecini benimseme sürelerinin kısaldığı, ruhsal ve fiziksel açıdan kendilerini tamamlayabildikleri konmuştur (Kavas, 2014). Spiritüelitenin sağlık üzerindeki kuvveti kanıtlandıktan sonra, sağlık kurumlarına spiritüel destek uzmanları atanarak olumlu sonuçlar alınması hedef haline gelmiştir. Bu kapsamda, DİB ile Sağlık Bakanlığı arasında 2015 yılında hastanelerde manevi destek sunmaya yönelik işbirliği protokolü imzalanmıştır.

Türkiye’de Mollaoğlu’nun (2013) sağlık kurumlarında spiritüel bakım uygulamalarına yönelik önemli eleştirilerden biride yapılan uygulamaların dini boyutu aşmadığı, spiritüel destek uzmanı olarak görev yapan kişilerin aslında din adamlarından ibaret olduğu kanısıdır. Buna göre spiritüel destek personeli olarak görevlendirilen din adamları, daha çok ölüm ile alakalı olan defin işleri, ölüm olayı gerçekleşikten sonra yapılması gereken hususları bilgilendirmek gibi fiilleri gerçekleştirmektedir (Kavas, 2014). Oysaki spiritüel gereksinimler bu kadar sınırlı olmamakla birlikte, hastalar sağlık kurumunda çalışan tüm personelden spiritüel gereksinimlerini karşılanmasını beklemektedir.

## **2.2. Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Dışında Çalışanlar**

### **2.2.1. Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Faaliyetleri**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; kişilerin fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden tam bir iyilik halidir. Sosyal dengesizliklerin olduğu yerlerde bütünlük halinde iyilikten bahsetmek pek mümkün değildir (Fişek, 1997). Sağlık kurumları ruh ve beden bütünlüğümüzü korumak adına her türlü sağlık hizmetlerinin sağlandığı yer olarak tanımlanabilir.

İnsan kaynakları örgütlerde, örgütün temel ihtiyaçlarını belirleyen, insan kaynakları planlamasını yapmak, iş tanımlarını yaparak analizlerini ortaya koymak, personel seçimi için araştırmalarda bulunmak, türlü teknikler ile mülakatlar yapmak, işe yerleştirme ve oryantasyon planı yapmak, çalışanların eğitimine destek çıkmak, ücret yönetimini belirlemek, işe giriş-çıkış istifa, emeklilik gibi işlemlerini kayda geçirmek, kurum kültürünü tüm çalışanlara doğru biçimde aktarabilmek, iş güvenliği hakkında bilgi sahibi olmak ve bunları uygulayabilmek gibi gerekleri sağlayabilen bir departmandır (Ertürk, 2013).

Sağlık kurumlarında rekabet ortamının oluşması ile birlikte insana yüklenen anlamda değişiklikler olmuştur. Finans kaynaklarının oluşturduğu rekabet ortamına insan kaynakları da eklenince insan kavramı kurumlarda rekabet üstünlüğü oluşmasına zemin hazırlamıştır. İnsan, kurumlarda önemli bir faktör haline gelmiş; insan sermayesini değerli kılarak elinde tutuma yöntemlerini araştırmaya başlamıştır (Selamoğlu, 2000). İnsan kaynaklarını etkin kullanabilmeyi başaran sağlık kurumlarının hizmet çıktısında kalite artışları gözlemlenebilir. Sağlık kurumlarında insan kaynaklarını uygun pozisyonlara yerleştiren yöneticiler, çalışanlar için mutlu bir iş ortamı sağlayabilmekte, bu durum personelin verimliliğini ve çalışma isteğini arttırarak motive etmektedir. Sonuç olarak; motive olan personeller sağlık kurumuna hizmet almaya gelen hastalara karşı olumlu tavırlar takınmakta, hastalar kendilerine sevgi ve saygı sınırlarıyla yaklaşan çalışanlar sayesinde kendilerini iyi hissetmektedir. Bu şekilde istenilen kurum imajını sağlayan kuruluşlar aynı zamanda reklamlarını yaparak tercih edilme sebebi haline gelir (Çalış, 2000).

Sağlık kuruluşunun; bünyesindeki insan kaynaklarını kurum içi/dışı eğitimlere göndermesi, kişisel gelişimlerine katkıda bulunması, kurumun gelişmesine etki edeceğinden, bu durum iki taraf içinde önemli bir fırsat haline gelmektedir.

Sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti sunan insan kaynaklarını Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış sağlık eğitimi alan çalışanlar ile diğer meslek mensupları multidisipliner yaklaşımla çalışarak oluşturmaktadır. Diğer meslek grupları arasında yer alan veri giriş personeli, temizlik personeli, güvenlik personeli ve teknik birim personelinin görev tanımlarına aşağıda yer verilmiştir.

### **2.2.2. Veri Giriş Personeli**

Veri giriş personelleri, hastaların sağlık kurumlarına kabul edilmesi, muayeneye hazırlanması ve dosya işlemlerinin yapılması ile gerekli tıbbi dokümanların hazırlanmasında bilgi ve beceriye sahip çalışanlardır (Acar, 2014). Veri giriş personelleri, hastaların sağlık kurumlarına gelişinde hastayı ilk karşılayan, bakım ve tedavi hizmetlerini aldığı süre boyunca sürekli iletişim halinde olan ve hizmeti sonlandırdığında da en son gördüğü sağlık kurumu personelidir. Bu durumda tıbbi sekreterlerin hasta ile empati yapabilmeli ve hastanın hissettiklerini anlayabilmelidir. Böylece daha iyi iletişim ortamı oluşturulup kaliteli sağlık hizmeti verilebilir (Acar, 2014).

Hasta sağlık kurumuna ilk başvurduğunda veri giriş personeli hastanın kaydını otomasyon sisteminde hastaların doktor seçimini ve kimlik kontrolünü yaparak ilgili poliklinikte oluşturur. Acil servise başvuran hastaların kayıt işlemlerini eksiksiz ve hızlı bir şekilde gerçekleştirir. Sağlık hizmeti almaya gelen hastaya sağlık kurumu ile ilgili açıklamaları yapar, işleyiş hakkında bilgi verir, hastaya gerekli yönlendirmeleri yapar, randevu hizmetlerini düzenler. Sağlık kurumlarından hizmet alan hastaların mahremiyetinin korunmasına ilişkin gizlilik sözleşmelerinin yürütülmesinde aktif rol oynayıcıdır. Sosyoekonomik problemi bulunan hastaların Sosyal Hizmetler bölümü ile görüşürülmesini sağlar. Kişilerin doğum, ölüm, sakatlık vb. durumlarında tutanaklarını düzenler ve ilgili birimlere gönderilmesini sağlar (Resmi Gazete, 2014).

Bu kapsamda veri giriş personelleri için, insanların acı yaşadıklarında, sıkıntı, üzüntü, korku, yalnızlık ve ümitsizlik hissettiklerinde, ani değişmelerle ortaya çıkan hastalık, ameliyat, sakatlık, yaşlılık gibi kriz durumlarında, onların yanında olan, onlara inanç açısından destek olabilen, soru ve sorunlarına danışmanlık yapabilen ve bu durumun yönetilmesine eşlik edebilen personellerdir diyebiliriz.

### **2.2.2. Temizlik Personeli**

Temizlik görevlisi, sorumlu olduğu alanlarda kendi başına ve belli bir süre içerisinde, hijyenik kurallarına göre temizlik ve bakım işlemlerini yapma bilgi ve becerisine sahip nitelikli kişidir (Kozak, 2007).

Temizlik personelinin, işinin zor olmamasına rağmen genellikle farkında olunmayan görevleri vardır. Temizlik personeli, hastaların mahrumiyetine, değer ve inançlarına, spiritüel gereksinimlerini karşıladıkları ortamın düzenine, duygularına dikkat ederek ve saygı göstererek temizlik ve bakım işlemlerini yürütmelidir. Hastanede belirli koşullara uygun olarak yürütülen temizlik hizmeti hastanedeki pek çok alanın enfeksiyon kaynağı haline gelmesini önlediği gibi, hastanın morali, güvenliği ve refahı üzerine olumlu etkide bulunur (Işık, 2002).

### **2.2.3. Güvenlik Personeli**

Güvenlik personeli, kurumda her türlü yangın, hırsızlık, saldırı, alıkoyma, tecavüz gibi tehditlere karşı koruma, kurumda işlenen ve işlenmekte olan suçları ve suçluları yakalayarak yetkililere bildirme, kayıp eşyaları teslim alarak sahibine aynı biçimde teslim etme, doğal afetlerde görev alanının bulunduğu yerlerdeki giriş ve çıkışları kontrol ederek buralara ulaşımı sağlama bilgi ve becerisine sahip çalışanlardır.

Hastaların, kriz durumlarında ani olarak ortaya çıkan kaygı, üzüntü, korku, sıkıntı gibi duyguları yaşarken güvenlik personeli hasta ve hasta yakınlarının yanında olmalı, destek vermeli, spiritüel gereksinimlerine göz önünde bulundurmalı ve saygı duymalıdır.

### **2.2.4. Teknik Birim Personeli**

Otomatik kayar kapılar, bariyer, turnike, çağrı sistemi, kartlı geçiş sistemi, yangın alarm sistemi, Close Circuit TeleVision (CCTV), kamera sistemleri gibi teknik konularda birimlerden gelen istek doğrultusunda takip edebilme ve destek verebilme bilgi ve becerisine sahip çalışanlardır. Maslow'un gereksinimler hiyerarşisinde yer alan güvenlik ihtiyacının karşılanması ilkelerine bağlı kalan teknik birim personeli, çalışmalarında hiyerarşinin üst basamağında yer alan spiritüel gereksinimleri de göz önünde bulundurmalıdır (Kostak, 2007).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Araştırma sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüel ile ilgili tutumlarını, görüşlerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

#### **ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Ocak 2019 – Şubat 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR**

- Sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüel ile ilgili görüş ve tutumları nasıldır?
- Sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların hastaların spiritüel destek gereksinimleri ile ilgili değerlendirmesi nasıldır?
- Sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüel ile ilgili görüş ve tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
- Sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların hastaların spiritüel destek gereksinimleri ile ilgili değerlendirmelerini etkileyen faktörler nelerdir?

#### **ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırma evrenini; Ocak 2019 – Şubat 2019 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde veri giriş personeli, temizlik personeli, güvenlik personeli ve teknik servis personeli olarak görev yapan bireyler oluşturdu. Bu çalışanlar içinde araştırma kriterlerini karşılayan ve veri toplama araçlarını eksiksiz dolduran 110 kişi araştırmanın örneklemini oluşturdu. Örneklem seçiminde şu kriterler dikkate alındı;

- Sağlık personeli olmaması
- Sağlık kurumlarında en az 6 aydır çalışıyor olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- İletişim sorunu olmaması

## **VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmanın verileri, "Anket Formu" (Ek 1) kullanılarak elde edildi.

### **Anket Formu**

40 sorudan oluşan "Anket Formu", çalışanların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, memleketi, hastanedeki görevi), maneviyatla ilgili görüşlerini (maneviyat denilince ilk akla gelen kelime, doğruluk kavramında öncelikler, yaşanan stres vb olaylarda savunma mekanizması olarak maneviyatın kullanılması, kişiler arası iletişimde maneviyatın önemi, manevi gereksinimlerin karşılanmasında hastane ortamının kullanılabilirliği, manevi gereksinimlerin ifade edilebilirliği), sağlık kurumlarında hastalara yönelik verilen spiritüel bakım hizmetine yönelik tutumlarını (hastane ortamında hastaların spiritüel bakım gereksinimleri, hastanede verilen spiritüel desteğin yeterliliği, hastanede spiritüel desteğin kimler tarafından verilmesi gerektiği, hastaların fiziksel ve psiko-sosyal iyileşme süreçlerinde spiritüel desteğin önemi, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve tedavi süreçlerinde spiritüalitenin yeri, çalışma hayatlarında hastaların spiritüel gereksinimlerine verdikleri destek vb) içerdi (Ek 1).

### **VERİLERİN TOPLANMASI**

Araştırmacı tarafından çalışanlara çalışmanın amacı açıklandıktan sonra, verilerin elde edilmesinde kullanılan "Anket Formu" (Ek 1) araştırmacı tarafından çalışanlarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. "Anket Formu" örneklem grubuna uygulanmadan önce 20 çalışan ile pilot uygulama yapıldı. Çalışanlardan gelen geri bildirimler ile "Anket Formu" düzenlendi (Ek 1). Pilot uygulamada yer alan çalışanların formları çalışmaya dahil edilmedi. Her çalışan ile veri toplama araçlarının doldurulması ortalama 15 dakika sürdü. Çalışanların veri toplama araçları dışındaki sordukları soruların da araştırmacı tarafından yanıtlanmasından dolayı görüşme süresi uzadı.

