

SAĞLIK HİZMETLERİNDE MANEVİ DANIŞMANLIK ve REHBERLİK

Editörler

Ali Ayten - Halil Ekşi

Mahmut Zengin - Nuri Tınaz



**SAĞLIK HİZMETLERİNDE
MANEVİ DANIŞMANLIK
ve REHBERLİK**



© Eserin Her Türlü Basım Hakkı Anlaşmalı Olarak
Ensar Neşriyat'a Aittir.

Dem Yayınları Ensar Neşriyat Tic. A.Ş. Organizasyonudur.

ISBN: 978-605-80183-0-3

Kitabın Adı

Sağlık Hizmetlerinde Manevi Danışmanlık ve Rehberlik

Editörler

Prof. Dr. Ali Ayten

Prof. Dr. Halil Ekşi

Doç. Dr. Mahmut Zengin

Prof. Dr. Nuri Tınaz

Yayın Koordinatörü

Hulusi Yiğit

Tashih/Redaksiyon

Salih Bozan

Kapak & Sayfa Tasarımı

Nuray Yüksel

Yayın Tarihi

Ekim 2019

İletişim

Değerler Eğitimi Merkezi

Süleymaniye Caddesi Elmaruf Sok. No:3 Süleymaniye/Fatih/İstanbul

Sağlık Hizmetlerinde Manevi Danışmanlık ve Rehberlik

Editörler

Prof. Dr. Ali Ayten
Prof. Dr. Halil Ekşi
Doç. Dr. Mahmut Zengin
Prof. Dr. Nuri Tınaz

Sunuş

Manevi danışmanlık ve rehberlik; ilahiyat, psikoloji, sosyoloji ve diğer sosyal bilimler arasında pek çok disiplinle ilişkili ve her birinin katkısıyla gelişen disiplinler arası bir alandır. Bir araştırma alanı olarak manevi danışmanlık ve rehberlik konusu Türkiye’de nispeten yeni olmakla birlikte, özü itibariyle aslında yeni bir mefhum değildir. Geleneğimizde yakını ölen kişi ve ailesine yönelik taziye ve dua, hasta ziyaretleri ve hastalık sürecinde sıkıntılara ortak olma, aile ve mahalle kültürü içerisinde dertlilerin derdine koşma gibi sorumluluk ve erdemler manevi danışmanlığın kültürümüz içerisindeki kodlarını temsil etmektedir. Günümüzde ortaya çıkan sosyal değişim ve toplumsal ihtiyaçlar bu alanda yapılacak hizmetlerin teori ve pratiğiyle kurumsallaşmasını gerekli kılmaktadır.

Bundan dolayıdır ki Değerler Eğitimi Merkezi olarak manevi danışmanlık ve rehberliğin teorik zeminini düşünmek ve bunun için literatür oluşturmak amacıyla bu alanı çalışma konularımızdan birisi olarak görüyoruz. Yaklaşık 6 yıldır bu alana ilişkin araştırma projeleri, çalıştaylar, seminerler ve iki uluslararası kongre tertip ettik. Bu süre zarfında Türkiye’de akademik çevrelerin konuya ilişkin ilgisi giderek arttı. Akademik bilgi üretimi ve Diyanet’in konuya dair çalışmaları sayesinde bu alanın gelişip kurumsallaşmasında ve mesleki bir yeterlik alanı olarak tanımlanmasında önemli mesafeler kat edildi. Özellikle Diyanet İşleri Başkanlığı’nın manevi danışmanlık ve rehberlik konusunda yaptığı çalışmaları, kurumlar arası işbirlikleri ve bir meslek olarak tanımlanmasına yönelik gayretleri her türlü takdiri hak etmektedir.

