



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

Sayı: 7 • Haziran 2023 • 65-100
Issue: 7 • June 2023 • 65-100



Çevresel ve Manevi Faktörler 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 Environmental
and Spiritual 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.1254178>

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

Makale Türü • Article Type Araştırma • Research
Geliş Tarihi • Received 21 Şubat 2023 • 21 February 2023
Kabul Tarihi • Accepted 05 Haziran 2023 • 05 June 2023

Ö z e t

Maneviyat, kişilerin sıkıntılı süreçlerinde başvurabilecekleri önemli kaynaklardır. Yakın geçmişe kadar sağlık alanında önemi ihmal edilen dine/maneviyata olan ilgi günden güne artmaya başlamıştır. Hastalara dolaylı da olsa sosyal açıdan destek sağlayan hizmet alanlarından biri de manevi destek hizmetidir. 1900'lü yılların sonlarında din/maneviyat, sağlık hizmetlerinde önemi yadsınamayacak bir alan olarak kabul görmeye başlamıştır. Yapılan araştırmalar, dinin/maneviyatın fiziksel, ruhsal sağlık ve iyi oluş üzerindeki etkisini ortaya koymaya devam etmektedir. Manevi destek hizmeti, Batı'da yüz yıllık bir geçmişe sahip olan, hastalıkla mücadele edilirken dini/manevi kaynaklardan destek alınması noktasında kişilere rehberlik etmek amacıyla yapılan bir alandır. Ülkemizde yeni uygulanmaya başlanan bir hizmet sahası olarak manevi destek, hastalık süreçlerinde yaşanan çeşitli problemlerin aşılmasında dini/manevi kaynakların rehberliğinde hastalara danışmanlık ve rehberlik hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Yaşanan ciddi hastalıklar, psiko-sosyal-manevi pek çok problemi beraberinde getirmektedir. Hastalık sürecinin meydana getirdiği kriz durumunda hastalar, çevresel ve varoluşsal açıdan çeşitli sorunlarla yüz yüze gelebilmektedirler. Bu süreçte hastaların çevresel sıkıntılarının giderilmesi, sosyal destek sağlanması, varoluşsal sorgulamalarının çözümlenebilmesi adına alternatif bakım hizmetlerine duyulan ilginin arttığı gözlemlenmektedir. Hastaların durumunu kabullenme sürecine etki eden kişisel, çevresel, hastalık kaynaklı, dini/manevi temelli pek çok etmen vardır. Bu çalışmada, hastaların psiko-sosyal uyumlarında etkili olduğu düşünülen çevresel ve dini/manevi etkenler incelenmiştir. Hastaların uyum süreçlerini etkileyebilen bu faktörlerin olumsuz tesirlerinin azaltılmasında manevi destek hizmetinin nasıl bir rol üstlendiği manevi destek personellerinin görüşleri doğrultusunda belirlenmeye çalışılmıştır. Nitel araştırma yönteminin kullanıldığı bu araştırmada nitel araştırma desenlerinden durum çalışması deseni tercih edilmiş ve yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Çalışmada İstanbul, Bursa, Ankara, Eskişehir, Adana, Antalya şehirlerinden 24 manevi destek personeliyle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışma, iki ana bölümden oluşmakta olup ilk bölümde teorik çerçeveye, ikinci bölümde mülakat sonuçlarından elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Teorik çerçevenin yer aldığı birinci kısımda din ve maneviyat kavramları tanımlanmış, manevi destek hizmetine dair genel bilgilendirme yapılmış, psiko-sosyal uyum kavramı açıklanmıştır. İkinci kısımda katılımcılarla gerçekleştiren mülakatlar sonucunda elde edilen bulgular aktarılmıştır. Sonuç kısmında elde edilen bulgular özetlenmiştir.

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

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

A b s t r a c t

Spirituality serves as an important resource for individuals during challenging periods. The interest in religion/spirituality, previously overlooked in the healthcare domain, has been progressively increasing. Religion/spirituality began to be acknowledged as an undeniable aspect of healthcare services in the late 1900s. Ongoing research continues to uncover the impact of religion/spirituality on physical, mental health, and well-being. Spiritual counseling service is a field that has a century-long history in the West, aiming to guide individuals in seeking support from religious/spiritual sources while battling illness. In Turkey, spiritual support has recently emerged as a new service area, aiming to provide counseling and guidance to patients based on religious/spiritual resources, with the intention of overcoming various challenges experienced during the course of illness. Serious illnesses often bring forth numerous psycho-social-spiritual issues. Patients, amidst the crisis brought about by the disease, can face various environmental and existential dilemmas. During this process, there has been an observed increase in interest towards alternative care services, aimed at addressing patients' environmental difficulties, providing social support, and resolving existential inquiries. Various factors, including personal, environmental, disease-related, and religious/spiritual elements, influence patients' acceptance of their condition. This study examines the environmental and religious/spiritual factors believed to have an impact on patients' psycho-social adjustment. Drawing on the perspectives of spiritual support personnel, the study aims to identify the role of spiritual counseling service in mitigating the adverse effects of these factors on patients' adaptation processes. The study employs a qualitative research method, specifically the case study design, and utilizes semi-structured interviews. The interviews were conducted with 24 spiritual support personnel from Istanbul, Bursa, Ankara, Eskisehir, Adana, and Antalya. The study consists of two main sections: the first section provides a theoretical framework, while the second section presents the findings derived from the interview results. The theoretical framework section defines the concepts of religion and spirituality, provides general information about spiritual support services, and explains the concept of psycho-social adjustment. The second section conveys the findings obtained from the interviews with the participants. The conclusion summarizes the obtained findings.

K e y w o r d s

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

Giriş

Bütüncül bakımın tesis edilebilmesinde hastaların tedavi ihtiyaçlarının yanında psiko-sosyal, manevi ihtiyaçlarının da ele alınması büyük önem arz etmektedir. Hastalığın bıraktığı etkiler, bireylere göre farklılık gösterse de pek çok hastanın hemen hemen birçok ortak duyguyu deneyimlediği gözlemlenmektedir (Ayten & Özkan, 2020: 19). Hastane ortamı, bireylerin sosyal çevrelerinden, ailelerinden, evlerinden uzak kalarak bir çeşit gurbet deneyimi yaşamalarına sebep olabilmektedir. Gurbet deneyiminin getirmiş olduğu ayrılık ve yalnızlık hissi, kişiyi duygusal olarak sarsarak yeni gelişen duruma uyumunu zorlaştırmaktadır (Ağıkaya Şahin, 2017: 187; Özkan, 2017: 13). Bu süreçte hastalar, psikolojik-sosyal ve manevi açıdan desteğe ihtiyaç duyabilmektedirler (Ayten & Özkan, 2020: 16-35).

İnsan, yaşadıklarını hikâye etmeye yönelik iştiaak duymaktadır. Başa gelenlerin anlatılması, yaşanan acı tecrübenin yeniden değerlendirilmesine, olayın anlamlandırılmasına yardımcı olabilmektedir (Ağıkaya Şahin, 2017: 315). Zorlu yaşam tecrübelerinde kişilerin sosyal destek aramaları olası bir durumdur. Kişiler, bir diğerine içlerini dökerek olayın ağırlığını üzerlerinden atmaya çalışmaktadırlar. Bu bağlamda hastanelerde sosyal destek, hastaların bu ihtiyaçlarını karşılayabilmek adına gerek hastaların yakınları gerek de hastane personeli tarafından hastalara sunulan duygusal ve bilişsel destek anlamına gelmektedir. Bazı hastalar bu iletişim ihtiyaçlarını “hastalığım konuşuyor ama ben konuşmuyorum” şeklinde ifade etmektedirler (Özkan, 1993: 279). Araştırmalar da hastaların konuşmaya, duygularını anlatmaya ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır (Hill & Pargament, 2003: 64). Sosyal desteğin, hastaların tedavi süreçlerinde duygusal sıkıntılarıyla mücadele etmelerine yardımcı olarak onların ruhsal kaynaklarını kuvvetlendirdiği ortaya konulmaktadır (Ayten & Özkan, 2020: 13-35-41-42).

Hastalara dolaylı da olsa sosyal açıdan destek sağlayan hizmet alanlarından biri de manevi destek hizmetidir. Manevi destek hizmeti, ülkemizde henüz gündeme gelen bir uygulama olsa da bütüncül bakımın sağlanmasına yönelik atılan önemli bir adımdır. Manevi destek hizmeti, zorlu yaşam koşulları karşısında kişiye dini/manevi referanslar eşliğinde sunulan danışmanlık ve rehberlik hizmetidir. Hastanelerde sunulan manevi destek hizmeti, hastaların hastane ortamına ve hastalıklarına uyum sağlama sürecinde yaşanabilecek sıkıntılar karşısında dertlerini paylaşabilecekleri, seslerini duyurabilecekleri bir hizmet olarak kişiye sosyal açıdan da destek sağlamaktadır. Sık sık hastaların ziyaretine gitmek, hallerini

hatırlarını sormak dahi kişilere buldukları ortamda yalnız olmadıklarını hatırlatmakta ve sosyal açıdan desteklenmiş hissettirebilmektedir. Bu bakımdan manevi destek hizmeti kapsamında yapılan ziyaretlerin kişileri sosyal açıdan da desteklediği söylenebilmektedir.

Yaşanan ciddi hastalıklar, kişilerde manevi ihtiyaçların ve sorgulamaların ortaya çıkmasına kaynaklık edebilmektedir. Dini/manevi bir yönetime sahip olsun ya da olmasın kişiler, yaşadıklarını anlamlandırma noktasında varoluşsal sorgulamalar yaşayabilmektedirler. Bu sebeple meydana gelen ağır hastalıklar, fiziksel tahribin yanından manevi bir kriz olarak da değerlendirilmektedir (Astrow vd., 2001; Ayten & Karagöz, 2019: 207-208). Hasta; kendisiyle, çevresiyle ve Yaratıcı ile bir muhasebe içerisine girebilmektedir. Tecrübe edilen acı olay, kişiyi hem manevi kaynaklarını sorgulamaya hem de manevi kaynaklarından destek almaya yönlendirebilmektedir. Hastalığın verdiği acı ve korku halinde kişinin zihninde “Allah neden bana bu hastalığı verdi?”, “Günahım neydi benim?”, “Bana bir şey olursa sevdiğim ne olacak?” gibi birçok soru belirmeye başlamaktadır (Wright, 2005: xviii-xix). Bu süreçte kişi, zihnini işgal eden bu soruların yanıtlanmasına veya susturulmasına yönelik bir desteğe ihtiyaç duymaktadır. Manevi destek hizmeti, bireylerin cevap bulmakta zorlandıkları bu ve benzeri soruların cevaplandırılmasında, anlamlı bir zeminde değerlendirilmesinde rehberlik hizmeti sunmaktadır. Zihni meşgul eden bu soruların çözümlenmesi kişiyi rahatlatmakta ve uyum sürecini kolaylaştırmaktadır (Koç, 2018: 322). Yapılan araştırmalar, dini/manevi inanç ve uygulamaların hastaların rahatlamalarında faydalı olduğunu göstermektedir (Astrow vd., 2001).

Bu çalışmada hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerini etkileyen çevresel ve dini/manevi kaynaklı faktörler, hastanelerde görev yapan manevi destek personellerinin izlenimleri çerçevesinde incelenmiştir.

a. Konu ve Problem

Bu çalışmanın konusu; manevi destek hizmetinin, hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerine etkisinin ve katkısının manevi destek personelleri aracılığıyla incelenmesidir. Çalışmanın temel problemi; “*Manevi destek personellerine göre hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerinde çevresel ve dini/manevi faktörlerin etkisi bağlamında manevi destek hizmeti nasıl bir rol oynamaktadır?*” sorusuna cevap aranmak üzere aşağıdaki problemler oluşturulmuştur:

1. Manevi destek personellerine göre hastaların, hastalığa uyum süreçlerinde çevresel etkenlerden kaynaklanan problemleri nelerdir?
2. Manevi destek personellerine göre manevi destek uygulaması,

hastaların uyum süreçlerine etki eden çevre kaynaklı problemlerin aşılmasında etkin bir role sahip midir?

3. Manevi destek personellerine göre hastaların, hastalığa uyum süreçlerinde dini/manevi etkenlerden kaynaklanan problemleri nelerdir?

4. Manevi destek personellerine göre manevi destek hizmeti, hastaların dini/manevi kaynaklı problemlerinin aşılmasında etkin bir role sahip midir?

b. Amaç ve Önem

Hastalığın beklenmedik ve ani gelişmesi, kişinin hastalığı kabullenme sürecinde çeşitli zorluklar yaşamasını da beraberinde getirmektedir. Hastanede tedavi görmeye başlayan hasta, alışık olduğu sosyal ve fiziksel çevresinden ayrılmak durumunda kalmaktadır. Bu süreçte kişi, hastalığına ve hastane ortamına uyum sağlamada çeşitli zorluklar yaşayabilmektedir. Tedavi devam ederken yaşanabilecek uyum problemlerine yönelik hastalar sık sık destek ve motivasyon yenilenmesine ihtiyaç duyabilmektedirler (Aytan & Özkan, 2020: 36).