### **VERİLERİN ANALİZİ**

Değerlendirmelerde değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri, kesikli değişkenler için 110 kişi sayısı, yüzde değerleri ile sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum değerleri ile sunuldu. Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında Chi-Square Test ile, sürekli değişken



kıyaslamalarında değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiş ve iki grubun karşılaştırmalarında değişkenler normal dağıldığında Independent Samples T Test ile, normal dağılmadığında Mann-Whitney U Test ile değerlendirildi. Çok gruplu karşılaştırmalarda değişkenler normal dağıldığında One-Way ANOVA, normal dağılmadığında ise Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirildi.

Bahsi geçen analizler için Statistical Package for the Social Science programı (SPSS-17) kullanılarak, güven aralığı %95 düzeyinde tutularak analiz sonuçları  $p < 0,05$  düzeyi ile karşılaştırılarak yorumlandı. Tüm analizlerde,  $p < 0,05$  anlamlı olarak kabul edildi.

### **ETİK KURUL ONAYI**

Araştırmanın yapılabilmesi için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan 28/12/2017 tarihli ve 2017.114.12.02 nolu etik kurul izni (Ek 2), Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 04/12/2017 tarihli kurum izni (Ek 3) alındı. Çalışmaya katılan çalışanlar, araştırmanın amacı ile ilgili olarak bilgilendirildi, sözel onamları alındı. "Anket Formu"nda, çalışanların isimlerini belirtmemeleri, araştırmadan elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklandı.

#### 4. BULGULAR

Araştırma, Ocak 2019 –Şubat 2019 tarihleri arasında, sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüalite ile ilgili tutumlarını, görüşlerini ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 110 çalışan ile yapıldı.

Tablo 3 incelendiğinde, çalışanların yaş ortalaması  $31,74 \pm 7,27$  olup, %71,8'i kadın, %28,2'si erkek idi. Çalışanların eğitim düzeylerine bakıldığında, %13,6'sının ilköğretim ve altı, %40,9'unun lise, %45,5'nin lisans ve üzeri eğitim düzeyine, sahip olduğu belirlendi. Çalışanların gelir durumlarına göre ise %59,1'nin iyi, %40,9'nun düşük gelir düzeyine sahip olduğu, %52,7'sinin evli, %47,3'nün bekâr, ortalama  $1,51 \pm 0,5$  çocuğa sahip oldukları, çoğunun (%63,6) kendi memleketlerinde veri giriş personeli (%67,3) olarak görev yaptığı saptandı (Tablo 1).

**Tablo 3. Çalışanların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=110)**

Özellikler	n	%
<b>Yaş (Ort±SS)</b>	31,74±7,27	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	79	71,8
Erkek	31	28,2
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
İlköğretim ve altı	15	13,6
Lise	45	40,9
Üniversite ve üstü	50	45,5
<b>Gelir Durumu</b>		
İyi	65	59,1
Düşük	45	40,9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	58	52,7
Bekar	52	47,3
<b>Çocuk Sayısı (Ort±SS)</b>	1,51±0,5	
Çocuğu yok	53	48,2
1 ve üzeri çocuk sahibi	57	51,8
<b>Memleket</b>		
Tekirdağ	70	63,6
Diğerleri(Temizlik personeli, güvenlik personeli, teknik birim personeli)	40	36,4
<b>Hastanedeki Görevi</b>		
Veri giriş personeli	74	67,3
Diğer	36	32,7

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 4 incelendiğinde, çalışanların spiritüalite ve spiritüel bakım kavramı ile ilgili olarak görüş, tutum ve davranışları incelendiğinde, çalışanların spiritüalite kavramını duyduklarında ilk aklına gelen kelimenin %41,8 ile empati, %32,7 ile sevgi %25,5 ile moral-motivasyon, kendilerine göre en önemli doğruluk kavramının ise %40 ile yalan söylememek, %25,5 ile kendi olduğu gibi davranmak, %18,2 ile saygılı olmak, %16,4 ile açık sözlü olmak olduğu saptandı (Tablo 4).

Çalışanların yaşadıkları olumsuz bir durumun %19,1'nin spiritüel güçle, %35,5'nin şansa, %21,8'nin diğer kişilerle, %19,1'nin kaderle kesinlikle ilgisi olmadığını ve %30,9'nun bu olumsuzlukları hiç hak etmediğini düşündüğü belirlendi. Çalışanların çoğunun (%40,9) spiritüaliteyi güçlüklerle baş etmede kullandığı, spiritüalitenin yaşadıkları stresi azalttığı (%40,9), moralini düzeltmek için spiritüaliteye başvurduğu (%35,5), spiritüalitenin kendisini yaşama bağladığını düşündüğü (%36,4), diğer kişilerle olan iletişimini etkilediği (%33,6) ve hastane ortamında spiritüel gereksinimlerini karşılamak istediği (%31,8) görüşüne katıldığı saptandı. Çalışanların %19,1'nin spiritüel gereksinimlerinin herkes tarafından bilinmesinin kendisini tamamen rahatsız ettiğini belirtirken, %34,5'nin bu görüşe hiç katılmadığı, %20,9'nun kısmen katıldığı, %25,5'nin ise katıldığı belirlendi (Tablo 4).

**Tablo 4. Çalışanların Spiritüalite Kavramı İle İlgili Görüş, Tutum Ve Davranışları (n=110)**

Özellikler	n	%
<b>Spiritüalite ile ilgili ilk akla gelen kelime</b>		
Empati	46	41,8
Sevgi	36	32,7
Moral-motivasyon	28	25,5
<b>Doğruluk kavramı ile ilgili akla gelen eylem</b>		
Kendin gibi olmak	28	25,5
Yalan söylememek	44	40,0
Açık sözlü olmak	18	16,4
Saygılı olmak	20	18,2
<b>Yaşanılan olumsuzlukları spiritüel güce bağlama</b>		
Hiç katılmıyorum	21	19,1
Kısmen katılıyorum	49	44,5
Katılıyorum	31	28,2
Tamamen manevi güce bağlama	9	8,2

**Tablo 4 devam. Çalışanların Spiritüalite Kavramı İle İlgili Görüş, Tutum Ve Davranışları (n=110)**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaşanılan olumsuzlukları şansa bağlama</b>		
Hiç katılmıyorum	39	35,5
Kısmen katılıyorum	36	32,7
Katılıyorum	21	19,1
Tamamen şansa bağlarım	14	12,7
<b>Yaşanılan olumsuzlukları diğer kişilere bağlama</b>		
Hiç katılmıyorum	24	21,8
Kısmen katılıyorum	55	50,0
Katılıyorum	18	16,4
Tamamen diğer kişilere bağlarım	13	11,8
<b>Yaşadıklarımı kadere bağlama</b>		
Hiç katılmıyorum	21	19,1
Kısmen katılıyorum	39	35,5
Katılıyorum	29	26,4
Tamamen kadere bağlama	21	19,1
<b>Yaşanılan olumsuzlukları hak ettiğini düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	34	30,9
Kısmen katılıyorum	43	39,1
Katılıyorum	22	20,0
Tamamen katılıyorum	11	10,0
<b>Güçlüklerle baş etmede spiritüaliteyi kullanma</b>		
Hiç katılmıyorum	6	5,5
Kısmen katılıyorum	30	27,3
Katılıyorum	44	40,9
Tamamen katılıyorum	30	27,3
<b>Stres yönetiminde spiritüaliteyi kullanma</b>		
Hiç katılmıyorum	8	7,3
Kısmen katılıyorum	29	26,4
Katılıyorum	45	40,9
Tamamen katılıyorum	28	25,5
<b>Spiritüalitenin moral üzerine olumlu etkisi olduğunu düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	11	10,0
Kısmen katılıyorum	34	30,9
Katılıyorum	39	35,5
Tamamen katılıyorum	26	23,6
<b>Spiritüalitenin kişiyi yaşama bağladığını düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	9	8,2
Kısmen katılıyorum	32	29,1
Katılıyorum	40	36,4
Tamamen katılıyorum	29	26,4

**Tablo 4 devam. Çalışanların Spiritüalite Kavramı İle İlgili Görüş, Tutum Ve Davranışları (n=110)**

Özellikler	n	%
<b>Spiritüalitenin kişiler arası iletişim üzerine etkisi olduğunu düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	8	7,3
Kısmen katılıyorum	33	30,0
Katılıyorum	37	33,6
Tamamen katılıyorum	32	29,1
<b>Spiritüel gereksinimlerinin hastane ortamında karşılanabilmesini isteme</b>		
Hiç katılmıyorum	14	12,7
Kısmen katılıyorum	35	31,8
Katılıyorum	34	30,9
Tamamen katılıyorum	27	24,5
<b>Spiritüel gereksinimlerinin herkes tarafından bilinmesinin kişiyi rahatsız etmesi</b>		
Hiç katılmıyorum	38	34,5
Kısmen katılıyorum	23	20,9
Katılıyorum	28	25,5
Tamamen katılıyorum	21	19,1

Çalışanların sağlıkta spiritüel bakım ile ilgili görüşlerinin yer aldığı Tablo 5 incelendiğinde, çalışanların %35,4'ü hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hastanede görev yapan sağlık çalışanları ile birlikte sağlık çalışanı olmayan tüm sağlık kurumu personelinin de görev yapması gerektiğini ve çoğu (%78,2) hastanede verilen spiritüel bakımın yetersiz olduğunu düşünmekte idi. Çalışanların spiritüel bakıma destek verme isteği incelendiğinde ise, %11,8'i tamamen katılmamakla birlikte %35,5'i kısmen, %22,7'si tamamen, %30'unun da katılmayı isteği saptandı. Çalışanların %32,7'si kısmen, %25,5'i tamamen, %35,5'i çalışma hayatlarında hastaların spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurdukları belirlendi. Spiritüel bakımın hastaların tedavisine yönelik görüşleri incelendiğinde ise, %32,7'nin spiritüalitenin hastaların fiziksel iyileşme, %35,5'nin psiko-sosyal iyileşme sürecine katkısı olduğunu, %31,8'inin hastalık sürecinde stresi azalttığını, %34,5'nin hastalıkla baş etmede destek verdiğini, %42,7'sinin hastaya moral verdiğini, %40'ı hastayı yaşama bağladığını, %36,4'nün tıbbi tedaviyi desteklediğini düşündüğü belirlendi. Çalışanların çoğu (%31,8) spiritüalitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları hastalarda engellediğini düşünmekte, %6,4'nün

hastalarla iletişimi etkilediği konusuna kesinlikle katılmazken, %33,6'sının kısmen, %28,2'sinin tamamen, %31,8'nin katıldığı saptandı (Tablo 5).

Çalışanların %8,2'si hastaların spiritüel gereksinimlerinin (ibadet, kitap vb) hastane ortamında karşılanması gerekliliği konusuna kesinlikle katılmazken, %30'u kısmen, %30'u tamamen, %31,8'inin ise katıldığı belirlendi. Çalışanların çoğunluğu (%31,8) hastanede hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için kesinlikle danışılacak bir uzman olması gerektiğini ve yine çoğunluğu (%35,5) hastaların spiritüel desteği isteme ya da reddetme hakkına sahip olduğunu düşünmekte idi. Çalışmaya katılanların %6,4'ü hastaların spiritüel bakım açısından önemi olan eşyalarına saygı gösterilmesinin gerekliliğine kesinlikle katılmazken, %14,5'i kısmen, %36,4'ü tamamen ve %42,7'sinin ise katıldığı, %10,9'nun hastaların spiritüel gereksinimlerini karşılamasının gizli tutulması gerekliliğine kesinlikle katılmadığı, %24,5'nin kısmen, %31,7'sinin tamamen, %32,7'sinin ise katıldığı saptandı (Tablo 5).

