

HEMŞİRELİK VE MANEVİ BAKIM

Şafak ERGÜL * , Ayla BAYIK **

ÖZET

Bir bireyin varoluşunun tüm boyutlarını korumasında, sürdürmesinde veya elde etmesinde ona yardımcı olmak iyi hemşirelik bakımının temelidir. Geçmişte, bireyin ruhsal boyutu yalnızca dinsel bağlantılarla sınırlı kalmıştır. Bireylere sağlık bakımının holistik (bütüncül) bir yaklaşımla verilmeye başlanmasıyla manevi boyut; fiziksel, emosyonel, psikolojik ve sosyal boyut kadar iyi değerlendirilerek giderek önem kazanmıştır. Fiziksel ve psikososyal boyutun üstünde ve varolmanın daha ötesinde bir boyut olan manevi boyuta yönelik hemşirelik bakımının önemi, günümüzde hemşireler tarafından artık kabul edilmektedir. Öte yandan bu bakım bir çok hemşireyi korkutmaktadır. Manevi gereksinimler; bireyin manevi yoksunluğunu azaltacak veya manevi gücünü destekleyecek gerekliliklerdir. Bu yönde verilecek bakım; hemşirenin, bireyin manevi gereksinimlerini tanıyarak, uygun girişimlerle karşılaması ve desteklemesi olarak tanımlanabilmektedir. Manevi gereksinimlere yönelik bakım total bakımın doğal bir parçasıdır ve tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluşan hemşirelik süreci kullanılarak verilebilir. Manevi bakımın, hemşirelik sürecinden yararlanılarak sunulmasıyla hastanın çatışma yaşamadan kendi manevi kaynaklarından yararlanması sağlanabilir.

Bu makalede; bütüncül sağlık bakışı kapsamında, bireyin manevi boyutu tanımlanmış, bakımı etkileyen faktörler, bakımı vermede temel ilkeler kısaca özetlenerek, bireyin bu boyutuna yönelik verilmesi gereken hemşirelik bakımının içeriği bitimlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Manevi bakım, hemşirelik

SUMMARY

Nursing and Spiritual Care

To help someone in protecting, maintaining or obtaining the entire dimensions of existence is essential for the good nursing care. In the past, spiritual dimension of an individual was evaluated only by being limited to religious connections. When the health care was started being given through a holistic approach, the spiritual dimension was evaluated as good as physical, emotional, psychological and social dimension. Today, nurses acknowledge that in welfare of an individual spiritual care is as important as physical and psychosocial requirements. On the other hand, this care scares many nurses. Spiritual care implies that nurse should fulfill and support all these requirements with appropriate strategies by identifying entire needs of an individual/patient. Care aimed at spiritual requirements, is a natural part of total care which will be easily applied to nursing process comprised of diagnosing, planning, applying and evaluating. To provide this care by utilizing the nursing process, will allow patient to take advantage of his/her own spiritual sources without experiencing any conflict. In this article, in the scope of total health concept the spiritual dimension of an individual is defined, factors affecting the care and the principles in providing the care are briefly summarized and the contents of the nursing care that should be provided toward this dimension of individual was tried to be described.

Key Words: Spiritual care, nursing

GİRİŞ

Bir bireyin varoluşunun tüm boyutlarını korumasında, sürdürmesinde veya elde etmesinde ona yardımcı olmak iyi hemşirelik bakımının temelidir. Geçmişte, bireyin ruhsal boyutu yalnızca dinsel bağlantılarla sınırlı kalarak değerlendirilmekteydi. Bireylere sağlık bakımının holistik bir yaklaşımla verilmeye başlanmasıyla, manevi boyut diğer boyutlar (fiziksel, emosyonel ve psikososyal boyut) kadar iyi

değerlendirilerek önem kazanmıştır. "Holistik bakım" terimi 1980 yılında Rogers, Parse, Newman gibi hemşire teorisyenlerle hemşirelik literatürüne girmekle birlikte, tarihsel süreçte hemşireler bireylere geleneksel olarak holistik bir yaklaşım içinde bakım vermişlerdir (Cox 2003). Hemşirelik tarihinde hemşireliğin yalnızca fiziksel bakım veren bir meslek olarak tanımlandığı herhangi bir dönem yoktur. Hemşireliği meslek olarak var eden Florence Nightingale, sadece geleneksel hristiyanlık

* Araş.Gör., Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

** Prof.Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir

değerlerini değil otonomi, profesyonellik gibi bazı modern hemşirelik değerlerini de ortaya koymuş holistik bir bakış açısına sahip bir düşünürdü. Onun bu düşüncesini aşağıdaki ifadeleri açıkça betimlemektedir; "Sağlık için, manevi gereksinimler vücudu oluşturan fiziksel organlar kadar önemli bir öğedir, hepimizin gözlemlediği fiziksel durum zihnimizi ve ruhumuzu etkileyebilir". Bir birey ruhsal ve duygusal olarak yaralandıysa ve zarar gördüyse fiziksel hastalıklar da ortaya çıkabilir" (Hutchinson 1997). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'ne göre (1973), sağlığı koruma ve geliştirme, hastalıkları önleme, acıyı dindirme hemşirenin fonksiyonudur. Bu bakış açısıyla, bireyin manevi boyutuna ilişkin bakım verilmesi de hemşirenin fonksiyonunun bir parçası olmalıdır. Amerikan Holistik Hemşireler Birliği iyi sağlığı, vücut, beyin ve ruh arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle, bireyin varlığının tüm boyutlarının bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde bireye yardımcı olmak için hemşirelerin, tüm bu alanların bakımını sağlayacak şekilde hazırlıklı olması gerekmektedir (Hutchinson 1997, Stranahan 2001).