Ülkemizde uygulanması yakın bir tarihe dayanan manevi destek hizmeti, hastaların tedavi süreçlerinde yaşanabilecek anlam sorunları, hastalığı kabullenememe, hastane ortamına uyum sağlayamama, ölüm korkusu gibi bireysel, çevresel ve hastalık kaynaklı konularda hastaların daha iyi hissetmelerinde ve yeni durumlarına uyum sağlamalarında rol oynayabilmektedir. Hastaların yaşayabilecekleri olası kriz durumlarında manevi destek, dini/manevi referanslarla talep eden kişilere moral, motivasyon desteği sağlamayı amaçlamaktadır. Bu araştırmanın amacı, manevi destek personelleri aracılığıyla hastaların uyum süreçlerine etki eden çevresel ve dini/manevi etkenler bağlamında manevi destek hizmetinin uyum sürecindeki rolünün incelenmesidir.

c. Örneklem

Bu çalışmada, amaçlı örnekleme yöntemlerinden tipik durum örnekleme tercih edilmiştir. Bu örnekleme yönteminde çalışılmak istenilen durum veya durumlar hakkında bilgi sahibi olan kişiler veya kurumlar seçilmektedir. Tipik durum örnekleminde elde edilen veriler genelleme yapmak için kullanılmamaktadır (İslamoğlu & Alnaçık, 2016: 201). Bu örnekleme türüyle çalışılan uygulama, alan, konu, yenilik hakkında bilgi sahibi olmak ve yeterli bilgiye sahip olmayanları bilgilendirmek amaçlanmaktadır (Şimşek & Yıldırım, 2018: 120-121). İlgili örnekleme yönteminden yola çıkılarak bu çalışmada, hastanelerdeki manevi destek hizmetinin çevresel ve dini/manevi etkenler bağlamında hastaların

psiko-sosyal uyumlarına etkisinin araştırılması konusunda bizzat uygulamayı gerçekleştiren manevi destek görevlileriyle görüşmeler 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 görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Birden fazla şehirden katılımcıyla mülakat yapılmasındaki ana neden, elde edilmek istenen bulguların manevi desteğin uygulandığı çeşitli bölgelerdeki manevi destek personeli tarafından nasıl algılandığına ve değerlendirildiğine yönelik farklı bakış açılarının yansıtılma olasılığının arttırılmasıdır. Görüşmelerin pandemi dönemine denk gelmesi sebebiyle mülakatlar yalnız 1 kişiyle yüz yüze, geri kalan 23 katılımcıyla ise online olarak gerçekleştirilmiştir.

d. Yöntem

Bu çalışmada, nitel araştırma yöntemlerinden yararlanılmıştır. Araştırmada, nitel araştırma desenlerinden durum çalışması deseni tercih edilmiştir. Araştırmada mülakat tekniği kullanılarak manevi destek hizmetinin, hastaların psiko-sosyal uyumlarına etkisi konusunda manevi destek görevlilerinin görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Veri toplamak için yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Elde edilen bulguların korunması ve analizi için görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Görüşmeler kayıt altına alınırken katılımcılar bu konuda bilgilendirilmiş ve rızaları alınmıştır. Çalışma konusuna yönelik literatür taramasından ve görüşmelerden elde edilen verilerin mukayesesi sonucunda çeşitli bulgular elde edilmiştir.

Görüşmeler sonucu elde edilen veriler, nitel araştırma veri analiz yöntemlerinden içerik analizi ve betimsel analiz metotlarıyla incelenmiştir. İçerik analizinde ortaya çıkan bulguları açıklayabilecek kavram ve ilişkilere ulaşmak amaçlanmaktadır. Betimsel analizde ise elde edilen verilerin daha önceden belirlenmiş olan temalara göre özetlenmesi ve yorumlanması hedeflenmektedir. Bu analiz türünde katılımcıların görüş ve fikirlerini yansıtmak amacıyla doğrudan alıntılara sıkça yer verilmektedir (Şimşek & Yıldırım, 2018: 259).

Bu makalede manevi destek personellerinin tecrübelerinden yararlanılırken hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerine dair görüşlerini serbest bir şekilde ifade edebilmeleri adına görüşmeler, yarı yapılandırılmış görüşme tekniğiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmada katılımcılara alt soruların (probes/sonda) da yer aldığı 27 açık uçlu soru yöneltilmiştir. Gerekli görüldüğünde probeslerle katılımcıların konuya dair görüşlerini daha açık ve net ifade etmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Veri çeşitliliğinin

sağlanabilmesi amacıyla farklı illerde görev yapan katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Sorular hazırlanırken din psikolojisi alanında çalışan 4 akademisyenin görüşleri dikkate alınmıştır. Mülakatlar ortalama 60-90 dakika arası sürmüştür. Çalışmada manevi destek personellerinin isimlerini kullanmak yerine MD1, MD2, MD3 gibi numaralar verilmiştir.

e. Kapsam ve Sınırlılıklar

1. Bu araştırma; İstanbul, Bursa, Ankara, Eskişehir, Antalya, Adana şehirlerindeki hastanelerde görev yapan 24 manevi destek personelinde elde edilen bulgularla sınırlıdır.

2. Çalışmanın kapsamı, çevresel ve dini/manevi kaynaklı faktörlerin hastaların psiko-sosyal uyumu üzerindeki tesirini ve manevi desteğin bu süreçteki rolünü incelemek üzerinde sınırlandırılmıştır.

3. Araştırma, manevi destek hizmetinin hastalara yönelik etkisinin incelenmesiyle sınırlıdır.

4. Çalışmada elde edilen bulgular, manevi destek uzmanlarının ifade ettikleriyle sınırlıdır.

f. Kavramsal Çerçeve

f.a. Din ve Maneviyat Kavramları

Din, sözcük anlamı olarak “kendini kutsala adama”, “millet”, “tutulan yol” ve “ceza/mükâfat” manalarında kullanılmaktadır. Din kelimesi, Yaratıcı’ya bilinçli ve iradî bir bağlılık anlamına gelmektedir. İngilizce “din” kelimesinin karşılığı “religion” kelimesidir (Kızılgeçit, 2017: 11, 2020: 18). Maneviyat ise Arapça kökenli bir kelimedir. Sözcük anlamı olarak “ruh ve mana ile ilgili olan hususlar”, “madde ve cisimle alakası bulunmayan” anlamlarında kullanılmaktadır. Üstün bir güce inanç ve bağlılık sonucu ortaya çıkan “dayanma gücü”, “ruh kuvveti”, “moral” anlamlarında da kullanılmaktadır. İngilizce’de manevi yat sözcüğü, Türkçe’ye ruhsallık olarak çevrilen “spirituality” kelimesine karşılık gelmektedir (Ayverdi & Topaloğlu, 2011: 768; Düzgüner, 2013: 14; Kızılgeçit, 2020: 292).

Gerek din gerekse de manevi yat, insanın tecrübe alanı içerisine giren fenomenlerdir (Ekşi vd., 2016: 25). İnsanlık tarihi incelendiğinde, nitelikleri farklı olsa da her toplulukta pek çok insanın dini/manevi bir bağlılığa sahip olduğu bilinmektedir (Ekşi, Kaya, vd., 2020: 13).

Din ve manevi yat, kişilerin bizzat tecrübe ettiği bir gerçeklik olmasından dolayı çok boyutlu, kişisel ve göreceli bir yapıya sahiptir. Bu sebeple yapılan her tanım, tanımlı yapan kişinin tecrübe alanı ve bakış

açısıyla sınırlıdır. Bundan dolayı din ve maneviyatın genel geçer bir tanımını mevcut değildir (Kılınçer, 2017: 21). Öte yandan bu iki kelimenin eş anlamlı kavramlar mı yoksa birbirlerinden farklı gerçeklikleri tanımlayan kelimeler mi oldukları tartışma konusudur.

Din ile maneviyat kavramları, yakın tarihe kadar birbirinin yerine kullanılmıştır. Ne var ki 1900'lü yılların ikinci yarısında din ve maneviyat kelimeleri anlamca birbirlerinden uzaklaşmaya başlamıştır. Bilhassa 1980'li yıllara gelindiğinde manevi yönelimler adı altında dinlerden bağımsız inanç biçimlerinin ortaya çıkmaya başlamasıyla maneviyat, din-den ayrı bir gerçeklik olarak kabul görmeye başlamıştır. Bu kavram ayrışması neticesinde toplumlarda, manevi bir yönelime sahip fakat dini bir inanca sahip olmayan hem dindar hem de maneviyat sahibi, dindar fakat maneviyatsız gibi çeşitli yönelimlere sahip olarak kendilerini tanımlayan kişiler ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu ikiliğin sonucunda maneviyat; aşkın ile özel, sınırsız, vasıtasız, bireysel bir karşılaşma tecrübesini ifade ederken din daha çok katı, baskıcı, durağan, sınırlı, kuralcı, ritüelleri içeren kurumsal bir yapının tarifi için kullanılır hale gelmiştir (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).

Modern psikoloji tarihinin erken dönemleri incelendiğinde din hem bireysel/özel hem de kurumsal yapıya sahip bir gerçeklik olarak kabul görmüştür (Hill & Pargament, 2003: 64; Zinnbauer vd., 1997: 551). Din psikolojisinin kurucu isimlerinden William James de dini, bireysel ve kurumsal din olarak iki boyutta değerlendirmiştir. Günümüze gelindiğinde ise din artık yalnızca nesnel, kurumsal bir yapıyı temsil eder hale gelmiştir. Dinin özel/bireysel boyutu ise maneviyatın tanımı içerisine dâhil edilmiştir (Hill & Pargament, 2003: 64; James, 2017: 39-40). Maneviyat, geleneksel kullanımda hem bireysel hem de kurumsal bağlılığı içerisinde bulunduran din kavramından özel tecrübe alanının ayrılmasıyla ön plana çıkmıştır. Dinin içerisinden özel tecrübe alanın çıkarılması, dinin alanını daraltmış, kurumsallıkla sınırlandırmıştır. Bunun yanında maneviyatın alanı geniş, özgür, sınırsız bırakılmıştır (Zinnbauer vd., 1997: 551-563).

Her ne kadar din ve maneviyat kavramları gün geçtikçe birbirinden ayrı kavramlar olarak kabul edilir hale gelmiş olsa da bu iki kavramı birbirine bağlayan birleşme noktaları vardır. Din ve maneviyat kavramlarını birbirine yaklaştıran tanımlara bakıldığında dinin maneviyatın açığa çıkması, beslenmesi ve gelişmesinde bir “yuva” (Wright, 2005: 5) görevi üstlendiği; maneviyatın dinin “en temel işlevi” (Zinnbauer & Pargament,

2013: 92) olduğu ve dinlerin “manevi tecrübelerin kalıpları”(Ayten vd., 2018: 219) olduğu ifadelerine rastlanmaktadır. Bununla birlikte her iki kavram anlam ve amaç bulma, birliktelik, değerler arayışı, bağlılık, kut-salla ilişki halinde olma gibi herkesçe deneyimlenen konularda ortak pay-dalar taşımaktadırlar (Chochinov & Cann, 2005: 106; Zinnbauer & Parg-ament, 2013: 94). Bu araştırmada bireylerin dini-manevi yönelimlerinin çeşitliliği ve ülkemiz çoğunluğunun hem dindar hem de maneviyatlı ola-rak tanımlanan kategoride ele alınabileceği göz önünde bulundurulurak müşterek unsurlardan hareketle din ile maneviyat kelimelerine bir arada yer verilecektir.

f.b. Manevi Destek Hizmeti ve Türkiye’deki Gelişimsel Sü-reci

Manevi danışmanlık ve rehberlik; hastalık, yas, ölüm, mahkumluk, askerlik, yaşlılık, afetler, anlam arayışı, varoluşsal bunalımlar vb. gibi ki-şinin olağan yaşantısını alt üst eden, zor ve sıkıntılı süreçlerde aradığı yardım ve moral desteğinin Diyanet İşleri Başkanlığı’nın protokol imza-ladığı çeşitli devlet kurumlarında sunulan bir hizmet alanıdır. Hizmetin amacı, yaşamın farklı dönemlerinde yaşanan zorluklar karşısında acı, üzüntü, korku, kaygı, öfke, panik, yalnızlık duyguları içerisinde olan in-sanların bu sıkıntılı süreçlerine eşlik etmektir. Bireylerin hayatlarını yeni-den düzenlemelerinde, yaşananları anlamlandırmalarında onlara yar-dımcı olmaktır (Ağilkaya Şahin, 2017: 2633; Ayten & Düzgüner, 2020: 45; Karagül, 2012: 7-12; Koç, 2018: 321). İhtiyaç dahilinde dini/manevi referanslardan yararlanarak -inanç farklılıkları da göz önünde bulundu-rularak- kişilere rehberlik etmektir.