**Tablo 5. Çalışanların Sağlıkta Spiritüel Bakım İle İlgili Görüşleri (n=110)**

Özellikler	n	%
<b>Hangi meslek grubunun vermesi gerektiği ile ilgili düşünceleri *</b>		
Doktor	54	49,1
Hemşire	40	36,4
Din Görevlisi	11	10,0
Veri Giriş Personeli	13	11,8
Hepsi	39	35,4
<b>Yeterli bulma durumu</b>		
Yeterli	24	21,8
Yetersiz	86	78,2
<b>Destek vermeyi isteme</b>		
Hiç katılmıyorum	13	11,8
Kısmen katılıyorum	39	35,5
Katılıyorum	33	30,0
Tamamen katılıyorum	25	22,7
<b>Hastaların spiritüel gereksinimleri göz önünde bulundurma</b>		
Hiç katılmıyorum	7	6,4
Kısmen katılıyorum	36	32,7
Katılıyorum	39	35,5
Tamamen katılıyorum	28	25,5
<b>Fiziksel iyileşme sürecine katkısı olduğunu düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	14	12,7
Kısmen katılıyorum	27	24,5
Katılıyorum	36	32,7
Tamamen katılıyorum	33	30,0

**Tablo 5 devam. Çalışanların Sağlıkta Spiritüel Bakım İle İlgili Görüşleri (n=110)**

Özellikler	n	%
<b>Psiko-sosyal iyileşme sürecine katkısı olduğunu düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	13	11,8
Kısmen katılıyorum	27	24,5
Katılıyorum	39	35,5
Tamamen katılıyorum	31	28,2
<b>Hastalık sürecinde stresi azalttığını düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	11	10,0
Kısmen katılıyorum	35	31,8
Katılıyorum	34	30,9
Tamamen katılıyorum	30	27,3
<b>Hastalıkla baş etmeyi desteklediğini düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	10	9,1
Kısmen katılıyorum	27	24,5
Katılıyorum	38	34,5
Tamamen katılıyorum	35	31,8
<b>Hastaya moral verdiğini düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	6	5,5
Kısmen katılıyorum	19	17,3
Katılıyorum	47	42,7
Tamamen katılıyorum	38	34,5
<b>Hastayı yaşama bağladığını düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	9	8,2
Kısmen katılıyorum	24	21,8
Katılıyorum	44	40,0
Tamamen katılıyorum	33	30,0
<b>Tıbbi tedaviyi desteklediğini düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	14	12,7
Kısmen katılıyorum	23	20,9
Katılıyorum	40	36,4
Tamamen katılıyorum	33	30,0
<b>Sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediğini düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	10	9,1
Kısmen katılıyorum	34	30,9
Katılıyorum	31	28,2
Tamamen katılıyorum	35	31,8
<b>Hastalarla iletişimi etkilediğini düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	7	6,4
Kısmen katılıyorum	37	33,6
Katılıyorum	35	31,8
Tamamen katılıyorum	31	28,2
<b>Hastanede hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması gerektiğini düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	9	8,2
Kısmen katılıyorum	33	30,0
Katılıyorum	35	31,8
Tamamen katılıyorum	33	30,0

**Tablo 5 devam. Çalışanların Sağlıkta Spiritüel Bakım İle İlgili Görüşleri (n=110)**

Özellikler	n	%
<b>Hastanede hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için uzman gerektiğini düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	15	13,6
Kısmen katılıyorum	33	30,0
Katılıyorum	27	24,5
Tamamen katılıyorum	35	31,8
<b>Hastaların spiritüel desteği isteme ya da reddetme hakkı olduğunu düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	9	8,2
Kısmen katılıyorum	25	22,7
Katılıyorum	39	35,5
Tamamen katılıyorum	37	33,6
<b>Hastaların spiritüel bakımdan önemi olan eşyalarına saygı gösterilmesi gerektiğini düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	7	6,4
Kısmen katılıyorum	16	14,5
Katılıyorum	47	42,7
Tamamen katılıyorum	40	36,4
<b>Hastaların spiritüel gereksinimlerini karşılamasının gizli tutulması gerektiğini düşünme</b>		
Hiç katılmıyorum	12	10,9
Kısmen katılıyorum	27	24,5
Katılıyorum	36	32,7
Tamamen katılıyorum	35	31,8

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışanların spiritüel kavramı ile ilgili ilk akla gelen kelime ile cinsiyeti, eğitim düzeyleri, gelir durumları, medeni durumları, çocuk sayıları, memleketleri, kurumdaki görevleri ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,005$ ) (Tablo 6).

**Tablo 6. Çalışanların Spiritüel Kavramı İle İlgili İlk Akla Gelen Kelimenin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler		Spiritüel İle İlgili İlk Akla Gelen Kelime						p
		Empati		Moral Motivasyon		Sevgi		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	34	43,0	20	25,3	25	31,6	0,904
	Erkek	12	38,7	8	25,8	11	35,5	



**Tablo 6 devam. Çalışanların Spiritüalite Kavramı İle İlgili İlk Aklına Gelen Kelimenin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler		Spiritüalite İle İlgili İlk Akla Gelen Kelime						p
		Empati		Moral Motivasyon		Sevgi		
		n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	6	40,0	2	13,3	7	46,7	0,565
	Lise	17	37,8	14	31,1	14	31,1	
	Üniversite ve üstü	23	46,0	12	24,0	15	30,0	
Gelir Durumu	İyi	28	43,1	19	29,2	18	27,7	0,336
	Düşük	18	40,0	9	20,0	18	40,0	
Medeni Durum	Evli	22	37,9	19	32,8	17	29,3	0,178
	Bekar	24	46,2	9	17,3	19	36,5	
Çocuk Sayısı	Hiç	26	49,1	11	20,8	16	30,2	0,306
	1 ve üstü	20	35,1	17	29,8	20	35,1	
Memleket	Tekirdağ	28	40,0	18	25,7	24	34,3	0,861
	Diğer	18	45,0	10	25,0	12	30,0	
Görevi	Veri girişi	36	48,6	19	25,7	19	25,7	0,051
	Diğer	10	27,8	9	25,0	17	47,2	
Yaş	Ort.±S.D.	29,98±6,27		34,18±8,79		32,08±6,75		0,117
	Medyan (min-max)	30 (19-45)		33 (20-55)		30,50 (21-48)		

Çalışanların doğruluk kavramı ile ilgili ilk akla gelen kavramın ile cinsiyeti, eğitim düzeyleri, gelir durumları, medeni durumları, memleketleri, kurumdaki görevleri ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p>0,005$ ) (Tablo 7). Çalışanların doğruluk kavramı söylendiğinde ilk aklına gelen kavram ile çocuk sahibi olmaları arasında anlamlı bir ilişki saptandı ( $p=0,036<0,005$ ). Çalışanların çocuk sahibi olmaları bakımından anlamlı bir fark bulunması üzerine yapılan ayrıntılı ikili karşılaştırmalar sonucunda, çocuk sahibi olanların doğruluk kavramını duyduklarında ilk aklına gelen kavramın çoğunlukla “kendin gibi olmak” olduğunu ifade ederken, çocuk sahibi olmayanların çoğunluğu ise “açık sözlülük” olduğunu ifade ettiği bulundu (Tablo 7).

**Tablo 7. Çalışanların Doğruluk Kavramı İle İlgili İlk Aklına Gelen Kavramın Sosyo-Demografik Özellikleri İle Karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler										P
		Kendin gibi olma		Yalan söylememe		Açık sözlülük		Saygılı olma		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	23	29,1	33	41,8	13	16,5	10	12,7	0,094
	Erkek	5	16,1	11	35,5	5	16,1	10	32,3	
Eğitim	İlköğretim ve altı	4	26,7	6	40,0	4	26,7	1	6,7	0,670
	Lise	12	26,7	16	35,6	6	13,3	11	24,4	
	Üniversite ve üstü	12	24,0	22	44,0	8	16,0	8	16,0	
Gelir	İyi	13	20,0	30	46,2	13	20,0	9	13,8	0,098
	Düşük	15	33,3	14	31,1	5	11,1	11	24,4	
Medeni Durum	Evli	19	32,8	22	37,9	6	10,3	11	19,0	0,141
	Bekar	9	17,3	22	42,3	12	23,1	9	17,3	
Çocuk Sayısı	Hiç	8	15,1	22	41,5	13	24,5	10	18,9	0,036*
	1 ve üstü	20	35,1	22	38,6	5	8,8	10	17,5	
Memleket	Tekirdağ	23	32,9	25	35,7	11	15,7	11	15,7	0,104
	Diğer	5	12,5	19	47,5	7	17,5	9	22,5	
Görevi	Veri Giriş Personeli	20	27,0	30	40,5	12	16,2	12	16,2	0,869
	Diğer	8	22,2	14	38,9	6	16,7	8	22,2	
Yaş	Ort.±S.D.	33,18±6,22		31,82±8,30		29,56±6,76		31,50±6,63		0,236
	Medyan (min-max)	32,50 (24-45)		30 (19-54)		28,50 (21-48)		30 (25-55)		

\*p<0,005

Çalışanların hastalara spiritüel bakım desteği sağlık kurumlarında hangi meslek gurubunun/gruplarının vermesi gerektiği düşünceleri ile cinsiyet, eğitim düzeyleri, gelir durumu, medeni durum, çocuk sayıları, memleketleri, kurumdaki görevleri ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 8).

**Tablo 8. Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Hastalara Spiritüel Desteği Vermesi Gerektiğini Düşündüğü Meslek Grubunun Karşılaştırılması (n=110)**

Çalışanların Bazı Özellikleri	Spiritüel Bakımı Vermesi Gerektiğini Düşündüğü Meslek Grubu														p			
	Doktorlar		Hemşire		Din görevlisi		Veri giriş personeli		Doktor ve hemşire		Doktor Hemşire Din görevlisi		Doktor Hemşire Veri giriş personeli			Hepsi		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n
Cinsiyet	Kadın	16	20,3	6	7,6	4	5,1	2	2,5	16	20,3	3	3,8	6	7,6	26	32,9	0,424
	Erkek	4	12,9	0	0,0	3	9,7	2	6,5	5	16,1	1	3,2	3	9,7	13	41,9	
Eğitim	İlköğretim ve altı	2	13,3	2	13,3	2	13,3	0	0,0	4	26,7	1	6,7	1	6,7	3	20,0	0,339
	Lise Üniversite ve üstü	5	11,1	3	6,7	3	6,7	2	4,4	10	22,2	0	0,0	4	8,9	18	40,0	
Gelir	İyi	15	23,1	4	6,2	5	7,7	2	3,1	10	15,4	1	1,5	5	7,7	23	35,4	0,534
	Düşük	5	11,1	2	4,4	2	4,4	2	4,4	11	24,4	3	6,7	4	8,9	16	35,6	
Medeni Durum	Evlü	9	15,5	4	6,9	4	6,9	3	5,2	12	20,7	2	3,4	7	12,1	17	29,3	0,568
	Bekâr	11	21,2	2	3,8	3	5,8	1	1,9	9	17,3	2	3,8	2	3,8	22	42,3	
Çocuk Sayısı	Hiç	12	22,6	2	3,8	4	7,5	1	1,9	9	17,0	1	1,9	3	5,7	21	39,6	0,629
	1 ve üstü	8	14,0	4	7,0	3	5,3	3	5,3	12	21,1	3	5,3	6	10,5	18	31,6	
Memleket	Tekirdağ	12	17,1	5	7,1	2	2,9	3	4,3	13	18,6	2	2,9	6	8,6	27	38,6	0,546
	Diğer	8	20,0	1	2,5	5	12,5	1	2,5	8	20,0	2	5,0	3	7,5	12	30,0	
Görevi	Veri giriş	16	21,6	3	4,1	5	6,8	2	2,7	12	16,2	2	2,7	8	10,8	26	35,1	0,463
	Diğer	4	11,1	3	8,3	2	5,6	2	5,6	9	25,0	2	5,6	1	2,8	13	36,1	
Yaş	Ort.±S.D.	29,15±5,58	32,00±4,90	32,29±6,07	29,25±2,50	36,76±9,42	35,75±5,19	30,33±7,65	30,38±6,57	35 (31-42)	35 (31-42)	32 (19-43)	29 (21-48)	0,093				
	Medyan (min-max)	29 (19-40)	31,50 (25-38)	31 (24-40)	29,50 (26-32)	37 (24-55)	35 (31-42)	32 (19-43)	29 (21-48)									

Çalıştıkları kurumda sağlık çalışanları dışında görev yapan personelin sosyo-demografik özellikleri ile hastaların aldıkları spiritüel desteği yeterli bulma durumları karşılaştırıldığında, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip çalışanların hastanede verilen spiritüel desteği daha az yeterli bulduğu saptandı ( $p=0,042<0,005$ ). Çalışanların spiritüel desteği yeterli bulma durumları ile cinsiyet, gelir, medeni durum, çocuk sayıları, memleketleri, kurumdaki görevleri ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi (Tablo 9).