Hemşirelik bugün manevi bakıma nasıl bakmaktadır? Hemşirelik literatüründe uzun bir süre manevi bakıma ilişkin bilgiler, inanç sistemleri ve dini uygulamalara yönlendirilmiştir. İnsanın manevi boyutu düşünüldüğünde, manevi boyuta yönelik bakım için, sadece din görevlisinin hastaneye çağırılmasıyla sınırlı dini fonksiyon ve uygulamaların yetersiz olacağı açıktır. Günümüzde fiziksel ve psikososyal boyutun üstünde ve varolmanın daha ötesinde bir boyut olan manevi boyuta yönelik hemşirelik bakımının önemi hemşireler tarafından kabul edilmektedir. Öte yandan bu bakım bir çok hemşireyi korkutmaktadır. Manevi gereksinimler; bireyin manevi yoksunluğunu azaltacak veya manevi gücünü destekleyecek gerekliliklerdir. Bu yönde verilecek bakım hemşirenin, bireyin manevi gereksinimlerini tanıyarak, uygun girişimlerle karşılaması ve desteklemesi olarak tanımlanabilmektedir (Carroll 2001, Govier 2000).

Bu makalenin amacı; ülkemizde henüz literatürde yeterince vurgulanmayan, hemşirelik bakımının manevi boyutunun ele alınarak, hemşirelerin bu konuya dikkatinin çekilmesidir.

Maneviyatın Doğası; Manevi gereksinimler ve psikososyal gereksinimler, fiziksel gereksinimlere göre daha soyut ve karmaşık olup aynı zamanda ölçümü güçtür. Bu nedenle bireyin sağlık bakımında daha net ve kolaylıkla ölçülebilen fiziksel gereksinimler öncelikle ele

alınmakta, buna karşılık manevi gereksinimler gözden kaçabilmektedir. Ancak bireylerin manevi gereksinimlerinin de tanımlanması ve gerekli bakımın sağlanması önemlidir. Bunun için öncelikle, maneviyatın doğası ve bütün bireyler tarafından nasıl ifade edildiği konusu açıklanmalıdır. Bugün literatürde bir çok tanım hem maneviyatı tanımlamaya yardımcı olmakta, hem de manevi gereksinimler, din veya psikososyal gereksinimler arasındaki farklılıkları ortaya koymaktadır (Coyle 2002, Hutchinson 1997, Walter 2002, Wright 2002). Ross'a göre (1994), Simsen (1985) maneviyatı, "bireyin, materyalin ötesinde ilişkili olduğu herşey ve bunların temel anlamlarına ilişkin içsel kaynaklarının toplamı" biçiminde tanımlamaktadır. Türk Dil Kurumunun Sözlüğünde maneviyat; "maddî olmayan manevî şeyler (görülmeleyen, duyuyla sezilebilen, soyut, tinsel)" olarak tanımlanmıştır (TDK 2003). Manevi gereksinimler ise ; "Manevi yoksunluğu azaltacak veya bireyin manevi gücünü destekleyecek gereksinimlerdir", "Bireyin üstün güçle/tanrıyla (kişi nasıl tanımlıyorsa) dinamik ilişkisini sürdürmesi için gerekli faktör veya faktörlerdir" şeklinde tanımlanmıştır. Tüm bu tanımların içeriği, hemşirenin bireye vereceği manevi bakımda amaçlarını ve yapacaklarını açıkça ortaya koymaktadır (Hutchinson 1997).

Günümüzde Hemşirelikte Maneviyat Ve Manevi Bakım

Hemşireler bireylerle birlikte buldukları her ortamda manevi gereksinimlerle karşılaşabilirler. Dolayısıyla hemşireler, bireyin manevi boyutunu yansıtan ifadelerin farkında olmalıdır. Örneğin; birey/hasta "Tanrı beni cezalandırıyor olmalı", veya "beni sorguluyor olmalı?" gibi cümlelerle manevi boyutuna ilişkin bilgiler verirken, hemşire de "öldükten sonra herhangi bir şey olduğunu düşünüyor musunuz?" gibi cümlelerle bireyin bakış açısını ortaya koyabilir (McSherry ve ark. 2002).

Hemşire teorisyenlerin 1960'lı yılların sonlarından beri, bireyin fiziksel, emosyonel ve psikososyal boyutu kadar manevi boyutuna da giderek büyüyen bir ilgi gösterdikleri görülmektedir. Bu teorisyenler yazılarında maneviyat ve manevi bakıma dini ve mezhepsel inanç ve uygulamalardan daha geniş bir kavram olarak yer vermişlerdir. Joyce Travelbee 1971 yılında, "Bir hemşire yalnızca fiziksel ağrıyı azaltmak için veya fiziksel açıdan değil, bireye holistik (bütün) bir bakım verir" şeklinde bakımın tüm boyutlarının önemini ifade etmiştir. (Harrington 1995, Martsof 1998).

