



Türk Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi
Turkish Journal for the Spiritual Counselling and Care

Sayı: 6 • Aralık 2022 • 67-100
Issue: 6 • December 2022 • 67-100



Bireysel ve Hastalık Kaynaklı Etkenler Bağlamında Hastanelerdeki Manevi Destek Hizmetinin Psiko- Sosyal Uyuma Etkisi

The Effect of Spiritual Support Service in Hospitals on
Psycho-Social Adjustment in the Context of Individual and
Illness-Related Factors



Mükerrem Saliha Kars

Yüksek Lisans Öğrencisi
Bursa Uludağ Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
E-posta: saliha.kars@gmail.com
Orcid: 0000-0002-0538-1178
Bursa / Türkiye

M. Naci Kula

Doç. Dr.
Bursa Uludağ Üniversitesi
Eğitim Fakültesi
E-posta: nkula@yahoo.com
Orcid: 0000-0003-1763-9620
Bursa / Türkiye

MA Student
Bursa Uludağ University
Institute of Social Sciences
E-mail: saliha.kars@gmail.com
Orcid: 0000-0002-0538-1178
Bursa / Turkey

Associate Professor
Bursa Uludağ University
Faculty of Education
E-mail: nkula@yahoo.com
Orcid: 0000-0003-1763-9620
Bursa / Turkey

<https://doi.org/10.56432/tmdrd.1208181>

Türk Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi
Turkish Journal for the Spiritual Counselling and Care

Makale Türü • Article Type Araştırma • Research
Geliş Tarihi • Received 23 Kasım 2022 • 23 November 2022
Kabul Tarihi • Accepted 06 Aralık 2022 • 06 December 2022

Ö z e t

İnsanların giderek yalnızlaştığı günümüzde zor ve sıkıntılı süreçlerden geçerken, duyulan desteğin profesyonel yollarla sağlanması ihtiyacı hasıl olmuştur. Özellikle hastalık gibi ölüme yüz yüze gelinen bir süreçte kişiler; psikolojik, sosyal ve manevi olarak çeşitli problemler yaşayabilmektedirler. Birey, yaşadığı olumsuz durumun üstesinden gelemediği zaman psiko-sosyal kriz hali yaşamaktadır. Psiko-sosyal kriz, kişideki ruhsal ahengin bozulması durumunu ifade etmektedir. Bireylerin bu beklenmedik olaylar karşısında yeniden denge sağlama mücadelesine psiko-sosyal uyum süreci denilmektedir. Hastalar, yeniden denge haline ulaşmak için verdikleri mücadelede fiziksel tedavileri gerçekleşirken psikolojik, sosyal ve manevi kaynaklardan destek alma ihtiyacı duymaktadırlar. Bütüncül bakımın bir gereği olarak hastaların tedavisi sürecinde ihtiyaç duyduğu psikolojik, sosyal ve manevi desteğin karşılanmasında moral ve motivasyon sağlanmasında görev alan çeşitli hizmet kolları bulunmaktadır. Bu hizmet alanlarından biri de manevi destek uygulamasıdır. Ülkemizde henüz yeni bir uygulama sahası olan manevi destek hizmeti, hastalık sürecinde yaşanan çeşitli problemlerde dini/manevi referanslarla hastalara eşlik etmeyi amaçlamaktadır. Hastaların, hastalık süreci esnasında gösterdikleri psiko-sosyal tepkiler üç ana başlıkta toplanabilmektedir. Bireylerin hastalıklarına uyumunu etkileyen faktörler; hastalığa bağlı olan faktörler, kişisel özellikleri ve çevreyle ilgili faktörler olarak tasnif edilmektedir. Bu araştırma kapsamında hastaların uyum süreçlerine etki eden bireysel ve hastalık kaynaklı etkenler incelenmiştir. Bundan dolayı bulgular bireysel etkenler, hastalıkla ilgili etkenler olarak iki ana başlık altında sunulmuştur. Bu çalışmada bireysel ve hastalık kaynaklı faktörler bağlamında hastaların süreçteki psiko-sosyal uyumları incelenmiş olup hastaların uyum dönemlerinde manevi destek hizmetinin rolü ve etkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Araştırma, teorik ve alan araştırması olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde din, maneviyat ve hastanelerdeki manevi destek hizmeti hakkında genel bilgiler verilmiş olup psiko-sosyal uyum kavramı açıklanarak maneviyatla ilişkisi üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde mülakat tekniği kullanılarak Ankara, Adana, Antalya, Bursa, Eskişehir, İstanbul illerindeki hastanelerde görev yapan 24 manevi destek uzmanıyla görüşülerek alan araştırması yapılmıştır. Manevi destek hizmetinin hastaların sürece uyumlarına ne ölçüde etkisi olduğu tespit edilmeye çalışılmıştır. Sonuç bölümünde ise elde edilen bulgular özetlenmiştir.

A n a h t a r K e l i m e l e r

Manevi danışmanlık ve rehberlik • Maneviyat • Din
Manevi destek • Psiko-sosyal uyum

A b s t r a c t

In today's world where people are increasingly lonely, the need to support people going through difficult and troublesome processes via professional means has emerged. Especially in situations when death or an illness is faced, people may experience various psychological, social and spiritual problems. When the individual cannot cope with the happening he/she experiences, a psycho-social crisis is experienced. Psycho-social crisis refers to the deterioration of the spiritual harmony of the person. The struggle of individuals to regain their balance in the face of these unexpected events is called the psycho-social adjustment process. Patients need to receive support from psychological, social and spiritual resources in their struggle to reach a state of balance while their physical treatment is being carried out. As a requirement for holistic care, there are various service branches that take part in meeting the psychological, social and spiritual support that patients need during the treatment process, providing morale and motivation. One of these service areas is the application of moral support. Spiritual support service, which is a new field of application in Turkey, aims to accompany patients with religious/spiritual references in various problems experienced during the disease process. The psycho-social reactions of the patients to their illness can be grouped under three main headings. Factors affecting the adaptation of patients to their illness are classified as; factors related to the patient's illness, personal characteristics and environmental factors. Within the scope of this study, individual and illness-related factors affecting the adaptation processes of patients were examined. Therefore, the findings are presented under two main headings as individual factors and illness-related factors. In this study, the psycho-social adaptation processes of the patients to the illness were examined in the context of individual and illness-related factors, and the role and effect of the moral support service in the adaptation processes of the patients were tried to be revealed. The research consists of two parts: theoretical and field research. In the first chapter, general information about religion, spirituality and spiritual support services in hospitals is given, and the concept of psycho-social harmony is explained and its relationship with spirituality is emphasized. In the second part, a field research was conducted with 24 moral support specialists working in hospitals in Ankara, Adana, Antalya, Bursa, Eskişehir, İstanbul, and it was tried to determine to what extent the moral support service has an effect on the adaptation processes of the patients. The findings are summarized in the conclusion section.

K e y w o r d s

Spiritual counselling and care • Spirituality • Religion
Spiritual support • Psycho-social adjustment

Giriş

İnsan kendi yaşamının sonunu görmeye gönülsüzdür. Kişi, kendi ölümü üzerine düşünmek istemez. Ölümün kaçınılmaz gerçekliğini bilincimizde görünür kılan en önemli olaylardan biri ciddi bir kaza veya hastalık geçirmektir. Hasta bu sıkıntılı durum içindeyken ölüm hakikatinin idrakine daha fazla varmaktadır. Başına gelen hastalığın sonucunda dünyadaki süresinin sınırlı olduğunun farkına varan birey; acı, yalnızlık, şaşkınlık, korku, kızgınlık, ümitsizlik gibi çeşitli duygular yaşamaktadır. Sosyal ilişkilerinde sıkıntılarla karşılaşabilmektedir.

Önemli bir hastalıkla yüz yüze gelmek, kişinin kurmuş olduğu ruhsal, sosyal ve manevi dengenin bozulmasına ve kişinin psiko-sosyal, manevi olarak kriz yaşamasına sebep olabilmektedir. Kişinin ruhsal olarak denge ve ahenginin bozulması durumu psiko-sosyal kriz olarak tanımlanmaktadır. Bireyler karşılaştıkları zorlu yaşam olaylarının üstesinden gelemediğinde bu denge bozukluğunu tecrübe etmektedir (Ağılkaya Şahin, 2017: 450). Kişinin beklenmedik durumlar karşısında yeniden dengesini sağlama mücadelesine psiko-sosyal uyum süreci denilmektedir. Psikolojik ve sosyal olarak uyumu bozulan hasta, durumuyla başa çıkmada psikolojik, sosyal ve manevi desteğe ihtiyaç duymaktadır.

Biyo-psiko-sosyal-manevi bir varlık olan insan, bu dört boyutun dengeli ilişkisi sonucunda sağlıklı bir yaşam sürdürebilmektedir. Bu anlayış, günümüzde sağlık hizmetlerinde de dikkate alınmaya başlanmıştır. Hastaların yalnızca fiziksel yönleriyle ilgilenilen medikal yaklaşımın yerine hastalık sürecinden geçen bireyin biyolojik, psikolojik, sosyal, manevi yönlerinin de dikkate alındığı holistik (bütüncül) bir yaklaşımın gerektiği fikri giderek önem kazanmaktadır (Boztilki & Ardıç, 2017: 39-40; Chochinov & Cann, 2005: 103-104; Pieper vd., 2016: 78-79).

Günümüzde hastaneler, bütüncül sağlık hizmeti verebilmek için hastaların fiziksel tedavilerine ek olarak psiko-sosyal yönden manevi ihtiyaçlarını çeşitli hizmetlerle karşılamaya başlamıştır. Bu hizmet alanlarından biri de manevi destek uygulamasıdır. Ülkemizde son dönemlerde başlanan Manevi destek hizmeti, hastanın yaşam problemleriyle başa çıkmasında dini/manevi referanslarla hastaya destek sağlamayı amaç edinen bir hizmet alanıdır.

Bu araştırma kapsamında hastaların hastalıklarına uyum süreçlerini etkileyen faktörlerden bireysel ve hastalık kaynaklı etkenler incelenmiştir. Bu bağlamda bulgular bireysel ve hastalıkla ilgili etkenler olarak iki ana başlık altında sunulmuştur. Psiko-sosyal uyuma etki eden bu et-

menlerde manevi destek hizmetin tesiri ve katkısı ortaya konulmaya çalışılmıştır.

a. Konu ve Problem

Bu araştırmanın konusu; hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerinde manevi destek hizmetinin katkısı ve hastaların sürece ve yeni ortamlarına uyum sağlayabilmeleri açısından manevi destek gereksinimlerinin belirlenmesidir. Araştırmanın temel problemi; *“Hastanelerdeki manevi destek hizmetinin hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerinde bireysel ve hastalıktan kaynaklanan faktörlerin nasıl bir etkiye sahip olduğu, hastaların uyum süreçlerinde nelere ihtiyaç duyduğu ve bu ihtiyaçların karşılanmasında manevi desteğin ne tür katkı sağladığı”*dir. Araştırmanın alt problemleri ise şu şekildedir:

1. Hastaların hastalığa uyum süreçlerinde bireysel faktörlerin etkisi nelerdir?
2. Manevi destek uzmanlarının, hastaların bireysel etkenlerden kaynaklanan uyum problemlerinin aşılmasında etkin bir rolü var mıdır?
3. Demografik değişkenlerin (yaş, eğitim, ekonomik durum) hastaların hastalığa uyum sürecinde manevi destekten faydalanma noktasında etkin bir rolü var mıdır?
4. Hastaların, hastalığa uyum süreçlerinde manevi destekten faydalanma noktasında cinsiyete göre farklılıklar var mıdır?
5. Hastaların, hastalığa uyum süreçlerinde hastalıktan kaynaklanan problemleri nelerdir?
6. Manevi Destek uzmanlarının, hastaların hastalıktan kaynaklanan uyum problemlerinin aşılmasında etkin bir rolü var mıdır?

b. Amaç ve Önem

Tedavi olmak için hastaneye gelen hastalar, hastalığa ve hastane ortamına uyum sağlama sürecinde çeşitli zorluklar yaşayabilmektedirler. Hasta, tıbbi tedavisi sırasında yaşanabilecek uyum problemlerinde moral ve manevi desteğe ihtiyaç duyabilmektedir.

Hastaların tedavi ihtiyaçlarının yanında psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlarının olduğunu hatırlamak ve bu ihtiyaçlarını tespit etmeye yönelik araştırma yapmak acı ve korku içerisinde olan kişilerin taleplerine kulak vermemize yardımcı olacaktır. Lorraine M. Wright, hastaların seslerine kulak vermenin yalnızca o sıkıntıları yaşayanlardan öğrenebileceğimiz bir “acı pedagojisini” açığa çıkarabileceğinden bahsetmektedir. Wright, acılarla yoğrulmuş değişim ve dönüşüm hikâyelerini dinlemenin

bizleri bilgilendirirken aynı zamanda dönüştüreceğini de ifade etmektedir (Wright, 2005: vii).