Manevi bakım (spiritual care), manevi destek (spiritual support), dini danışmanlık (pastoral counseling), dini bakım (pastoral care) gibi çeşitli isimlendirmelere sahip olan manevi danışmanlık ve rehberlik, Batı’da 1900’lü yılların başında resmi olarak uygulanmaya başlanmıştır (Ayten vd., 2016: 187; Karaaslan, 2018: 281). Batı’da manevi danışman-lık hizmeti, kurumsal anlamda ilk defa orduda uygulanmaya başlanmıştır (Karaaslan, 2018: 284). Sağlık kurumlarında uygulamanın başlatılmasına öncülük eden isim, Anton Boisen’dır (Şirin, 2016: 187). Zamanla manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti, cezaevleri, çocuk esirgeme kurumları, yurtlar, huzur evleri, kadın sığınma evleri gibi manevi anlamda rehberliğe ve desteğe ihtiyaç duyulan pek çok alanda ulaşılır bir hizmet haline gel-miştir (Ayten vd., 2016: 239; Karaaslan, 2018: 282-283).

Türkiye’de manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetinin hastane-lerde uygulanması 1900’lü yılların sonunda gündeme gelmiştir (Ağilkaya Şahin, 2017: 489; Altaş, 1999: 599; Ayten, 2018: 126; Ayten, Koç, Tınaz,

& H. Sinem, 2016: 260; Karaaslan, 2018: 299; Kılınçer, 2017: 39; Koç, 2018: 323; Sağlam & Yüksel, 2016: 223; Yücel, 2018: 384). O dönem farklı isimlendirmelerle anılan uygulama, 19.01.1995'te Diyanet İşleri Başkanlığı'nın çeşitli müftülöklere talimatıyla hastanelerde hizmet vermeye başlamıştır (Altaş, 1999: 599; Kılınçer, 2017: 39). Hizmetin başlamasının hemen ardından uygulamanın zararlı olduğu, kamuoyunda hastane imamlığı şeklinde algılanarak hastalara ölümü hatırlattığı gibi çeşitli eleştirilerin ve itirazların (Altaş, 1999: 613-641, 1999: 603) ortaya çıkmasıyla hizmet bir buçuk yılını doldurmadan sonlandırılmıştır (Altaş, 1999: 600-605; Kesgin, 2020: 261).

2015 yılında manevi destek hizmetinin hastanelerde uygulanması konusu tekrardan görüşülmeye başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan protokol doğrultusunda 6 ilde (Ankara, Ordu, Kayseri, Erzurum, İstanbul, Samsun) pilot uygulama başlatılmıştır. Bu kapsamda 12 sağlık kuruluşunda toplam, 13 Diyanet personeli görevlendirilmiştir. 2016'ya gelindiğinde 14 ilde 76 manevi destek personelinin görevlendirilmesiyle hizmetin uygulandığı şehirler ve hastanelerin sayısı artırılmıştır (Ayten, 2018: 127; Ayten & Özkan, 2020: 9-10; Kesgin, 2020: 261; Özkan, 2017: 63-64-65-66). Hastanelerde görev yapmakta olan manevi destek personellerinin sayısının -2022 yılında Diyanet İşleri Başkanlığı'nın Göç ve Manevi Destek Birimi'nin verilerine göre- 74 şehirde 205'e yükseldiği görülmektedir.

Manevi danışmanlık ve rehberlik, ülkemizde yeni bir hizmet alanı olduğundan dolayı uygulamanın isimlendirilmesi konusunda henüz fikir birliğine varılamamıştır. Her ne kadar 7 Ağustos 2019'da 2019/104 sayılı kararla "Manevi Danışman" MYK (Mesleki Yeterlilik Kurumu) tarafından meslek olarak tanınmış ve 25 Ekim 2019 tarihinde bu kararın 30929 (1. Mükerrer) sayılı Resmî Gazete' de yayınlanmasıyla da mesleğin resmen ilan gerçekleşmiş olsa da uygulamanın farklı alanlarda farklı isimlendirmelerle anılmaya devam ettiği görülmektedir (Ayten & Düzgüner, 2020: 64).

Uygulama; "manevi destek", "moral destek", "dini danışmanlık", "manevi danışmanlık ve rehberlik", "manevi bakım" gibi farklı isimlerle anılmaktadır. Diyanet İşlerinin kullanımına bakıldığında ise uygulamanın hizmet götürülen kurumlara göre farklı şekillerde isimlendirildiği görülmektedir. Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti için hastanelerde "manevi destek" isminin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. Hastanelerde manevi destek personelleri, Diyanet İşleri Başkanlığı'nın "Göç ve Manevi Destek" birimine bağlı olarak görev yapmakta, kendilerine tahsis edilen odaların kapılarındaki isimliklerde "Manevi Destek Birimi" ibaresi yer almakta ve manevi destek personelleri uyguladıkları hizmet

için “manevi destek” ismini yaygın olarak kullandıklarını ifade etmektedirler. Bu bakımdan çalışmada, uygulamanın geneline hitap edilirken manevi danışmanlık/manevi danışmanlık ve rehberlik kullanımı tercih edilmiş, hizmetin hastaneler özelindeki kısmı mevzu bahis olduğunda ise manevi destek ismi kullanılmıştır.

f.c. Psiko-Sosyal Uyum ve Maneviyat

Çeşitli ölçütler yardımıyla normal veya anormal olma, sağlıklı ya da hasta olma gibi ayrımlar içerisinde kişilerin ruhsal durumları tanımlanmaya çalışılmaktadır. “Psiko-sosyal uyum” terkihi çoğunlukla “ruh sağlığı” kavramıyla benzer anlamları ifade etmek üzere kullanılmaktadır. Öte yandan gerek psiko-sosyal uyum tabirinin gerekse de ruh sağlığı kavramının üzerinde fikir birliği sağlanmış bir tanımla mevcut değildir. Her iki kavramın da ortak noktaları üzerinden gidilecek olursa sağlık, uyum kavramları bir durumun normal olarak addedilen kriterler içerisinde yer aldığını ifade etmek için kullanılmaktadır. Normallüğün temel ölçütü, kişinin kendisini iyi hissediyor olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ruh sağlığının normalliğinin, kişinin kendisi ve çevresiyle bir ahenk (uyum) içerisinde oluşuyla doğru orantılı olduğunu ifade etmektedir. Yapılan bir başka tanıma bakıldığında, ruhsal sağlığı yerinde olan bir kişinin kendisini iyi hissediyor olmasının yanında potansiyellerini ve isteklerini gerçekleştirebiliyor olması gerektiği ifade edilmektedir (Yapıcı, 2007: 40-41).

Üzerinde durulan tanımlar çerçevesinde psiko-sosyal uyum kavramı, psikolojik anlamda bir denge haline, psiko-sosyal kriz ise bu psikolojik denge halinde bozulmalar meydana geldiğine işaret etmektedir. Birey, içerisinde bulunduğu yaşam durumunun üstesinden gelemediğinde bahsi geçen denge bozukluğunu deneyimlemektedir (Ağılkaya Şahin, 2017: 450). Tanımlardan yola çıkılarak kişinin bu ani ve beklenmedik hadiselerle tahrip olan denge halini yeniden tesis etme mücadelesi ise psiko-sosyal uyum süreci olarak adlandırılabilir.

Hastalık deneyimi, bireylerin yaşamlarında pek çok değişikliği de beraberinde getirmektedir. Hastane ortamı kişiyi alışageldiği düzenden, sosyal çevresinden uzaklaştırmaktadır. Hastalığın verdiği acı ve kaygı durumuyla beraber yeni normale alışma süreci, bireylerde psiko-sosyal kriz durumu meydana getirmektedir (Ayten & Özkan, 2020: 13; Seçer vd., 2021: 249). Yaşanan kriz, halihazırdaki ilişki bağlarının sorgulamasına yol açabilmektedir. Bu sorgulamanın kişinin kendisiyle, diğer insanlarla ve Allah’la ilişkisine olumsuz yansımaları olabilmektedir.

Hastalık süreci bireyi; fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi anlamda bir bunalıma sürükleyebilmektedir. Din/maneviyat, yaşamın olağan akışını etkileyen olumsuz tecrübeler karşısında çoğu insan için önemli bir destektir (Ayten, 2012: 15; Ayten & Düzgüner, 2020: 42; Ekşi vd., 2016: 23). Din ve maneviyatın psikolojik yönden katkılarından biri de sunduğu değerler manzumesi ve yaşama dair getirdiği açıklamalar vasıtasıyla bireylerin anlam dünyalarını inşa etmede yardımcı olmasıdır. Aynı zamanda kişiler arası ilişkilerin sağlıklı bir şekilde gelişmesine sağladığı katkıyla din ve maneviyatın bireylere sosyal açıdan da etki ettiği görülmektedir (Ayten vd., 2016: 321-322; Ekşi vd., 2016: 20). Yapılan araştırmalar, dinin/maneviyatın sosyal açıdan destek sağlayarak sosyal uyumu kolaylaştırdığını, sosyal izolasyonu ve yalnızlığı azalttığını göstermektedir (Ekşi, Kırca, vd., 2020: 331).

Yaşanan ciddi hastalıklar karşısında açığa çıkan psiko-sosyal tepkiler kişilere göre farklılık gösterebilse de bu tepkiler, üç ana başlık altında incelenebilmektedir. Buna göre hastaların durumlarına uyumunu etkileyen faktörler; hastalıklarından, bireysel özelliklerinden ve buldukları çevreden kaynaklanan faktörler olarak tasnif edilmektedir (Çam vd., 2009: 74; Kocaman, 2010: 102; Özkan, 1993: 6).

g. Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine yer verilmiştir. Ayrıca manevi destek görevlilerinin görüşleri doğrultusunda uyum sürecine etki eden çevresel ve dini/manevi faktörlere yönelik bulgular, tablolar halinde gösterilmiş ve ilgili literatür ışığında yorumlanmıştır. Bu çalışmada hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerini etkileyen çevresel ve dini/manevi kaynaklı faktörlerde manevi destek hizmetinin etkileri ve katkıları konusunda manevi destek personellerinin görüşleri sırasıyla sunulmaya çalışılmıştır.

g.a. Sosyo-Demografik Bulgular

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine yer verilmiştir.

Tablo-1:

Katılımcıların şehirlere göre dağılımı			
	Değişkenler	Sayı	Toplam
Şehir	İstanbul	9	24
	Ankara	2	
	Bursa	8	
	Eskişehir	1	
	Adana	2	
	Antalya	2	

Manevi destek personellerinin görev yaptıkları şehirler incelendiğinde İstanbul'dan 9, Ankara'dan 2, Bursa'dan 8, Eskişehir'den 1, Adana'dan 2, Antalya'dan 2 katılımcıyla görüşüldüğü tespit edilmiştir.

Tablo-2:

Katılımcıların cinsiyet dağılımı			
	Değişkenler	Sayı	Toplam
Cinsiyet	Kadın	8	24
	Erkek	16	

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 8 kadın, 16 erkek manevi destek personeliyle görüşüldüğü bulgulanmıştır.

Tablo-3:

Katılımcıların eğitim düzeyine göre dağılımı			
	Değişkenler	Sayı	Toplam
Eğitim Düzeyi	Lisans	9	24
	Lisansüstü	15	

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde manevi destek görevlilerinden 9'unun lisans, 15'inin ise lisansüstü eğitim düzeyinde oldukları görülmektedir. Görüldüğü üzere lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcı sayısı daha fazladır.

g.b. Çevresel Etkenler

Tablo-4:

Manevi destek hizmetinden fayda sağlamada çevresel etkenlerin rolü			
Temalar		n	%
Çevresel Etkenler Etkili		22	92
Çevresel Etkenler Etkili Değil		1	4
Bu Konuda Görüş Belirtmeyenler		1	4
Toplam		24	100

Bu bölümde, hastaların psiko-sosyal uyumunu etkileyen çevresel faktörler konusunda manevi destek personellerinin görüşleri incelenmiştir. Gerçekleştirilen görüşmelerde, 24 manevi destek personeline hastaların psiko-sosyal uyumlarında çevresel faktörlerin önemli bir değişken olup olmadığı sorulmuştur. Görüşmeler neticesinde manevi destek görevlilerinden %92'si (22 kişi) çevresel faktörlerin hastaların uyum sürecinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların %4'ü (1 kişi) çevresel faktörlerin uyum sürecine etki etmediği kanaatine sahipken, %4'ü (1 kişi) ise bu konuda net bir görüş bildirmemiştir (Tablo 4).

MD20, çevresel faktörlerin hastaların uyum süreci açısından önemli bir etken olduğunu şu sözlerle ifade etmektedir: *"Bir birey için hastalık bir anda kabul edilecek ve uyum sağlanabilecek bir durum değildir. Kişinin*

kendi başına bunu kabullenmesi ve uyum sağlaması hem zor hem de hastalığın seyri açısından olumsuz bir durum olabiliyor. Ancak çevresel etkenler hastanın hastalığını kabullenmesi ve buna uyum sağlaması açısından çok önem ifade ediyor. Hastaların hastalığa uyum sürecinde en önemli aşama morallerinin yüksek olması. Bunu da sağlamak çevresel etkenlerle mümkün olabiliyor. Çevresel etkenler olumlu ve güzel bir şekilde ilerliyorsa hastaya pozitif bir enerji olarak dönüş oluyor. Hastalık durumunda kişi daha çok çevresel etkenlere dikkat etmektedir. Onlarda da olumsuz bir durum olduğu an hasta kendini daha kötü hissetmekte ve kendini dışarıya kapatmaktadır. Çevresel etkenler hastalık süreçlerinde çok titiz bir şekilde incelenmeli ve gözden geçirilmelidir. Ancak üzülerek söylemeliyim ki hastalık süreçlerinde bu tarz çevresel etkenlere dikkat eden kişi sayısı gerçekten çok az...”