Günümüzde birçok hemşirelik uygulaması incelendiğinde bireylere belli derecede manevi destek sağlandığı farkedilecektir. Örneğin; bireyin umut, yaşamın anlamı, amacı, sevgi ve ait olma gibi gereksinimleri manevi gereksinimlerdir ve bu durumda hemşirenin bireyin kaygılarını dinlemesi, empati yapması ve bu gereksinimlere yanıt vermesi tedavi edici bir uygulamadır. (Hutchinson 1997, Narayanasamy 2001). Yaygın olarak manevi gereksinimlerin yalnızca hastanede yatan hastalar için geçerli olduğu kabul edilir. Oysa pek çok yaşamsal krizler, örneğin; kronik hastalıklar, ileri yaşlarda ölüm korkusu ve çaresizlik duygularının yaşanması, güvenlik, yaşamın anlamı, sevgi, ait olma, kabul görme gibi manevi gereksinimleri ön plana çıkarır. Manevi gereksinimler tüm insanlar için temeldir. İnsanlar bu gereksinimleri insan ilişkileri yoluyla veya tanrıyla ilişki kurarak karşılayabilir. Hemşirelerin tüm insanları bu bakış açısıyla değerlendirmesi bireyin sağlığını bütüncül olarak geliştirecek hemşirelik girişimlerini planlamada önemlidir. (Hutchinson 1997, Salladay ve Shelly 1997, Wright 2002). Hemşirenin temel sorumluluğu, bireyin manevi kaynaklarını, bir başka deyişle manevi bütçe stratejilerini değerlendirebilecek bir bakış açısına sahip olmasıdır (Baldacchino ve Draper 2001).

Ross'a göre (1994) Renetzky, manevi boyutun aşağıda belirtilen 3 tür gereksinimlerden oluştuğunu ifade etmektedir

1. Yaşam, acı çekme ve ölüm kavramlarının anlamı, amacı ve gücünü bulma gereksinimi
2. Yaşama umudu gereksinimi
3. Kendi içinde diğer insanlara ve üstün güce yönelik inanç ve güven duyma gereksinimi

Manevi boyutun bu gereksinimleri tek tek incelenecek olursa;

Yaşam, acı çekme ve ölüm kavramlarının anlamı, amacı ve gücü

Manevi boyutun temel kavramlarından birisi olan yaşamın anlamını Ross makalesinde (1994) Yura ve Walsh'ün tanımıyla (1982); "insanoğlunun en büyük görevi yaşamın anlamını tanımlamasıdır" şeklinde ifade ederken, Ross'a göre (1994) Stoll ise "insan yaşamak için bir nedene gereksinim duyar ve eğer bu yoksa, kişi ölmeye başlar" biçiminde açıklamıştır. Dickonson (1975) diğer bir çok yazar gibi yaşamın temeli olarak, evrensel bir özellik olan yaşamın anlamına ilişkin gereksinime dikkat çekmiştir. Salladay ve Dannel (1987) "Manevi sıkıntı yaşamı anlamlı biçimde tüketmede yetersizlik olmasıdır, bu durum boşluk ve ümitsizlik duygularıyla

karakterizedir." biçiminde açıklamışlardır. Birçok araştırmada, bireyin yaşamı anlamlı bulması ile sağlık ve iyilik durumu arasında önemli ilişki olduğu belirlenmiştir. Ross'a göre (1994) Simsen yaptığı çalışmada hastanede yatarak tedavi gören ve cerrahi operasyon geçiren hastaların, hastalığın ve hastanede yatmanın anlamını bulmaya gereksinim duyduklarını ortaya koymuştur. Manevi gereksinimler üzerine İngiltere'de yapılan çalışmalardan biri olan bu çalışmada, "anlamlandırmanın" bu hastalar için önemli bir deneyim olduğu belirtilmiştir.

Ross'a göre (1994), Renetzky; "anlam, amaç, güç (AAG) ve manevi iyilik" arasında bir ilişki olduğunu ileri sürmüş, bu üç kavramın (anlam, amaç, güç) dinin etkisiyle artmasıyla, kişinin özsaygısının da arttığını, öte yandan boşluk ve işe yaramazlık duygularının azaldığını ifade etmiştir. Bu tek çalışmanın sonucu genellenemese de, anlam, amaç ve gücün manevi iyilik düzeyini arttırdığı, dolayısıyla yaşam kalitesi ve sağlığı olumlu etkilediği söylenebilir.

Yaşama Umudu (yaşam umudu)

Umut etmek; davranışların ve eylemlerin en temel motivasyon kaynağı, etkili bir yaşam gücü, yaşamda varolmak ve canlılığın yaratıcısı olarak kabul edilir. Umut geleceğe oryante değildir. Umutlu kişi, şimdiki yaşam durumunu değiştirmek ister, birey içinde bulunduğu anda yaşamında doyumsuz, rahatsız ya da hoşnutsuz olabilir. Umutlu birey bir çok yolu kullanarak geleceği tekrar yapılandırmaya çalışır (Beck ve ark. 1984). Geniş bir literatür bilgisinde; "umudun olmadığı durumda sonuç, ölüm olabilir" gerçeğini destekleyen kanıtlar sunulmaktadır (Little ve Soyers 2004, Ross1994). Nedensel bağlantıları açıklamak güç olmasına karşın, Ross'un belirttiği gibi (1994), Blekner yürüttüğü bir çalışmada; kendileri istemedikleri halde bakım evine yerleştirilen yaşlılar arasında ölüm oranının yüksek olduğunu belirlemiştir. Bunun nedeni olarak da, ümitsizlik ve çaresizlik duygularının yaşanmasını göstermiştir. Bu durum terminolojik olarak "pasif intihar girişimi" olarak da belirtilebilir.