**Tablo 9. Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri İle Hastaların Aldıkları Spiritüel Desteği Yeterli Bulma Durumlarının Karşılaştırılması (n=110)**

Özellikler		Spiritüel Desteği Yeterli Bulma Durumu				p
		Yeterli		Yetersiz		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	15	19,0	64	81,0	0,373
	Erkek	9	29,0	22	71,0	
Eğitim	İlköğretim ve altı	6	40,0	9	60,0	0,042*
	Lise	12	26,7	33	73,3	
	Üniversite ve üstü	6	12,0	44	88,0	
Gelir Durumu	İyi	17	26,2	48	73,8	0,276
	Düşük	7	15,6	38	84,4	
Medeni Durumu	Evli	15	25,9	43	74,1	0,393
	Bekar	9	17,3	43	82,7	
Çocuk Sayısı	Hiç	12	22,6	41	77,4	1,000
	1 ve üstü	12	21,1	45	78,9	
Memleket	Tekirdağ	19	27,1	51	72,9	0,121
	Diğer	5	12,5	35	87,5	
Görevi	veri girişi	13	17,6	61	82,4	0,193
	Diğer	11	30,6	25	69,4	
Yaş	Ort.±S.D.	32,92±8,66		31,13±6,77		0,205
	Medyan (min-max)	30,50 (25-55)		30 (19-50)		

\* $p<0,05$

Çalışanların spiritüel desteğe yönelik görüşleri ile bazı sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırıldığı Tablo 10 incelendiğinde, çalışanların cinsiyetinin, eğitim düzeylerinin, gelir ve medeni durumlarının, çocuk sahibi olmalarının, memleketlerinde görev yapma durumlarının, kurumdaki görev yerlerinin ve yaşlarının spiritüel bakımın hastaların fiziksel iyileşme sürecine etkisinin olması,

hastaları yaşama bağlaması ve tıbbi tedaviyi desteklemesi görüşüyle arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,005$ ). Spiritüel desteğin hastaların psiko-sosyal iyileşme sürecine katkısı bulunması ve hastalık döneminde bireylerin yaşadığı stresi azaltması görüşleri ile çalışanların cinsiyeti, eğitim, gelir ve medeni durumu, çocuk sayıları, memleketleri ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, kurumda veri giriş personeli olarak çalışan personelin diğer görevlerde çalışan personellere göre bu görüşlere katılma ve tamamen katılma tarafına doğru eğilimlerinin daha fazla olduğu bulundu ( $p=0,020<0,005$ ,  $p=0,001<0,005$ ). Spiritüel desteğin hastalıkla baş etmeyi desteklemesi düşüncesiyle çalışanların cinsiyeti, eğitim ve gelir durumları, çocuk sahibi olmaları, memleketleri, görev yerleri ve yaşlarıyla arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, evli çalışanların bekâr çalışan personele göre daha fazla spiritüel bakımın hastaların hastalıklarıyla baş etmede etkili olduğu görüşüne katılma ve tamamen katılma eğiliminde olduğu saptandı ( $p=0,005$ ). Spiritüelitenin hastalara moral vermesi görüşü ile çalışanların cinsiyeti, eğitim düzeyi, gelir durumu, çocuk sayıları, kurumdaki görevleri ve yaşları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, evli çalışanların bekâr çalışanlara oranla, memleketlerinde görev yapan personelin memleketlerinin dışında görev yapan personele oranla daha fazla bu görüşe katılma ve tamamen katılma eğilimlerinde olduğu bulundu ( $p=0,032<0,005$ ,  $p=0,048<0,005$ ). Çalışanların spiritüelitenin hastalarda sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediğini düşünmesi ile çocuk sahibi olmanın ve yaşın arasında anlamlı bir fark saptanırken, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni durumu, memleketi, kurumdaki görevi arasında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,005$ ). Çocuk sahibi olan çalışanların çoğunluğu hastalarda spiritüelitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediğine katılırken çocuk sahibi olmayanların çoğunluğu hiç katılmıyorum görüşüne sahipti ( $p=0,027<0,005$ ). Çalışanların yaşları bakımından anlamlı bir fark bulunması üzerine yapılan ayrıntılı ikili karşılaştırmalar sonucunda, hiç katılmıyorum diyenlerin kısmen katılıyorum diyenlere oranla daha genç ( $p=0,045<0,005$ ), hiç katılmıyorum diyenlerin katılıyorum diyenlerden daha genç ( $p=0,023<0,005$ ), hiç katılmıyorum diyenlerin tamamen katılıyorum diyenlerden de daha genç olduğu saptandı ( $p=0,011<0,005$ ). Çalışanların spiritüelitenin hastalarda iletişim etkilemesi ve çalışma hayatlarında hastaların spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurmaları ile cinsiyetin, eğitim düzeylerinin, gelir durumlarının,

medeni durumlarının, çocuk sayılarının, kurumdaki görev pozisyonlarının ve yaşlarının arasında anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,005$ ), memleketlerinde çalışma durumları ile arasında anlamlı bir fark saptandı ( $p=0,013<0,005$ ,  $p=0,012<0,005$ ). Memleketlerinde çalışan personelin memleketlerinde görev yapmayan personele oranla daha fazla kısmen katılma ve katılma tarafına doğru eğilimleri olduğu bulundu (Tablo 10).

**Tablo 10. Çalışanların Spiritüel Desteğe Yönelik Görüşleri İle Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=110)**

Spiritüel Bakım ile İlgili Bazı Görüşleri	Çalışanların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri		Katılım Durumları								p
			Hiç katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastaların fiziksel iyileşme sürecine etkisi olduğunu düşünme	Cinsiyet	Kadın	10	12,7	19	24,1	26	32,9	24	30,4	0,997
		Erkek	4	12,9	8	25,8	10	32,3	9	29,0	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	4	26,7	3	20,0	5	33,3	3	20,0	0,368
		Lise	6	13,3	14	31,1	11	24,4	14	31,1	
		Üniversite ve üstü	4	8,0	10	20,0	20	40,0	16	32,0	
	Gelir Durumu	İyi	6	9,2	19	29,2	21	32,3	19	29,2	0,394
		Düşük	8	17,8	8	17,8	15	33,3	14	31,1	
	Medeni Durum	Evli	6	10,3	17	29,3	17	29,3	18	31,1	0,539
		Bekar	8	15,4	10	19,2	19	36,5	15	28,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	7	13,2	11	20,8	19	35,8	16	30,2	0,820
		1 ve üstü	7	12,3	16	28,1	17	29,8	17	29,8	
	Memleket	Tekirdağ	8	11,4	19	27,1	27	38,6	16	22,9	0,109
		Diğer	6	15,0	8	20,0	9	22,5	17	42,5	
	Görevi	Veri Giriş Personeli	7	9,5	16	21,6	26	35,1	25	33,8	0,252
		Diğer	7	19,4	11	30,6	10	27,8	8	22,2	
	Yaş	Ort.±S.D.	30,50±7,35		33,59±8,07		30,42±5,64		32,18±8,04		0,444
		Medyan (min-max)	29(19-43)		34(21-55)		29(22-48)		30(19-54)		
	Hastaların psiko-sosyal iyileşme sürecine etkisi olduğunu düşünme	Cinsiyet	Kadın	9	11,4	21	26,6	26	32,9	23	29,1
Erkek			4	12,9	6	19,4	13	41,9	8	25,8	
Eğitim Durumu		İlköğretim ve altı	3	20,0	6	40,0	3	20,0	3	20,0	0,148
		Lise	8	17,8	10	22,2	16	35,6	11	24,4	
		Üniversite ve üstü	2	4,0	11	22,0	20	40,0	17	34,0	
Gelir Durumu		İyi	4	6,2	18	27,7	25	38,5	18	27,7	0,146
		Düşük	9	20,0	9	20,0	14	31,1	13	28,9	
Medeni Durum		Evli	6	10,3	16	27,6	19	32,8	17	29,3	0,803
		Bekar	7	13,5	11	21,2	20	38,5	14	26,9	
Çocuk Sayısı		Hiç	7	13,2	11	20,8	19	35,8	16	30,2	0,821
		1 ve üstü	6	10,5	16	28,1	20	35,1	15	26,3	
Memleket		Tekirdağ	7	10,0	20	28,6	28	40,0	15	21,4	0,111
		Diğer	6	15,0	7	17,5	11	27,5	16	40,0	
Görevi		Veri Giriş Personeli	5	6,8	15	20,3	29	39,2	25	33,8	0,020*
		Diğer	8	22,2	12	33,3	10	27,8	6	16,7	

**Tablo 10 devam. Çalışanların Spiritüel Desteğe Yönelik Görüşleri İle Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=110)**

Spiritüel Bakım ile İlgili Bazı Görüşleri	Çalışanların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri		Katılım Durumları								p
			Hiç katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastaların psiko-sosyal iyileşme sürecine etkisi olduğunu düşünme	Yaş	Ort.±S.D.	28,38±5,69		32,93±7,80		31,87±6,21		31,94±8,45	0,373	
		Medyan (min-max)	29(19-37)		32(21-55)		30(22-48)		30(19-54)		
Hastaların yaşadığı stresi azalttığını düşünme	Cinsiyet	Kadın	7	8,9	23	29,1	27	34,2	22	27,8	0,556
		Erkek	4	12,9	12	38,7	7	22,6	8	25,8	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	1	6,7	8	53,3	4	26,7	2	13,3	0,488
		Lise	6	13,3	13	28,9	15	33,3	11	24,4	
		Üniversite ve üstü	4	8,0	14	28,0	15	30,0	17	34,0	
	Gelir Durumu	İyi	7	10,8	19	29,2	20	30,8	19	29,2	0,884
		Düşük	4	8,9	16	35,6	14	31,1	11	24,4	
	Medeni Durum	Evli	5	8,6	19	32,8	20	34,5	14	24,1	0,749
		Bekar	6	11,5	16	30,8	14	26,9	16	30,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	7	13,2	17	32,1	14	26,4	15	28,3	0,623
		1 ve üstü	4	7,0	18	31,6	20	35,1	15	26,3	
	Memleket	Tekirdağ	6	8,6	24	34,3	26	37,1	14	20,0	0,075
		Diğer	5	12,5	11	27,5	8	20,0	16	40,0	
	Görevi	Veri Giriş Personeli	9	12,2	14	18,9	27	36,5	24	32,4	0,001*
		Diğer	2	5,6	21	58,3	7	19,4	6	16,7	
Yaş	Ort.±S.D.	27,45±5,16		33,26±7,28		32,41±7,79		30,77±6,87	0,132		
	Medyan (min-max)	28(19-35)		33(21-55)		31(22-54)		29,50 (19-45)			
Hastalıkla baş etmeyi desteklediğini düşünme	Cinsiyet	Kadın	8	10,1	18	22,8	30	38,0	23	29,1	0,507
		Erkek	2	6,5	9	29,0	8	25,8	12	38,7	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	1	6,7	4	26,7	7	46,7	3	20,0	0,909
		Lise	4	8,9	11	24,4	16	35,6	14	31,1	
		Üniversite ve üstü	5	10,0	12	24,0	15	30,0	18	36,0	
	Gelir Durumu	İyi	7	10,8	15	23,1	23	35,4	20	30,8	0,865
		Düşük	3	6,7	12	26,7	15	33,3	15	33,3	
	Medeni Durum	Evli	1	1,7	12	20,7	26	44,8	19	32,8	0,005*
		Bekar	9	17,3	15	28,8	12	23,1	16	30,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	7	13,2	14	26,4	15	28,3	17	32,1	0,353
		1 ve üstü	3	5,3	13	22,8	23	40,4	18	31,6	
	Memleket	Tekirdağ	4	5,7	20	28,6	27	38,6	19	27,1	0,119
		Diğer	6	15,0	7	17,5	11	27,5	16	40,0	
	Görevi	Veri Giriş Personeli	8	10,8	13	17,6	26	35,1	27	36,5	0,083
		Diğer	2	5,6	14	38,9	12	33,3	8	22,2	
Yaş	Ort.±S.D.	27,80±5,14		31,78±7,80		33,61±7,54		30,80±6,69	0,156		
	Medyan (min-max)	29(19-35)		30(21-55)		33(22-54)		30(19-50)			
	Medyan (min-max)	30(19-43)		29(21-45)		32(22-54)		30(19-55)			