MD1 hastane personellerinin güler yüzlü olmalarının hastaya olumlu etkisini şöyle aktarmaktadır: “Hastalar, hemşireler odaya güler yüzle girdikleri zaman ağrıların azaldığını, kendilerini daha iyi hissettiklerini söylüyorlar.”

Görüldüğü üzere hastaların buldukları çevrede kurdukları ilişkilerin, hastane personelinin ve hasta yakınlarının olumlu yaklaşımlarının, hastaları pozitif yönde etkilediği söylenebilir.

g.b.a. Sosyal İlişkiler ve Manevi Destek

Tablo-5:

Manevi destek hizmetinden fayda sağlamada sosyal desteğin rolü		
Temalar	n	%
Yeterli Sosyal Desteğe Sahip Olanlar	-	-
Yeterli Sosyal Desteğe Sahip Olmayanlar	14	58
Sosyal Destek Etkili Değil	4	17
Bu Konuda Görüş Belirtmeyenler	6	25
Toplam	24	100

Gerçekleştirilen görüşmelerde 24 manevi destek personellerine, hastaların sosyal destek ihtiyaçlarını karşılama anlamında manevi destek hizmetinin faydasına yönelik izlenimleri sorulmuştur. Buna göre katılımcılardan %58'i (14 kişi), belirli sosyal desteğe sahip olmayan, yalnız, kimsesiz hastaların hizmete daha çok ihtiyaç duyduğunu ifade etmektedir. Görevlilerden %17'si (4 kişi), uyum sürecinde hizmete ihtiyaç duyma noktasında, hastaların sosyal desteğe sahip olup olmamalarının etkili bir faktör olmadığı kanaatindedirler. Manevi destek personellerinin %25'i (6 kişi), bu konuda net bir fikre sahip olmadıklarını belirtmektedirler. Manevi destek personellerinden hiçbiri uyum sürecinde yeterli sosyal desteğe sahip olan hastaların yeterli desteğe sahip olmayanlardan daha fazla manevi desteğe ihtiyaç duyduğu fikrine sahip değildir (Tablo 5).

Bu bölümde sosyal desteğe sahip olan hastalar (aile ilişkileri güçlü olup yalnızlık hissetmeyenler) ve sosyal destekten mahrum olan hastalar (aile ilişkileri zayıf olup yalnızlık hissedenler) arasında dışarıdan bir desteğe ihtiyaç duyma bakımından bir ayrımın olup olmadığına dair manevi destek görevlilerinin görüşleri aktarılmıştır. Bununla birlikte hastaların çeşitli çevresel uyum problemlerinde manevi destek personellerinin sağladıkları sosyal desteğe dair örneklerle yer verilmiştir.

MD6, manevi destek hizmetinin sadece yalnız, sosyal destekten mahrum, aciz kişilere hizmet sunmayı amaçlıyormuş gibi anlaşılması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Aile ilişkilerindeki problemlerin çözümünde destek talep eden, aile bağları güçlü olduğu halde konuşmaya dertleşmeye ihtiyaç duyan hastaların da azımsanmayacak bir sayıda olduğunu ifade etmektedir: *“Her iki gruptan da çıkabiliyor hocam ya. Bazen tek olan bir hasta olur ama sizi anlamaz. Bazen ailesiyle olan biri olur yabut ‘Gelip eşimle görüşebilir misiniz?’ falan der eşini ikna eder bizimle görüşmeye. Ben onu daha fazla yaşadım mesela. Bu sefer şöyle anlaşılıyor; manevi danışmanlık kimsesizlere bakar. Hayır böyle bir şey yok. Kimsesiz ve yalnız olan hastalar da bizi talep edebiliyorlar, ailesi yanında olup eşini veyahut da yakını görmemişi, sohbet etmemişi isteyen, gerekirse Kur’an, dua okumamızı vs. isteyen bireyler de var yani. Her iki durumda da aslında biz onlara yardımcı olmaya çalışıyoruz.”*

Meme kanseri tanısı konan hastalar üzerine yapılan bir araştırmada hastaların çoğunun psiko-sosyal uyumunun orta ve kötü düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre tek çocuğu olan, yalnız bir yaşam süren, hastalık sebebiyle yaşamı olumsuz etkilenmiş olan hastaların uyum düzeyinin daha kötü olduğu saptanmıştır (Çam vd., 2009).

Hastane ortamının, kişiyi sosyal ortamından ve yakınlarından ayırmış olması, hastaların uyum sürecini zorlaştırmaktadır. Kişiler, bu sıkıntılı süreçte yabancı bir ortama alışma çabasının yanında destek bulacağı, konuşacağı yakınlarından da mahrum kalmaktadır. Bu durumda en önemli destek, kişinin yakınlarının varlığıdır. MD9’a göre yakınlarından ziyaretine geleni olmayan hastalar için ise süreç daha zor geçmektedir. MD9, yatağında ziyaretçi bekleyen bir hastanın sohbet etme, derdini anlatma isteğini şu sözlerle aktarmaktadır: *“Öyle hastalar var ki uzun süre hastanede yatıyor. Kapıları açılmamış. Onkoloji servisini dolaşırken 50-60 yaşlarında bir amcanın yanına gittim, sohbet etmeye başladık. Sonra baktım ki vakit biraz geçmiş, ayrılmak istedim hastanın yanından. Amcanın bana söylediği şeydi ‘Ya hele iki dakika daha dur. Hele biraz daha konuşalım.’ O kadar özlemişler ki konuşmayı, kendilerini açmayı...”*

MD24, yakınları tarafından ilgi, alaka ve bakım gören, yeterli sosyal desteğe sahip olan hastaların dışarıdan bir destek arayışına girmediklerini, ziyaretine gittiği kalabalık bir aile örneği üzerinden anlatmaktadır: *“Özellikle hocam doğudan hastalar var. Onların size ihtiyaçları yok ki bir sürü insan var etraflarında. Mesela bir Vanlı hasta vardı. (Kanser hastası, beynine pıhtı atmış 80 yaşlarında teyze) Bir çocuğu Kur’an okuyor, bir çocuğu ayaklarını ovuyor.”*

Kalp krizi geçiren hastaların psiko-sosyal uyumlarına yönelik gerçekleştirilen bir araştırma neticesine göre sosyo-ekonomik düzeyi düşük, yeterli sosyal desteğe sahip olmayan, eğitim düzeyi düşük, depresyon ve anksiyete riski yüksek olan, stres ve kaygıyla başa çıkmada zorluk yaşayan hastaların daha fazla risk taşıdığı ortaya konularak bu gruplara yönelik özel bakım tedbirleri alınmasının gerekliliği vurgulanmıştır (Çam & Nehir, 2011: 58). Nitekim elde edilen bulgularda da yanında refakatçileri olsa dahi yeterli ilgi ve alakaya kıyasla sosyal desteğe sahip olmayan hastaların daha çok ilişki kurma ihtiyacına sahip oldukları söylenebilmektedir. Bununla birlikte araştırmalarda dinin/maneviyatın kişiye olumlu sosyal destek sağlayarak sosyal uyumu kolaylaştırdığı böylelikle de yalnızlığı ve sosyal izolasyonu azalttığı tespit edilmiştir (Ekşi, Kırca, vd., 2020: 331). Elde edilen bulgulara göre hastaların manevi destek personellerinden dini/manevi konularda sohbet etmelerini, Kur’an okumalarını talep etmeleri de dinin/maneviyatın desteğine ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

g.b.b. Ziyaretçi Beklentisi

MD22, yakınlarının kendisini ziyaret etmediğini anlatan bir hasta örneği üzerinden hizmetin, kişilerin yalnızlıklarını giderme, ümitlerini artırma yönünde sağladığı katkıdan bahsetmektedir. *“Yedi evladı olan 65 yaş üzeri bir amcamız vardı. Yaklaşık iki hafta kaldı palyatifte. Bir gün bir yakını geliyor. Evladı da değil bir yakını. Ondan sonraki günlerde ziyaretine gelen tek kişi bendim. Hiçbir evladı gelip gitmiyor. Sadece gün içerisinde bir iki defa ben yanına gidiyordum. Bu ona moral motivasyon oluyordu o ayrı ama kendisi de dertlenip yakınliyordu. Bu kadar çocuklarıma emek harcadım. 65 yılımı verdim. Şunu şunu yaptım ettim ama şurada iki haftadır yatıyorum. Ne gelen var ne giden.’ ...Bu amcamızla da uzun süre görüştük. ...on altıncı gün sonunda taburcu oldu. Hala telefonla görüşüyoruz. Bana dua ediyor. Psikolojik olarak ...böyle kişilerin ani değişimler sonucundaki ümitsizlik, korku, yalnızlık hallerinde bizler araya giriyoruz. O kişinin biraz daha ümidini, sabrını artırmak, yalnızlığımı gidermek için gayret, çaba gösteriyoruz.”*

Yeterli sosyal desteğe sahip olmayan hastaların dışarıdan bir ziyaretçiye olan ihtiyaçlarını ve buna yönelik taleplerini gösteren diğer bazı örnekler şu şekildedir:

“Zaten haftada bir gittiğinizde bile ‘neredesiniz?’, ‘nerede kaldınız?’ gibi hastalar, hasta yakınları size soruyor.” (MD1)

“Bir beyefendi ‘Ben çok yalnızım ne olur sık sık gelin.’ demişti bana.” (MD1)

Ağır ve ölümcül hastalığa yakalanmış hastaların yalnızlıklarını artıran faktörlerden biri de yakınların yaklaşmakta olan sona şahit olmamak adına ziyaretlerden uzak durmalarıdır. Beklenmeden, çağrılmasa dahi ziyarete gelen manevi destek görevlileri, kişilerin yalnızlıklarını bir nebze de olsa giderebilmektedirler. Her ne kadar kişinin ailesinin, yakınlarının yerini tutamasa da bu ziyaretler, tamamen çaresiz ve yapayalnız hisseden hastalar için teselli bulma sebebi olabilmektedir (Ağlıkaya Şahin, 2017: 358).

MD7, oğlunun kendisini ziyaretine gelmemesinden mustarip bir teyzenin, görüşmeler sonrası nasıl teselli bulduğunu anlatmaktadır. Bununla beraber hasta, çeşitli davranışlarından ötürü duyduğu pişmanlıklarını manevi destek personeliyle paylaşarak rahatlatmaktadır: *“Bir tane seksen beş yaşında teyzem vardı. Oğlu falan gelmiyordu. Biz de ziyaretine gidiyor biraç ilgileniyorduk. Nöroloji hastasıydı. ...O anlatıyordu, biz dinliyorduk. Son dönemleri olduğunu düşünüyor, tabii pişmanlıklar var onları anlatıyordu. ...Onun istediği bir şey var affını istiyor. Tövbe kapısı arıyor tabiri caizse. Ondan sonra teyze ‘Benim oğlum yanıma gelmiyor ama artık gelmesine gerek yok.’ dedi. ‘Neden teyze?’ dedim. ‘Yok, artık sen geliyorsun. Gelmesine gerek yok.’ dedi. Yani orada öyle bir ünsiyet oluşuyor ki.”*

Yapılan çalışmalar, hastalık sürecinde hastaların umut, konuşma, sevilme, dini uygulamalar gibi manevi ihtiyaçlarının ortaya çıktığını saptamıştır (Koç, 2018: 326). Manevi destek, kişinin doğal olan konuşma, paylaşma, dertleşme, teselli edilme ihtiyaçlarına karşılık vermek adına destekleyici bir hizmet olarak sunulmaktadır.

MD24, kızının evde beslediği evcil hayvanlarını bırakmadığından dolayı kendisini ziyaret edemediğini ifade eden bir annenin hüzünlü halinden bahsetmektedir: *“Hocam aslında şu anda daha çok yalnız, daha çok dayanağı olmayan, daha çok çocukları tarafından göz ardı edilen, terkedilen demiyorum ki terkedilenler de var. Hastayla görüşmeye gittiğimde hastanın bana söylediği çok manidar bir şey vardı ‘kızım altı tane köpek aldı ve bana bakmıyor. Çağırduğum zaman da ‘bebeklerim (köpeklerim) ne olacak?’ Bebekleri onun küçük köpekleri yani. Hayvan sevgisi tabii ki olmalı ama bu anneye tercih hakkını vermiyor kimseye. Bu şekilde olan hastalar, tabii ki yalnız olan hastalarda hizmet çok daha faydalı oluyor. (Palyatif hastası-diyaliz ve şeker hastası -birbirini tetikliyor bu iki hastalık-70 küsür yaşlarında bir teyze)”*

Günümüzün en yaygın problemlerinden biri yalnızlıktır. Kalabalıklar içerisinde, akrabası, eşi, çocuğu olsa da insan yalnızlık çekebilmektedir. Bireyselleşmenin arttığı modern dünyada insanlar, kendilerini diğer insanlardan soyutlamakta, bunun sonucunda ortaya çıkan yalnızlık hissini satın aldıkları eşyalarla veya evcil hayvanlarla doldurmaya çalışmaktadırlar. Kendisini yalnızlaştıran insan yine kendi yalnızlığına geçici ve insan ilişkisinin yeri tutamayacak çözümlerle çare aramaktadır. Manevi danışmanlık, günümüzün yalnız insanının çaresiz anında aradığı desteğin profesyonel bir yardım olarak sunulmasını amaçlamaktadır. Geniş ailelerin yaygın olduğu, birlik, beraberlik ve desteğin vicdani bir görev olarak yerine getirildiği geçmişten, yalnızlık bakanlıklarının kurulmaya başlandığı günümüze gelindiğinde insanların zor zamanlarında ihtiyaç duyduğu desteğin profesyonel yollarla sağlanması elzem olmuştur.