Yaşamda umut etmenin önemi; yalnızca yokluğunda ölüme neden olması değil, aynı zamanda umudun fazla olduğu durumlarda daha hızlı iyileşmenin sağlanması açısından da değerlendirilmelidir. Umudun hastalar üzerindeki olumlu etkisine ilişkin uzun yıllardır yapılan klinik gözlemlerle kanıtlar elde edilmiştir. Tongprateep (2000) Tayland'da yaşayan budist yaşlılarla yürüttüğü çalışmada, yaşlıların yaşam umudu arttıkça, iyileşme sürecinin daha hızlı geliştiğini belirlemiştir.

Ross (1994) bireylerin yaşama umudu ne kadar büyükse, hastalığı yenme şanslarının da o oranda büyük olduğunu belirtmiştir. Psikiyatrist Dominion (1983), hastalarda umudun önemine dikkat çekerken, hastalıkların tıbbi prognozunun yalnızca bilimsel veriler üzerine yoğunlaşarak kurulmayabileceğini, bireyin yaşam umudu ile bağlantı kurularak ta yapılabileceğine ilişkin görüşünü belirtmiştir. Özetle, bireylerin yaşamında umut ve gelecek yaşama ilişkin beklentiler yaşamsal bir önem taşımaktadır (Baldacchino ve Draper 2001, Ross 1994).

Kendi içinde diğer insanlara ve üstün güce yönelik inanç ve güven duyma

Ross'a göre (1994), Sosyolog Renetzky 30 yıldan fazla süren çalışmaları sonucunda; bireylerin kendilerine ve başkalarına inançları arttıkça yaşama umutlarında arttığını ifade etmiştir. Ayrıca anlam, amaç, güç ve manevi iyiliğin tanrı inancıyla paralel olarak arttığını açıklamıştır. Başka araştırmalarda da inanç ve güvenin sağlık üzerindeki etkileri ortaya konmuştur. Tongprateep (2000) çalışmasında, budist yaşlıların güçlü manevi inançları ile hastalık sürecini daha az acı çekerek geçirdiklerini ve yaşam kalitelerini arttırdıklarını belirtmiştir. O'Brien yaşama olumlu, dini bir bakış açısıyla bakan hastaların hemodiyaliz yarattığı strese daha kolay uyum sağlayabildiklerine dikkat çekmiştir. Ross'un belirttiği gibi (1995), Martin ve Carlson inancın terapötik etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri iki farklı çalışma sonucunda; inancın, öfke, anksiyete, pulmoner ödem gibi semptomları ve antibiyotik tedavisine gereksinimi, entübasyon endikasyonunu azalttığını belirlemişlerdir. Tüm bu gözlemlerin ışığında bir çok yazar, bireyde yaşam umudu, amaç, anlam, güç, inanç, güven var olduğunda, en üst düzeyde sağlık durumuna, yaşam kalitesi ve iyilik durumuna ulaşılacağı sonucuna varmışlardır (Baldacchino ve Draper 2001, Ross 1995, Salladay 1989).

Manevi Bakım ve Hemşirenin Fonksiyonu

Yapılan çalışmalarda manevi boyutun sağlık, iyilik ve yaşam kalitesi üzerine açık etkisi olduğu ortaya konulmuştur (Baldacchino ve Draper 2001, Coyle 2002, Ross 1995, Salladay 1989, Tongprateep 2000). Bu konuda diğer bir gerçek de, bireyin manevi bakımını sağlayan hemşirenin fonksiyonudur. Literatürde, hemşirenin başkalarının manevi gereksinimlerinin farkında olması için öncelikle kendi maneviyatını keşfetmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Harrington 1995, Newshan 1998, Oldnall 1996). Yaşamın gelişimsel süreci içinde hemşirenin sahip olduğu, varlık ötesi bir

güce olan inancı, yaşamın anlamına ilişkin değerleri, yaşamdaki umudu ve diğer manevi kaynaklarına ilişkin farkındalığı, bireylerin manevi gereksinimlerine daha duyarlı olmasında etkili olmaktadır (Harrington 1995). Narayanasamy (2001) hemşirelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin hastaların manevi gereksinimlerinin yeterince farkında olmadığını belirlerken, Oldnall (1996), hemşirelerin eğitim sürecinde hastaların manevi gereksinimlerine ilişkin yeterince bilgilendirilmediğini, hemşirelik bakım planını oluşturmada manevi bakıma ilişkin donanımının yetersiz olduğunu vurgulamıştır.