**Tablo 10 devam. Çalışanların Spiritüel Desteğe Yönelik Görüşleri İle Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=110)**

Spiritüel Bakım ile İlgili Bazı Görüşleri	Çalışanların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri		Katılım Durumları								p
			Hiç katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastalara moral verdiğini düşünme	Cinsiyet	Kadın	5	6,3	10	12,7	37	46,8	27	34,2	0,191
		Erkek	1	3,2	9	29,0	10	32,3	11	35,5	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	2	13,3	1	6,7	9	60,0	3	20,0	0,323
		Lise	3	6,7	8	17,8	19	42,2	15	33,3	
		Üniversite ve üstü	1	2,0	10	20,0	19	38,0	20	40,0	
	Gelir Durumu	İyi	2	3,1	10	15,4	31	47,7	22	33,8	0,407
		Düşük	4	8,9	9	20,0	16	35,6	16	35,6	
	Medeni Durum	Evli	1	1,7	6	10,3	29	50,0	22	37,9	0,032*
		Bekar	5	9,6	13	25,0	18	34,6	16	30,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	2	3,8	13	24,5	20	37,7	18	34,0	0,228
		1 ve üstü	4	7,0	6	10,5	27	47,4	20	35,1	
	Memleket	Tekirdağ	1	1,4	14	20,0	33	47,1	22	31,4	0,048*
		Diğer	5	12,5	5	12,5	14	35,0	16	40,0	
	Görevi	Veri Giriş Personeli	3	4,1	10	13,5	30	40,5	31	41,9	0,083
		Diğer	3	8,23	9	25,0	17	47,2	7	19,4	
Yaş	Ort.±S.D.	30,67±9,97		29,53±4,72		33,32±7,87		31,05±6,93		0,323	
	Medyan (min-max)	31(19-43)		29(22-40)		33(21-55)		30(19-50)			
Hastaları yaşama bağladığını düşünme	Cinsiyet	Kadın	9	11,4	17	21,5	31	39,2	22	27,8	0,093
		Erkek	0	0,0	7	22,6	13	41,9	11	35,5	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	2	13,3	4	26,7	7	46,7	2	13,3	0,522
		Lise	3	6,7	9	20,0	21	46,7	12	26,7	
		Üniversite ve üstü	4	8,0	11	22,0	16	32,0	19	38,0	
	Gelir Durumu	İyi	6	9,2	11	16,9	25	38,5	23	35,4	0,306
		Düşük	3	6,7	13	28,9	19	42,2	10	22,2	
	Medeni Durum	Evli	2	3,4	12	20,7	25	43,1	19	32,8	0,241
		Bekar	7	13,5	12	23,1	19	35,8	16	30,2	
	Çocuk Sayısı	Hiç	6	11,3	12	22,6	19	35,8	16	30,2	0,631
		1 ve üstü	3	5,3	12	21,1	25	43,9	17	29,8	
	Memleket	Tekirdağ	5	7,1	15	21,4	31	44,3	19	27,1	0,640
		Diğer	4	10,0	9	22,5	13	32,5	14	35,0	
	Görevi	Veri Giriş Personeli	6	8,1	12	16,2	29	39,2	27	36,5	0,086
		Diğer	3	8,3	12	33,3	15	41,7	6	16,7	
Yaş	Ort.±S.D.	27,33±6,40		31,13±7,61		33,00±7,35		31,70±6,91		0,143	
	Medyan (min-max)	28(19-37)		29(24-55)		32(19-54)		30(21-50)			
Tıbbi tedaviyi desteklediğini düşünme	Cinsiyet	Kadın	11	13,9	17	21,5	28	35,4	23	29,1	0,914
		Erkek	3	9,7	6	19,4	12	38,7	10	32,3	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	2	13,3	5	33,3	6	40,0	2	13,3	0,575
		Lise	4	8,9	10	22,2	17	37,8	14	31,1	
		Üniversite ve üstü	8	16,0	8	16,0	17	34,0	17	34,0	
	Gelir Durumu	İyi	10	15,4	12	18,5	22	33,8	21	32,3	0,594
		Düşük	4	8,9	11	24,4	18	40,0	12	26,7	
	Medeni Durum	Evli	3	5,2	15	25,9	21	36,2	19	32,8	0,064
Bekar		11	21,2	8	15,4	19	36,5	14	26,9		



**Tablo 10 devam. Çalışanların Spiritüel Desteğe Yönelik Görüşleri İle Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=110)**

Spiritüel Bakım ile İlgili Bazı Görüşleri	Çalışanların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri		Katılım Durumları								p
			Hiç katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Katılmıyorum		Tamamen katılmıyorum		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Tıbbi tedaviyi desteklediğini düşünme	Çocuk Sayısı	Hiç	10	18,9	9	17,0	18	34,0	16	30,2	0,267
		1 ve üstü	4	7,0	14	24,6	22	38,6	17	29,8	
	Memleket	Tekirdağ	9	12,9	14	20,0	30	42,9	14	24,3	0,221
		Diğer	5	12,5	9	22,5	10	25,0	16	40,0	
	Görevi	Veri Giriş Personeli	11	14,9	13	17,6	25	33,8	25	33,8	0,312
		Diğer	3	8,3	10	27,8	15	41,7	8	22,2	
	Yaş	Ort.±S.D.	28,21±5,22	31,22±8,08		32,85±6,93		32,24±7,63		0,239	
		Medyan (min-max)	29,50 (19-37)	30,50 (21-55)		30,50 (24-54)		30,50 (19-50)			
Hastalarda sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediğini düşünme	Cinsiyet	Kadın	7	8,9	27	34,2	22	27,8	23	29,1	0,642
		Erkek	3	9,7	7	22,6	9	29,0	12	38,7	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	0	0,0	5	33,3	5	20,0	7	46,7	0,329
		Lise	4	8,9	11	24,4	16	35,6	14	31,1	
		Üniversite ve üstü	6	12,0	18	36,0	12	24,0	14	28,0	
	Gelir Durumu	İyi	7	10,8	19	29,2	17	26,2	22	33,8	0,779
		Düşük	3	6,7	15	33,3	14	31,1	13	28,9	
	Medeni Durum	Evli	2	3,4	19	32,8	17	29,3	20	34,5	0,171
		Bekar	8	15,4	15	28,8	14	26,9	15	28,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	9	17,0	16	30,2	12	22,6	16	30,2	0,027*
		1 ve üstü	1	1,8	18	31,6	19	33,3	19	33,3	
	Memleket	Tekirdağ	6	8,6	25	35,7	22	31,4	17	24,3	0,133
		Diğer	4	10,0	9	22,5	9	22,5	18	45,0	
	Görevi	Veri Giriş Personeli	7	9,5	22	29,7	21	28,4	24	32,4	0,938
Diğer		3	8,3	12	33,3	10	27,8	11	30,6		
Yaş	Ort.±S.D.	25,40±4,33	31,62±6,32		33,61±9,06		32,00±6,17		0,016*		
	Medyan (min-max)	24,50 (19-33)	31,50 (21-45)		31(19-55)		30(21-43)				
Hastalarla iletişimi desteklediğini düşünme	Cinsiyet	Kadın	5	6,3	29	36,7	27	34,2	18	22,8	0,259
		Erkek	2	6,5	8	25,8	8	25,8	13	41,9	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	1	6,7	7	46,7	4	26,7	3	20,0	0,954
		Lise	3	6,7	15	33,3	14	31,1	13	28,9	
		Üniversite ve üstü	3	6,0	15	30,0	17	34,0	15	30,0	
	Gelir Durumu	İyi	4	6,2	24	36,9	19	29,2	18	27,7	0,832
		Düşük	3	6,7	13	28,9	16	35,6	13	28,9	
	Medeni Durum	Evli	2	3,4	19	32,8	21	36,2	16	27,6	0,481
		Bekar	5	9,6	18	34,6	14	26,9	15	28,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	5	9,4	17	32,1	17	32,1	14	26,4	0,627
		1 ve üstü	2	3,5	20	35,1	18	31,6	17	29,8	
	Memleket	Tekirdağ	6	8,6	24	34,3	27	38,6	13	18,6	0,013*
		Diğer	1	2,5	13	32,5	8	20,0	18	45,0	
	Görevi	Veri Giriş Personeli	5	6,8	22	29,7	24	32,4	2	31,1	0,620
Diğer		2	5,6	15	41,7	11	30,6	8	22,2		
Yaş	Ort.±S.D.	28,14±7,52	32,78±7,54		31,71±7,89		31,32±6,12		0,389		
	Medyan (min-max)	26(19+40)	32(20-55)		30(19-54)		30(21-45)				
	Medyan (min-max)	30(19-43)	29(21-45)		32(22-54)		30(19-55)				

**Tablo 10 devam. Çalışanların Spiritüel Desteğe Yönelik Görüşleri İle Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=110)**

Spiritüel Bakım ile İlgili Bazı Görüşleri	Çalışanların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri		Katılım Durumları								p
			Hiç katılmıyorum		Kısmen katılmıyorum		Katılıyorum		Tamamen katılmıyorum		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Hastaların spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurma	Cinsiyet	Kadın	6	7,6	26	32,9	27	34,2	20	25,3	0,827
		Erkek	1	3,2	10	32,3	12	38,7	8	25,8	
	Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	2	13,3	4	26,7	6	40,0	3	20,0	0,337
		Lise	2	4,4	19	42,2	11	24,4	13	28,9	
		Üniversite ve üstü	3	6,0	13	26,0	22	44,0	12	24,0	
	Gelir Durumu	İyi	4	6,2	20	30,8	23	35,4	18	27,7	0,916
		Düşük	3	6,7	16	35,6	16	35,6	10	22,2	
	Medeni Durum	Evli	2	3,4	20	34,5	23	39,7	13	22,4	0,415
		Bekar	5	9,6	16	30,8	16	30,8	15	28,8	
	Çocuk Sayısı	Hiç	4	7,5	18	34,0	17	32,1	14	26,4	0,887
		1 ve üstü	3	5,3	18	31,6	22	38,6	14	24,6	
	Memleket	Tekirdağ	3	4,3	24	34,3	31	44,3	12	17,1	0,012*
		Diğer	4	10,0	12	30,0	8	20,0	16	40,0	
	Görevi	Veri Giriş Personeli	4	5,4	23	31,1	26	35,1	21	28,4	0,729
		Diğer	3	8,3	13	36,1	13	36,1	7	19,4	
	Yaş	Ort.±S.D.	31,43±7,55		30,33±5,74		32,82±7,03		32,11±9,17		0,525
Medyan (min-max)		30(19-43)		29(21-45)		32(22-54)		30(19-55)			

\*p<0,005

## 5.TARTIŞMA

Baker (2003) ve Nelson (2002) yaptıkları çalışmalarda, bireyin bütünlüğünü ve sürekliliğini tehlikeye sokan fiziksel ve duygusal tehditler olduğunda spiritüel desteğin bireyi desteklediğini ve rahatlattığını ifade etmişlerdir. Araştırmamızda çalışanların çoğunun (%40,9) spiritüaliteyi güçlüklerle baş etmede kullandığı, spiritüalitenin yaşadıkları stresi azalttığı (%40,9), moralini düzeltmek için spiritüaliteye başvurduğu (%35,5) bulunmuştur.

Yıldırım vd. 2013 yılında yapmış oldukları çalışmada ileri evre kanser hastalarının spiritüel gereksinimlerinin, kanserin erken evresindeki hastalara oranla daha fazla olduğunu, ileri evre kanser hastalarında spiritüel gereksinim oranının %72 olarak bulunduğunu ve sağlık hizmetinde spiritüel ihtiyaçların çok az desteklendiğini bildirilmiştir. Okyay (2008) sağlık çalışanlarına yönelik yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin %21.3'ünün çalıştığı klinikte spiritüaliteye yönelik uygulamalara yer verilmediğini belirtmiştir. Çalışmamızda buna paralel olarak sağlık çalışanı dışındaki personelin %78,2'si sağlık kurumunda verilen spiritüel desteği yetersiz bulduğunu saptanmıştır.