Değerler Eğitimi Merkezi olarak 2016 yılında Uluslararası Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Kongresi’ni düzenlerken amacımız; yerel ve uluslararası akademik birikimin taşıyıcısı olmak ve akademik çevrelerin bu alana

dair bilgi üretmesini teşvik etmekte. Bu kongre sonucunda bu alanda üretilcek her türlü bilgiye toplumumuzun ve kurumlarımızın ihtiyacı olduğunu gözlemledik. Bundan dolayı 2018 yılında “Sağlık ve Cezaevi Hizmetlerini” merkeze alan II. Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Kongresi’ni tertip ettik. Kongre sonrasında sunulan bildiriler, yeniden hakemlik ve editöryal süreçten geçirildi. Bu süreçte seçilen bildirilerden tematik bölümlendirmelerle bu kitap ortaya çıktı. Kitabın ortaya çıkmasında emeği geçen; bildiri sahiplerine, hakemlik yapan akademisyenlere, editörler kuruluna, mizanpajını, tasarımını, tashih ve redaksiyonunu yapan çalışanlarımıza teşekkür eder, bu eserin manevi danışmanlık ve rehberlik alanındaki birikime katkı sunmasını temenni ederiz.

Değerler Eğitimi Merkezi

ÖNSÖZ

Manevi danışmanlık ve rehberlik içerik olarak geleneksel yapımızda asırlarca akrabalık, komşuluk, hasta ziyareti, taziye, yarenlik, dertlere ortak olma gibi toplumsal hasletlerle karşılanmaktaydı. Ancak modernleşme, şehirleşme ve bireyselleşme süreçleriyle yukarıda zikredilen insani değerlere yönelik duyarlılıklar azalmış ve toplumsal ihtiyacı karşılamaz hale gelmiştir. Söz konusu bu hasletler, geçmişte bireylerin ya da toplumun geleneksel yapılarının sorumluluk alanındayken günümüzde sosyal devlet anlayışı bu değerlerin karşıladığı ihtiyaçların devlet kurumları eliyle karşılanmasını zorunlu kılmıştır. Sosyal devlet anlayışıyla birlikte hasta hakları, bağımlıların rehabilitasyonu, mahkûmların topluma kazandırılması, engellilere, yaşlılara yönelik hizmetler devletin sosyal ve kurumsal hizmet alanları arasında yer almıştır. İnsanın bütünsel varlığını ıskalamadan onu fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi yönleriyle ele alan yeni yaklaşımlar bugün manevi danışmanlık ve rehberliği gerekli kılmıştır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde devletin sosyal politikaları ve sorumlulukları bağlamında hastane, cezaevleri, sosyal hizmet kurumları, rehabilitasyon merkezleri ve askeriyede manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri sunulmaktadır. Ülkemizde de son yıllarda hapishaneler ve hastaneler başta olmak üzere farklı kurumlarda manevi danışmanlık ve rehberlik uygulamaları yapılmaktadır. Hastanelerde bu uygulamalar 2015 yılında başlamıştır. Son on yıldır bu alanda akademik çalışmaların ve organizasyonların sayısında da hızlı bir artış olmuştur.

Elinizdeki bu kitap da bu çerçevede hastanelerde uygulanan manevi danışmanlık hizmetlerine dair makaleleri içermektedir. Kitap beş bölümde toplanmış on altı çalışmadan oluşmaktadır. "Hastanelerde Manevi Danışmanlık ve Rehberlik: Farklı Ülke Deneyimleri" başlıklı ilk bölümde, Avusturya ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerindeki manevi danışmanlık ve

rehberlik uygulamalarının güncel durumu ve tarihsel süreç üzerinde durulmakta söz konusu ülkelerdeki uygulamaların psikolojik, manevi ve teolojik temellerinden bahsedilmektedir. İkinci bölüm ise “Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetleri ve Eğitimi” başlığı taşımaktadır. Bu bölümde manevi danışmanlıkta stajın ve gözetim altında eğitimin önemi ve hastanelerde manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti sunacak personelin sahip olması gereken nitelikler üzerinde durulmaktadır. “Hastanelerde Yürütülen Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Çalışmaları ve Etkileri” başlıklı üçüncü bölümde, yoğun bakım hizmetlerinde görevli hemşirelerin hastalık ve ölüm algılamalarında manevi danışmanlığın rolü, hastanede çalışan sosyal çalışmacı ve manevi danışman arasındaki işbirliği ve hastanelerdeki manevi danışmanlık hizmetlerinin hasta ve sağlık çalışanlarının görüşlerine göre değerlendirilmesi konularına yer verilmiştir. “Manevi Danışmanlık ve Rehberlikte Öncelikli Uygulama Alanları” başlıklı dördüncü bölümde, palyatif bakımda manevi danışmanlığın yeri, hasta ve hasta yakınlarının iyi oluş düzeylerine katkısı, onkoloji servislerindeki hastaların ve hasta yakınlarının hastalığı kabul, anlamlandırma ve yorumlama süreçlerinde manevi danışmanlığın rolü üzerinde durulmaktadır. “Psikolojik Danışmanlık ve Manevi Danışmanlık ve Rehberlik İlişkisi” başlıklı beşinci ve son bölümde ise, psikolojik danışma sürecinde kullanılan dinî / manevi temelli müdahalelerin vaka analizi yöntemiyle incelenmesi, psikolojik hastalıkların inanç eksikliği olarak damgalanmasından doğan problemlerin çözümünde manevi danışmanlığın rolü ve iyi oluşun manevi göstergesi gibi konular ele alınmaktadır.