Hemşireler konu ile ilgili workshop ve kurslara katılarak hemşirelik bakımının manevi boyutuna ilişkin bilgi ve becerilerini geliştirebilirler. Konu ile ilgili çeşitli hemşirelik bilgi kaynakları (örn; Kozier ve Erb'in hemşireliğin temelleri kitabında "manevi tercihler" başlıklı bölüm, Lippincott yayınevinin "Hemşirelik ve manevi bakım" kitabı gibi...) manevi gereksinimlere ilişkin hemşirelere zengin bir bakış açısı kazandırır (Hutchinson 1997). Tüm bu bilgi kaynakları önemlidir, çünkü; farklı toplumsal kültür ve dinler, hemşirelik bakımıyla yakından ilişkili olan sağlık, hastalık, acı çekme, ölüm gibi konulara ilişkin bireylerin düşüncelerini ve davranışlarını etkilemektedir. Gelenekler, töreler, hijyen kuralları, beslenme kurallarına ilişkin bilgiler hemşirelik uygulamalarında etkili olmaktadır. Ayrıca, bireyin dini inancı varsa, hemşireler, o dinin yaşam, hastalık, ölüm gibi kavramlara nasıl yaklaştığını bilmelidir (Narayanasamy 2001, Schubert 2003).

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

1. Manevi gereksinimlere ilişkin hemşirelik tanısı; mevcut ve olası problemler kadar bireyin gücünü açıklamayı da amaçlamalıdır.
2. Manevi bakımda hemşirenin öncelikli amaçları, bireyin manevi kaynaklarını harekete geçirmek olmalıdır.
3. Hemşire, manevi bakımın bireyin bakış açısını değiştirmek, inançlarından döndürmek değil, bunun yerine bireyin ifade ettiği gereksinimlerine yanıt vermek olduğunun ayırında olmalıdır.
4. Manevi tanılama ve bakım, hemşire ve hasta birey arasında güvenilir ve duyarlı bir ilişki üzerine temellenmelidir. Bu bakım bireyin, kültürünü, sosyal ve manevi kaynaklarını aynı zamanda onların düşünce ve dini uygulamalarını da dikkate alacak şekilde planlanmalıdır.

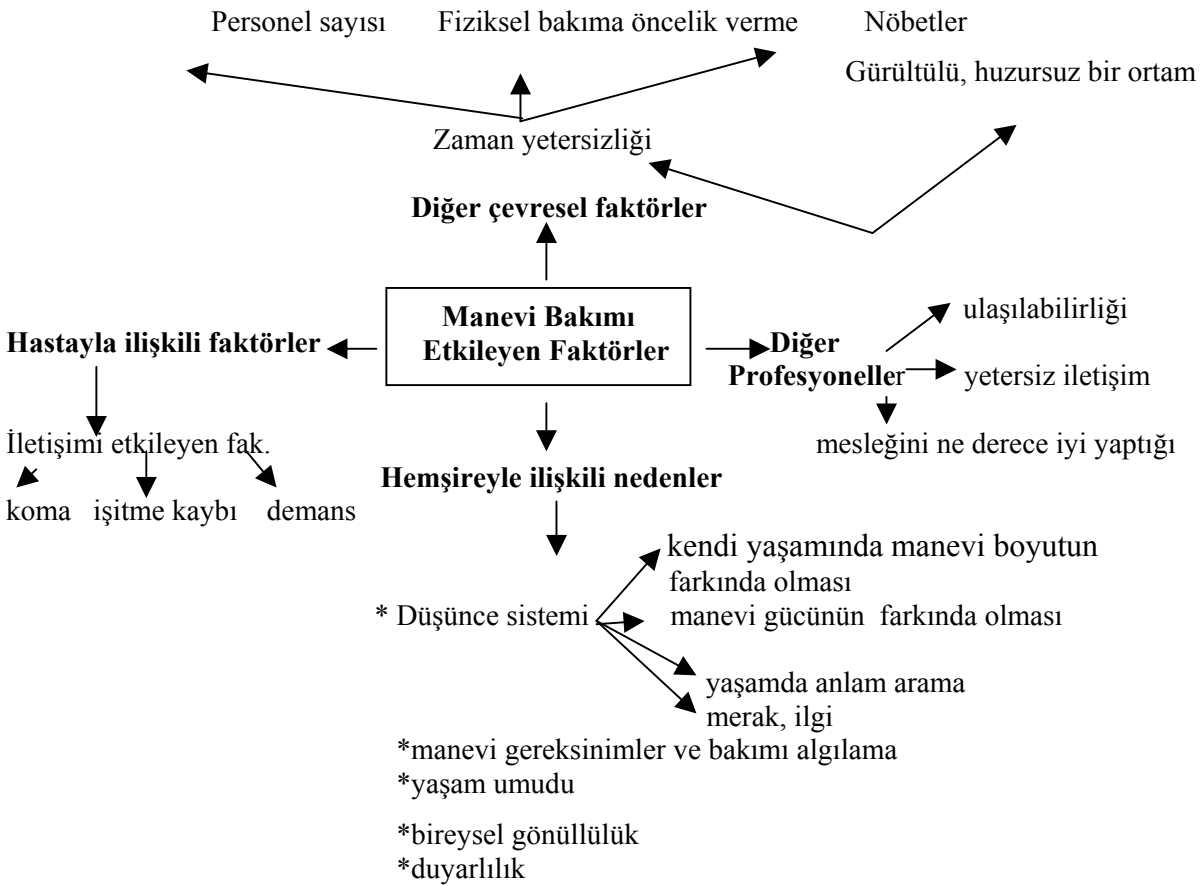
5. Hemşire; bakımda görev alan diğer ekip üyelerine bilgi verirken, sınırlılıklarının ve bilgisinin ayırda olmalıdır.