Araştırmalar, sosyal desteğin koruyucu sağlık önlemleri arasında yer aldığını ve yaşam süresini uzattığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte çalışmalar, yeterli miktarda ve kaliteli sosyal ilişkilere sahip olanların daha yüksek ölüm riskine sahip olduklarını ortaya koymaktadır. İnsanlar ve hayvanlar üzerinde yapılmış pek çok çalışma, sosyal izolasyonun çeşitli nedenlerden kaynaklı ölümlere yönelik önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (House vd., 1988; Koenig, 2012).

g.b.c. İletişim Problemleri

Tedavi sürecinde meydana gelen değişiklikten dolayı panik ve kaygı yaşayan bir hastaya, hastane personelinin gerekli açıklamayı yapmamasından veya yanlış anlaşılmalardan dolayı hasta öfkelenmiştir. MD15, görüşme sonrasında hasta ile hastane personeli arasındaki iletişim problemini çözüme ulaştırmış ve hastanın sakinleşmesine yardımcı olmuştur: *“Mesela diyalizde bir hasta vardı. Hemşire beni çağırmıştı. ‘Diyalizde böyle böyle isyankâr bir amcamız var bizçi BİMER’e, CİMER’e falan da şikâyet etti.’ dedi. Ben de gittim amcanın yanına 60-65 civarı yaşlarında. Selam verip nasıl olduğunu sorduğumda ‘İyiyim Allah’a şükür.’ dedi. ...Baktım dilinden şükür eksik olmuyor yani hastalaktan kaynaklanan bir isyan hali yok amcada. Hastanedeki personelin yanlış yaklaşımı veyahut da ...amcanın olayları yanlış anlamasıydı. Amcayla konuşup olayı çözümledikten sonra ben hemşire hanıma gidip durumu anlattım. Ben bunları anlattığımda hemşire ‘...yerde yanlış yapıyorlarmış biz burada doğru uygulamayı yaparken illa uyum sorunu yaşanabiliyor dolayısıyla şu an durumu iyi dedi.’ tekrar gidip de durumu anlattığımda amcanın iyi olduğunu, daba anlayışlı olduğunu gördüm. Sonraki ziyaretlerimde hiç bu konu hakkında yeni bir şikâyeti olmadı. Aradaki iletişim problemi de böylelikle çözümlenmiş oldu.”*

Hastalığın getirmiş olduğu engellenme durumunun kendisini bunalttığı, aciz ve başkalarına bağımlı hissettirdiği bir hasta, durumunun

getirmiş olduğu sıkıntıyla kızlarına ve personele ters davranmaktadır. MD1'in ziyareti, hasta ile çevresinde meydana gelen gerilimli iletişimin rahatlamasına ve tarafların birbirlerini daha iyi anlamasına katkı sağlamıştır: *"Hastalarımız genelde ya fizik tedavide oluyor ya da palyatifte olan hastalarımız oluyor. Bu örnek bizim prenses teyzemiz vardı 55-60 yaşlarında. Prenses teyzemize kızları bakıyordu dönüşümlü olarak. Personel falan her gün saçını yapıyordu, öriyordu. Ona prensesler gibi bakıldığı için 'prensес teyze' diyorduk. ...Prensес teyzemiz aksiydi biraz. ...Ben birebir görüştüğümüz zaman dedim ki 'Bak kızların etrafında dört dolanıyor. Ne güzel.' O da 'Evet geliyorlar, bakıyorlar ama ben kendi işimi kendim yapan biriydim. Bu hastalık beni göçertti. Çöktüm. Kendi işimi kendim yapamıyorum. Ağrılarım çok fazla. Verilen ilaçlar bana çok iyi gelmiyor. Doktor da bana ne kadar yatacağımı ne kadar süre tedavinin süreceğini söylemiyor.' dedi. Ben de baklısınız... Bir şeyleri yapabilirken yapamayacak konuma düşmek, yapamayacak durumda olmak insanın çok ağırına gidiyor.' dedim. ... Konuştuk, sohbet ettik. Daha sonra bir hafta sonra gittiğimde hastayla konuştum daha ilimliydi. 'Prensес teyze bugün çok güllüyorsun sen.' dedim. O da anlattı, konuştu. Çıkarken de kız 'Annem sizden sonra biraz daha rahatladı, yumuşadı, o terslemesi biraz daha azaldı. Ben de terslese de kızsız da onun hasta olduğunu, hastalığın ağırlığını düşünerek daha ona yakın davrandım. Öyle olunca annemle ilişkimiz daha da toparlandı, güzelleşti. İyi ki geldiniz. Tekrar gelin. Bir daha ne zaman geleceksiniz?' dedi."*

İletişim sorunlarını çözmek, insanlar arasında yeniden bağ kurmayı ve aidiyeti oluşturmakta, bu sayede kişi manevi güçlenmeyi tekrar sağlamaktadır. Anlaşmazlık ve tartışma sırasında hastanın dini/manevi yönelimi ve inancı hakkında bilgiye sahip bir manevi destek görevlisi, manevi sıkıntıları azaltmaya ve gerilimleri hafifletmeye yardımcı olabilmektedir (Sokol, 2020). Elde edilen bulgulara göre iletişim problemlerine yönelik sağlanan manevi destek, kişilerin sosyal ilişkilerinin düzenlenmesine katkı sağlamaktadır. İlişkileri düzelen bir kişinin uyum sürecinin kolaylaştığı ve dolaylı olarak manevi desteğin kişilere sosyal açıdan da destek sağladığı söylenebilmektedir. Psiko-sosyal uyumun, kişilerin yaşam değişimleri ve yaşam kaliteleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Araştırmalar, sosyal desteğin uyum sürecini kolaylaştırdığını ortaya koymaktadır (Akın & Durna, 2006: 7; Riegel & Carlson, 2002: 287-295; Rockwell & Riegel, 2001: 22-23).

MD10, oğlundan şiddet gören bir kanser hastasının örneğini aktarmıştır. Hastalığının yanında bir de oğlunun bu davranışları, anneyi daha güçsüz bırakmıştır. Zira iletişim sorunları, aidiyet ihtiyacını gideremeyen bireyin manevi güçsüzleşmesine neden olabilmektedir. MD10'la görüşmeler esnasında anne yaşadığı sıkıntıyı anlatmış ve sorunun çözümü için harekete geçilmiştir: *"Mesela kemoterapide bir anne vardı. Bu anne*

60 yaşlarında bir hanımefendiydi. Kanser hastasıydı. Kadın çok dertliydi. 'Oğlum beni dövüyor' dedi. ...Kadın kanser hastası ve oğlundan dayak yiyor. Oğlunun onu dövdüğünü söylüyor. Bu nasıl olur dedim. Her şey bir yana morale ihtiyacı var kadının bir de bunu yaşıyor. Kızı çok iyiymiş kızından çok memnundu ama oğlu sinirli bir çocukmuş 'Görüşebilir misiniz?' dedi. 'Tabi ki görüşürüm.' dedim. Randevu verdik. Ertesi gün iki kardeş odamıza geldiler. Oğlu ... 'Ya geldim işim var. Taksi dışarıda.' dedi. 'Biliyorum taksi şoförüymüşsünüz. Çok yoğun bir işte çalışıyorsunuz. Bir oturun bakalım. Beraber biraz konuşalım.' dedim. ...Neyse o delikanlıyla biraz görüşünce ama onu hiç yargılamadan, eleştirmeden, annesini dövme meselesini hissettirmeden. Kendisini annesini dövdüğünü anlatmaya başladı. ...Konuştuk, bayağı bir yatıştı. Delikanlı dedi ki 'Vallahi ilk geldiğimde kapıdan girmeyecektim. Dedim bunlar şimdi kafamı ütülecekler. Akıl verecekler. Ama siz hiç öyle yapmadınız. Sonra öyle içim ısındı ki size.' Bizim o karışılmamızı, tavrımızın etkili olduğunu gördük. Tabi psikiyatrye gitmesini çok önerdik ama gitmedi tabi ki. 'Ben hasta değilim.' diyor reddediyordu. Neyse ki bizim görüşmelerimiz güzel geçiyordu. Ailedeki o soğukluğu biraz gidermeye çalıştık, konuştuk. Hasta ile tekrar kemoterapide görüştüğümüzde o kadar dua ediyordu ki. 'Allah razı olsun.' dedi. En azından 'Artık daha çok üzerime düşüyor.' diye ifade etti. Çok mutluymuştu hanımefendi." Hastalık gibi hassas dönemlerde kişi, en yakınlarından destek ve teselli beklemektedir. En yakınlarından destek görememesi, hastayı bu mücadelede yalnız kalmış hissettiren yakınlarından görebileceği kötü muameleler de direncinin kırılmasına sebep olabilmektedir. Hastaların aileleri ve yakınlarıyla gerçekleşebilecek anlaşmazlıklarda manevi destek görevlilerinin yapıcı yaklaşımı, tedavi sürecinde önemli bir yere sahiptir.

g.b.d. Hastane Ortamına Uyum Sağlama

MD14, hastaların hastane ortamına alışmada zorluk çektiklerini, konuşacak birilerine, ziyaretlerine gelecek yakınlarla ihtiyaç duyduklarını anlatmaktadır. Hastanede durmak istemeyerek evine dönmek için serzenişlerde bulunan yaşlı bir hastanın görüşmeler sonrası ortama uyumunun arttığına yönelik izlenimlerini MD14 şu sözlerle aktarmaktadır: "Hastalarda en belirgin olarak gördüğüm şey yabancılaşma. Hastane ortamı yabancı bir ortam. Orada birkaç tane yaşlı hastalarım vardı. Onlarla konuştuğumuzda ifade ettikleri şey hastanede kendilerini yalnız hissettikleri, ortamı yabancı görmeleriydi. Biz onların yanına gide gele ...bu ziyaretler neticesinde rahatladıklarını, daha iyi hissettiklerini görüyordum. Mesela 65 yaşlarında bir teyze vardı. Köyden gelmişti. Biraz yatacağı hastanede. Bir hastalığı yoktu yaşlılıktan artık palyatifte yatıyordu. Yanında çok fazla değişkenlik gösteren bir refakatçi tayfası vardı. O hiç buraya alışmamıştı. Burasının yabancı geldiğini, eve gitmek istediğini dillendiriyordu sürekli. Yanındakilere de çok zahmet veriyordu. Aslında akli başında

bir teyzeydi ben onunla konuştukça artık bu serzenişlerinden vazgeçtiğini gözlemlemiştim. Onun gibi eve gitmek isteyen çok oluyordu. O teyze onlardan bir örnekti ve rabatladığını görmüştüm.”