Hastanelerde henüz yeni uygulanmaya başlanmış bir hizmet olan manevi destek hizmetinde hastaların süreç esnasında yaşadıkları çeşitli problemlerde moral motivasyon desteği sağlanması amaçlanmaktadır. Manevi destek uzmanları anlam sorunlarında, bireysel, çevresel ve hastalık kaynaklı konularda hastaların daha iyi hissetmelerine ve yeni durumlarına uyum sağlamalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadırlar. Yapılan bu araştırmanın amacı, hastanelerde gerçekleştirilen manevi destek hizmetlerinin hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerine etki eden bireysel ve hastalık kaynaklı faktörleri incelemek, hizmetin uyum sürecine bir etkisinin olup olmadığını, eğer böyle bir etki var ise bu etkinin hangi açılardan olduğunu tespit etmektir.

c. Örneklem

Bu çalışmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden tipik durum örnekleme kullanılmıştır. Tipik durum örneklemlerinde çalışılan durum veya durumlar hakkında bilgi sahibi olan kişiler veya kurumlar tercih edilmektedir. Bu örnekleme yönteminde elde edilen veriler genelleme yapmak için kullanılmamaktadır (İslamoğlu & Alınacak, 2016: 201). Burada amaç; çalışılan konu, alan, uygulama veya yenilik konusunda bilgi sahibi olmak ve yeterli bilgiye sahip olmayanları bilgilendirmektir (Şimşek & Yıldırım, 2018: 120-121). Bu doğrultuda çalışmada hastanelerdeki manevi destek hizmetinin hastaların bireysel ve hastalık kaynaklı etkiler bağlamında psiko-sosyal uyumlarındaki etkisinin araştırılması konusunda bizzat uygulamayı gerçekleştiren manevi destek görevlileriyle görüşme yapılmıştır. Araştırmada Adana'dan 2 kişi, Ankara'dan 2 kişi, Antalya'dan 2 kişi, Bursa'dan 8 kişi, Eskişehir'den 1 kişi, İstanbul'dan 9 kişi olmak üzere 24 manevi destek uzmanıyla görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırma mülakatı, pandemi döneminde gerçekleştiğinden dolayı 23 uzmanla online olarak görüşülmüş yalnız 1 uzmanla hastanedeki odasında görüşülebilmiştir.

d. Yöntem

Bu araştırmada nitel araştırma tekniklerinden faydalanılmıştır. Çalışma nitel araştırma yöntemlerinden durum çalışması deseninde tasarlanmıştır. Manevi destek hizmetinin, hastaların psiko-sosyal uyumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla mülakat tekniği kullanılmıştır. Çalışmada mülakat yoluyla veri toplama yöntemlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği tercih edilmiştir. Bilgi toplamak ve saklamak için görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Araştırma konusuna dair literatür taraması

yapılmış elde edilen verilerle görüşmelerden elde edilen bilgiler yorumlanmıştır.

Bu çalışmada hastanelerde görev yapan manevi destek uzmanlarının hastalarla ilgili tecrübelerinden yararlandığı için sorular ışığında serbest cevap verebilecekleri bir görüşmenin gerçekleşmesi daha uygun görülmüş, bundan dolayı yarı yapılandırılmış görüşme tekniği tercih edilmiştir. Bu çalışmada uzmanlara alt sorulardan (probes/sonda) oluşan 27 açık uçlu soru yöneltilmiştir. Kapalı kalan cevaplar olduğunda alt sorular veya yeni sorularla katılımcıların cevaplarını daha net ifade etmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Ayrıca görüşme yapılan her bir manevi destek uzmanı, gizliliklerinin korunması amacıyla rakamla ifade edilmiştir. “Manevi Destek Uzmanı” ifadesi de “MD” şeklinde kısaltılarak ifade edilmiştir. Örneğin: “MD1”, “MD2”.

e. Kapsam ve Sınırlılıklar

1. Bu araştırma, 24 katılımcıdan elde edilen verilerle sınırlıdır.
2. Çalışma; Ankara, Adana, Antalya, Bursa, Eskişehir, İstanbul şehirlerindeki hastanelerde görev yapan manevi destek uzmanlarıyla sınırlıdır.
3. Bir diğer sınırlılık, hastanelerde verilen bu hizmetin içeriğiyle ilgilidir. Bu bağlamda çalışma, bireysel ve hastalıktan kaynaklı faktörlerin hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerindeki etkisi ve manevi desteğin bu sürece olan katkısı üzerinde sınırlandırılmıştır.
4. Manevi desteğin hizmet grubu hasta, hasta yakını, hastane personelinde oluşmaktadır. Araştırma, uygulamanın hastalara yönelik etkilerinin incelenmesiyle sınırlandırılmıştır.

f. Din ve Maneviyat Kavramlarının Tanımı

Din, kelime anlamı olarak “tutulan yol”, “kendini kutsala adama”, “ceza/mükafat” ve “millet” anlamlarına gelmektedir. Yaratıcı’ya bilinçli, iradî bağlılığı ifade etmek için kullanılmaktadır. İngilizce “din” kelimesi “religion” ile karşılanmaktadır (Kızılgöçer, 2017: 11, 2020: 18).

Maneviyat; Türkçe’ye Arapça’dan geçmiş bir sözcüktür. Kelime anlamı olarak “madde ve cisimle alakası bulunmayan”, “ruh ve mana ile ilgili olan hususlar” anlamına gelmektedir. Üstün bir güce inanç ve bağlılık sonucu ortaya çıkan “dayanma gücü”, “ruh kuvveti”, “moral” anlamına da gelmektedir. Maneviyat sözcüğün İngilizce’deki karşılığı olarak “spirituality” kelimesi kullanılmaktadır. Spirituality kelimesinin Türkçe tam karşılığı “ruhsallık”tır (Ayverdi & Topaloğlu, 2011:768; Düzgüner, 2013: 14; Kızılgöçer, 2020: 292)

Din/maneviyat, insanın önemli tecrübe alanlarından birini oluşturmaktadır (Ekşi vd., 2016: 25). İnsanlık tarihine bakıldığında dini/manevi motiflerin tarihi mirasın genel yapısını şekillendirdiği görülmektedir. Bununla birlikte dünya üzerinde yaşamakta olan insanların çoğunun nitelikleri farklılık gösterse de dini/manevi bir bağlılığa sahip oldukları bilinmektedir (Ekşi, Kaya, vd., 2020: 13).

Din ve maneviyat kavramları gerek çok boyutlu yapıları sebebiyle gerekse de yapılan her bir tarifi sınırladığı olması nedeniyle fikir birliği sağlanmış tek bir tanıma sahip değildir (Kılınçer, 2017: 21). Bu iki kavramın birbiriyle eş anlamlı kelimeler mi oldukları yoksa birbirlerinden farklı gerçekleri mi tanımladıkları noktasında da tartışmalar devam etmektedir.

Din ve maneviyat, yakın geçmişe kadar eş anlamlı iki kelime olarak kabul görmüş ve kullanılmıştır. Ancak 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra bu iki kavram arasında bir ayrıma gidilmiştir. Özellikle 1980’lerde “maneviyat” adı altında çeşitli inanç biçimlerinin yaygınlık kazanmasıyla birlikte maneviyat, dinden ayrı bir kavram olarak görülmeye başlanmıştır. Öyle ki bu kavram ayrışmasının sonucunda bireylerde hem dindar hem de maneviyat sahibi, dindar fakat maneviyatsız, manevi bir yönetime sahip fakat dini bir inanca sahip olmayan şeklinde farklı yönelim biçimleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu ayrımla birlikte maneviyat daha çok aşkın olanla bireysel, özel, sınırsız deneyimi tarif ederken din, daha çok katı ritüelleri içeren kurumsal, baskıcı bir yapıyı temsil etmek için kullanılmıştır (Ayten & Düzgüner, 2020: 21; Düzgüner, 2013: 1-15; Ekşi vd., 2016: 15; Nelson vd., 2009: 106; Ok vd., 2019: 14; Zinnbauer vd., 1997: 549; Zinnbauer & Pargament, 2013: 67).

Günümüzde ayrı kavramlar olarak değerlendirilmeye başlanan din ve maneviyat tanımlarının farklılaştığı noktalar incelendiğinde; din tanımını içerisinde ağırlıklı olarak dinin nesnel boyutuna yer verildiği, maneviyat tanımları içerisinde ise dinin öznel boyutu üzerinde durulduğu görülmektedir. Maneviyat kavramına olan ilginin artmasından sonra dinin öznel boyutu içerisinde yer alan unsurlar, daha çok maneviyat özelinde incelenirken dinin nesnel boyutu içerisinde yer alan unsurlar ise din kavramı ile ilişkilendirilmiştir. Bu ayrımla birlikte süreç içerisinde dinin öznel ve nesnel boyutunun birbirlerinden ayrı varlıklarını devam ettirebilecekleri kanaati yaygın hale gelmiştir.

Her ne kadar din ve maneviyat kavramlarının tanımı üzerinde çeşitli tartışma ve fikir ayrılıkları mevcut olsa da her iki kavramın da çok boyutlu olduğu konusunda görüş birliği vardır (Koenig, 2005: 44;

Zinnbauer & Pargament, 2013: 63). Bu araştırmada ortak bir söylem adına müşterek unsurlardan yola çıkılarak din ve maneviyat kavramları birlikte ele alınacaktır (Mueller vd., 2001: 1225).

g. Türkiye'deki Hastanelerde Manevi Destek Hizmetleri

Manevi danışmanlık ve rehberlik, kişilerin sıkıntılı anlarında onlara destek olmayı ve bu süreçte kendilerine eşlik etmeyi amaçlayan bir uygulamadır (Karagül, 2012: 12). Manevi bakım (spiritual care), dini bakım (pastoral care), dini danışmanlık (pastoral counseling) gibi çeşitli isimlerle anılmakta olan manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti, Batı'da 20. yüzyılın başlarından beri resmi olarak yürütülmektedir (Ayten vd., 2016: 187; Karaaslan, 2018: 281).

Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti kurumsal olarak öncelikle hastanelerde ve orduda uygulanmaya başlanmıştır. Hizmetin yaygınlaşmasıyla birlikte hastaneler, huzurevleri, cezaevleri, yurtlar, kadın sığınma evleri, çocuk esirgeme kurumları gibi insanların manevi olarak desteğe ve rehberliğe ihtiyaç duyduğu hemen her yerde hizmete başlanmıştır (Karaaslan, 2018: 282-283; Topuz, 2016: 239). Hizmet, kurumsal anlamda ilk olarak orduda uygulanmıştır (Karaaslan, 2018: 284). Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetinin ikinci uygulama sahası ise hastaneler olmuştur. Sağlık kurumlarında hizmetin uygulanmasında öncülük eden isim ise Anton Boisen'dir (Şirin, 2016: 187).

Batı'da 1900'lü yılların başında hastanelerde yürütülmeye başlanan manevi destek hizmeti (pastoral care/counseling), ülkemizde ancak 1900'lü yılların sonunda gündeme gelmiş (Ağıkaya Şahin, 2017: 489; Altaş, 1999: 599; Ayten, 2018: 126; Uğurlu, 2016: 260; Karaaslan, 2018: 299; Koç, 2018: 323; Sağlam & Yüksel, 2016: 223; Yücel, 2018: 384), 19.01.1995 yılında Diyanet İşleri Başkanlığının il müftülüklerine verdiği talimatla uygulanmaya başlanmıştır (Altaş, 1999: 599; Kılınçer, 2017: 39). Uygulamanın başlamasının hemen ardından eleştiri ve itirazlar (Altaş, 1999: 613-641, 1999: 603) da ortaya çıkmıştır. Bu itirazlar sonucunda hizmetin sonlandırılması kararına varılmıştır (Altaş, 1999: 600-605; Kesgin, 2020: 261).

2015 yılına gelindiğinde hastanelerde manevi destek hizmeti yeniden gündeme gelmiştir. Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında gerçekleştirilen protokol doğrultusunda 6 ildeki (İstanbul, Ankara, Kayseri, Erzurum, Samsun ve Ordu) 12 hastanede, toplam 13 personelin görevlendirilmesiyle pilot uygulama başlatılmıştır. 2016'ya gelindiğinde 14 ilde 76 görevli olmak üzere hizmet alanı genişletilmeye devam edilmiştir (Ayten, 2018: 127; Ayten & Özkan, 2020: 9-10; Kesgin, 2020:

261; Özkan, 2017: 63-64-65-66). Diyanet İşleri Başkanlığı Göç ve Manevi Destek Biriminden elde edilen 2022 yılı verileri incelendiğinde ise 74 ilde toplam 205 manevi destek uzmanının hastanelerde görev yaptığı görülmektedir.