Esendir (2016) yaptığı araştırmada sağlık çalışanlarının çoğunlukla spiritüel desteği hastaya moral ve motivasyon vermek olarak değerlendirdiğini, %27'sinin bu hizmetin din görevlileri, %21'i hemşire, %19'u hasta yakınları, % 18'i doktorlar tarafından verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırmamızda ise sağlık kurumunda sağlık personeli dışında çalışanların spiritüalite kavramını duyduklarında ilk aklına gelen kelimenin %41,8 ile empati, %32,7 ile sevgi, %25,5 ile moral-motivasyon olduğu, ayrıca çalışanların %35,4'ü hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hastanede görev yapan tüm sağlık kurumu personelinin de görev yapması gerektiğini düşünmektedir.

Ayten vd. (2012) yaptığı çalışmada, hastaların spiritüel gereksinimlerinin hasta yakını ve sağlık kurumunda çalışanlara göre daha

yüksek olduğu, hastaların hastalıkla başa çıkabilmek için spiritüel desteğe başvurduğu belirtmişlerdir. Ayrıca meme kanseri ile başa çıkma ile ilgili yapılan bir araştırma da spiritüalitenin meme kanseri ile başa çıkmada önemli bir yere sahip olduğu saptanmıştır (Hiçdurmaz, Öz, 2013). Çalışmamızda sağlık çalışanı dışındaki personelin sadece %9,1'i kesinlikle spiritüel desteğin hastalıkla baş etmeyi desteklemediğini düşünmekte olduğu bulunmuştur.

Moadel vd. 248 kanserli hasta ile yapmış oldukları çalışmada ise hastaların %40'ı spiritüel ihtiyaçlarının karşılanması ile korkularıyla baş edebildiklerini, umut düzeylerinin arttığını ve rahatlık hissettiklerini ifade etmişlerdir (Ewen, 2004). Araştırmamızda çalışanların sadece %5,5'inin spiritüalitenin hastalara moral verdiğine ve %8,2'sinin yaşama bağladığına kesinlikle katılmadığı saptanmıştır.

Yapılan araştırmalarda spiritüel desteğin sağlık kurumlarında yatarak tedavi gören hastaların fiziksel, sosyal ve duygusal yönden iyileşmelerinde önemli katkısı olduğu, yaşam kalitesini arttırdığı ve tıbbi tedaviye daha iyi uyum sağladığını göstermektedir (Özdemir, 2012; Seyedrasooly, Rahmani, Zamanzadeh, 2014; Jim, Pustejovsky, Park, 2015). Çalışmamızda, çalışanların spiritüel bakımın hastaların tedavisine yönelik görüşleri incelendiğinde, %32,7'nin spiritüalitenin hastaların fiziksel iyileşme, %35,5'nin psiko-sosyal iyileşme sürecine katkısı olduğunu, %36,4'nün tıbbi tedaviyi desteklediğini düşündüğü belirlenmiştir.

Ghonchepour vd. (2019) üniversite öğrencilerine yönelik yaptığı bir araştırmada spiritüel temelli yaklaşımların sağlıkta yüksek riskli davranışları azalttığı belirtilmiştir. İspanya'da (2016) Roman azınlık grupları üzerinde yapılan bir çalışmada, olumlu sağlık davranışları üzerine pozitif etkisi olduğu belirtilmiştir (Restrepo-Madero, Trianes-Torres, Muñoz-García, Alarcón, 2016). Çalışmamızda da çalışanların %30,9'u kısmen, %28,2'sinin tamamen olmak üzere toplam %90,9'nun spiritüalitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları hastalarda engellediğini düşündüğü saptanmıştır.

2014 yılında ABD'de yapılan bir araştırmada Amerikalıların üçte biri spiritüel yönü ağır basan tedavi yöntemlerini ve kurumları tercih ettikleri

tespit edilmiştir (Epstein-Peterson, Sullivan, Enzinger, 2015). Epstein-Peterson *et al.* (2015), dört Boston (Massachusetts, ABD) kanser merkezinde ileri kanserli hastalara sunulan spiritüel destek ile ilgili yaptıkları çalışmada, spiritüel desteği sıklıkla manevi tarih alma, spiritüel gereksinimi olan hasta ve yakınlarını destek sistemlerine yönlendirme ve hasta ile dua etmeyi içerdiği belirtilmiştir. Çalışmamızda da, çalışanların %91,8'inin hastaların spiritüel gereksinimlerinin (ibadet, kitap vb.) hastane ortamında karşılanması gerekliliği konusuna kısmen veya tamamen katıldığı belirlendi. Çalışanların çoğunluğu (%31,8) hastanede hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için kesinlikle danışılacak bir uzman olması gerektiğini ve yine çoğunluğu (%35,5) hastaların spiritüel desteği isteme ya da reddetme hakkına sahip olduğunu düşünmekte idi. Çalışmaya katılanların sadece %6,4'ünün hastaların spiritüel bakım açısından önemi olan eşyalarına saygı gösterilmesinin gerekliliğine ve %10,9'nun da hastaların spiritüel gereksinimlerini karşılamasının gizli tutulması gerekliliğine kesinlikle katılmadığı saptanmıştır.

Yılmaz ve Okyay'ın (2009), Özbaşaran vd. (2011) Türkiye'de, Wong vd. (2008) Çin'de yaptıkları çalışmalarda hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça spiritüaliteyi algılama oranlarının arttığı, Çelik vd. (2014) yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyinin spiritüaliteyi algılama oranlarına etki etmediği bulunmuştur. Araştırmamızda ise üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip çalışanların hastanede verilen spiritüel desteği daha az yeterli bulduğu saptanmıştır ( $p<0,005$ ).

Okyay (2008) yaptığı çalışmada hemşirelerin %78,7'sinin hastaların spiritüaliteye yönelik uygulama yaptıklarını belirttiklerini bildirmiştir. Akgün Kostak vd. (2010) çalışmasında ise hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun spiritüel uygulama yapmadıkları saptanmıştır. Narayanasamy'nin (2001) araştırmasında hemşirelerin tarafından hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda sağlık kurumunda sağlık personeli dışında çalışanların %35,5'i kısmen, %22,7'si tamamen olmak üzere %88,2'si hastalara spiritüel destek vermek istediklerini,

%32,7'si kısmen, %25,5'i tamamen olmak üzere %93,6'sı verdikleri hizmette hastaların spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurduklarını belirtmişlerdir.

Esendir ve Kaplan'nın (2018) sağlık çalışanları üzerine yaptığı çalışmada genç yaşta spiritüaliteye olan ilginin arttığını, sağlık alanında spiritüaliteye daha fazla yer verdiklerini bildirmiştir. Araştırmamızda çalışanlardan hastalarda spiritüalitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediği görüşüne hiç katılmayanların kısmen veya tamamen katılanlara oranla daha genç yaşta olduğu belirlenmiştir ( $p<0,005$ ).

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### SONUÇLAR

Sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüalite ile ilgili tutumlarını, görüşlerini ve etkileyen faktörlerin belirlendiği bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşıldı:

Sağlık kurumunda görev yapan sağlık personeli dışındaki tüm çalışanların,

- Spiritüalite kavramını duyduklarında ilk aklına gelen kelimenin %41,8 ile empati, %32,7 ile sevgi %25,5 ile moral-motivasyon olduğu,
- Kendilerine göre en önemli doğruluk kavramının ise %40 ile yalan söylememek, %25,5 ile kendi olduğu gibi davranmak, %18,2 ile saygılı olmak, %16,4 ile açık sözlü olmak olduğu,
- %44,5'i kısmen, %8,2'si tamamen olmak üzere %80,9'u yaşadıkları olumsuzlukları spiritüel güce bağlarken, %19,1'i tamamen buna katılmadığı,
- %32,7'si kısmen, %12,7'si tamamen olmak üzere %64,5'i yaşadıkları olumsuzlukları şansa bağlarken, %35,5'i tamamen buna katılmadığı,
- %35,5'i kısmen, %19,1'i tamamen olmak üzere %80,9'u yaşadıkları olumsuzlukları kadere bağlarken, %19,1'i tamamen buna katılmadığı,
- %39,1'i kısmen, %10'u tamamen olmak üzere %69,1'i yaşadıkları olumsuzlukları hak ettiklerini düşünürken, %30,9'u ise yaşadıkları olumsuzlukları tamamıyla hak etmediklerini düşündükleri,
- %27,3'ü kısmen, %27,3'ü tamamen olmak üzere %94,5'i güçlüklerle baş etmede spiritüaliteyi kullanırken %5,5'nin hiç kullanmadığı,
- %26,4'ü kısmen, %25,5'i tamamen olmak üzere %92,7'sinin yaşadıkları stresi yönetirken spiritüaliteyi kullanırken %7,3'nün hiç kullanmadığı,
- %30,9'u kısmen, %23,6'sı tamamen olmak üzere %90'ı spiritüalitenin kişilerin morali üzerine etkisi olduğunu düşünürken %10'unun kesinlikle katılmadığı,
- %29,1'i kısmen, %26,4'ü tamamen olmak üzere %91,8'nin spiritüalitenin kişileri yaşama bağladığını düşünürken %8,2'sinin kesinlikle katılmadığı,

- %30,0'u kısmen, %29,1'i tamamen olmak üzere %92,7'sinin spritualitenin kişiler arası iletişimi etkilediğini düşünürken %7,3'nün kesinlikle katılmadığı,
- %31,8'i kısmen, %24,5'i tamamen olmak üzere %87,3'ünün spritual gereksinimlerinin hastane ortamında karşılanmasını isterken %12,7'sinin kesinlikle katılmadığı,
- %20,9'nun kısmen, %19,1'i tamamen olmak üzere %65,5'ini spritual gereksinimlerini herkes tarafından bilinmesi rahatsız etmezken %34,5'ini kesinlikle rahatsız ettiği,
- %35,4'ü hastaların spiritüel bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hastanede görev yapan sağlık çalışanları ile birlikte sağlık çalışanı olmayan tüm sağlık kurumu personelinin de görev yapması gerektiğini düşündüğü,
- %78,2'inin hastanede verilen spiritüel bakımı yetersiz bulduğu,
- %35,5'i kısmen, %22,7'si tamamen olmak üzere %88,2'si hastalara spiritüel destek vermek istediklerini,
- %32,7'si kısmen, %25,5'i tamamen olmak üzere %93,6'sı verdikleri hizmette hastaların spiritüel gereksinimlerini göz önünde bulundurduklarını,
- %24,5'nin kısmen, %30'nun tamamen olmak üzere toplam %87,3'nün spiritüalitenin hastaların fiziksel iyileşme sürecine katkısı olduğunu düşündüğü,
- %24,5'nin kısmen, %28,2'sinin tamamen olmak üzere toplam %88,2'sinin spiritüalitenin hastaların psiko-sosyal iyileşme sürecine katkısı olduğunu düşündüğü,
- %31,8'nin kısmen, %27,3'nün tamamen olmak üzere toplam %90'nının spiritüalitenin hastalık sürecinde hastalarda stresi azalttığını düşündüğü,
- %24,5'nin kısmen, %31,8'inin tamamen olmak üzere toplam %90,9'unun spiritüalitenin hastalıkla baş etmede hastalara destek verdiğini düşündüğü,
- %17,3'nün kısmen, %34,5'inin tamamen olmak üzere toplam %94,5'nin spiritüalitenin hastaya moral verdiğini düşündüğü,
- %21,8'inin kısmen, %30'nun tamamen olmak üzere toplam %91,2'sinin spiritüalitenin hastayı yaşama bağladığını düşündüğü,