MD23, günlerdir hastanede kalan, evine ve eşinin yanına gitmek isteyen, hastane ortamında yalnızlık çeken erkek bir hastanın durumundan şöyle bahsetmektedir: *“Yaşlı erkek bir hasta vardı, doksan yaşlarında ve hastalığından dolayı hastanede on günden fazladır yatırılıyordu. ... Ona neye ihtiyacı olduğunu sorduğumda ‘İlgi ve alakaya ihtiyacım var.’ demişti. Bunu açıkça ifade etmişti...”*

MD12, hastaların alıştıkları ortamdaki uzak kalmalarının uyum süreçlerine olumsuz etkisinden bahsetmekte, bu süreçte manevi destek hizmetinin sağladığı katkıları şöyle aktarmaktadır: *“Hasta ...uzun süredir hastanede ise eğer bir yabancılaşma söz konusu olabiliyor ve dışarıya hayata entegrasyonu zorlaşıyor. İçeride kala kala bir müddet sonra gerilimi artıyor. ... Buna dikkat etmekte fayda var. Bu önemli. Mesela bizim onların kendilerini güvende hissetmeleri ya da dışarıya entegrasyonlarını kolaylaştıracak bir unsur olarak kandiller, bayramlar gibi özel günlerinde tebriğe, kutlamaya gittik. Herkes çok şaşırıldı. Gözleri dolanlar oldu. Bir şekilde dışarıdaki uyumu ve içerideki uyumu bir çimento görevi taşımak adına, yabancılaşmasını engellemek adına bazen bir çiçek alarak, bazen güzel anılarla yanlarında destek olmaya çalışıyoruz. ... dışarıya çıkması mümkün olmayan hastalar için özellikle hastane içerisinde yapılan sohbetler, etkinlikler onlara moral ve motivasyon vermek adına önemlidir.”*

Elde edilen bulgulara göre hastaların kendilerini güçsüz, çaresiz hissettikleri ve alıştıkları çevreden uzak kaldıkları hastane ortamında daha fazla ilgi, alakaya ihtiyaç duydukları ve manevi destek personellerinden de bu konuda destek talep ettikleri görülmektedir.

g.c. Dinî/Manevî Etkenler

Tablo-6:

Manevi destek hizmetinde karşılaşılan dini problemler		
Temalar	n	%
“Neden Ben?”/ Anlam Arayışı Soruları	3	12
Fıkhî ve İbadetlere Yönelik Sorular	9	38
Suçluluk, Günahkârlık Duyguları	2	10
Bu Konuda Görüş Belirtmeyenler	10	40
Toplam	24	100

Gerçekleştirilen görüşmelerde manevi destek görevlilerine, hastaların dini/manevî soru ve sorunlarının uyum süreçlerine önemli bir etkisinin olup olmadığı soruldu. Görüşmeler neticesinde 24 manevi destek

görevlisinden %12'si (3 kişi), hastaların hastalık sürecinde uyumunu etkileyen dini/manevi etkenler içerisinde bu hastalığın neden kendi başlarına geldiğini sorguladıklarını, durumlarını anlamlandırma sıkıntısı yaşadıklarını ifade ederken %38'i (9 kişi), hastaların ibadetlerine engel olan sorunların, uyum süreçlerinde etkili olduğuna değinmiştir. Katılımcıların %10'u (2 kişi), hastaların uyum süreçlerinde suçluluk ve günahkarlık duygularının etkili olduğunu vurgulamıştır. Manevi destek personellerinden %40'ı (10 kişi) ise bu konuda görüş belirtmemiştir (Tablo 6).

Görüş belirtmeyen katılımcıların bu bölümde daha fazla sayıda olmasının, hasta, hasta yakını veya hastane personelinin manevi destek görevlilerinin dini tebliğ ve irşat yaptıklarına yönelik bilgi eksikliklerinden kaynaklı ön yargı sahibi olmaları, bundan dolayı da manevi destek personellerinin karşılaştıkları tepkilerden kaynaklandığı söylenebilmektedir. Zira görüşmeler esnasında katılımcılar karşılaştıkları tepkileri şöyle ifade etmişlerdir: MD20 “...*Biz sürekli 'Benim hocayla ne işim var?' veya 'Benim ölümüm yakın mı da boca bana geldi?'*”; MD10, “*Kemoterapi servisinde ...bir beyefendi ben (servisten) içeri girer girmesiz hemen tepkisel bir şekilde kafasını çevirir gibi oldu. Kendisi ellili yaşlarda bir matematik öğretmeniydi. ...Yanına gittim 'Merhabalar, ben hastanemişizin manevi destek uzmanıyım. Perşembe günleri buraya geliyorum ve hepimizi ziyaret ediyorum. Nasılsınız? Moraliniz nasıl?' dedim. Beyefendi 'He ne söyleyeceksin? Allahümme sallı ala seyidine Muhammed! Tamam hadi bitti.' dedi. Ben tabi şaşırđım.*”

Bu ve benzeri tepkilerden dolayı katılımcıların bu konuda sessiz kalmış veya savunmacı bir tavır takınmış olabilecekleri söylenebilmektedir. Manevi destek personellerine hastaların uyum süreçlerini etkileyen ne gibi dini/manevi sıkıntılar gözlemledikleri ve bu konularda hastalara destek sağlayıp sağlayamadıkları sorulduğunda pek çoğu bu soruları yanıtlamamış veya “*Ben kimseye ibadet, din anlatmıyorum. Dini bir şey anlatmıyorum. ...Namaz kıılıyor musun, oruç tutuyor musun? böyle şeylere girmiyorum kesinlikle. Bir de şu var artık bilmiyorum nedense insanlar din, diyanet deyince biraz soğuk davranıyorlar. Onun için bu şekilde bir yaklaşımımız olmuyor. Ama soruyorlar mesela o zaman o konuda onlara yardımcı oluyoruz.*” (MD4), “*Biz buraya dini tebliğ ve irşat için gelmedik.*” (MD15), “*Açıkçası ben hastalarımı genel anlamda düşündüğümde dine, ibadete yönlendirdiğim hasta pek hatırlamıyorum.*” (MD21) tarzında cevaplar vermişlerdir.

MD2, hastaların uyum süreçlerini olumsuz etkileyebilen ne tür dini/manevi problemler yaşayabildiklerini şu şekilde aktarmaktadır: “*İnme rehabilitasyonda 28 yaşında erkek bir danışanımız vardı. ...başına gelen sıkıntının dini duyarsızlığı yüzünden olduğunu, inanç sahibi olmasına rağmen dini hassasiyetleri olmadığını ve günah bataklığı içerisinde olduğunu ve başına bu sıkıntı*

geldikten sonra dini hayatımı, Allah ile olan irtibatımı tekrardan gözden geçirdiğini söyledi ...manevi danışmanlığımızla ...bu yaşadığı şeyleri anlamlandırırken bunu Allah'ın ona verdiği bir ceza olarak adlandırmaktan vazgeçerek iyileşmesi konusunda ümitsizliğini bertaraf ettiğini söyledi. İbadete başladı. İbadetle ilgili ...kısıtlılığı sebebiyle 'İbadetlerim geçerli mi değil mi?' sıkıntısı çektiği için o konudaki sorunları izale etmiş olduk. Bu sayede ibadete meyli daha çok arttı. 'Nasıl olsa kabul olmaz.' diye ibadete yaklaşmıyordu mesela. İstiyordu, farkındaydı ama yapmıyordu. O konudaki sorularını, sorunlarını gidermiş olduk."

Elde edilen bulgulara göre manevi destek personellerinin hastalara direk dini telkin gibi bir amaçları olmadığı, bu hususu da önemle vurguladıkları bununla birlikte talep doğrultusunda hastaların dini/manevi konularda yaşadıkları problemlerde hastalara destek oldukları görülmektedir.

g.c.a. Anlam Arayışı Soruları

İnsanlar, hastalık ve felaket anlarında çoğu zaman olumlu başa çıkma eğilimine sahiptirler. Bununla birlikte bireyler, sıkıntılı süreçlerde olumsuz dini başa çıkma eğilimi de gösterebilmektedirler. Hastalık ortaya çıktığında kişi, Yaratıcı tarafından cezalandırıldığını, Allah'ın onu terk ettiğini, dini topluluğu tarafından yalnız bırakıldığını, Allah'ın kendisine olan sevgisini, olayları değiştirmedeki gücü ve kudretini sorgulayabilmektedir. Bu durumlar hastalık sürecinde olabilecek tepkilerdir (Koenig, 2005: 46).

Özellikle hastalık sürecinde durumu kabullenememe meydana gelmektedir. Bu durum uyum sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. MD19, dini bir hayat yaşamış insanların hastalık sürecinde Allah'a gösterdikleri yakınlığa rağmen neden böyle bir musibetin başlarına geldiğini sorguladıklarını ifade etmektedir: "...dindar insanlarda şöyle bir şey fark ettim. Bana şunu söylüyor 'Yani hocam namaz kaldım, oruç tuttum, zekât verdim. Elimden geldiğince konu komşuya yardımcı oldum. Kimseye zarar vermeye çalıştım. Niye ben ya? Kanser oldum, süürünüyorum burada, acı içindeyim. Niye ben? Ne günah işledim?' bu soru çok soruluyor. 'Ne günah işledim ben?' yani hastalığın sanki Allah'ın bir cezası, cezalandırma aracıymış gibi algılanması. ... Biz de onlara çeşitli yüksek şahsiyetlerden bahsediyoruz. Eğer hastalık bir günah neticesiyle olsaydı Allah'ın peygamberleri günah işlemedikleri halde birçok hastalığa maruz kaldılar. ...hastalıkta çok başka hikmetler de olabilir mi? bakış açısından meseleye yaklaşılmaya çalışarak onları yavaş yavaş rahatlatmaya çalışıyoruz."

Dinin hastalıkla baş etmedeki rolüne yönelik elli sekiz meme kanseri hastası üzerine yapılan bir araştırmada hastaların %83'ünün olumlu dini başa çıkmayı benimsedikleri, hastalardan %17'sinin ise olumsuz dini

başta çıkmaya meyilli oldukları tespit edilmiştir. Araştırma bulgularına göre olumsuz dini başta çıkma yönelimine sahip hastalar, az sayılmayacak bir orana sahip olsalar da olumlu dini başta çıkma kadar yaygın değildir (Koenig, 2005: 46; Ramirez-Johnson vd., 2002: 1851).

MD6, başına gelenleri anlamlandıramayan ve “neden ben?” diye sorgulayan bu sebeple de sıkıntı yaşayan bir hastayla diyalogunu şöyle aktarmaktadır: *“Onkoloji servisinde 30-35 yaşlarında erkek bir hastamız vardı. Ben gittim. Bana ‘Hocam benim seninle işim olmaz. Şu anda çok zor durumdayım. Çok fazla kendimi kötü hissediyorum.’ diyerek pencereye doğru kafasını çevirdi. Artık yapacak bir şeyiniz yok çıkmak zorundasınız. ...eşi falan da vardı yanında. Birkaç gün sonra gittiğimde eşini dışarıda gördüm. ... Hocam eşim sizi aradı ama görüşemedi. Biz o anda bir kopukluk yaşadık sonrasında eşim de pişman oldu. Bir görüşebilir misiniz?’ dedi. Neyse girdik içeriye biraz sohbet ettik. ‘Ya hocam ben bir çıkmazın içerisindeyim. Kendime hep ‘Neden ben?’ diye sorular soruyorum. Allah bana neden böyle bir hastalığı duçar etti. Çocuklarım var.’ vs. Hastaya kendi arşimanlarımız, dini birtakım referanslar çerçevesinde anlatmaya çalıştım. ...en son ...onunla görüşmüştük. Çok memnun olduğumu ‘O gün çok rahatladım, o andan itibaren artık bir değişme hissettim.’ diye geri bildirim almıştık.”*

Hastaların hastalık sürecinde durumlarını kabullenmeleri, uyum sağlayabilmeleri açısından önemlidir. Elde edilen bulgularda görülmektedir ki hastaların “Neden Allah bana bu hastalığı verdi?” gibi sorgulamalar içerisine girmesi uyum sürecini de olumsuz yönde etkilemektedir. Manevi destek personellerinin hastalara farklı bakış açıları sunmalarıyla yaşanan olaya ve başlarına gelen hastalığa yönelik algılarının değişmesine ve bu sayede uyum ve kabullenme sürecinin kolaylaşmasına yardımcı oldukları söylenebilir.

g.c.b. Allah-Kul İlişkisi ve İnançla İlgili Sorgulamalar

Hastalık sürecinde olumsuz dini başta çıkma, kişilerin uyum süreçlerini de olumsuz etkileyebilmektedir. MD3, Allah’la kavgalı bir ilişkiye sahip olan hastanın görüşmeler sonrası daha olumlu bir bakış açısına yöneldiğini anlatmaktadır: *“Dediğim gibi çok farklı insanlar var. Mesela 26-27 yaşlarında üniversite genci vardı. Bacağımı kırmış ‘Ben zaten Allah’a inanmıyorum. Benim Allah’ın varlığıyla ilgili herhangi bir kesin bilgim yok.’ diyor. Ağlıyor, ‘Bacağım sakat kalacak.’ diye. ... o gencin annesi başlarda bana ‘Hocam bununla uğraşma. Sen bununla baş edemezsin.’ ama o çocuk şimdi namaz kılmaya başladı. Şimdi ara ara arıyor. Çocuk fizik okuyor. ‘Hocam ufkumu açtınız, farklı bir pencereden bakmama sebep oldunuz.’ dedi. ... Böyle böyle konuştuk. Çok şükür olumlu neticeye de vardık.”*

G. J. Morris ve T. McAdie tarafından yapılan bir araştırmada Müslümanlar, Hristiyanlar ve dini inanç sahibi olmayanlar arasında ölüm kaygısı ve genel iyilik durumu bakımından bir fark olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında dini inanca sahip olanlarda (hem Müslümanlar hem de Hristiyanlar) dini inanca sahip olmayanlara göre daha düşük ölüm kaygısı tespit edilmiştir. Genel iyilik durumuna bakıldığında da inançlı bireylerin herhangi bir inanca sahip olmayan kişilere nazaran iyi oluş (well-being) düzeyleri daha yüksek çıkmıştır (Morris & McAdie, 2009).