Manevi danışmanlık hizmetinin isimlendirilmesi konusunda başta dini danışmanlık, moral destek, manevi danışmanlık ve rehberlik, manevi bakım, manevi destek gibi isimler kullanılsa da son kararda bu hizmetin hastanelerdeki ayağı “manevi destek” olarak belirlenmiştir. Hastanelere gidildiğinde de personellerin odalarının kapılarında “Manevi Destek Birimi” ibaresinin yer aldığı görülmektedir.

h. Psiko-Sosyal Uyum ve Maneviyat

Psiko-sosyal ifadesi genellikle ruh sağlığı kavramıyla aynı anlamda kullanılmaktadır. Bununla birlikte ne ruh sağlığı tabiri ne de psiko-sosyal uyum kavramının genel geçer bir tanımı yoktur. Bu iki kavramın tanımı üzerinde çeşitli tartışmalar yapılmaktadır. Sağlıklı veya hasta olma, normal ya da anormal olma ayrımları içerisinde kişilerin ruhsal durumları değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Sağlıklı olma ya da hasta olma arasında bilimsel ifadeyle normal ile normal dışı davranışların ayrımı yapılırken kullanılacak çeşitli ölçütler bulunmamaktadır. Bununla beraber psiko-sosyal uyum veya ruh sağlığı kavramıyla neyin kastedildiği konusunda genel bir kanaate varılmak istenirse normalliğin temel ölçütü olarak kişinin kendisini iyi hissediyor olması ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ruh sağlığının normalliğini kişinin kendisiyle ve çevresiyle bir ahenk (uyum) içerisinde oluşuna göre değerlendirmektedir. Bir başka tanımda da sağlıklı bir ruh sağlığına sahip olan kişinin kendisini iyi hissetmesi yanında potansiyellerini ve isteklerini gerçekleştiriyor olması gerektiği ifade edilmektedir (Yapıcı, 2007: 40-41).

Verilen tanımlar doğrultusunda psiko-sosyal uyum, kişinin ruhsal olarak denge halinde olması şeklinde değerlendirilirse psiko-sosyal kriz de bu ruhsal ahengin bozulması durumu olarak ifade edilebilmektedir. Kişi, içinde bulunduğu yaşam durumunun üstesinden gelemediğinde bu denge bozukluğunu tecrübe etmektedir (Ağilkaya Şahin, 2017: 450). Bireyin beklenmedik olaylar karşısında yeniden dengesini sağlama mücadelesine psiko-sosyal uyum süreci denilmektedir.

Hastalık gibi zorlu süreçler, alışlagelen hayat düzeninde çeşitli değişiklikler meydana getirmektedir. Sosyal çevreden uzaklaşmasına sebep olan hastane ortamı, hastalığın verdiği acı ve kaygı durumu, psiko-sosyal uyum problemlerini de beraberinde getirmektedir (Ayten & Özkan, 2020: 13; Seçer vd., 2021: 249). Bundan dolayı kişi; kendisi, çevresi

ve Yaratıcı ile ilişkisinde olumsuzluklar yaşayabilmektedirler. İlişkiler sorgulanmakta, kurulan ilişki ağlarını yeniden düzenleme ihtiyacı duyulabilmektedir. Bu anlamda kişi hem psiko-sosyal hem de manevi anlamda bir bunalıma sürüklenebilmektedir. Hayatın olağan akışını bozan olumsuz olaylara karşı din/maneviyat, çoğu insan için teselli kaynağı olabilmektedir. Din/maneviyat, yaşananların üstesinden gelmesinde kişiye güç ve destek vermektedir (Ayten, 2012: 15; Ayten & Düzgüner, 2020: 42; Ekşi vd., 2016: 23). Maneviyat ve dinin psikolojik açıdan en önemli faydası, sunduğu değerlerle ve hayata yönelik getirmiş olduğu açıklamalar yoluyla bireyin anlam dünyasını inşa etmesine yardımcı olmaktır. Bununla birlikte din/maneviyat, kişiler arası ilişkilerin sağlıklı bir şekilde gelişmesine katkı sağlayarak sosyal açıdan da kişiye yol göstermektedir (Ayten vd., 2016: 321-322; Ekşi vd., 2016: 20). Araştırmalar, dinin/maneviyatın sosyal destek sağlaması ve sosyal uyumu kolaylaştırmasından dolayı yalnızlık duygusunu ve sosyal izolasyonu azalttığını ortaya koymaktadır (Ekşi, Kırca, vd., 2020: 331).

Hastalığa yönelik psiko-sosyal tepkiler bireylere göre farklılık gösterse de bu tepkiler üç ana başlıkta toplanabilmektedir. Hastaların, hastalıklarına uyumunu etkileyen faktörler; hastanın, hastalığına bağlı olan faktörler; kişisel özellikleri ve çevreyle ilgili faktörler olarak tasnif edilmektedir (Çam vd., 2009: 74; Kocaman, 2010: 102; S. Özkan, 1993: 6). Bu çalışmada uyumu etkileyen faktörlerden bireysel etkenler ve hastalıkla ilgili etkenler incelenmiş, psiko-sosyal uyuma etki eden bu etmenlerde manevi destek hizmetinin katkısı ortaya konulmaya çalışılmıştır.

i. Bulgular ve Yorumlar

Bu bölümde araştırma verilerinden elde edilen bulgular aktarılmaktadır. Manevi destek görevlileriyle yapılan görüşmelerde ortaya çıkan bilgiler yer yer tablolar halinde verilmiş daha sonra bu verilerin ilgili literatür ışığında yorumları yapılmıştır. Araştırmada hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerini etkileyen bireysel etkenler ve hastalıktan kaynaklı etkenlerde manevi destek hizmetinin etki ve katkıları sırasıyla sunulmuştur.

i.a. Bireysel Etkenler

Bu bölümde hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerinde etkili olan bireysel faktörler incelenmiştir. Bu bağlamda manevi destek uzmanlarına hastaların yaşlarının, cinsiyetlerinin, eğitim düzeylerinin ve ekonomik durumlarının etkili birer faktör olup olmadığına yönelik sorular yöneltilmiştir. Verilen cevaplara göre elde edilen veriler dört başlık altında aktarılmıştır.

i.a.a. Yaş ve Manevi Destek

Araştırma kapsamında manevi destek uzmanlarına hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerinde manevi destek hizmetinden faydalanma noktasında yaşın önemli bir değişken olup olmadığı sorulmuştur.

Tablo-1:

Manevi destek hizmetinden fayda sağlayanların yaş dağılımı		
Değişken	n	%
18-35 Yaş	3	13
35-65 Yaş	8	34
65+Yaş	7	29
Yaş Belirtmeyenler	6	24
Toplam	24	100

Tablo 1'e göre, yapılan mülakatlar sonucunda 24 uzmandan %34'ü (8 kişi), orta yaş grubunun (35-65 yaş) daha çok desteğe ihtiyaç duyduklarını ve manevi destek hizmetinden daha çok faydalandıklarını, uzmanlardan %29'u (7 kişi), yaşlı hastaların (65+ yaş) hizmetten daha fazla istifade ettiklerini belirtmişlerdir. Uzmanların %13'ü (3 kişi), genç hastaların (18-35 yaş) manevi destek hizmetini daha fazla kullandıklarını ifade etmişlerdir. Manevi destek uzmanlarının %24'ü (6 kişi) ise hizmetten alınan fayda noktasında yaşın önemli bir değişken olmadığı kanaatine sahiptirler.

MD2 (Manevi Destek Uzmanı2), orta yaş grubunun uyum sürecinde manevi destekten daha çok fayda sağladığını şu sözlerle ifade etmektedir: *“Genel gözlemlerime göre otuz yaş civarının bundan istifade etme durumu daha iyi. Çünkü yaşlılarda biraz daha fikri sabit oluşları, ağır hastalarda özellikle, iletişime kapalılık konusunda daha çok bence yaşlılar daha öndeler. ...özellikle otuz-elli yaş civarında daha iyi olduğunu düşünüyorum.”*

Ölüme dair gençler, sağlıklı bedenlerini kaybetme ve geleceği dair planlarını gerçekleştirememeye noktasında kaygı yaşarken orta ve ileri yaşlardaki kişiler ise sorumluluklarını yerine getirememeye, yakınlarını geride bırakma gibi sebeplerden dolayı kaygı ve sıkıntı yaşamaktadırlar. Bununla birlikte araştırmaların çoğu yaşlılarda yaşanan ölüm kaygısının ergen ve genç erişkinlere oranla daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Kalaoğlu Öztürk, 2010: 18-19). Yaşı ilerleyen bireyin ölüme sebep olan etkenler üzerinde düşünmesiyle gerçeklik ile bilişsel tasarımı arasında daha fazla uygunluk ortaya çıkmaktadır (Çileli, 2006: 391). Yaşın ilerlemesiyle ölüm kaygısının azalmasında yaşla beraber gelen olgunlaşmanın etkili olduğu ifade edilmektedir (Kalaoğlu Öztürk, 2010: 18-19).

MD15, yaşlıların hastalık sürecinde Allah'a olan bağlarının arttığını ve uyum sürecinde bu bağdan güç aldıkları, orta yaş grubunun geçim derdi, ailesini geride bırakma düşüncesi gibi sıkıntılar ve üzerindeki sorumluluklardan dolayı sürece uyumlarında daha fazla zorlandıklarını, bu sebepten de manevi destek hizmetinin bu yaş grubundaki hastaların uyum sürecinde daha faydalı olacağını ifade etmektedir. Gençlerle ise iletişim kurmada zorlanıldığı için bu hizmetin onlara istenen faydayı sağlanamadığı kanaatinde olan MD15 bu düşüncelerini şu sözlerle aktarmaktadır: *“Son dönem hastalarının Allah’la olan ilişkileri biraz daha gelişiyor. Orta yaş grubunun böyle bir hizmetten haberleri yok. Aslında en çok onların ihtiyacı var. Z kuşağına danışmanlık ve rehberlik hizmetinin orta yaş kadar fayda sağlayacağını zannetmiyorum. Çünkü bu kuşağa oturup bir şey anlatmak, izah etmek, yaptırmak mümkün değil çünkü kendileri her bilgiye internetten ulaşabileceğini zannediyorlar. ...Orta yaştaki insanların ise geçim derdidir, ailevi sıkıntılarıdır, işteki sıkıntılardır bu tarz mevzuları oluyor.”*

Edwin D. Starbuck araştırmasında, yaşlandıkça bireylerin daha çok maneviyata yöneldiklerini ve küçük yaş gruplarına göre daha dindar olduklarını ifade etmektedir (Starbuck, 1899: 320). Bir başka çalışmada orta yaş grubundaki kişilerin zor ve sıkıntılı süreçleriyle başa çıkma noktasında dine ilgilerinin arttığını belirtmektedir. Yaş arttıkça kişilerin daha “dindar” ve daha “erdemli” olmalarında, kişinin olgunlaşmasının ve kendini gerçekleştirme yönelmesinin etkili olduğu düşünülmektedir (Uysal, 2006: 221-241).

MD20, ileri yaş grubu hastaların yaşları dolayısıyla durumlarını kabullenmeye daha açık olduklarını, bu durumun da hastalığa uyum sürecini kolaylaştırdığını şöyle ifade etmektedir: *“İleri yaş grubu çok anlatıyor ama sanki ileri yaş grubunda kaybedecek çok bir şey kalmadığından dolayı mı bilemiyorum bundan kendini o duruma alıştırmış hissediyorum. Benim mesela yetmiş yaş görüştüğüm hastalar oluyor onlarla konuşmamızda ‘Ya hocam bu yaşa kadar yaşamışız zaten. Bu yaştan sonra verecek bir canımız var onu da teslim ederiz.’ diye ifade edenler oluyordu. Orta yaşta mesela durumunu kabullenenle hiç karşılaşmadım diyebilirim yani.”*

MD22, her yaş grubunun kendi dönemine göre hastalığa uyum sürecini etkileyen ihtiyaçları olabildiğini ve manevi desteğin bu ihtiyaçlarını karşılayabildiği ve gerekli yakınlığı kurabildiği her yaş grubunun uyum sürecinde aynı düzeyde fayda sağladığını şu sözleriyle ifade etmektedir: *“Burada bir yaş ayrımına girmiyorum ben ama genellikle palyatifte zaten elli, altmış yaş üzeri hastalar olduğundan dolayı çok ihtiyaç duyuluyor. Orada yaşlılar olması münasibetle yaşlılara hizmet veriliyor gibi. Ancak diğer bölümlerde ben hiç hiçbir yaş ayrımı yapmadan beni 15 yaşındaki kardeşim de dinledi, 30 yaşındaki*

kardeşimle de mubatah oldum. Yeter ki siz o kardeşinizin ihtiyacını tespit edin ve bam teline dokunun. Olayın önemli noktası bu. Bam teline dokunduğunuz zaman 55 yaşında da 30 yaşında da olsa sizi mubatah alıyor. Sizinle muhabbet etmeye devam etmek istiyor. Önemli olan onun damarına dokunabilmek. Onu yakaladığınız zaman hiç yaş grubu fark etmiyor bence.”