- %20,9'nun kısmen, %30'nun tamamen olmak üzere toplam %87,3'nün spiritüalitenin tıbbi tedaviyi desteklediğini düşündüğü,
- %30,9'nun kısmen, %28,2'sinin tamamen olmak üzere toplam %90,9'nun spiritüalitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları hastalarda engellediğini düşündüğü,
- %6,4'nün spiritüel desteğin hastalarla iletişimi etkilediği konusuna kesinlikle katılmazken, %33,6'sının kısmen, %28,2'sinin tamamen, %31,8'nin katıldığı,
- %8,2'si hastaların spiritüel gereksinimlerinin (ibadet, kitap vb) hastane ortamında karşılanması gerekliliği konusuna kesinlikle katılmazken, %30'u kısmen, %30'u tamamen, %31,8'inin ise katıldığı,
- %31,8'i hastanede hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması için kesinlikle danışılabilir bir uzman olması gerektiğini düşünürken %13,6'sının kesinlikle bu görüşe katılmadığı,
- %22,7'i kısmen, %33,6'ı tamamen olmak üzere toplam %91,8'i hastaların spiritüel desteği isteme ya da reddetme hakkına sahip olduğunu düşündüğü,
- %6,4'ü hastaların spiritüel bakım açısından önemi olan eşyalarına saygı gösterilmesinin gerekliliğine kesinlikle katılmazken, %14,5'i kısmen, %36,4'ü tamamen ve %42,7'sinin ise katıldığı,
- %10,9'nun hastaların spiritüel gereksinimlerini karşılamaasının gizli tutulması gerekliliğine kesinlikle katılmadığı, %24,5'nin kısmen, %31,7'sinin tamamen, %32,7'sinin ise katıldığı,
- Çocuk sahibi olanların doğruluk kavramını duyduklarında ilk aklına gelen kavramın çoğunlukla "kendin gibi olmak" olduğunu ifade ederken, çocuk sahibi olmayanların çoğunluğu ise "açık sözlülük" olduğunu ifade ettiği ( $p<0,005$ ),
- Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip çalışanların hastanede verilen spiritüel desteği daha az yeterli bulduğu ( $p<0,005$ ),
- Sağlık kurumunda veri giriş personeli olarak çalışanların diğer görevlerde çalışan personellere göre spiritüel desteğin hastaların psiko-sosyal iyileşme

sürecine katkısı bulunması ve hastalık döneminde bireylerin yaşadığı stresi azaltması görüşüne katıldığı ( $p<0,005$ ),

- Evli çalışanların bekâr çalışanlara göre, spiritüel bakımın hastalıklarla baş etmede etkili olduğu düşüncesine katıldığı ( $p<0,005$ ),
- Evli çalışanların bekâr çalışanlara oranla daha fazla spiritüalitenin hastalara moral verdiğini düşündüğü ( $p<0,005$ ),
- Memleketlerinde görev yapan çalışanların memleketlerinin dışında görev yapan çalışanlara oranla daha fazla spiritüalitenin hastalara moral verdiğini düşündüğü ( $p<0,005$ ),
- Çocuk sahibi olan çalışanların çoğunluğu hastalarda spiritüalitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediğine katılırken, çocuk sahibi olmayanların çoğunluğu ise bu görüşe hiç katılmadığı ( $p<0,005$ ),
- Hastalarda spiritüalitenin sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engellediği görüşüne hiç katılmayanların katılanlara oranla daha genç yaşta olduğu ( $p<0,005$ ),
- Memleketlerinde çalışanların memleketlerinde görev yapmayanlara oranla daha fazla spiritüalitenin hastalarda iletişimi etkilediğini düşündüğü ( $p<0,005$ ),
- Memleketlerinde çalışanların memleketlerinde görev yapmayanlara oranla çalışma hayatlarında hastaların spiritüel gereksinimlerini daha fazla göz önünde bulundurdıkları saptandı ( $p<0,005$ ).

## ÖNERİLER

Sağlığın spiritüel boyutuna yönelik uygulamaların hastaların iyileşme süreci üzerine olumlu etkileri olduğu ve hastaların spiritüel gereksinimlerinin karşılanması konusunda sağlık kurumunda çalışan her kişiden destek istediği göz önüne alındığında, sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüalite ile ilgili tutumlarının, görüşlerinin ve etkileyen faktörlerinin belirlendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Spiritüel desteğin öneminin bilinmesi için sağlık kurumunda çalışan tüm personele spiritüalite kavramına ve spiritüel desteğe ilişkin bilgi verilmesi,

- Bu bilginin ulusal ve uluslararası bilimsel etkinlikler ile pekiştirilmesi,
- Sağlık kurumlarında çalışacak her personelin eğitiminde spiritüel destek konusuna daha fazla yer verilmesi,
  - Spiritüel desteği geliştirmeye yönelik kanıt temelli araştırmaların yapılması,
  - Farklı araştırma yöntemleri kullanılarak spiritüel desteğe ilişkin bilgi ve algılamalarının değerlendirildiği daha ileri çalışmalar yapılması,
  - Bu çalışmaların sonucuna göre sağlık alanında çalışan tüm personel için sağlığın spiritüel boyutuna ilişkin farkındalıklarını, bilgi ve uygulamalarını geliştirmeye yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması,
    - Sağlık kurumlarında çalışan tüm personel, kendi ilgi, inanç ve düşüncelerinden etkilenmeden, hastanın spiritüel gereksinimlerini karşılmasına destek vermesi,
    - Sağlık kurumuna başvuran tüm bireylerin ve yakınlarının kendi spiritüel kaynaklarından yararlanmasını sağlaması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Acar, A. (2014). Kamu Hastanelerinde Tıbbi Sekreterlerin İş doyum Düzeyleri (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği). (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
2. Akgün Kostak, M. (2007). Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), 105– 115.
3. Akgün Kostak, M., Çelikkalp, Ü., Demir, M. (2010). Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı, 218-225.
4. Altaş, N. (2000). Dini Danışmanlığın Teorik Temelleri. Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 41, 327-350.
5. Altaş, N. ve Köylü, M. (Ed.) (2014). Dini Danışmanlık ve Din Hizmetleri. İstanbul: Ensar Neşriyat Yayınları.
6. Arslan, H., Konuk Şener, D. (2009). Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1), 51-58.
7. Atabek Aştı, T., Karadağ, A. (2014). Hemşirelik Esasları(1. Baskı). İstanbul: Akademi yayıncılık.
8. Ayten, A., Göçen, G., Sevinç, K., Öztürk, E.E. (2012). Dini Başa Çıkma, Şükür Ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 12(2), 45-79.
9. Baker, D.C. (2003). Studies of the inner life: The impact of spirituality on quality of life. Quality of Life Research, 12(1), 51-57.
10. Bash, A. (2004). Spirituality: the emperor's new clothes? J Clin Nurs, 13(1), 11–16.
11. Başar, S. (2007, Kasım). Diyanet İşleri Başkanlığı'nın Yürüttüğü Cami Dışı Din Hizmetleri Kapsamında Hastanelerde Din Hizmeti İhtiyacı. I. Din Hizmetleri Sempozyumu, Ankara.
12. Başbakkal, Z. (2005, Eylül). Spiritüalite ve Hemşirelik. 3. Uluslararası 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, İzmir

13. Bilge, A. (2006). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışması. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
14. Bulut, A. (2011). Din Eğitiminde Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık. Ankara: DİB Yayınları.
15. Canda, E.R. ve Furman, L.D. (2010). *Spiritual Diversity in Social Work Practice* (2nd ed.).New York: Oxford University Press.
16. Carroll, B.A. (2001). Phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality*, 6(1), 81-98.
17. Cebeci, S. (2010). Bir Din Öğretimi Yaklaşımı Olarak Dini Danışma ve Rehberlik. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 8(19), 53-69.
18. Cimete, G. (2002). *Yaşam Sonu Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
19. Cook, C.C.H. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99(5), 539-551.
20. Çalış, A. (2000). İnsan Kaynakları Politikalarının İhracat Performansı Üzerindeki Etkileri. Ankara: İgeme Yayınları.
21. Çam, O., Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215–223.
22. Çelik, C. (2004). Türk Halk Dindarlığında Değişim ve Süreklilik Ziyaret Fenomeni Örneği. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 4(1), 215-241.
23. Çelik, A.S., Özdemir, F., Durmaz, H., Pasinlioğlu, T. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1–12.
24. Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A. (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1), 47-50.
25. Çınar, F., Aslan, F.E. (2017). Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 3(1), 37-42.
26. Dastan, B.N, Buzlu, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 73-7.

27. Dedeli, Ö., Karadeniz, G. (2009). Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı Dergisi*, 21(2), 45-53.
28. Demir, N. (2004). İnsan hakkındaki bazı felsefi görüşler üzerine. *Felsefe Dünyası Dergisi*, 40(2), 77-93.
29. Doğan, M.D. (1996). *Büyük Türkçe Sözlük*, 11.Baskı.İstanbul: İz Yayıncılık.
30. Dossy, B.M., Dossy, L. (1998). Attending to holistic care. *Advanced Journal of Nursing*, 1, 35-38.
31. Eckersley, R (2000, Mayıs). Spirituality, Progress, Meaning, and Values. Third Annual Conference on Spirituality, Leadership, and Management, Ballarat, Australia.
32. Epstein-Peterson, Z.D., Sullivan, A.J., Enzinger, A.C. et al.(2015). Examining forms of spiritual care provided in the advanced cancer setting. *Am J Hosp Palliat Care*, 32, 750-757.
33. Ergül, Ş., Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 37-45.
34. Ergül, Ş. (2005, Ekim). Hemşirelik Eğitiminde Maneviyat ve Manevi Bakım Kavramlar Nerede? Ne Zaman? Nasıl? 3.Uluslararası 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı, İzmir.
35. M, Ertürk. (2013). *İşletme Biliminin Temel İlkeleri*, 9.Baskı. İstanbul: Beta Yayınları.
36. Esendir, N. (2016). Sağlık Çalışanlarının Maneviyat Ve Manevi Bakım Algısı, İstanbul Örneği. (Yüksek Lisans Tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
37. Esendir, N.İ., Kaplan, H. (2018). Sağlık Çalışanlarının Maneviyat ve Manevi Destek Algısı: İstanbul Örneği. *Sosyal Bilimler EKEV Akademi Dergisi*, 73, 317-332.
38. Ewen, M.M. (2004). Analysis of Spirituality. Content in Nursing Textbooks, *Journal of Nursing Education*, 43, 20-8.
39. Fişek, N. (1997). Sağlık Yönetimi.  
[http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/33.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html) Erişim Tarihi: 26.01.2019

40. Ghonchepour, A., Sohrabi, M., Golestani, Z., Biabanaki, F., Dehghan, M. (2019). Spiritual health: is it a determinant factor for preventing risky behaviors among university students? *Int J Adolesc Med Health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30995206> Erişim Tarihi: 10.05.2019
41. Govier, I. (2000) Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Journal of Nursing Standard*, (14)17, 32-36.
42. Hiçdurmaz, D., Öz, F. (2013). Stresle Başetmenin Bir Boyutu Olarak Spiritualite. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 1.
43. Hill, P.C., Pargament, K.I., Hood, Jr.R.W., Mccullough, M.E., Swyers, J.P., Larson, D.B., Zinnbauer, B.J. (2013). Din ve maneviyatı kavramlaştırma: birleşme ve ayrılma noktaları.(Çev. N. Kimter). *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3, 85-118.
44. Hodge, D.R. (2005). Spiritual Ecograms: A new assessment instrument for identify ingclients' spiritualstrengths in spaceandacross time. *J Families in Society*. 86(2), 287-96.
45. Işık, K. (2009). Hastanelerde Kurum Ev İdaresi Bölümü Hizmetlerinin Önemi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,9(4), 12-13.
46. Jim, H.S.L.,Pustejovsky, J.E.,Park, C.L. (2015). Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Cancer*, 121, 3760-3768.
47. Kahraman, C.A. (2018). Japanese Moral Education: A Role Model for Virtuous Life. *Border Crossing*, 8(1), 10-16.
48. Karagül, A. (2012). Manevi Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi (Hollanda Örneği).*Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dini Araştırmalar Dergisi*,14(40), 5-27.
49. Kavas, E. ve Kavas, N. (2014). Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenirliği. *Turkish Studies- International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 9(2), 905-915.
50. Kaya, M.Ş. (2018) Sağlık Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım (Hollanda ve Türkiye Örneklerinin Karşılaştırılması). (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

51. Khairunnisa, A.D. (2014). Spirituality and nursing. *Journal of Holistic Nursing, Amerikan Holistic Nurses*, 32(4), 341-46.
52. Koenig, G.H. (1994). *Aging and God: Spiritual Pathways To Mental Health in Midlife And Later Years*. Binghamton, NY: The Haworth Pastoral Press.
53. Koenig, G.H. (2009). Research On Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-91.
54. Kozak, M., Akdoğan Kale, E. (2007). *Temizlik Hizmetleri İşletmeciliği*. Ankara: Detay Yayınları.
55. Kurtar, Ş. (2009). *Ruhsal liderlik ölçeği: Türkçe dilsel eşdeğerlik, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Yeditepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
56. Lazar, A. (2009). Spirituality And Job Satisfaction Among Female Jewish Israeli Hospital Nurses. *JAN*, 334-344.
57. Levin, J.S., Schiller, F.L. (1987). Is There a Religious Factor in Health. *Journal of Religion and Health*, 26(1), 9-36.
58. McEwen, M. (2005). Spiritual nursing care. *Holist Nurs Pract*, 19(41), 161 - 168.
59. McSherry, W.& Ross. L.(2010). *Spiritual Assessment in Healthcare Practice*. Cumbria: M&K Publishing.
60. Mehmedoğlu A.U., Mehmedoğlu, Y. (2012, Mayıs). Kadim Bir İlgiden Beslenen Meydan Okuma: Ruhsallık (Spirituality). *Gnostik Akımlar ve Okültizm Sempozyumu*, Malatya.
61. Mollaoğlu, H. (2013). *Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım ve New York Healthcare Chaplaincy Örneği.(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
62. Narayanasamy, A. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their. *JAN*, 33 (4), 446-455.
63. Nelson, J.C., Rosenfeld, B., Breitbart, W., Galiotta, M.(2002). Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill. *J Psychosomatics*, 43(3), 213- 220.