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

Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler

Hemşirelerin manevi bakım vermesinde etkili olan pek çok faktör vardır. Bu faktörlerden özellikle hemşirenin bireysel düşünce sistemi, manevi

gereksinimler ve bakımı algılaması, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü ve konuya duyarlılığı hemşirelik bakımında etkili olmaktadır. Bunun yanısıra hemşirenin çalıştığı ortam, çalışma koşulları, hastaya bakım veren diğer çalışanlarla iletişimi, hastanın iletişime açık olması gibi bir çok etmen de manevi bakımı etkilemektedir (Ross1994, Narayanasamy 2001). Şekil 1'de manevi bakımı etkileyen faktörler özetlenmiştir.



Şekil 1: Manevi Bakımı Etkileyen Faktörler (Ross L, Spiritual aspects of nursing, Journal of Advanced Nursing 1994, vol;19,439-447)

Hemşirelik Sürecine Dayalı Manevi Bakım

Bireye bütüncül bir yaklaşımla bakım sunulmasında araç olarak kullanılan hemşirelik bakım planında bireyin manevi gereksinimlerinin de değerlendirilerek karşılanması gerekir. Bu amaçla bireyin manevi boyutu değerlendirilerek veri toplanır. Bu bilgi öncelikle bireylerden sağlanabilir, bu mümkün

olmazsa ailelerinden yardım alınabilir. Ayrıca diğer ekip üyeleri, hemşireler, hastanedeki din görevlileri ile iletişim kurularak bireyin manevi gereksinimleri belirlenebilir (Hutchinson 1997, Narayanasamy 2001).

Newshan (1998) ve Pierre (2003) hemşirelerin veri toplamada genellikle açık uçlu sorular kullanması gerektiğini, ancak rutin bir soru cevap yaklaşımıyla

değil daha derinlemesine dinleme ve gözlem yapma becerilerini kullanarak bireyin manevi gereksinimlerine ilişkin ipuçlarını değerlendirmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Beck ve arkadaşları (1984), manevi boyutu değerlendirmede dört bakış açısının kullanılabilceğini belirtmişlerdir. İlk olarak hemşire, bireyin yaşam felsefesini değerlendirir. Birey için yaşamın anlamı şimdi ve burada bakışıyla değerlendirilir. Bireyin değerlerinin ve inançlarının açıklanması önemlidir.

Hastaya yönlenebilecek aşağıdaki sorular, bu amaçla verilerin toplanmasında rehberlik edebilir;

- "Yaşamın senin için anlamı nedir?"
- "Yaşamında senin için önemli olan nedir?"
- "Genel olarak hastalığın hakkında neler hissediyorsun? Hastalığın üzerinde herhangi bir kontrolün olduğuna inanıyor musun?"
- "Bu hastalık senin yaşama bağlanmanı engelliyor mu?"
- "Bu hastalığın senin için anlamı nedir?"
- "Hastalığına ilişkin dinsel inanışların var mı?"
- "Hastalığına bağlı ağrılarına sabır göstermende sana destek olan bir güç var mı?" (Beck ve ark. 1984, Newshan 1998, Schubert.2003)

İkinci bakış açısı; bireyin soyut, bilinç ötesi gereksinimlerinin umut, umutsuzluk temelinde açıklanmasıdır. Bu gereksinimler, bireyin yaşamsal amaçlarına, hedeflerine ulaşma konusunda inançlarının belirlenmesi ve tutumunun değerlendirilmesinde esastır. Aşağıdaki sorulardan bu verilerin toplanmasında yararlanılabilir;

- "Kendinizi iyimser olarak mı yoksa kötümser olarak mı tanımlarsınız."
- "Yaşlandığınızda yaşamınızın daha iyi mi yoksa daha kötü mü olacağını düşünüyorsunuz?"
- "Sizin için umut ne anlam ifade ediyor"

Üçüncü bakış açısı; tanrıyla, diğer insanlarla güven ilişkisi oluşturma gereksinimidir. Bu; ilahi güç, inanç, iletişim, ibadet boyutunda bireysel gereksinimleri kapsar. Bu gereksinimin değerlendirilmesinde hemşire, bireyin kime ve neye ibadet ettiğini, tanrı kavramını nasıl tanımladığını belirlemelidir. Genellikle bireyler tanrıyı kavramsallaştırırlar. Bireyin tanrıya dönüp dönmemesi onun manevi destek gereksinimini yansıtır. Eğer birey tanrının cezalandırıcı olduğuna inanırsa, tanrıdan destek alamayabilir. Hemşire bu alandaki verilerin

toplanmasına yardım edebilecek aşağıdaki sorulardan yararlanabilir;

- "Herhangi bir dinsel uygulama alanına bağlı mısınız? Tanımlayınız"
 - "Belli bir inanca dayalı uygulamalarınız (dua etme, meditasyon gibi..) var mı?"
 - "Büyük bir gücün varlığına (tanrı gibi.) inanıyor musunuz? İnancınızı tanımlar mısınız"
 - "Yaşamın üstünde varolan üstün güç (tanrı) ile ilişkiniz nasıldır"
 - "Manevi inançlarınız, uygulamalarınız stresli durumlarda rahatlamaya yardım ediyor mu?"
- Manevi boyuta dördüncü bakış açısı ise; bireylerin, yaşamın üzerindeki güç ve (tanrı/diğer güçler) bu gücün içinde kişisel imajlarının değerlendirilmesidir. Bu konuda hemşirenin hastaya yönlenebileceği sorular aşağıdadır;
- "Yaşadıklarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğuna inanıyorsunuz?"
 - "Yaşadıklarınız üzerinde başka bir gücün etkisi ne kadardır?"
 - "Yaşam ve ölüm hakkında ne düşünüyorsunuz?" (Beck ve ark 1984, Newshan 1998, Schubert 2003).