MD24, yaşlıların, yaşlarının getirmiş olduğu çeşitli kısıtlamalardan dolayı sosyalliklerinin azaldığını, bu sebeple hastanedeki uyum süreçlerinde konuşmaya ve maneviyata yönelmeye daha çok ihtiyaç duyduklarını, gençlerle ise daha nitelikli görüşmeler gerçekleştiğini aktarmaktadır: *“Yaşlılar daha çok bu hizmetten istifade etmek istiyorlar. Daha çok ihtiyaç duyuyorlar çünkü sosyal bir aktiviteleri yok. ...Ama verim açısından gençlerle yapılan görüşmelerde işte kitap mesela ‘bibliyoterapi’ bilirsiniz. Kitap okuduğumuzda veya bir kitap tavsiyemiz olduğunda onların algı kapıları daha açık olduğu için gençlerden daha verim alıyoruz. İhtiyaç olarak evet yaşlıların daha çok ihtiyacı var.”*

Manevi destek, kişinin hastalık sürecinde yaşadıklarını anlamlandırmada, varoluşsal sorgulamalarında kişiye destek olmaktadır. Mülakatlar sonucu elde edilen verilere göre uzmanların çoğu sunmuş oldukları manevi destek hizmetinin orta yaş grubundaki hastaların durumlarına uyum sağlama süreçlerinde daha faydalı olduğu kanaatinde. Uzmanların çoğuna göre yaşlılar, daha kabullenici yaklaştıkları için durumlarına uyum sağlama süreçlerini dışarıdan bir destek almaksızın da sağlayabilmektedirler. Uzmanların bir kısmı ise gençlerle iletişim kurmakta zorlanmaları sebebiyle manevi destek hizmetinin, gençlerin hastalıklarına uyum süreçlerine etkisinin az olduğunu ifade etmektedirler.

i.a.b. Cinsiyet ve Manevi Destek

Araştırma kapsamında 24 manevi destek uzmanına hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerinde manevi destek hizmetinden faydalanma noktasında cinsiyetin önemli bir değişken olup olmadığı sorulmuştur.

Tablo-2:

Manevi destek hizmetinden fayda sağlayanların cinsiyet göre dağılımı

Değişken	n	%
Kadın	14	58
Erkek	1	4
Cinsiyet Belirtmeyenler	9	38
Toplam	24	100

Tablo 2’ye göre, yapılan mülakatlar sonucunda uzmanlardan %58’i (14 kişi), kadınların uyum süreçlerinde manevi destek hizmetinden daha çok faydalandıklarını; uzmanlardan %4’ü (1 kişi), erkeklerin bu

süreçte hizmetten daha fazla istifade ettiklerini ifade etmiştir. Manevi destek uzmanlarından %38'i (9 kişi) ise hizmetten alınan fayda noktasında cinsiyetin önemli bir değişken olmadığı kanaatine sahiptirler.

MD1, kadınların başlarına bir durum geldiğinde geçmişle daha çok hesaplaşma içerisine girdiklerini, bu durumun da uyum süreçlerinde dışarıdan bir desteğe daha fazla ihtiyaç duymalarına sebep olduğunu, erkeklerin ise bu süreçte daha çok içlerine kapandıklarını şu sözlerle ifade ediyor: “...dini konularda özellikle geçmişe yönelik hak hukuk meselelerinde içlerini rahatlatmak istiyorlar. ...hanımlar özellikle susmuşlar, susturulmuşlar ve bunları da içlerine atmışlar ve diyor ki “gerçekten Allah benim hakkımı onlardan alacak değil mi? Kendisi sesini çıkaramadığı için. ...Özellikle hanımlarda bu çok oluyor. Geçmişe yönelik içlerinde kalanlar, ezilmişlikler, üzülmişlikler, bastırılmışlıklar. Bunun üzerinde çok fazla konuşuyoruz. Beyler daha içine kapanık oluyorlar. Konuşsalar bile hani genel konuşuyorlar. Genel sıkıntularından bahsediyorlar. İşte Hastalığın verdiği sıkıntı...’ diyor mesela.”

MD6, kadınların daha kırılgan ve hassas yapıda olduklarını bu durumun da uyum süreçlerini zorlaştırdığını, erkeklerin ise gerek yapıları gerek de sosyal normların dayattığı kalıplardan ötürü daha dik durmaya kendilerini zorladıklarını şu şekilde ifade etmektedir: “Bayanlar, biraz daha kırılgan ...Biraz daha duygusal yapısından kaynaklı muhtemelen. ...erkeklerde bu durum biraz daha sert geçiyor. Susuyorlar, ‘Ben dik duracağım.’, ‘Bunu bir şekilde atlatacağım.’ gibi geçiyor. Dolayısıyla size baş vurma ve talep etme oranı da bayanlarda daha gözle görülecek derece fazla baktığımız zaman. ...ben kadınların manevi danışmanlık noktasında daha fazla ihtiyaçlarını olduğu kanaatindeyim.” Sosyal normlar ve kültürel kalıplardan dolayı erkek hastalar da en az kadınlar kadar hastalıklarına uyum süreçlerine zorlansalar dahi bu durumu belli etmemeye çalışmakta ve dışarıdan bir desteğe kendilerini açmamaktadırlar. Bu durum, hastalığa uyum sürecinde manevi destek hizmetinden kadınların erkeklere oranla daha fazla faydalanmasında önemli bir faktördür.

Günümüzde yapılan pek çok araştırma, erkelerin de kadınlar kadar duygusal bir yapıya sahip olduklarını fakat daha içe kapanık olduklarını, duygularını gizlediklerini, kadınlar kadar duygularını rahat ve kolay şekilde ifade edemediklerini ortaya koymaktadır (Ağılkaya Şahin, 2017: 351).

MD19, kadınların erkeklere nazaran kendilerini daha açık bir şekilde ifade ettiklerini, daha girişken olduklarını bu sebeple de uyum sürecinde daha hızlı sonuç alındığını, erkeklerde ise kendilerini açmanın biraz zaman aldığını, sorulan sorulara kısa ve kapalı cevaplar verdiklerini

bu durumun da süreci yavaşlattığını vurgulamaktadır: “Görüşme esnasında kendini açma noktasında evet kadınlar biraz daha girişken ... (Erkek hastalar) Konuşmayı kabul ediyorlar ama sadece onları açmak ekstra bir çaba, gayret gerektiriyor. Yoksa ihtiyaç, istek konusunda görüşmeye olumlu yaklaşıyorlar ama konuşurken sorularınıza tek kelimelik cevaplar veriyorlar. ‘Hayır’, ‘Var’, ‘Yok’, ‘Tamam’ gibi... Sizdeki samimiyeti biraz daha görmek istiyor kendisini açmak için.”

MD21, diğer uzmanların çoğunluğunun aksine erkek hastalardan daha çabuk olumlu sonuç aldığını, uyum sürecinde cinsiyet faktöründen çok yaklaşım tarzının önemli olduğunu şu sözleriyle ifade etmektedir: “Benim çok etkileşimde bulunduğum, çok faydalı olduğumu düşündüğüm, çok karşılık aldığım erkek hastalarım daha çok. Yani hiç fark etmiyor. Hastanın kendi duygu durumuna göre yaşı bile fark etmiyor. ...Hiç ummadığımız bir şekilde bayan ya da erkek hiçbir farkı yok, hepsi bize dönüşümlü oluyor, o hastanın duygu durumuna göre değişiyor, bakış açısına göre değişiyor. Ama ben hiç öyle bir ayırım görmedim. Hatta hatta soracak olursanız erkek hastalardan daha çok dönüş aldım ben. ...hiç fark etmiyor bence.”

Araştırma sonuçları ve mülakatlardan elde edilen verilere göre kadınların hastalık sürecine uyum sağlama noktasında dışarıdan bir desteğe daha çok ihtiyaç duydukları söylenebilmektedir. Bununla birlikte erkekler toplumsal rollerin vermiş olduğu katı kurallar dolayısıyla desteğe ihtiyaç duysalar dahi talep etme, kendilerini başkasına açma noktasında zorlanabilmektedirler. Bundan dolayı uyum sürecinde manevi desteğe kadın hasta da erkek hasta da eşit düzeyde ihtiyaç duysa da kadınlar, içlerini daha fazla açma, hizmetten faydalanma noktasında erkeklerin önüne geçmektedir.

i.a.c. Eğitim Düzeyi ve Manevi Destek

Araştırma kapsamında manevi destek uzmanlarına hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerinde manevi destek hizmetinden faydalanma noktasında eğitim düzeyinin önemli bir değişken olup olmadığı sorulmuştur.

Tablo-3:

Manevi destek hizmetinden fayda sağlayanların eğitim düzeyine göre dağılımı

Değişken	n	%
Eğitim Düzeyi Yüksek	9	38
Eğitim Düzeyi Düşük	6	24
Eğitim Düzeyi Önemli Değil	9	38
Toplam	24	100

Tablo 3'e göre, yapılan görüşmeler neticesinde 24 uzmandan %38'i (9 kişi), eğitim düzeyi yüksek kişilerin uyum sürecinde hizmetten daha çok faydalandıklarını; %24'ü (6 kişi), eğitim düzeyi düşük kişilerin manevi destek hizmetinden uyum süreçlerinde daha fazla istifade ettiklerini ifade etmişlerdir. Manevi destek uzmanlarından %38'i (9 kişi) ise uyum sürecinde hizmetten alınan fayda noktasında eğitim düzeyinin etkili bir değişken olmadığı kanaatine sahiptirler.

MD1, eğitim düzeyi yüksek olan hastalarla daha derin daha soyut mevzular konuşabildiklerini ifade etmektedir. Bu anlamda manevi desteğin uyuma faydası noktasında eğitim seviyesi yüksek hastalarla görüşmelerin daha verimli geçtiğini şu sözleriyle aktarmaktadır: *"Şöyle bir şey aslında eğitim seviyesi daha yüksek olan hasta ve hasta yakınlarıyla daha verimli bir manevi destek oluyor. Daha üst düzey konuşmalar oluyor. ...hastaların hayatın anlamına dair soruları, içinde buldukları durumu anlamlandırmaları gibi konuları daha farklı çerçevelendiriyoruz."*

MD2, hastalığa psiko-sosyal uyum sürecinde eğitim düzeyi yüksek olan hastalarla daha hızlı ilerleme kaydettiklerini şu sözleriyle ifade etmektedir: *"Eğitim seviyesi yüksek kişilerle anlam konusunda, logoterapi ve bibliyoterapide daha çok ilerleyebildiğimizi gördüm. Onlarla (eğitim seviyesi yüksek kişilerle), eğitim seviyesi düşük kişilere göre çok daha fazla yol kat edebiliyorsunuz."* Nitekim yapılan bir araştırmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların psiko-sosyal uyumunun daha iyi olduğu ortaya konulmaktadır (Çam vd., 2009).

MD6, eğitim düzeyi yüksek hastaların manevi desteğin amacını daha iyi kavradıklarını ve hizmetten daha fazla faydalandıklarını şu sözleriyle ifade etmektedir: *"Üniversite mezunu kişilerle konuşmalarda sorduğunuz sorularda geri dönütler daha güzel oluyor. Bir şey sorduğunuz zaman daha hızlı anlıyor daha hızlı cevap veriyor, geri dönüt veriyor ve ne iş yaptığımızı çok daha iyi anlıyorlar. Orada bir irşat, tebliğ görevinde bulunmadığımızı sadece maneviyatla oradaki insanların zorlu süreçlerinde yanlarında olmak istediğimizi hemen anlıyorlar. Böyle bir ayrımdan bahsedilebilir."* MD6'nın ifadelerinden yola çıkılarak hizmetin amacının açık bir şekilde anlaşıldığı ve buna göre soruların ve geri dönütlerin verildiği bir görüşmenin daha nitelikli geçtiği ifade edilebilmektedir.

Ross ve Wu'nun gerçekleştirmiş oldukları bir araştırmada eğitim düzeyleri yüksek olan kişilerin yaşamlarına ve sağlıklarına yönelik yüksek düzeyde bir kontrol duygusuna ve daha fazla sosyal desteğe sahip oldukları ortaya konulmaktadır (Ross & Wu, 1995).

MD9, eğitim düzeyinin hizmetten alınan faydada etkili bir faktör

olmadığını bununla birlikte eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda hizmete yönelik ön yargının fazla olduğunu şu sözleriyle ifade etmektedir: *“Eğitim düzeyi bence çok fark etmiyor çünkü karşılaştığım hastalar içerisinde hiç eğitim almamış, okuma yazması olmayan bir amcaya çok faydalı olabildiğim, diğer yandan akademisyen birine hiç faydalı olamadığımı hissettim. Çünkü ön yargıları vardı birinin, diğerinin ön yargısı yoktu.”* Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler daha sorgulayıcı yaklaşıtları için yeni karşılaştıkları bir hizmet olarak manevi danışmanlığa da mesafeli yaklaşabilmektedirler. Dolayısıyla bu durum hizmetten alınacak faydaya etki etmektedir. İstenen hedefe ulaşılması daha uzun bir süreci gerektirecektir.