64. Nelson Becker, H., Nakashima, M., Canda, E. (2006). Spirituality in Professional Helping Interventions. Social Work in Health and Aging. Berkman, B. editors. D'Ambruso S (Ass Edt). NewYork: Oxford University Press.
65. Ok, Ü. (2012). Dini Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi Dini Danışmanlık ve Din Hizmetleri. Ankara: Gündüz Yayınları.
66. Okumuş, E. (2009). Toplumsal Değişme Ve Din. Electronic Journal of Social Sciences <http://eski.bingol.edu.tr/media/267517/3Toplumsal-Degisme.pdf> Erişim Tarihi: 29.04.2019
67. Okyay, N. (2008). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans) Cumhuriyet Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Sivas.
68. Ormsby, A., Harrington, A. (2003). The spiritual dimensions of care in military nursing practice. International Journal of Nursing Practice, 9(5), 321-327.
69. Oxford Dictionary, 2016. <https://en.oxforddictionaries.com/definition/pdf> Erişim Tarihi: 24.03.2019
70. Öz, F. (2004). Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.
71. Özbaşaran, F., Ergül, Ş., Bayık Temel, A., Gürol Aslan, G., Çoban, A. (2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. Journal of Clinical Nursing, 20 (21-22), 3102-10.
72. Özdemir, S. (2012). Dînî Sosyal Hizmetlerin Temelleri. SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi,25, 125-138.
73. Pall, P. (2014). Developments in spiritual care education in German - speaking countries. BMC Medical Education, 14, 112.
74. Pargament, K.I., Magyar-Russell, G.H., Murray-Swank, N.A. (2005). The Sacred and The Search for Significance: Religion As A Unique Process. J Soc Issues, 6(4), 665-87.
75. Peters, F.S. (2008). When Prayer Fails: Faith Healing, Children and the Law. NewYork: Oxford University Press.

76. Reich, K.H. (2000). What characterizes spirituality? A comment on Pargament, Emmons and Crumpler, and Stifoss-Hansen. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2(10), 125-28.
77. Resmi Gazete.(2014).  
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm> Erişim Tarihi: 03.04.2019
78. Restrepo-Madero, E., Trianes-Torres, M.V., Muñoz-García, A., Alarcón, R. (2016). Cultural and Religious/Spiritual Beliefs and the Impact on Health that Fear to Death has on Gender and Age, Among a Romani Minority Group from Southern Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-6.
79. Ross, L.A. (1994). Spiritual aspects of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 439-447.
80. Selamoğlu, A. (2000). İnsan Kaynakları Yönetimi ve Endüstri ilişkilerinin Zenginliği. *İşveren Dergisi*, 10, 13.
81. Salladay, S.A., McDonnell, M.M. (1989). Spiritual Care, Ethical Choices, and Patient Advocacy. *Nursing Clinics of North America*, 24(2), 543-549.
82. Sawatzky, R., Pesut, B. (2005). Attributes of spiritual care in nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 23(1), 19-33.
83. Seybold, K.S., Hill, P.C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *American Psychological Society*, 10(1), 21-24.
84. Seyedrasooly, A., Rahmani, A., Zamanzadeh, V. (2014). Association between perception of prognosis and spiritual well-being among cancer patients. *J Caring Sci*, 3, 47-55.
85. Seyyar, A. (2014). Dünyada ve Türkiye’de Manevî Bakım Hukuku. [http://www.manevibakim.com/bilim\\_alanlari/manevi\\_bakim/makale\\_17.pdf](http://www.manevibakim.com/bilim_alanlari/manevi_bakim/makale_17.pdf) Erişim Tarihi: 20.02.2019.
86. Schimmel, A. (2005). Türkiye’de Tasavvuf ve Manevi Hayat.(Çev. Süleyman Gökbulut). *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi*, 22, 185-195.
87. Sheafor, B.W., Horejsi, C.J. (2014). Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler.(Çev. Durdu Baran ÇİFTÇİ). Ankara: Nika Yayınevi.

88. Strang, S., Strang, P., Ternestedt, M. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *J Clin Nurs*, 11, 48–57.
89. Sülü, E. (2006). Yoğun bakımda yatan çocuk hastaların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. (Yüksek Lisans Tezi).Ege Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
90. Tanyi, R.A. (2002). Towards Clarfication Of The Meaning Of Spirituality. *JAN*, 39, 500-509.
91. Tekin, M. (2011). Türkiye Toplumunun Dinî Hayatında Postmodern Tezahürler. *İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 25, 5-20.
92. Toparlı, R. (Ed.) (2005). *Türkçe Sözlük*. Ankara: Türk Dil Kurumu.
93. Turan, T., Yavuz Karamanoğlu, A. (2013). Determining intensive care unit nurses' perceptions and practice levels of spiritual care in Turkey. *Nursing in Critical Care*, 18(2), 70-8.
94. Velioglu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset Yayınları.
95. Wong, K.F., Lee, L.Y.K., Lee, J.K.L. (2008). Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review* 55(3), 333-40.
96. Yazgan, T. (2017). *Japonya'da Maneviyat Eğitimi*.Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı.
97. Yeşilyurt, T. (1999). Din nedir? *Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 5, 151–166.
98. Yıldırım, N., Kaçmaz,N., Özkan, M. (2013). İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi- Journal of PsychiatricNursing*, 4(3), 153-158.
99. Yılmaz, M., Okyay, N. (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(3), 41-52.
100. Yılmaz, M. (2011). Holistik bakımın bir boyutu: Spiritüelite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemş.ve Sağlık Bil.Derg.* 14(2), 61-70.

## EKLER

### EK 1.ANKET FORMU

Anket No:

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma; sağlık kurumlarında sağlık personeli dışında çalışanların spiritüalliteye ilişkin tutumlarını, görüşlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Anketteki tüm bilgileriniz saklı tutulup sadece bu çalışmada kullanılacaktır. İsim yazmanıza gerek yoktur. Lütfen size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz ve boş soru bırakmayınız.

#### 1.Cinsiyetiniz:

1.Kadın

2.Erkek

#### 2.Yaşınız.....

#### 3.Eğitim Durumunuz:

1.Okuryazar

2.İlkokul

3.Ortaokul

4.Lise

5.Önlisans

6.Lisans

7.Yüksek

Lisans

ve üzeri

#### 4.Gelir Durumunuz:

1.Yüksek

2.Orta

3.Düşük

#### 5.Medeni Durumunuz:

1.Evli

2.Bekar

3.Dul-Boşanmış

#### 6.Çocuk Sayınız:.....

#### 7.Memleketiniz:.....

#### 8.Hastanedeki göreviniz:

1. Veri giriş personeli

2.Temizlik personeli

3.Tekniker

4.Güvenlik

5.Diğer(lütfen

belirtiniz).....

#### 9.Sizce hastanede hastalara manevi desteği kimler vermelidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1.Doktorlar

2.Hemşireler

3.Din görevlisi

4.Verit giriş personeli

5.Temizlik personeli

6.Diğer(lütfen

belirtiniz).....

#### 10.Sizce hastanede verilen manevi destek yeterli mi?

1.Evet

2.Hayır

#### 11.Maneviyat denilince ilk aklıma gelen kelime.....'dir.

#### 12.Sizin için hangi doğrular önemlidir?

.....

.....

.....

.....

*Aşağıdaki her bir madde için size uygun olan en yakın şıkkı ...X...ile işaretleyiniz.*

		Bu Düşünceye			
		Hiç katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
13	Başıma gelen olumsuzlukları manevi güce bağlarım.				
14	Başıma gelen olumsuzluklar şanssız bir insan olmamdan kaynaklanmaktadır.				
15	Başıma gelen olumsuzlukların nedeni çevremdeki insanlardır.				
16	Bir olumsuzluk yaşamışsam “ben bunu hak ettim” derim.				
17	Başıma ne geldiyse hepsi kaderimde yazılıdır.				
18	Maneviyat, güçlüklerle baş etmemi sağlar.				
19	Maneviyat, yaşadığım stresi azaltır.				
20	Maneviyatı moralimi düzeltmek için kullanırım.				
21	Maneviyat beni yaşama bağlar.				
22	Maneviyat, kişiler arası iletişimimi etkiler.				
23	Manevi gereksinimlerimi (ibadet, kitap, vb.) hastane ortamımda karşılayabilmeliyim.				
24	Manevi gereksinimlerimin herkes tarafından bilinmesi beni rahatsız eder.				
25	Hastaların fiziksel iyileşme sürecine maneviyatın etkisi vardır.				
26	Hastaların psiko-sosyal iyileşme sürecine maneviyatın etkisi vardır.				
27	Maneviyat, hastalık döneminde kişinin yaşadığı stresi azaltır.				
28	Maneviyat, hastalık ile baş etmeyi destekler.				
29	Maneviyat hastalara moral verir.				
30	Maneviyat hastaları yaşama bağlar.				
31	Maneviyat, tıbbi tedaviyi destekler.				
32	Maneviyat, hastalarda sağlığı olumsuz etkileyecek davranışları engeller.				
33	Maneviyat, hastalarla iletişimi de destekler.				
34	Hastalar manevi gereksinimleri (ibadet, kitap, vb.) hastane ortamında karşılayabilmelidir.				
35	Hastanede, her türlü dini ve manevi sorunların danışılacağı bir uzman olmalıdır.				
36	Hastaların manevi desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olmalıdır.				
37	Hastaların, manevi bakımdan önem taşıyan eşyalarına saygı gösterilmelidir.				
38	Hastaların manevi gereksinimlerini karşılaması gizli tutulmalıdır.				
39	Hastalara manevi destek vermek isterim.				
40	Hastaların manevi gereksinimlerini göz önünde bulundururum.				

**EK 2.ETİK KURUL ONAYI**

T.C  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı: 2017/

28/12/2017

Sayın Doç. Dr. Dumrul GÜLEN

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz **“Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Dışında Çalışanların Spiritüalite ile ilgili Görüş Ve Tutumları”** başlıklı ve 2017/114/12/02 nolu araştırmanız incelenmiş olup, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oybirliği/oyçokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evet	Hayır	
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAG	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza KIZILER	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nicel TAŞDEMİR	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gündüz YÜMÜN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna ERDAL YILDIRIM	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Birol TOPÇU	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Demet ÖZKARAMANLI GÜR	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sonat Pınar KARA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ufuk COŞKUNKAN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Zeynep KURTULUŞ TOSUN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Başkanın Unvanı /Adı/ Soyadı /İmza: Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAG

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030  
Telefon: (0 282) 250 59 04 - Faks: (0 282) 250 99 28  
Elektronik Ağ: <http://tip.nku.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER  
e- posta: [edrencber@nku.edu.tr](mailto:edrencber@nku.edu.tr)

## EK 3.KURUM İZİNİ


2

### NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Sağlık Kurumlarında Sağlık Personeli Dışında Çalışanların Spiritüalite İle İlgili Görüş ve Tutumları" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

04.12.2017

  
Adı ve Soyadı  
Sorumlu Yürütücü  
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı  
Doç. Dr. Dumrul GÜLEN

UYGUNDUR  
04.12.2017

Adı Soyadı  
Merkez Müdürü  
Doç. Dr. Fatih HOROZOĞLU  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Merkez Müdürü

## ÖZGEÇMİŞ

Nur BOZTEPE 09.08.1991 Tekirdağ doğumludur. İlk ve orta öğrenimini Tekirdağ'da tamamlamış olan Nur BOZTEPE, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü 2015 mezunudur. Halen Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ürün Takip Sistemi Birimi'nde görev yapmaktadır.