MD2, Allah'la olumsuz bir ilişki içerisinde olan, bulunduğu durumun verdiği sıkıntıyla intiharı düşünen bir hastayla olan görüşmelerini şu sözlerle aktarmaktadır: *“İntihar fikri değişen mesela fizik tedavide 71 yaşında bir bayan hasta. İntihar fikrini egale etmiş olan. Bu teyzemiz bizizat Tanrı ile kavga olduğunu kendisi söylüyordu. Hep benimle uğraşıyor.’ diyordu. Zaten intihar fikrine onu götüren sebeplerden biri de bu Tanrı algısının bozulmuş olması. Benimle görüşmelerinde bu algıda da değişme, dönüşme oldu ve şeyi hatırladı kendi ailesinin, annesinin özellikle dindar olduğunu ve Allah’ın merhametinin kullarının üzzerinde gözetici oluşunun kendi ailesi tarafından da anlatıldığını.”*

Yapılan bir çalışmada olumlu dini başa çıkmanın, hastaların sağlık durumlarında pozitif yönde bir etki sağladığı tespit edilmiştir. Olumsuz dini başa çıkmanın ise hastaların sağlık durumlarında düşüşü beraberinde getirdiği görülmüştür (Pargament vd., 2004). Olumlu dini/manevi düşüncelere sahip kişiler, durumlarını anlamlandırma sürecinde sağlıklı anlamlara erişme ve iyileşme gösterirken, olumsuz (cezalandırıcı, yargılayıcı, reddedici vb.) düşüncelere sahip bireylerin ise iyileşmede zorluk yaşadıkları ortaya konulmuştur (Ekşi, Kırca, vd., 2020: 308). Price ve Callahan’ın 2017 yılında gerçekleştirmiş oldukları araştırmaya göre dini/manevi yönelimin ve çeşitli ibadetlere katılımın, intihar düşüncesi ve intihar girişimleri olan kişilerdeki etkileri incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre dini/manevi yönelimi olan ve çeşitli ibadetlere katılım gösteren bireylerin katılım göstermeyenlere oranla daha az intihar düşüncesine sahip oldukları ortaya konmuştur (Price & Callahan, 2017).

g.c.c. İbadetler

Hastaların uyum süreçlerinde günlük rutinlerini yerine getirip getirememesi durumu önemli bir etkidir. Kişinin alışık olduğu düzenini hastane ortamında devam ettirebilmesi, uyum sürecini de kolaylaştırılmaktadır. Hastanın inancı gereği gerçekleştirdiği ibadetleri hastane ortamında bazı engellerden dolayı yerine getirememesi, Yarattıcı’ya karşı sorumlu olduğu bilinciyle günaha girme, suçluluk duyma vb. duygularla

pekişerek uyum sürecini zorlaştırmaktadır. MD1, hastaların hastane ortamında ibadetlerini yerine getirmelerine engel olan sıkıntıların çözülmesinde sağladıkları desteği anlatmaktadır: *“Bir de biz en çok şununla karşılaşmıştık. Bizim binamız yuvarlak. Blok blok, bir tane mescidimiz var o da C blokta. Ama yuvarlak olduğu için hastalar da kendileri inemediği için ya da hasta yakınları hastalarını bırakamadığı için kable konusunda çok sıkıntı yaşamıştır. Hani kable ne tarafta? Odalarında namaz kılmak istemişlerdi. Bunu idareye ilettik. Odaların içerisine kibleyi gösteren oklarımız var şu an. Bu tarz talepler oluyordu. Elimizden geldikçe bu tarz talepleri gerçekleştiriyoruz.”*

MD23, 60 yaşında bir hastanın günlük düzenli olarak Kur’an okuduğunu fakat hastanenin abdeste engel olacak kirli bir ortam olduğu düşüncesiyle hastanede Kur’an okumaya devam edememesinden dolayı yaşadığı sıkıntıyı aktarmaktadır. MD23’ün hastaya gerekli bilgilendirmeyi yapması sonucunda hastanın uyumuna engel olan bu sıkıntılı durum çözülmüştür: *“Ben mesela bir odaya girdim. 60 yaşlarında kadın hastalıkları bölümünde yatan bayan bir hasta vardı. Başörtülü, muhafazakâr bir Anadolu kadınıydı. Hastaya kendimi tanıttım. Süreç ilerledi, hasta kendini anlatmaya başladı ve rahatsız olduğu bir konuyu söyledi. ‘Hocam ben her sabah kalktığımda Yaşin okurum. Kur’an’dan şu şu sureleri okurum. Fakat burada ne zamandır bunları yapamıyorum. Çünkü burada hastane ortamı pis bir ortam. Abdestime engeller var. Bundan dolayı ben çok üzülüyorum.’ dedi. Gerçekten moral olarak çöküntüye uğramış. Bunu yapamadığı için çok kötü hissetmiş. ‘Bakın, ...hastane ortamındaki kan ve diğer pis ortamlar sizin abdest alıp Kur’an okumanıza ve surelerini okumanıza engel değildir. Eğer vücudunuzda bu durumla ilgili bir problem yaşıyorsanız mesh alabilirsiniz. Eğer sağlığınız yerindeyse abdest alıp Kur’an okuyabilirsiniz. Hastanedeki bu ortam yetersiz bir ortam değildir ve bunu gönül rahathığıyla yapabilirsiniz.’ dedim. Hastanın o anda gözleri parladı ‘Hocam Allah razı olsun çok sağ olun.’ dedi. Çünkü çocukluğundan... beri yapmış olduğu bir alışkanlığını yerine getirememenin ciddi anlamda acısını yaşıyordu.”*

Yates ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada ilerlemiş kanser hastası 71 hastanın “dini inanç, aktivite ve bağlantılar ile mutluluk, yaşam doyumu ve ağrı düzeyleri” incelenmiştir. Çalışma sonucuna göre din ve inancın yaşam doyumuyla olumlu düzeyde pozitif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte dini faaliyet ve bağlantıların, mutluluk ve yaşam doyumuyla önemli ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada dindar hastalar önemli ölçüde daha az ağrı seviyesi bildirmişlerdir. Bu sonuçlara göre dinin hastalık döneminde önemli bir destek kaynağı olduğu görülmektedir (Yates vd., 1981).

MD22, hastaların hastane ortamında çeşitli engellerden dolayı ibadetlerini gerçekleştirilememesi durumunun uyum sürecini zorlaştırdığını

fakat atılan çeşitli adımlarla hastaların dini pratiklerini gerçekleştirmelerine engel olan sıkıntılarının giderildiğini şu sözlerle aktarmaktadır: *“Hastaların nelere ihtiyacı var, beklentilerini vs. Hemşirelere de sorunca onlar ‘Hocam en çok yatakta nasıl abdest alabilirim konusunda zorlanıyorlar.’ diye ifade ettiler. Ben de teyemmüm taşı temin ettim. Şimdi hastalarımız o teyemmüm taşlarında abdestlerini alıp yataklarında namazlarını rahatlıkla kılabiliyorlar. Şimdi bu onlara moral veriyor mu kesinlikle veriyor. ...Dini noktada, dinlerini yaşama, ibadetlerini yapabilmeleri için gereken koşulları sağlamada yardımcı olduk. Hatta odalarında Kur’an bulunmasını sağladık. Bunlar güzel şeyler bunları gerçekleştirdik.”*

Hastalar sıkıntılı süreçlerinde Yaratıcı ile olan ilişkilerini sorgulayabilmekte, Allah’ın kendilerini cezalandırdığını ve dualarına cevap vermediğini düşünebilmektedirler. Bu durum, inançlı bir hastanın Allah tarafından terk edildiğini, yalnız bırakıldığını düşünmesine sebep olabilmektedir. MD20, bu konudan şöyle söz etmektedir: *“Mesela ben şöyle bir tepkiyle karşılaşmıştım. ‘Ya hocam ben normalde duama cevap olmadığını düşünmüştüm. Ama sizi öğrettiğiniz bu duanın kesinlikle cevabı var. Bu dua neticesinde benim ağrılarımın hafıfladığını görüyorum.’ Hasta şuna bakıyor, eğer dua ettikten sonra maddi olarak ağrısı hafıfladıysse kedisine cevap verildiğini düşünüyor. Bizler burada doktorlarla görüşmelerimiz neticesinde biliyoruz ki ağrı, biraz daha odaklanma meselesi. Siz ağrıya odaklanırsanız o ağrıyı daha çok hissedersiniz. Eğer çok ağrınız varken o ağrıyı odak noktanızdan çıkarmaya çalışacak argümanlarla kendinizi buluşturursanız ağrıyı hafif derecede hissedersiniz. Biz de burada duayla bunu yapmaya çalışıyoruz.”*

Hastaların hastane ortamına uyum sağlamalarını zorlaştıran konulardan biri de hastane ortamında ibadetlerini yerine getirirken yaşadıkları sorunlardır. Elde edilen bulgulara göre hastalar, abdest almada yaşanan zorluklar, günlük rutin haline getirmiş oldukları Kur’anlarını okuyamama, namaz kılmak için kibleyi bulamama gibi çeşitli yönlerden sıkıntılar yaşayabilmektedir. Manevi destek personellerinin hastaların ibadetlerini yerine getirirken yaşadıkları problemlerde de destek sağladıkları görülmektedir.

g.c.d. Suçluluk ve Günahkarlık Duyguları

İnsanın başına bir sıkıntı geldiğinde çevresindekiler veya bizzat durumu yaşayan kişi, bu başına gelenlerin yaptığı yanlış bir davranıştan kaynaklı olduğunu, Allah’ın kendisini cezalandırdığını düşünebilmektedir. Bu durumda kişinin kendisini suçlaması ve günahkâr olduğunu düşünmesi, hastanın durumuna uyum sürecini zorlaştırmaktadır. Yaptığı davranışlardan dolayı yaşadıklarının başına geldiğini, günaha girdiği için cezalandırıldığını düşünüp sıkıntı, pişmanlık, suçluluk duyan bir hastanın durumunu MD1 şu sözlerle aktarmaktadır: *“Bir hanımefendi vardı. Hasta*

53-54 yaşlarında bir hanımefendi idi. Fizik tedavi merkezinde yatıyordu. “Bu yaşadığım olay benim suçum. Benim yüzümden oldu.” dedi. ‘Ben şu an yaptığım şeyin cezasını çekiyorum.’ şeklinde konuştu. Ben de ‘Niye öyle diyorsunuz?’ dedim. Hanımefendi evlilik için bir beyefendiyle tanışmış. Beyefendiyle ablasının yanına tatile gitmişler. Tabi ...hassasiyeti de var hanımefendinin. Ellili yaşlarda kapalı bir hanımefendi idi. ‘Görüştük ama ben ablamlarda kaldım, o otelde kaldı.’ dedi. Hemen onu belirtme ihtiyacı duydu yani. ‘Ama motora bindik biz ben onun arkasına bindim. Ayrı binmem gerekiyordu. Onunla binmemem gerekiyordu. Ama biz kaza yaptık.’ Ayaklarında bir sıkıntı oluşmuş çok yürüyemiyordu. ...Ağrısı çok fazlaydı. ... İkinci evliliğini gerçekleştirecekti. Çocukları da ‘Anne biz sana bakarız. Evlenmeni istemiyoruz.’ demişler. ‘Ben evlatlarımı da dinlemedim. Ama işte arkadaşlarım kanıma girdi.’ ... böyle deyince ben ‘... Öyle düşünmeyin, kendinizi de suçlamayın. Suçlama boyutunu geçin de bundan sonrası için ne yapacağınıza hayatınıza nasıl yön vereceğinize karar verin.’ dedim.” ... Sonra yaptığı yardımlardan sadakalardan bahsetti. ‘Ben iyi ki bunları yapmışım böylelikle Allah beni korudu.’ diyerek daha olumlu yöne çevirmeye başladı. Başta Allah’ın kendisini cezalandırdığını, suçlu olduğunu düşünürken görüşmenin sonuna doğru bu boyuta geldik.”

MD6’da hastaların başlarına gelen durumlar karşısında kaderi sorguladıklarını, suçluluk ve günahkarlık hissettiklerini şu sözlerle ifade etmektedir: “Kader problemi zaten başlı başına ağır vakalarda. Kader yaklaşımı işte ‘Bu benim kaderim midir hocam?’ yine ön plandadır. Günahkarlık boyutu yine ön plandadır. “Günahlarımdan dolayı mı ben bu hastalığa duçar oldum?’ ya da tam tersi ‘Hocam ben bu kadar namaz kılarken, bu kadar dini hayatıma dikkat ederken neden bu hastalık beni buldu?’ diyenler de olabiliyor. Tabi bu soruları cevaplandırabilecek tek bir birim var hastanede biraz önce de söylediğim gibi manevi danışmanlık birimi.”

Katılımcıların ifadelerinden de anlaşıldığı üzere hastalar, başlarına gelen hastalığı, yaptıkları bir hata veya günah sonucunda bir musibet, Allah’tan gelen bir ceza olarak görebilmektedirler. Manevi destek personellerinin hastaların benimsedikleri bu yanlış/olumsuz değerlendirmeyi farklı bakış açıları sunarak olumlu hale getirdikleri görülmektedir.

g.c.e. Yanlış Dini İnançlar

Kişilerin bağlı oldukları dini/manevi inançlar, hastalık sürecinde alacakları tedavi kararlarında da etkili olmaktadır. Hastaların dini/manevi hassasiyetleri, tıbbi olarak önerilen tedaviyle çatışabilmekte ve hastanın tedaviye uyumuna etki edebilmektedir. Yapılan araştırmalar, ağır hastalığı olan kişilerin tıbbi tedavilerine dair alacakları kararda dini/manevi inançlarının etkili olduğunu ortaya koymuştur (Jw vd., 1999).