Çam ve diğerlerinin, hastalarının rahatsızlığına psiko-sosyal uyumları üzerine yapmış oldukları araştırmada, hastalarının uyumlarının genel anlamda olumsuz etkilendiği belirtilmektedir. Çalışmaya göre psiko-sosyal uyumun en olumsuz etkilenmeleri ise “mesleki-iş çevresi alanı, sosyal çevre ve psikolojik” alanlarda olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi düşük hastalığa uyumun azaldığı saptanmıştır (Çam vd., 2009).

MD19, eğitim düzeyi yüksek hastaların, hizmete daha tepkisel davrandığını ve daha sorgulayıcı yaklaşıtlarını ifade etmektedir: *“Benim burada hizmet verdiğim hastaların genel seviyesi ilkököl ve ortaoköl seviyesinde. Zaman zaman üniversite mezunu hastalar oluyor ama onların tepkiseliliği daha fazla oluyor. Ama bu ilkököl mezunu, Anadolu’dan gelmiş eğitim seviyesi çok yüksek olmayan kırsal kesim, taşra mensubu vatandaşlarda hoca profiline bir saygı var, kurumsal olarak da bir saygısı, hürmeti var. ...bizden gelecek tavsiyeleri hemen kabul edebiliyorlar. ...Ben daha çok eğitim düzeyleri yüksek kişilerde kavram tartışmasına girdiğimizi, sorguladıklarını ve bununla biraz zaman kaybettiğimizi de düşünüyorum.”*

MD24, eğitim düzeyi yüksek olan hastaları “zor danışanlar” olarak nitelemektedir. Eğitim düzeyi düşük olan hastaların, sorgulamadan hizmete kendilerini açtıkları için daha kısa sürede fayda sağlayabildiklerini fakat eğitim düzeyi yüksek hastalarda hizmete yönelik sorgulamaların fazla olmasından dolayı kendilerini açmalarının biraz daha zaman aldığını ifade etmektedir: *“Eğitim düzeyi düşük olan amcalar, teyzeler sorgulamıyor mesela. Ama diğer eğitilmiş kesim onlarla da çok görüşme yaptım. Geçen hafta ... partisi il kadın kolları başkanlığı yapan bir bayanla görüşme yaptım. Memuriyet de yapmış. Anlatıyor anlatıyor. İşte o ve onun gibiler. İşte ‘ben diyetisyenim’, ‘ben baş hemşireyim’, ‘ben emniyet amiriyim’ diyen insanlarla da görüşme yaptım. Onlar bizim için zor danışanlar. Orada sizin hata yapma şansınız yok. Orada kelimeler dikkatle ağzınızdan çıkmalı. Yani her kelimeniz puzzle parçaları gibi yerine oturmazsa havada kalır ve siz mahcup olursunuz.”*

Mülakat sonuçlarından elde edilen verilere göre eğitim düzeyi düşük hastalar, sorgulamadan kabullenme yaklaşımında olduklarından dolayı hizmete yönelik bir direnç sergilememektedirler. Bunun sonucunda da hizmetten alacakları faydayı kısa sürede elde edebilmektedirler. Eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda sorgulama ve tepkisel yaklaşım daha fazla olabilmektedir. Bu durum, hizmetten istenilen faydanın alınmasında uzmanların daha fazla emek harcamalarını ve daha çok görüşme yapmalarını gerektirmektedir. “Zor danışanlar” olarak ifade edilen bu hastalarla gerekli yaklaşım sağlanabildiğinde ise eğitim düzeyi düşük olan hastalardan daha nitelikli görüşmeler sağlandığı ifade edilmektedir.

i.a.d. Ekonomik Durum ve Manevi Destek

Araştırma kapsamında 24 manevi destek uzmanına hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerinde manevi destek hizmetinden faydalanma noktasında ekonomik durumun önemli bir değişken olup olmadığı sorulmuştur.

Tablo-4:
Manevi destek hizmetinden fayda sağlayanların
ekonomik duruma göre dağılımı

Değişken	n	%
Ekonomik durumun etkili olduğunu düşünenler	13	54
Ekonomik durumun etkili olmadığını düşünenler	5	21
Bu konuda görüş belirtmeyenler	6	25
Toplam	24	100

Tablo 4’e göre, yapılan görüşmeler neticesinde manevi destek görevlilerinde %54’ü (13 kişi), ekonomik durumun hizmetten alınan faydada önemli bir etken olduğunu ifade ederken uzmanlardan %21’i (5 kişi), etkili bir faktör olmadığını belirtmiştir. Uzmanlardan %25’i (6 kişi) ise bu konuda net bir fikir beyan edememişlerdir.

MD6, ekonomik açıdan sıkıntı yaşayan hastaların öncelikli olarak bu sorunlarına çare aradıklarını şu sözleriyle ifade etmektedir: “...*girdiğiniz zaman ‘Maddi destek için mi geldiniz?’ diyorlar. Manevi destek diyorsunuz ‘Maddi destek yok mu?’ diyorlar. Oluyor tabi. Böyle olduğunda ne yapıyoruz hastanenin sosyal hizmetine yönlendiriyoruz.*”

Çam ve Nehir’in kalp krizi geçirmiş hastaların psiko-sosyal uyumları üzerine yapmış oldukları araştırma sonucuna göre, daha fazla risk taşıdığı ifade edilerek özel bakım tedbirleri alınmasının gerekliliğinin vurgulandığı gruplar içerisinde sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan hasta grubu da yer almaktadır (Çam & Nehir, 2011).

MD10, hastaların uyum süreçlerinde ekonomik durumun etkili bir faktör olduğu şu sözleriyle aktarmaktadır: “Maddi durum çok önemli. Maa-
leşef hastaların yaşadığı maddi yetersizlikler görüşmelere yansyabiliyor. ...koordineli bir şekilde onları sosyal hizmetlere veya yardım talebinde bulunulabilecek kişilere yönlendiriyoruz. ...O durum halledilmediğinde orada saplanıp kalıyorlar. ...Durumu iyi değilse, evdekilerin durumu kötüyse, çocuğa bakacak kimsesi yoksa onlar da ister istemez hastanın durumunu çok etkileyebiliyor tabii ki.”

Akın ve Durna'nın kalp yetersizliği hastalarının psiko-sosyal uyumları üzerine yapmış olduğu bir araştırmada gelir düzeyinin düşmesinin psiko-sosyal uyumu azalttığı saptanmıştır (Akın & Durna, 2006: 6).

MD14, temel ihtiyaçlarını karşılama noktasında sıkıntı yaşayan hastalarla ne konuda konuşulursa konuşulsun, konunun dönüp dolaşıp bu ihtiyaçlara geldiğini şu sözleriyle ifade etmektedir: “En çok gözlemlediğim şeylerden birisi de bu. Birçok hastanın yanına gidip de konuşurken dertleri, sıkıntıları olup olmadığını sorduğum zaman konu belli bir zaman sonra yoksulluğa geliyor Bizim maaşımız yok, bir gelirimiz yok. Kaldık böyle burada.’ Öyle olunca da başka hiçbir şey konuşamıyorsunuz zaten. ...manevi desteğin senin orada kesilmiş oluyor.”

Yapılan araştırmalarda gelir düzeyi ve manevi iyi oluş arasındaki ilişki incelendiğinde pozitif yönde bir ilişkinin mevcut olduğu saptanmıştır (Gürsu & Ay, 2018: 1187).

MD20, manevi desteğin hastaların uyum süreçlerine etki eden her türlü faktöre faydalı olduğunu ifade etmektedir. “...mesela ziyarete gidiyorsunuz, ziyarete gittiğiniz kişinin maddi olarak bir sıkıntısı varsa hemen hastanın dediği şey şu ‘Ya Hocam, bana şu konuda bir yardımcı olsanız.’ Eğer siz o hastanın maddi sıkıntısını giderirseniz ön ayak olur, gerekli yerlere baş vurmasını sağlarsanız ancak o zaman maddi kaygıları bir tarafa atarak size kendisini açabiliyor. Ama eğer bunu sağlayamazsanız ikinci görüşmenizi ...serzenişler oluyor ve görüşme orada yapılamayacak, ilerleyemeyecek duruma geliyor. Ben orada şunu çok önemsiyorum ...Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti multidisipliner olarak yürütülmesi gereken bir hizmet. ...Tedavi sürecinde ihtiyaç duyduğu her türlü maddi, manevi sıkıntıda hastalara destek sağlamaktayız.”

MD23, hastaların uyum süreçlerinde maddi ihtiyaçlarını karşılamada ilgili bölümlere yönlendirmenin, manevi destek hizmetini amacına ulaştırdığını bildirmektedir: “Bazı hastalar bizi sosyal hizmetteki arkadaşlarımız gibi maddi destek kapıları olarak görebiliyorlar. Hastanemizin bir sosyal hizmet odası var. Bu tür kişileri oraya yönlendiriyorum ve bu da onların aklındaki endişe ve kaygılara bir umut kapsıdır. Bu da aslında manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetinin yerine getirilebildiğini gösterir. İlgili birime yönlendirme sayesinde

kişinin sıkıntısına bir umut bırakmış oluyorsunuz. Bu da hizmetimizin amacını gerçekleştirmiş oluyor bence.”

Görüşmelerden elde edilen bulgular sonucunda hastaların, hastalığa psiko-sosyal uyum süreçlerinde ekonomik gelir düzeyinin önemli bir etken olduğu anlaşılmaktadır. Manevi destek uzmanlarının ifadeleri doğrultusunda hastaların ekonomik problemleri varsa bu durum görüşmelerde önemli bir gündem oluşturmaktadır. Burada aktarılan bilgilerden anlaşılmaktadır ki hastaların bu sıkıntılarında duyarlı davranılması uyum sürecine fayda sağlamaktadır. Hastaların bu sıkıntılarında uzmanlar tarafından bir adım atılmazsa görüşmelerden istenilen fayda ve verim alınmamaktadır. Burada hastaların birincil ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması onların gereksinimlerine yönelik yaklaşım geliştirmenin önemi ortaya çıkmaktadır.

i.b. Hastalıkla İlgili Etkenler

Hastanın hastalığa verdiği anlam psiko-sosyal uyumunu etkilemektedir. Lipowski'ye göre hastalar hastalıklarını tehdit, meydan okuma, ceza veya kazanç olarak yorumlayabilmektedirler. Hastalar hastalık süreçlerinde ciddi varoluşsal sıkıntılar ve ruhsal semptomlar geliştirmektedirler. Hastaların hastalıklarına yönelik göstermiş oldukları duygusal tepkiler, yüklemiş oldukları anlama bağlı olarak değişebilmektedir. Aynı şekilde hastalığa yönelik emosyonel tepkiler de yüklenecek anlamı etkileyebilmektedir. Hastalığa verilen anlamın bilinmesi hastanın duygu, düşünce ve davranışlarını daha iyi tanımaya katkı sağlamaktadır. Manevi destek hizmeti, hastanın hastalığa verdiği anlamı keşfederek kişinin işlevsel olmayan düşünce ve anlamlandırma süreçlerinin uyuma katkı sağlayacak şekilde değişmesine yardımcı olmaktadır. Bu bölümde hastaların psiko-sosyal uyumunu etkileyen hastalıkla ilgili etkenler incelenmiştir.

i.b.a. Hastalık Türleri ve Manevi Destek

Araştırma kapsamında 24 manevi destek uzmanına hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerinde manevi destek hizmetinden faydalanma noktasında hastalık türlerinin önemli bir değişken olup olmadığı sorulmuştur.

Tablo-5:
Manevi destek hizmetinden fayda sağlayanların
hastalık türüne göre dağılımı

Temalar	n	%
Onkoloji	8	33
Palyatif	4	17

Çocuk Hematoloji	2	9
Enfeksiyon	1	4
Ameliyat Öncesi	1	4
Genel Cerrahi	1	4
Tüm Servislerde Faydalı	1	4
Yara Bakım	1	4
Fizik Tedavi	1	4
Bu konuda görüş belirtmeyenler	4	17
Toplam	24	100

Tablo 5'e göre, yapılan görüşmeler neticesinde 24 manevi destek görevlilerinden %33'ü (8 kişi) onkoloji bölümünde, %17'si (4 kişi) palyatif bölümünde, %9'u (2 kişi) çocuk hematolojide, %4'ü (1 kişi) enfeksiyon bölümünde, %4'ü (1 kişi) ameliyat öncesinde, %4'ü (1 kişi) genel cerrahi bölümünde, %4'ü (1 kişi) yara bakımında, %4'ü (1 kişi) fizik tedavide uyum sürecinde manevi desteğe daha çok ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir. Uzmanlardan %4'ü (1 kişi) tüm servislerde eşit derecede ihtiyaç olduğunu belirtirken %17 (4 kişi) bu konuda net bir görüş bildirmemişlerdir.