Hastanelerdeki Manevi Danışmanlık ve Rehberlik kitabında yer alan metinlerin bu alanda yapılacak akademik çalışmalara katkı sağlaması en büyük arzumuzdur. Bu kitabın yazılmasına makaleleriyle katkıda bulunan akademisyenlere, editör kuruluna, manevi danışmanlık ve rehberlik konusunun akademik ve bilimsel bir zeminde konuşulması ve tartışılmasına imkan sunduğu ve destek verdiği için öncelikle Değerler Eğitimi Merkezi’ne ve özellikle Genel Koordinatörü Hulusi Yiğit’e teşekkür ederiz.

Editör Kurulu

Üsküdar, 2019

İÇİNDEKİLER

Sunuş 7

Önsöz 5

I. Hastanelerde Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Farklı Ülke Deneyimleri

- 1 Çok Kültürlü (Modern) Toplumlarda Hastanelerde İhtiyaç Olan İslami Manevi/Dini Destek (KHS = Islamische Seelsorge) 15
Hızır Uzuner
- 2 Hollanda Erasmus Mc-Sophia Hastanesinde Çocuk hastalara ve Yakınlarına Uygulanan Manevi Bakım Gözlem Örnekleri ve İletişim Yöntemleri 47
Dilek Bal Koçak
- 3 Kiliselerin Hastanelerde Sunduğu Manevi Danışmanlık Hizmetleri: Katolik Kilisesi Örneği 71
İsmail Taşpınar

II. Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetleri ve Eğitimi

- 4 Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Eğitiminde Staj ve Süpervizyonun Önemi 89
Arslan Karagül
- 5 Hastanelerde Manevi Destek ve Rehberlik (MDR) Hizmeti Sunan Personelin Sahip Olması Beklenen Nitelikler 109
İhsan Çapcıoğlu
Fatma Çapcıoğlu
Esra Özcan

III. Hastanelerde Yürütülen Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Çalışmaları ve Etkileri

- | | | |
|---|---|-----|
| 6 | Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastalık-Ölüm ve Ahiret İnancı İlişkisi Bağlamında Görüşleri ve Durumu Anlamlandırma Süreçlerinde Manevi Danışmanlığın Rolü ve Önemi | 131 |
| | <i>Elif Merve Ertürk</i> | |
| 7 | Hastanede Çalışan Sosyal Çalışmacı ve Manevi Destek Personeli Arasındaki İşbirliği: Sorunlar ve Öneriler | 157 |
| | <i>Hıdır Apak</i> | |
| | <i>Metin Erdem</i> | |

IV. Manevi Danışmanlık ve Rehberlik ve Öncelikli Uygulama Alanları

- | | | |
|----|---|-----|
| 8 | Palyatif Bakımda Manevî Destek ve Psikolojik İyi Oluş: Hasta Yakınları Üzerinde Bir Araştırma | 187 |
| | <i>Mebrure Doğan</i> | |
| 9 | Onkoloji Servislerinde Tedavi Gören Hastaların ve Yakınlarının Hastalığı Kabul, Anlamlandırma ve Yorumlamada Manevi Danışmanlık ve Rehberliğin Rolü | 219 |
| | <i>Orhan Gürsu</i> | |
| | <i>Salihanur İnal</i> | |
| 10 | Palyatif Bakım'da Manevi Destek (Vaka Örnekleri ile) | 239 |
| | <i>Serap Tursun</i> | |