MD9, din adı altında tedaviyi engelleyici yönlendirmeler sonrası hasta yakınlarının hastalarının tedavisine devam edip etmemesi konusunda kararsız kaldıklarını şöyle anlatmıştır: “*Son evresinde kanser hastası olan bir hastamız vardı. Hasta yakınları geldiler bana bir keresinde “Sizinle bir şey paylaşacağız. Biz falan yerden bir hoca duyduk. Onu hastamıza getirdik. O hastanın gözüne şöyle bir baktığı zaman hastamız iyi olacak mı olmayacak mı karar verecekmiz. Bu kişi hastamız ile görüşükten sonra ‘Sizin hastamız zaten ölecek, cennete gidecek. Sizin onu burada tutmanıza gerek yok.’ dedi. Ama biz şey yapamadık illa sizin fikrinizi almak istedik.” dediler. ...Artık hadislerle vs. tedavi olmamız gerektiğini anlattım, anlattım sonra da artık ‘Yine de siz bilirsiniz.’ dedim. Biz zorlamıyoruz. Sadece anlatıyoruz kararı onlar veriyor. Ertesi gün ‘Bu hasta duruyor mu yoksa çıktı mı?’ diye merak ediyorum. Gittim, baktım ki hasta yakınları kapının önünde. ...‘Ne yaptınız?’ dedim onlara. “...doğru söylüyorsunuz. Bizim tedaviye devam etmemiz lazım dedik ve çıkmadık, hastanede kaldık.’ dediler. Böyle direktten döndüler büyük bir yanlışla sapmaktan. Bakın travma durumunda insanlar ne yapacaklarını şaşırıyorlar. Tutunacak bir dal arıyorlar ve bu bazen yanlış yönlendirmelere yöneltebiliyor kişiyi. Bizim orada olmamız yanlış yönlendirmelere de engel oluyor.” Manevi destek görevlileriyle yapılan görüşmeler, hastanın tedavisinde alınacak yanlış bir kararın engellenmesi ve hastanın tedaviye devamının sağlanması açısından faydalı olmuştur. Bu ve benzeri yanlış dini anlayışların engellenmesi ve kişilerin doğru yönlendirilmesi açısından manevi desteğin hastanelerdeki varlığı önem arz etmektedir.*

S o n u ç

Puchalski, pek çok hastalığın tedavisi mümkün olmasa da iyileşme için yer olduğunu ifade etmektedir. İyileşmeyi ise insanın durumunu kabul etmesi ve yaşamıyla barışması olarak tanımlamaktadır (Puchalski, 2001: 352). Bu anlayış, devası olmayan hastalıklarda dahi hastanın psiko-sosyal-manevi iyi oluşuna katkı sağlanabileceğini hatırlatmaktadır. Maneviyatın, hastalık sürecinde yaşanan ıstırapı azaltıcı, iyi oluşu artırıcı bir kaynak olduğu yapılan araştırmalarla desteklenmektedir. Manevi destek, bütüncül bakım anlayışını takip ederek dini/manevi kaynaklardan referansla zorlu süreçlerde hastaların iyilik hallerine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır (Özcan vd., 2020: 42; Tanyi, 2002: 503).

Yapılan çalışmalar, hastalık sürecinde hastalara sağlanan desteğin bireyler açısından büyük öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır. Elde edilen bulgular maneviyatın; öfke düzeyinin azalmasında, memnuniyetin ve yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğunu göstermektedir (M. J. Balboni vd., 2013; T. A. Balboni vd., 2010; Epstein-Peterson vd., 2015: 2). Araştırmalar, zorlu süreçlerden geçen kişilerde, maneviyatın önemli

bir destek kaynağı olduğunu ortaya koymaktadır (Ekşi, Kırca, vd., 2020: 332).

Araştırma sonuçlarının da gösterdiği üzere maneviyat, bütüncül bakım hizmetleri arasında mühim bir yer teşkil etmektedir. Bu çalışmada, ülkemizde henüz uygulanmaya başlanan manevi destek hizmetinin hastalığın meydana getirdiği kriz durumlarıyla başa çıkma ve psiko-sosyal uyum sağlama süreçlerinde hastalara ne gibi katkılar sağladığı araştırılmıştır. Hastaların uyumlarını etkileyen çeşitli etkenlerden çevresel ve dini/manevi etkenler incelenmiş, bu faktörlerin meydana getirdiği problemler karşısında manevi destek hizmetinin nasıl bir rol üstelendiği tespit edilmeye çalışılmıştır. Elde edilen bulgular neticesinde şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Çevresel faktörlerin incelendiği bulgularda manevi destek uzmanlarının %92'sinin hastaların uyum süreçlerinde çevreden gelen etkenleri önemli buldukları tespit edilmiştir. Hastayı etkileyen çevresel birçok faktör olmasının yanında bu çalışmada, sosyal bağlantıların uyum sürecindeki etkileri üzerinde durularak manevi destek hizmetinin süreçteki olası katkısına odaklanılmıştır. Elde edilen sonuçlara bakıldığında; hastaların yalnızlık, iletişim problemleri, ortama uyum sağlama noktalarında çevre kaynaklı uyum problemleri yaşadıkları görülmüştür. Manevi destek personellerinden %58'inin kanaatiyle yalnız ve yeterli sosyal desteğe sahip olmayan hastaların uyum sürecinde manevi destek hizmetine daha çok ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.

Bulgular; hastaların, hastalık sürecinde yakınlarıyla ve hastane personeliyle iletişim problemleri yaşayabildiklerini göstermiştir. Manevi destek hizmetinin, gerçekleşen anlaşmazlıkların çözümüne katkı sağlamanın hastanın uyum sürecini kolaylaştırdığı anlaşılmıştır.

Bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında hastalık kaynaklı, bireysel ve çevresel etkenler yanında dini/manevi etkenlerin de hastaların psiko-sosyal uyum süreçlerinde etkili bir faktör olduğu açığa çıkmıştır. Dini/manevi etkenlerin ele alındığı kısımda hastaların hastalık süreçlerinde anlam arayışı ve varoluşsal sorgulamalardan, suçluluk ve günahkârlık duygularından, ibadetlerle alakalı soru ve sorunlardan, olumsuz Tanrı tasavvuru ve olumsuz dini başa çıkma yaklaşımı benimsemelerinden ötürü problemler yaşadıkları, bu durumundan da uyum süreçlerini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Manevi destek görüşmelerinde hastaların zihinlerini meşgul eden, cevaplayamadığı soruların beraberce çözüldüğü, suçluluk ve günahkârlık duygularının bertaraf edildiği, ibadetlerle ilgili sorunlara çözümler üretildiği, hastalara farklı bakış açıları su-

nulmasıyla, olumsuz Tanrı tasavvuru ve olumsuz dini başa çıkma yaklaşımlarının olumluya dönüşebildiği gözlemlenmiştir.

Bu çalışmada, ağır hastalıklarla karşı karşıya kalan kişilerin uyum süreçlerine etki eden çevre ve dini/manevi kaynaklı faktörler incelenmiştir. Bu etkenlerin hastaları nasıl etkiledikleri ve olumsuz etkilere karşı manevi destek hizmetinin hangi yönden katkı sağladığı tespit edilmeye çalışılmıştır. Yapılan incelemeler ve elde edilen bulgular neticesinde uygulamanın bu iki faktör bazında hastaların uyum süreçlerine sağladıkları katkılar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çevresel ve dini/manevi etkenler başlıkları altında ele alınan her bir konu ayrı ayrı inceleme konusu olabilecek niteliktedir. Çalışmanın, alana ve yeni araştırmalara katkı sağlaması ümit edilmektedir.

Kaynaklar

Ağılkaya 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).

Astrow, A. B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality and health care: Social, ethical and practical considerations. *The American Journal of Medicine*, 110(4), 283-287.

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*. Ed. A. Ayten & S. Düzgüner, Ed. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Ayten, A., & Karagöz, S. (2019). Kanser tanılı hasta ve yakınlarına yönelik manevi danışmanlık ve rehberlik. [içinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik: Farklı Alanlardan Araştırma Bulguları ve Değerlendirmeler* (ss. 187-132). İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Ayten, A., Koç, M., Tınaz, N., & Meydan, H. (2018). Bireyin manevi potansiyel ve ihtiyaçlarını dikkate alan bir din eğitimi anlayışı üzerine değerlendirmeler. [içinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik*. (ss. 213-257). Ed. A. Ayten, M. Koç, & N. Tınaz. (2. baskı, Cilt 1). İstanbul: Dem Yayınları.

Ayten, A., & Özkan, A. (2020). *Hastanelerde manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri*. Ed. A. Ayten & S. Düzgüner. (2. baskı). Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Balboni, M. J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A. C., Gorman, D. P., Zollfrank, A., Peteet, J. R., Prigerson, H. G., Vanderweele, T. J., & Balboni, T. A. (2013). Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(4), 461-467.

Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 28(3), 445-452.

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

Düzgüner, S. (2013). *Maneviyat algısı ve diğerkâmlıkla ilişkisi: Kan bağışi 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. Ankara: Nobel Yayıncılık.

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

Epstein-Peterson, Z. D., Sullivan, A. J., Enzinger, A. C., Trevino, K. M., Zollfrank, A. A., Balboni, M. J., Vanderweele, T. J., & Balboni, T. A. (2015). Examining forms of spiritual care provided in the advanced cancer setting. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 32(7), 750-757.

H. Sinem, U. B. (2016). Dini danışmanlık eğitimi: AAPC akrediyasyon kriterlerinin Türkiye açısından değerlendirilmesi. [içinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik* (ss. 259-302). Ed. A. Ayten, M. Koç, & N. Tınaz. (Cilt 1). İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science (New York, N.Y.)*, 241(4865), 540-545.

İslamoğlu, A. H., & Alnıaçık, Ü. (2016). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri (SPSS Uygulamalı)* (5. bs). İstanbul: Beta Yayınları.

James, W. (2017). *Dinsel deneyimin çeşitleri* (Çev. İ. H. Yılmaz). İstanbul: Pinhan Yayıncılık.

Jw, E., Bb, O., Th, S., Rc, C., & J, H.-F. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?. *Archives of Internal Medicine*, 159(15), 1803-1806.

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. (2. baskı, Cilt 1) İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

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

Kesgin, 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.

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. (2. basım, Cilt 1). İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Koenig, H. G. (2005). *Faith and mental health: Religious resources for healing*. US: Templeton Foundation Press.

Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1-33.

Morris, G. J., & McAdie, T. (2009). Are personality, well-being and death anxiety related to religious affiliation? *Mental Health, Religion & Culture*, 12(2), 115-120.

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.

Özcan, G., Erduran Tekin, Ö., & Kaplaner, K. (2020). Psikolojik danışma kuramları ve maneviyat. [içinde] *Manevi Yönelimli Psikolojik Danışma* (ss. 25-68). Ed. H. Ekşi. Ankara: Nobel Yayıncılık.

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

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

Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 713-730.

Price, S. D., & Callahan, J. L. (2017). Religious attendance serves as a protective variable against suicidal ideation during treatment. *Pastoral Psychology*, 66(1), 103-115.

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

Ramírez-Johnson, J., Fayard, C., Garberoglio, C., & Jorge Ramírez, C. M. (2002). Is faith an emotion? Faith as a meaning-making affective process: An example from breast cancer patients. *American Behavioral Scientist*, 45(12), 1839-1853.

Riegel, B., & Carlson, B. (2002). Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 287-295.

Rockwell, J. M., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & Lung*, 30(1), 18-25.

Sağlam, İ., & Yüksel, Z. (2016). Psiko-sosyal destek ve manevi bakım uygulamaları: Augsburg örneği. [içinde] *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. [içinde] *Olağanüstü Durumlarda Manevi Danışmanlık ve Rehberlik: Disiplinlerarası Araştırmalar* (ss. 249-273). Ed. Ö. F. Söylev, O. Gürsu, & B. Demirtaş. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Sokol, D. (2020). Religion and spirituality in medicine: Friend or foe? *BMJ (Clinical research ed.)*, 368, 106.

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

Şirin, T. (2016). Manevi danışma ve rehberlikte yeni bir model önerisi: İ.H.S.A.N modeli ve vaka sunumu. [içinde] *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik* (ss. 187-211). Ed. A. Ayten, M. Koç, & N. Tınaz. (2. baskı, Cilt 1) İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.

Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500-509.

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

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

Yates, J. W., Chalmer, B. J., St James, P., Follansbee, M., & McKegey, F. P. (1981). Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*, 9(2), 121-128.

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

Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2013). Dindarlık ve maneviyat. [içinde] *Din ve Maneviyat Psikolojisi: Temel Yaklaşımlar ve İlgili Alanları* (ss. 61-102) Ed. İ. Çapcıoğlu, A. Ayten, R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Ed.), & S. Düzgüner (Çev.). 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 *Manevi destek uzmanlarına göre hastanelerdeki manevi destek hizmetinin psiko-sosyal uyuma etkisi* (2022) başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.