MD10, çocuk hematoloji servisinde manevi destek hizmetine daha çok ihtiyaç duyulduğu kanaatinde. MD10, burada hem hastalara hem de hasta yakınlarına destek sağlanmasının önemini ifade etmektedir: *"Kesinlikle çocuk hematoloji. Çocuk hematolojisi birinci derecede annelerin ve çocukların çok çok ihtiyaç hissettikleri hatta babalarıyla da görüşüyoruz. Diğer yakınlarıyla da görüşüyoruz... (Çocuk hematolojisi) En çok ihtiyaç olan, çünkü çok uzun süre tedavi gerekiyor ve çok zor ilerliyor, aşamaları çok zor. Bir anne için de zor bunları yaşamak çocuk için de zor. ...Çocuklar olunca akan sular duruyor zaten. Çocuklar ve gençler oradalar. Genelde onkoloji hastalarının tamamı özelde hematoloji servisi."*

Manevi destek uzmanların çoğunun ifade ettiği üzere palyatif bakımdaki hastaların büyük bir kısmının genelde bilinci açık olmamakta, bilinci açık olanların da konuşmaya güçleri olmamaktadır. Bu hususu MD21, şu ifadelerle aktarmaktadır. *"...benim kendi gözlemlediğim onkoloji bir, palyatif bakımda da hasta yakını iki. En çok palyatif bakımda hasta yakınlarının ihtiyacı var. Palyatif bakımdaki hastaların çoğunluğu zaten konuşmıyorlar, bilinçleri kapalı ama onların yüklerini, sorumluluğunu hasta yakınları aldığı için onların çok ihtiyacı oluyor. Onkolojide ise hem hastanın hem de hasta yakınının ihtiyacı var bu desteğe."*

MD1, palyatif bakımda hasta yakınlarına daha çok fayda sağladıklarını belirtirken hastaların uyum süreçlerinde ise daha çok yara bakımında kendilerine ihtiyaç olduğunu şu sözlerle aktarmaktadır: *"Hastalarda daha"*

çok yara bakım ünitesine gittiğimiz zaman oradaki hastalara olumlu olduğunu düşünüyorum. Çünkü palyatifteki hastaların bilinci genelde kapalı oluyor. Oraya gelen hastalar artık son dönem hastaları oluyor genelde ama yara bakım diyebilirim. Orada yaraların, özellikle şeker hastalığından dolayı ayaklarında yara oluyor. O hastalık üzerine konuştuğumuzda yaşadıklarını anlattıklarında rahatlıyorlar. Hatta bir beyefendi “Ben çok yalnızım ne olur sık sık gelin.” demişti bana. Burada MD1’in anlattığı hasta üzerinden anlaşılmaktadır ki hastalıklarının kaygı ve korkusu içerisinde, yeni bir ortamda, destekçi ve refakatçiden mahrum olan hastaların uyum süreçlerinde manevi destek önemli bir ihtiyacı karşılamaktadır.

MD14, onkoloji hastalarında ve ameliyata girecek hastaların durumlarına uyum süreçlerinde manevi desteğe daha çok ihtiyaç olduğunu şu sebeplerle aktarmaktadır: *“Kesinlikle onkoloji bölümünün çok ihtiyacı var. Diğer yönden de diyaliz bölümü. Çok sıkıntı çekilen bir hastalık, haftanın üç günü hastanede olmaları gerekiyor. Bir diğeri de ameliyat öncesi. Ameliyat öncesi ve sonrası görüşmek güzel oluyor. Hastaların ve hasta yakınlarının çok hoşlarına gidiyor. İyi geliyor onlara.”*

MD6, manevi danışmanlığın ölüm öncesi destek olarak algılanmasına yönelik şu açıklamalarda bulunmaktadır: *“Onkoloji/Palyatif dabama fazla ihtiyaç duyuyor? ...palyatif dediğimiz artık terminal dönem yani son dönem hastalarıdır yani artık acılarını dindirdiği, ölümü bekleyen hastadır. Biz burada ölümü beklediği için manevi danışmanlık yapmıyoruz. Biz hayatının en zorlu sürecini hastanede geçirdiği için ailesine ve onlara danışmanlık yapmaya çalışıyoruz aslında. Bunu iyi ayırmak lazım. Yani ölmek konusu başka bir konu. Tabi ki ölüm hak ama danışmanlığın esası onların zorlu süreçlerinden kaynaklı olarak onlara danışmanlık ve rehberlik yapmaktır. Biz de bunu yapıyoruz.”* Ölümüne yaklaşmış hastaların durumlarını kabul etme süreçlerinde manevi destek önemli bir hizmettir. Fakat manevi danışmanlık yalnız bununla sınırlı bir hizmet alanı değildir. Manevi desteğin ülkemizde yeni bir hizmet alanı olması ve pek çok tepkiyle karşılaşması sebebiyle hizmeti belirli alanlarda sınırlama çabası gösterilebilmektedir. Burada hizmeti ve hizmet alanını iyi tanıtmamanın önemi ortaya çıkmaktadır.

Bu hizmeti yürüten manevi destek görevlileriyle gerçekleştirilen görüşmeler ve elde edilen bilgiler doğrultusunda tüm servislerde manevi destek faydalı olsa da bazı servislerin bu desteğe daha çok ihtiyaç duydukları anlaşılmaktadır. Özellikle ani gelişen ağır hastalıklarda, uzun süreli yatışlarda, tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda ve sakatlık, engellilik gibi durumlarda kişiler yeni durumlarını kabullenmede ve buna uyum sağlamada daha fazla zorluk yaşayabilmektedirler. Bu bağlamda

en çok ihtiyaç duyulan servisler arasında onkoloji ve palyatif bakım servisleri yer almaktadır.

i.b.b. Ameliyat Öncesi Yaşanan Korku ve Panik Durumunda Manevi Destek

Hastalar için korku, panik ve endişe kaynağı olan ameliyat öncesi bekleyişlerde moral, motivasyon desteği kişiyi rahatlatmak ve ameliyata hazırlamak için önemlidir.

MD8, rahim kanseri olan ve ertesı gün ameliyata girecek hastanın korku, endişe ve üzüntülerini dinlemiş, kişiye moral motivasyon verip probleminde kendisine rehberlik etmiştir. Manevi destek uzmanının hastanın sıkıntılarına yönelik bu desteği hastanın rahatlamasına sebep olmuştur. MD8, ilgili görüşmeyi şu sözlerle aktarmaktadır: *‘Jinekolojik onkolojiye gittiğimde hemşireye ‘Manevi desteğe ihtiyacı olan var mı?’ diye sordum. ‘Bir tane hasta var bizı çok uğraştırıyor onunla bir görüşür müsünüz?’ dedi yanına gittim 69 yaşlarında bir hanımefendiydi. ...Rahim kanseriydi, ertesı gün ameliyata girecekti. Ameliyat olmak da istemiyor, korkuyor, endişeli ...Yani onun derdini dinleyip de yardım etmeye çalıştıktan sonra, ...o hanım gayet rahatlamış, endişeleri gitmiş, ameliyat olmaya hazır vaziyetteydi. Esas o hastalığı değil de altında yatan, onun üzen şeyler üzerine gittik. Yani hani ne yapması gerekiyor? İşte çocuklarını affetmesi gerekiyor. ...Artık o kadar sıkılmış bunalmış vaziyetteydi ki ‘Allah seni bana gönderdi.’ dedi ...rahatladı. Akşam da dua etmiş, Allah’a çocuklarına hakkını helal ettiğini ve onları affettiğini söylemiş. ...Bir hafta sonra ziyarete gittiğimde zaten ameliyat olmuş hiçbir hafta öncesinde gördüğüm hasta değildi durumu gayet iyiydi.’* Mevlâna, sıkıntılı kişiyi “içi dumanlı bir oda”ya benzetmektedir. Manevi destek görevlileri, o sıkıntılı durum içerisinde olan kişinin dumanlı odasında bir pencere açarak kişinin rahatlamasına ve hayatında meydana gelen ani değişikliklere uyum sağlamasına yardımcı olmaktadır.

Ameliyatının sürekli ertelenmesinden dolayı kaygı ve endişe hissedilen, bu durumdan dolayı öfkelenen hastanın duyduğu anlaşılma ihtiyacını MD10, şu sözlerle aktarmaktadır: *‘Dabiliye servisinde kanser hastası bir erkek hasta vardı ellili yaşlarda. Personele sıkıntı çıkaran sinirli öfkeli biriymiş. Personel görüşmemi istemişti kendisiyle. Çeşitli sebeplerle hastanın ameliyatı sürekli erteleniyor. Haliyle çok sıkıntılı bir durumda. Adam artık sinir krizleri geçiriyor. ‘Onunla konuşurken de biliyor musunuz belki gecikmede hayır vardır. Bazen niye olmadı diye sürekli söyledüğümüz dua ettiğimiz şeyin olmamasına ileride ‘Oh iyi ki olmamış’ diyebiliyoruz bazen.’ gibi yumuşak konuştuğumuzda adamın tepkisi şu olmuştur; ‘Hiç kimse böyle sizin gibi konuşmadı ki. Böyle anlatmadı ki!’ dedi. ...Sonra elhamdülillah ki yeni gelen doktordan çok memnun kaldılar. Ameliyatı yapıldı. Daba iyi oldu. Sonradan kendisi de dedi. ‘O gün gelip konuşmasaydınız*

kafayı yiyecektim. Burada artık ne yapardım şikâyet edecektim ... hastaneyi.' dedi."

i.b.c. Hastalıktan Kaynaklanan Yeti ve Uzun Kayıplarında Manevi Destek

MD15, hastalık sürecinde engelli olma durumundan kaynaklı olarak bunalmış bir hastayla görüşmesini şu sözlerle ifade etmektedir: *"Bir tane 71 bir yaşında teyzemiz vardı. O da yirmi sene öncesinde bir felç geçirmiş. Felç geçirdikten sonra tekrar yine az da olsa kendi işlerini yapabiliyormuş ... yirmi sene sonra tekrar aynı yerden felç gelince bir buçuk ay kadar yatalak kalmış. ... Bu teyzemizin refakatçisi olmadığı için aynı köyden bir bakıcı tutmuşlar. Onu mesela 'Ben ayağa kalkacağım, ayağa kalkacağım. Yürümek istiyorum diye bunaltmış.' 'Teyze nasılsın?' dediğimde 'Oğlum ben yürümek istiyorum.' demişti. Onu rahatlatmak konuşmalar yaptım. Başına gelen hastalığa verdiğimiz örneklerle hastalığa farklı bir pencereden bakmasına kendisini teşvik ettik. Konuşmam sonrasında teyze 'Oğlum moral verdin.' demişti."*

Yapılan çalışmalar, dini başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinin engellilik durumunda karşılaşılan sorunlarda etkili olduğunu göstermektedir (Ekşi Kırca, vd., 2020: 332). Dini/manevi yönelim, yaşanan zorluklar karşısında pasif bir şekilde başa gelenlere katlanılması yerine sıkıntılı süreçle başa çıkma noktasında hastayı desteklemektedir. Din/maneviyatın kazandırmış olduğu bakış açısı sayesinde kişi, mevcut olumsuz bakış açısını değiştirerek meydana gelen acı olayı, kişisel gelişimi ve değişimi için bir fırsat haline dönüştürebilmektedir (Özkan, 2019: 89).

Pek çok hastalıktan mustarip olan ve ertesi gün ameliyatla ayağını kaybedecek olan bir kadın hastanın o anki zor sürecini ve verilen desteği MD10, şu sözlerle aktarmaktadır: *"Bir hanım vardı. Genel cerrahideydi sonra ortopediye alındı. 43-44 yaşlarındaydı. Obez bir hastaydı. Ayağını kesmek için gelmişlerdi. Bir sürü hastalıkları varmış zaten. Bir de ayağı da ertesi gün kesilecekti. Sorumlu bembşire haber verdi ... Sürekli ağlıyor. 'Ölmek istiyorum. Bir an önce ölmek istiyorum.' diye. ... hanıma gittim. Hemen ağlamaya başladı. ... Kendimi tanıtp yanına oturdum. Elinde morluklar vardı. Elini tutum ve '... hanımcım biliyor musunuz şu elinizdeki morlukların bile bir anlamı var. Burada geçirdiğiniz her saniyenin. Rabbim bunu biliyor, bundan haberdar. Ayağınız artık size hizmet edemeyecek çünkü öyle bir hale gelmiş ki eğer kesilmezse vücudunuzun diğer kesimlerini yemeye başlayacak.' deyince o da 'Doğru söylüyorsunuz.' dedi. Ben o 'Elinizdeki morlukların bile bir anlamı var. Siz Allah katında ne kadar değerlisiniz.' deyince birden durdu göz yaşları. Onun ilgisini çeken bir cümle olmuş. Kendisi sonradan ifade etti bunu. ... Ertesi gün gittiğimde yatakta oturuyordu. O bezgin hali gitmişti, ameliyatı bekliyordu. 'Sizi böyle gördüğüme çok sevindim.' dedim. 'Bütün gece sizin söylediklerinizi düşündüm dedi.' ... Ameliyata yani metin gitti."*

Yapılan araştırmalar, tanısı yeni konmuş hastaların psiko-sosyal uyumlarının düşük düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır (Çam vd., 2009).