Tüm bu bakış açılarının değerlendirilmesi ile ortaya çıkarılan manevi boyuta ilişkin veriler, hemşireyi hastanın gereksinimlerine ve hemşirelik tanısına götürür. NANDA hemşirelik tanıları sınıflandırmasında, bireyin manevi yönüne yönelik "**Manevi sıkıntı**" (Spiritual Distres/NANDA) tanısı yer almaktadır ve bu tanı hemşirenin bağımsız olarak tanılayıp, çözümlenebileceği bir problemdir (Carpenito 1999, Salladay 1989).

Örnek hemşirelik tanısı; Manevi sıkıntı (Spiritual Distres/NANDA)

Tanım; Yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşayan ya da bu riski taşıyan bir grup ya da bireydeki durumdur. Örneğin; bireyin manevi inançları ile tıbbi tedavi arasında bir çatışma yaşandığında ya da yaşamı tehdit eden akut bir hastalık yaşandığında bu durum ortaya çıkabilir (Carpenito 1999, Dewit 2001, Salladay 1989).

Tanımlayıcı özellikler;

- a) Majör özellikler; inanç sisteminde bir rahatsızlık yaşanması
- b) Minör özellikler;

*yaşam, ölüm ve acı çekmenin anlamını sorgular

- * inanç sisteminin güvenilirliğini sorgular
- * cesaretsizlik ve ümitsizlik gösterir
- * inançlar hakkında ambivalan duyguları vardır
- * yaşamak için bir nedeni olmadığını ifade eder
- *yaşamın, acı çekmenin, ölümün anlamı hakkında endişeler, öfke, içerleme, korku ifade eder (Carpenito 1999, Schubert 2003)

Sonuç kriterleri

Birey;

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

Genel Girişimler

Hemşire;

- *Farklı manevi inanç ve uygulamaları kabul ettiğini iletir
- *Ön yargısız bir tutum gösterir
- *Manevi gereksinimlerin karşılanması için yardım etme konusunda sağlık ekibinin istekliliğini ifade eder.
- *Günlük dua, manevi liderin ziyareti, manevi okuma ve düşünme için gerektiği kadar sessizlik ve mahremiyeti sağlar,
- *Hastalık ve ölüm konusunda bireyin duygularını ifade etmesine olanak sağlar,
- *Bireyin duygularını anladığını ifade eder,
- *Hastanın sağlığı için sakıncalı değilse, manevi sınırlamalara uygun diyetle devam eder,
- *Birey kendi şüphelerini, suçluluk duygularını ya da diğer olumsuz duygularını ifade ettiği zaman, hemşire ulaşılabilir ve dinlemeye istekli olur (Carpenito 1999, McCloskey ve Bulechek 2000).

Hastanın manevi durumu	Hemşirenin manevi bakım verirken kullanacağı hemşirelik süreci
Manevi konular	1)Tanılama; Hastanın manevi durumu ve gereksinimlerinin tanılanması
Manevi gereksinimlerin karşılanmasında bozulma	2)Planlama; Tanımlanan manevi gereksinimleri karşılayacak uygun girişimleri planlama
Reaksiyon vermeme Reaksiyon verme	3)Uygulamalar; Manevi gereksinimleri karşılamaya çalışma
Manevi acı, ağrı, sıkıntı	
Etkisiz Etkili	4)Değerlendirme; Uygulamaların değerlendirilmesi
Manevi sıkıntı Manevi iyilik	Etkili Etkisiz
	Manevi iyilik Manevi sıkıntı

Linda Ross'un (1994), manevi bakım konusunda hemşirelerle yapmış olduğu araştırma sonucunda, hemşireler tarafından tanımlanan manevi gereksinimler aşağıdaki başlıklar altında ifade edilmiştir.

- *anlam, amaç ve güç gereksinimi
- *sevgi ve affedilme gereksinimi
- *umut etme gereksinimi
- *inanç ve güven gereksinimi

*huzur ve rahatlık gereksinimi
 Manevi gereksinimleri tanımlamak diğer gereksinimlerden çok daha zor ve incelikli olup, hemşirenin duyarlılığına bağlıdır. Aynı çalışmada, bu gereksinimleri tanımlamada hemşirelerin kullanacakları belirteçler şöyle özetlenmiştir.
 * Hastalar sözel ve sözle olmayan iletişimlerle manevi gereksinimlerini ifade ederler.

* Manevi gereksinimler hemşireler tarafından farklı yollarla gözlemlenebilir,

*Hastalar manevi sıkıntı yaşadıklarını gösterirler,

*Hastalar farklı çaresizlik, ümitsizlik düzeyleri gösterirler,

*Hasta duruma uyum göstermede, adapte olmada yetersizdir.

Ross çalışmasında (1994), manevi bakım vermede hemşirenin yapacağı aşağıdaki uygulamaları örnek göstermiştir; Hemşire,

*Hastanın manevi gereksinimlerini fark eder, saygı gösterir ve bu gereksinimlere cevap verir,

*Hastaya dini uygulamalarını gerçekleştirme olanağı verir.