MD3, bacağı kesildikten sonra içine kapanmış bir hastayla görüşmelerinden bahsetmektedir. MD3, hastanın bacağı kaybetmesi sonrası geçirdiği şoku, yaşamında meydana gelecek değişimleri ve engellik durumunu kabullenememesinden ötürü tamamen içine kapandığını belirtmektedir. Görüşmelerin hastaya sağladığı katkıdan MD3 şu sözlerle bahsetmektedir: *“Bir gün bana telefon etmişlerdi. Hastanın kendisi değil de bölüm hemşiresi beni aramıştı. Hocam adam tamamen kendi içine kapandı. Biz korkuyoruz bir gün odada kendi başına kaldığında kendine bir şey yapacak.” diye. Ben de yanına gitmiştim. Hastanın bir bacağı kesilmiş. Şeker hastası. Adam tamamen içine kapanmış. 60-62 yaşlarındaydı. Hayata küsmüş. İlk etapta gittiğimde ‘Ben kimseyle görüşmek istemiyorum!’ dedi. ‘Efendim biz illaki zorla görüşme isteğinde bulunmuyoruz ama sadece sizin rabatlamanız açısından. Ben sadece oturayım sizi dinleyeyim. ...Siz konuşun biraz içinizi boşaltın...’ dedim. Şimdi konuşmaya başlayınca ...hayatını anlattı. ...onun problemi bir daha insan içine çıkamayacak, artık tamamen yatağa mahkûm olduğu ...o ruh bunalımıyla tamamen kendi içine kapanmış. ...ziyaretine gelen pek kimse yok... ...Şimdi böyle olunca adam içine kapanmış. Tabi biz de görünce artık her gün talepte bulunmaya başlıyoruz. ... ‘Ben anlatayım, anlatacaklarım var.’ diyor...”*

Pek çok çalışma, krizler ve doğal afetler sonrasında bireylerin rahatlamak için duaya ve dine yöneldiklerini ortaya koymaktadır. Duanın olumsuz hadiseler karşısında Yaratıcı'nın sonsuz kudretine sığınarak kişiye güç ve içsel huzur sağladığı ifade edilmektedir (Işık & Karaman, 2020: 50). Bununla birlikte altmıştan fazla çalışmada kanser, diyabet, hemodiyaliz, baypas cerrahisi vb. pek çok hastalık durumunda dinin/maneviyatın başa çıkmadaki rolü incelenmiştir. Çalışmaların hemen hepsinde hastaların zorlu koşullarda dini başa çıkmaya yöneldikleri tespit edilmiştir (Koenig, 2005: 45-46).

i.b.d. Hastalıktan Kaynaklanan Endişe, Kaygı ve İçe Kapanma Durumlarında Manevi Destek

Akın ve Durna tarafından kalp yetersizliği tanısı konulan hastalara yönelik gerçekleştirilen araştırmada hastalığa bağlı belirtilerin şiddetinin artmasının psiko-sosyal uyumu olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Akın & Durna, 2006: 6-7).

MD21, hastalıktan kaynaklanan şiddetli kaygı ve panik hali yaşayan bir hastanın sakinleşmesini ve görüşmeyle birlikte bu kaygı durumundan nasıl uzaklaştığını şu sözlerle ifade etmektedir: *“70 yaşlarında bir*

amcam vardı. Kendisi böyle çok feryat figan. ‘Tansiyonum yükseldi. Benim tansiyonum yükseldi.’ diye bağırdı. ...O hastanın yanına yaklaştım. ‘Ne oldu amca?’ dedim. Bir sürü detaylardan bahsetti. Sonra ona doktorun viziye gelip gelmediğini sordum, o da geldiğini söyledi. Sonra ona ‘Ama bak senin şu anda serumun takalı değil.’ dedim. Sende serum yok. ‘Değil mi kızım. Benim de bir şeyim yok değil mi?’ dedi. ‘Yok amca olsa kolunda serum olurdu. Damar yolun bile açık değil senin. Doktor gelmiş, hemşire gelmiş ölçmüşler. Sen kendi kendine panik yapıyorsun’ dedim. ‘Allah razı olsun kızım ya.’ dedi. ...Sonra ‘Ben kahveyi çok seviyordum kızım.’ diye başladı sohbet etmeye. ‘Ben de biliyorum belli, sen böyle neşeli, canlı bir dedeye benziyorsun.’ dedim. O öldüm, bittim diyen o amca iyi oldu.”

Ağır ve ölümcül hastalığa yakalanan kişilerde endişe, ümitsizlik, ölüm korkusu, üzüntü, çaresizlik, içe kapanma, sürekli ağlama, sosyal izolasyon, öfke, depresif görüntü vb. psiko-sosyal problemler görülebilmektedir (Özdemir & Taşçı, 2013: 57). Kanseri tanıyan konan yirmili yaşlarda içine kapanmış bir hastaya neredeyse son anına kadar eşlik eden MD9, kendisinde de derin izler bırakan görüşme sürecini şöyle aktarmıştır: *“En unutulmaz görüşmem genç bir kızdı. Hastamızı kaybettik. Allah rahmet eylesin. Onkolojide yirmili yaşlarda üniversite öğrencisi bir kızdı. İlk başta biz onunla birkaç görüşmede gözümüzle konuştuk adeta. ‘Böyle mi?’ diyordum sadece gözüyle işaret ediyordu. ...Hastalığı son evresindeyken çok geç fark etmişler... ...Bir gün bir geldim yanına kız konuşuyor. ...‘Sen konuşuyor muydun?’ dedim. ‘Konuşuyordum ama konuşmak istemedim’ dedi. Sonra çok güzel bir bağ oluştu zamanla aramızda. ...Vefat etmeden birkaç gün önceydi ben evdeydim. ...Beni aradı ‘Hocam sizinle görüşmeye, konuşmaya ihtiyacım var. Elinizi tutup güç almak istiyorum.’ ben apar topar neredeyse ev halimle hastaneye gittim. Çok mutlu oldu, o kadar mutlu oldu ki ‘...Ben gece korktuğumda sizin elinizi tutuyorum, sizden güç alıyorum.’ falan diyor. ...Sonra ben çıktım. Onunla vedalaştım, yine görüşeceğimizi söyledim. ...paçartesi onu yoğun bakıma almışlar. O arada da ben artık ailenin yanında destek olmaya çalıştım. ...Bir gün sonra da hastamızı kaybettik.”*

Yapılan araştırmalar, kronik hastalıkları bulanan hastaların ağrı deneyimlerinde din ve maneviyatın, olumlu değişiklikler sağlayarak hastanın bilişsel ve duygusal dayanıklılığını arttırdığı gözlemlenmiştir (Ekşi Kırca, vd., 2020: 330; McGrath, 2011; Rippentrop, 2005).

i.b.e. Yakınlarını Geride Bırakma Endişesinde Manevi Destek

MD14, eşini ve çocuklarını geride bırakma endişesi yaşayan bir hastayla görüşmelerini ve hastanın uyum sürecindeki katkılarını şu sözlerle aktarmaktadır: *“50 yaşında palyatif bölümünde yatan kanser hastası bir abimiz vardı. Karnında büyük bir tümör vardı. Yaklaşık sekiz aydan fazladır*

burada yatıyordu. Geçmişte alkol bağımlısı biriyimş. ...Eşi hastalığının dönüşü olmadığını farkında, kendisi bilmiyor sadece. Onun yanına ilk gittiğimde ber konuşmamızda şunu ifade ediyordu 'Hocam Allah razı olsun. İyi geldi ya.', 'Geliyorsun, konuşuyorsun iyi oluyor ya.' ...Her evlatlarını, eşini geride bırakma endişesi yaşıyordu. Ben de bu konuda onu rahatlatmaya çalışacak konuşmalarda bulunuyordum ve sonrasında bu tür serzenişleri yapmamaya başladım."

Palyatif bakıma gelen genç bir hastanın, çocuklarını geride bırakma endişesini ve görüşmelerin hastanın rahatlamasına ve uyum sağlamasına sağladığı katkıyı MD19 şu sözlerle aktarmaktadır: "...tabminen 40 yaşında bir kadın hastamız geldi palyatif bakım servisine. ...Ben gittim dediler ki işte 'Hocam, kadın kırk yaşında kanser. İki çocuğu var.' Kanserinin son evresi daha yeni öğrenmiş. Ayakta geziyor, hiçbir şeyi yok. Bir öksürük başlıyor, doktora gidiyorlar soğuk algınlığı mı diye işte film falan derken doktor 'Sen akciğer kanserisin ve son evre. Nasıl bu zamana kadar doktora gelmedin?' diyor. ...Ben ziyaretime gittim ...Tabi hasta çok kötü durumdaydı. ...Şu ana kadar onu hiç kimse dinlememiş. Bana şunu söyledi 'Hocam benim iki tane küçük çocuğum var. Ben şimdi ne yapacağım? Bana yardım et, beni kurtar.' ...Onun iyi hissetmesine, az da olsa rahatlamasına yardımcı olmak için birazcık konuştum, ağlamaya başladı. 'Gideyim isterseniz?' dedim. 'Hayır Hocam durun lütfen.' dedi. ...Burada yaklaşık on beş, yirmi gün yattılar. Kadın rahatladı, o her doktor yanına geldiğindeki panik, korku halinden kurtuldu. İyileşeceğine yönelik içinde bir ümit yerleşti."

Puchalski, *Sağlık Hizmetlerinde Maneviyatın Rolü* (The Role of Spirituality in Health Care) adlı makalesinde 30 yaşlarında yumurtalık ve meme kanserine yakalanmış, tedavi ümidi kalmamış, ölümünü bekleyen bir hastadan bahsetmektedir. Puchalski, hastanın depresyonda olduğunu ve antidepresanların çare olmadığını aktarmaktadır. Hastayla konuşmaları neticesinde hastanın çektiği acıların ve endişelerinin altında yatan sebebin 2 yaşındaki kızının kendisini hatırlamayacağı korkusu olduğu açığa çıkmıştır. Bunun üzerine Puchalski, hastanın kızına anı olarak bırakabilmesi adına günlük tutmasını tavsiye etmiştir. Hemşireler, annenin çocuğuna bırakacağı bir video çekmesine yardımcı olmuşlardır. Tüm bu çabaların hastanın depresyonu atlatmasına yardımcı olduğu aktarılmaktadır (Puchalski, 2001: 352). Hastalık sürecinde kişiyi korku ve kaygıya sürükleyen pek çok etken vardır. Ölümcül bir hastalığa yakalanan hastalarda en çok görülen endişeler arasında sevdiklerini geride bırakma ve yakınlarının kendisini unutacağından korkma yer almaktadır. Örneklerden de anlaşıldığı üzere manevi destek personelleri, hastaların durumlarını kabullenmelerinde ve endişelerinin azalmasında destek olabilmektedirler.

S o n u ç

Manevi danışmanlık ve rehberlik esasında geleneklerimizde var olan toplumsal dayanışma ve desteğin, yaklaşık bir asır önce Batı'da kurumsal bir form kazanmasıyla kamu hizmetine dönüşmüştür. Ülkemizde ise daha öncesinde atılmaya çalışılan fakat başarısız olan çeşitli adımlara rağmen 2000'li yılların başında manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti çeşitli kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır. Manevi danışmanlık ve rehberlik ülkemizde henüz yeni gelişmekte olan bir alan olduğundan dolayı alana dair araştırmalar da sınırlı sayıda bulunmaktadır. Bu araştırmada bütüncül bakımanın önemli bir unsuru olduğu düşünülen manevi destek hizmetinin hastaların psiko-sosyal uyumlarına etkisi incelenmiştir. Yapılan bu çalışmada manevi desteğin hastaların hastanede yaşadıkları çeşitli problemlere nasıl ve ne açıdan katkı sağladıkları tespit edilmeye çalışılmıştır. Genel olarak şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Başta çıkma sürecini etkileyen bireysel etkenler başlığı altında ele alınan yaş faktörünün etkisi incelendiğinde %29 oranında orta yaş grubundaki (35-65 yaş) hastaların daha çok uyum problemi yaşayabildiği ve bu doğrultuda da hizmetten daha fazla istifade edebildikleri tespit edilmiştir.

Cinsiyet faktörüne bakıldığında %58 oranında kadınların daha çok uyum problemi yaşayabildikleri ve manevi destek hizmetinden daha çok faydalandıkları ortaya çıkmıştır. Kadınların erkeklerden hizmetten daha çok faydalandığına yönelik görüşlerin fazla olmasında, erkeklerin sosyal rol ve normlardan kaynaklı olarak kendilerini açmamaları, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmekte zorlanmaları gibi faktörlerin etkili olduğu tespit edilmiştir.

Bireysel etkenler içerisinde yer alan hastaların eğitim düzeyinin uyum sürecine etkisi ve manevi desteğin rolü incelendiğinde %38 oranında eğitim düzeyi yüksek hastaların genellikle başlarına gelenleri daha çok anlamlandırma içerisinde oldukları, manevi destek hizmetini daha fazla sorguladıkları, bir uzmanın ifadesiyle eğitim düzeyi yüksek hastaların "zor danışanlar" oldukları tespit edilmiştir.

Bireysel etkenler başlığı altında yer verilmiş olan hastaların ekonomik düzeyinin uyum sürecindeki etkisi ve manevi desteğin rolü incelendiğinde %54 oranında ekonomik durumun hastaların uyum sürecine ve manevi destek görüşmelerine olumsuz yönde etki ettiği ortaya çıkmıştır. Ekonomik olarak zor durumda olan hastaların uyum sürecinde zorlandıkları tespit edilmiştir. Maddi olarak sıkıntı yaşanan bir kişinin manevi ihtiyaçlarının ikinci planda kalabildiği anlaşılmıştır. Maddi sıkıntısı olan

hastalar, manevi destek uzmanlarından maddi problemlerinin çözümüne yönelik talepte bulunabildikleri tespit edilmiştir.

Hastalıkla ilgili etkenler başlığı içerisinde ele alınan konulara bakıldığında hastalık türlerinin hastaların uyum süreçlerinde önemli bir etken olduğu tespit edilmiştir. %33 oranında onkoloji servislerindeki hastaların uyum süreçlerinde daha çok zorlandıkları ve bu servisteki hastalara daha çok manevi destek hizmeti verildiği ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte %17 oranında uzmanların onkoloji servislerinden sonra palyatif servislerine de çok fazla ziyarette buldukları sonucuna varılmıştır. Uzmanlarca onkolojiden sonra ikinci olarak ifade edilen servis, palyatif servisi olsa da burada hastalardan çok hasta yakınlarına destek olunduğu anlaşılmıştır. Palyatif bakım servislerinde bulunan hastaların çoğunun bilinçlerinin kapalı olmasından veya konuşacak hallerinin olmamasından dolayı manevi destek uzmanlarının görüşmelerinde hasta yakınlarına öncelik verdiği ortaya çıkmıştır.

Hastaların uyumlarını engelleyen hastalıkla ilgili etkenlere bakıldığında manevi destek uzmanlarının sağladığı şu durumlar tespit edilmiştir: Ameliyat öncesi korku ve panik hali, hastalıktan kaynaklanan yeti ve uzuv kayıpları, hastalıktan kaynaklanan endişe, kaygı ve içe kapanma durumları ve hastaların yakınlarını geride bırakma endişeleri. İlgili başlıklar altında hastaların uyumunu engelleyen çeşitli durumlar tespit edilmeye çalışılmış ve manevi destek uzmanlarının orada bulunmalarının hastalara olumlu etkisine dair örnekler yer verilmiştir.

Yapılan bu araştırmada hastaların psiko-sosyal uyumlarında bireysel ve hastalık kaynaklı faktörler incelenmiştir. Bu bağlamda bireylerin uyum süreçlerinde manevi destek hizmetinin etkisi ve katkısı tespit edilmeye çalışılmıştır. Hasta profilleri ve hastaların başa çıkma süreçlerindeki ihtiyaçlarına manevi destek uzmanlarının nasıl cevap verdiği yönünde çeşitli örnekler yer verilmiştir. Hizmetin, hastaların başa çıkma süreçlerindeki ihtiyaçlarına cevap vermesi açısından geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmada bireysel ve hastalık kaynaklı ele alınan her bir etken ayrı bir araştırma konusu olarak incelenebilecek düzeydedir. Bu araştırmanın manevi desteğin, hastaların hastalığa uyum sürecindeki destek ve katkılarının artırılmasına yönelik bir kapı açması ümit edilmektedir.

Kaynaklar

Ağilkaya Şahin, Z. (2017). *Manevi bakım ve danışmanlık*. İstanbul: Marmara Akademi Yayınları.

Akın, S. & Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psiko-sosyal uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 1-8.

Altaş, N. (1999). Hastanelerde dini danışmanlık hizmetleri (Türkiye uygulaması üzerine deneysel bir araştırma). *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 39(1), 599-659.

Ayten, A. (2012). *Tanrı'ya sığınmak: Dini başa çıkma üzerine psiko-sosyal bir araştırma* (2. bs). İstanbul: İz Yayıncılık.

Ayten, A. (2018). *Din ve Sağlık*. İstanbul: Marmara Akademi Yayınları.

Ayten, A., & Düzgüner, S. (2020). *Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri temel bilgiler kılavuzu*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Ayten, A., & Özkan, A. (2020). *Hastanelerde manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Ayverdi, İ., & Topaloğlu, A. (2011). *Misalli büyük türkçe sözlük: asırlar boyu târibî seyri içinde* (4. bs). İstanbul: Kubbealtı Lugatı.

Boztilki, M., & Ardic, E. (2017). Spirituality and health. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1), 39-45.

Chochinov, H., & Cann, B. (2005). Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *Journal of Palliative Medicine*, 8(Suppl 1), 103-115.

Çam, M. O., Saka, Ş., & Babacan Gümüş, A. (2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(2), 73-81.

Çam, O., & Nehir, S. (2011). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(2), 47-59.

Çileli, M. (2006). Ölüm. [içinde] *Gelişim Psikolojisi* (ss. 367-399). Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.

Düzgüner, S. (2013). *Maneviyat algısı ve diğer kâmlukla ilişkisi: kan bağı örneğinde türkiye ve amerika karşılaştırmalı nitel bir araştırma*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Ekşi, H., Kaya, Ç., & Çiftçi, M. (2016). Maneviyat ve psikolojik danışma. [içinde] *Manevi Yönelimli Psikoterapi ve Psikolojik Danışma* (ss. 13-28). Ed. H. Ekşi & Ç. Kaya. İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Ekşi, H., Kaya, Ç., & Okan, N. (2020). Maneviyat ve psikolojik danışma. [içinde] *Manevi Yönelimli Psikolojik Danışma* (ss. 1-24). Ed. H. Ekşi. İstanbul: Nobel Yayıncılık.

Ekşi, H., Kırca, B., Aydoğdu, B. N., & Saruhan, V. (2020). Manevî danışmanlık uygulama alanları. [içinde] *Manevî yönelimli Psikolojik Danışma* (ss. 300-340). Ed. H. Ekşi. İstanbul: Nobel Yayıncılık.

Gürsu, O., & Ay, Y. (2018). Din, manevi iyi oluş ve yaşlılık. *Journal of International Social Research*, 11(61), 1176-1190.

İşık, H., & Karaman, K. (2020). *Ceza infaz kurumlarında manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

İslamoğlu, A. H., & Alınacı, Ü. (2016). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri (SPSS uygulamalı)*. İstanbul: Beta Yayınları.

Kalaoğlu Öztürk, Z. (2010). *Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı*. (Uzmanlık Tezi). Anada: Çukurova Üniversitesi.

Karaaslan, S. (2018). Manevi bakım hizmetlerinde etik kurallar ve profesyonel standartlar (ABD, Kanada ve İngiltere örnekleri). [içinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik* (ss. 281-302). Ed. A. Ayten, M. Koç, & N. Tınaz. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Karagül, A. (2012). Manevi bakım, anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi: Hollanda örneği. *Dini Araştırmalar*, 15(40), 5-27.

Keşgin, H. (2020). Sosyal hizmet kurumlarında manevi destek hizmetleri. [içinde] *Maneviyata Duyarlı Sosyal Hizmet* (ss. 243-270). Ankara: Grafiker Yayınları.

Kılınçer, H. (2017). Manevi danışmanlık ve rehberlik (MDR) üzerine: Psikoloji, ilahiyat ve tıp alanlarında maneviyat ve MDR algısı. [içinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik: Teori ve uygulama alanları* (ss. 19-60). Ed. A. Ayten. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Kızılgeçit, M. (2017). *Din Psikolojisinin 100'ü*. Ankara: Otto Yayınları.

Kızılgeçit, M. (2020). *Din Psikolojisinin 300'ü*. Ankara: Otto Yayınları.

Kocaman, N. (2010). Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 101-112.

Koç, M. (2018). Diyanet İşleri Başkanlığı'nın hastanelerdeki manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri (1995-2015): Sınırlılıklar ve bir eğitim programı önerisi. [içinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik* (ss. 321-362). Ed. A. Ayten, M. Koç, & N. Tınaz. Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Koenig, H. G. (2005). *Faith and Mental Health: Religious Resources for Healing*. Templeton Foundation Press. <http://site.ebrary.com/id/10320489>

McGrath, J. C. (2011). Posttraumatic growth and spirituality after brain injury. *Brain Impairment*, 12(2), 82-92.

Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235.

Nelson, C. J., Jacobson, C. M., Weinberger, M. I., Bhaskaran, V., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Roth, A. (2009). The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 38(2), 105-114.

Ok, Ü., Gedik, Z., & Erşahin, Z. (2019). *Hastalar için manevi bakım*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

Özkan, A. (2017). Hastanelerde sunulan manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri üzerine bir araştırma. [çinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik: Teori ve Uygulama Alanları* (ss. 61-101). Ed. A. Ayten. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Özkan, A. (2019). Manevi danışmanlıkta kullanılan kavramlar ve pratikteki algısı. [çinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Farklı Alanlardan Araştırma Bulguları ve Değerlendirmeler* (ss. 45-97). Ed. A. Ayten. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon- liyezon psikiyatrisi*. İstanbul: Roche Yayınları.

Pieper, J., Hijweege, N., & Smeets, W. (2016). Attentiveness to religious/spiritual coping and meaning questions of patients. *Journal of Empirical Theology*, 29(1), 78-100.

Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. *proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 14(4), 352-357.

Rippentrop, A. (2005). A review of the role of religion and spirituality in chronic pain populations. *Rehabilitation Psychology*, 50, 278-284.

Ross, C. E., & Wu, C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60(5), 719-745.

Sağlam, İ., & Yüksel, Z. (2016). Psiko-sosyal destek ve manevi bakım uygulamaları: Augsburg örneği. [çinde] *Dezavantajlı Gruplar Psiko-Sosyal ve Manevi Bakım* (ss. 203-224). Ed. İ. Çapcıoğlu & F. Z. Belen. Ankara: Grafiker Yayınları.

Seçer, İ., Yıldırım, M., Karabulut, F., Dağcı, A., Angın, N. Y., Vural, M. E., Bayram, N. N., Çinici, M., & Kızılgeçit, M. (2021). Covid-19 sürecinde yaşlılarda ruh sağlığı ve dinî başa çıkma uygulamalı bir model geliştirilmesi ve etkililiğinin test edilmesinin tanıtımı. [çinde] *Olağanüstü Durumlarda Manevi Danışmanlık ve Rehberlik: Disiplinlerarası Araştırmalar* (ss. 249-273). Ed. Ö. F. Söylev, O. Gürsu, & B. Demirtaş. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Starbuck, E. D. (1899). *The psychology of religion: An empirical study of the growth of religious consciousness*. UK: Walter Scott.

Şimşek, H., & Yıldırım, A. (2018). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (11. bs). Ankara: Seçkin Yayınları.

Şirin, T. (2016). Manevi danışma ve rehberlik'te yeni bir model önerisi: i.h.s.a.n modeli ve vaka sunumu. [çinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik* (2. bs, C. 1, ss. 187-211). Ed. A. Ayten, M. Koç, & N. Tınaz. Ankara: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Topuz, İ. (2016). Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinde temel nitelik ve yeterlilikler. [çinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik* (2. bs, C. 1, ss. 237-257). Ed. A. Ayten, M. Koç, & N. Tınaz. İstanbul: Dem Yayınları.

Uğurlu, H. S. (2016). Dini danışmanlık eğitimi: AAPC akreditasyon kriterlerinin türkiye açısından değerlendirilmesi. [çinde] *Manevi danışmanlık ve Rehberlik* (1. bs, C. 1, ss. 259-302). Ed. A. Ayten, M. Koç, & N. Tınaz. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Uysal, V. (2006). Yetişkinlikte dindarlık ve kültürel arka planı. [çinde] *Yetişkinlik Dönemi Eğitimi ve Problemleri* (ss. 207-245). Ed. M. F. Bayraktar. İstanbul: Ensar Neşriyat.

Wright, L. M. (2005). *Spirituality, suffering and illness: Ideas for healing*. ABD: F.A. Davis Co.

Yapıcı, A. (2007). *Rub sağlığı ve din / Psiko-Sosyal uyum ve dindarlık*. Adana: Karahan Kitabevi.

Yücel, F. (2018). ABD'de müslümanlara yönelik dini danışmanlık eğitimi (Hartford Seminary örneği). [çinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik* (2. bs, C. 1, ss. 373-394). Ed. A. Ayten, M. Koç, & T. Tınaz. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2013). Dindarlık ve maneviyat. (çev. S. Düzgüner). [çinde] *Din ve Maneviyat Psikolojisi: Temel Yaklaşımlar ve İlgi Alanları* (ss. 61-102). Ed. İ. Çapcıoğlu, A. Ayten, R. F. Paloutzian, & C. L. Park. Phoenix Yayınevi.

Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., Hipp, K. M., Scott, A. B., & Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549-564.

* Bu makale, birinci yazarın *Hastanelerdeki manevi desteğin psiko-sosyal uyuma etkisi* (2022) başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.