*Hastayla iletişim kurup, onu dinler, onunla konuşur,

*Hastaya bakım verir ve destek olmada empati yapar

*İyilik durumuna ilişkin hislerini destekler.

Aynı çalışmada, hemşirenin verdiği manevi bakımın, hastanın gereksinimlerini karşılamadaki etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılacak belirteçler ise şöyle belirtilmiştir;

*Hastanın daha canlı ve neşeli bir ruh halinde görünmesi,

*Hastanın olayları kabul edebilmesi,

*Hastanın kendisinin manevi gereksinimlerinin karşılandığını onaylaması,

*Hasta bunu onaylamasa da hemşirenin bu gereksinimlerin karşılandığını hissetmesi

*Hemşirenin bu gereksinimleri tam olarak karşılayamadığını hissetmesidir (Ross 1994).

Sonuç olarak hemşire, kendi dini veya manevi ilgi, inanç ve düşüncelerinden etkilenmeden, hastanın gereksinimlerine yönelik bakım verecek olursa, hastanın, çatışma yaşamadan kendi manevi kaynaklarından yararlanmasını sağlayabilir. Konunun önemi göz önüne alınacak olursa, ülkemizde hemşire yetiştiren okullarda ders programlarında bütüncül sağlık görüşüyle manevi bakım konusuna yer verilmesi, hizmet içi eğitim programlarıyla mezun hemşirelerin de konuya dikkatinin çekilmesi bütüncül hemşirelik bakımı kapsamında yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

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

Beck MC, Rawlins R.P, Williams S.R, Louis C.U (1984) *Mental Health Psychiatric Nursing: A Holistic Life Cycle Approach*, Mosby Comp.

Carpenito LJ (1999) *Hemşirelik Tanıları El Kitabı Çeviren;F Erdemir, Nobel Tıp Kitabevleri, 7. Baskı, s.314-317*

Carroll B (2001) *A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care*, *Mortality*, 6(1):81-96.

Cox T (2003) *Theory and exemplars of advanced practical spiritual intervention*, *Complementary Therapies In Nursing and Midwifery*, 9(1):30-34.

Coyle J (2002) *Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health*, *Journal of Advanced Nursing*,37 (6):589-597.

Dewit CS (2001) *Cultural and spiritual aspects of patient care*, *Fundamental Concepts and Skill for Nursing*, WB Saunders Company, 171-183.

Dickinson C (1975) *The search for spiritual meaning*, *American Journal of Nursing*, 75 (10): 1789-1793

Dominian J (1983) *Doctor as prophet*, *British Medical Journal* 287 (6409):1925-1927

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

Harrington A (1995). *What is spiritual care in nursing?* *Australian Nursing Journal*, Vol:2, Issue:10, s.15

Hutchinson M (1997) *Healing The Whole Person: The Spiritual Dimension Of Holistic Care*, http://members.tripod.com/~Marg_Hutchison/nurse-4.html (erişim tarihi;15.05.2003)

Johnson M, Maas M, Moorhead S (2000) *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, IOWA Outcomes Project, Mosby, Second Edition, 606-607

Little M, Soyars E J (2004) "While there's life...: hope and the experience of cancer" *Social Science&Medicine*, 59(6):1329-1338

Martsof D (1998) *The Concept of Spirituality in Nursing Theories: Differencing World-views and extent of focus*, *Journal of Advanced Nursing*, 27, 294-303.

McCloskey J, Bulechek G M (2000) *Nursing Interventions Classification (NIC)*, IOWA Intervention Project, Mosby, Third Edition, 606-607

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

Narayanasamy A (2001) *A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their*, *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4):446-455.

Newshan G (1998) *Transcending the pshysical : spiritual aspects of pain in patients with HIV and/ or cancer*. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1):138-144.

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

Ross L A (1994) *Spiritual aspects of nursing*, *Journal of Advanced Nursing* , 19:439-447

Ross L A (1995) *The spiritual dimension; it's importance to patient's health, wellbeing and quality of life and it's implication for nursing practice*, *International Journal of Nursing Studies*, 32(5): 457-468.

Pierre LL (2003) *JCAHO Safeguards spiritual care*, *Holistic Nursing Practice*; Jul/Aug 2003, 17(4); Health Module, 219.

Salladay SA, Shelly J (1997) *Spirituality in nursing theory and practice for christion bioethics*, *Christian Bioethics*, 3(1): 20-38.

Salladay SA, Mc Dannel (1989) *Spiritual care, ethical choices and patient advocacy*. *Nursing Clinics of North America*, 24: 543-549.

Stranahan S (2001) *Spiritual perception, attitudes about spiritual care practices among nurse practitioners*, *Western Journal of Nursing Research*, 23(1):90-104.

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

Schubert P E (2003) *Chapter 8: Spirituality and Cultural Perspectives*, *Community Health Nursing Caring In Action*, Editor: Hitchcock J E, Schubert P E, Thomas S A, Second edition, 162-170

Tongprateep T (2000) *The essential elements of spirituality among rural Thai elders*, *journal of Advanced Nursing*, 31(1):197-203

Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük (2002), <http://www.tdk.gov.tr> (erişim tarihi 20.06.2003)

Walter T (2002) *Spirituality in palliative care; opportunity or burden?*, *Palliative Medicine*, 16:133-139.

Wright MC (2002) *The essence of spiritual care; a phenomenological enquiry*, *Palliative Medicine*, 16:125-132.