V. Psikolojik Danışmanlık ve Manevi Danışmanlık ve Rehberlik İlişkisi

- | | | |
|----|---|-----|
| 11 | Psikolojik Danışma Sürecinde Kullanılan Dinî/Manevi Temelli Müdahalelerin Vaka Analizi Yöntemi ile İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma
<i>Faruk Karaca</i>
<i>Muhammet Cevat Acar</i> | 267 |
| 12 | Psikolojik Yardım Alan Dindar Kişilerin Dini ve Manevi Açıdan Yaşadıkları Damgalanma ve MDR'nin Bu Süreçteki Rolü
<i>Gülüşan Göcen</i>
<i>Kevser Çağlan</i> | 283 |
| 13 | İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi: Bir Ölçek Uyarlama Çalışması
<i>Halil Ekşi</i>
<i>Zeynep Sena Soyuyiğit</i>
<i>Selami Kardaş</i> | 317 |
| 14 | Çocukluk Çağı Ökseleyici Yaşantıların Tanrı Algısına Etkisi: Bir OKB Vakası Örneği
<i>Yasemin Angın</i> | 329 |

I. BÖLÜM

HASTANELERDE MANEVİ DANIŞMANLIK ve REHBERLİK FARKLI ÜLKE DENEYİMLERİ

Çok Kültürlü (Modern) Toplumlarda Hastanelerde İhtiyaç Olan İslami Manevi/Dini Destek (KHS = ISLAMISCHE SEELSORGE)

*Hızır Uzuner**

Giriş

19 yıl önce İsviçre Zürih’de hastane, hapishane ziyaretlerinde bulunacağımı kim bilebilirdi? Camide imam-hatip olarak görev yapmak, cemaatle ilgilenmek için ilahiyat okumuştum. Ama bir anda kendimi hastanede hastalarla birlikte buldum. Hastalarla konuşmaya, onları anlamaya, haftanın belli günlerinde onlarla birlikte yaşamaya başladım. Hastayı nasıl aktif dinlerim? Onları nasıl teselli ederim? Onlara nasıl moral verebilirim, nasıl faydalı olabilirim gibi sorulara profesyonelce cevap aramaya başladım. Doğrusunu söylemek gerekirse kendimi çok cesaretli hissetmedim. Çünkü okulda böyle bir eğitim almamıştım. Birinin yanında da staj yapmamıştım. Ama şimdi buna mecburdum. Çünkü Türkiye’de yurt dışı din görevliliği hazırlık seminerlerinde ev ve hasta ziyaretleri yapmamız gerektiği bize bildirilmişti. Şimdi yurt dışında hasta ziyareti asli görevimin bir parçası olmuştu. Haftalık, aylık yaptığım ziyaretleri amirlerime bildiriyordum. Bu ziyaretler daha çok cemaatimizden hastanede yatanları ziyaret olsa da hastaneye gidince diğer Müslümanları da ziyaret ediyordum. Artık hastane benim haftada bir kaç kez çalışma ortamım olmuştu. Ya doğan bir çocuğun kulağına ezan okumak, ya ölen birinin defin işlemlerini hazırlamak, ya da hasta olanları ziyaret etmek için hastane de

* DİB İzmir/Konak Murakıby (İzmir Alsancak Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Manevi/Dini Destek Görevlisi)

olmam gerekiyordu. Yani her müslüman doğumdan ölümüne kadar her an benden imam olarak hizmet alıyordu. Türkiye’de ki imamlık görevimde ise sadece cami merkezli hizmet ederken yurt dışında ise cami dışında da hizmet ediyordum. Yani sadece camide oturup beklemiyordum.

Hastanede hasta ziyaretlerim çoğunlukla odaya girince selam vermekle başlıyor. Kendimi tanıttıktan sonra bir kaç dakika havadan sudan (ailesi, spor, seyahat, hobileri vb.) karşılıklı konuşarak dayanışma içine girerek güvenini kazandıktan sonra hastanın sorularını cevaplamak ve bir isteğinin olup olmadığını sorduktan sonra diğer Müslüman olmayan hastaları rahatsız etmeden kendisi talep etmiş ise sessizce Kuran okumak, dua etmekle son buluyordu. Diğer yapılandırılmış (klinik, terapötik) görüşmelerim hastanede bana tahsis edilmiş çalışma odamda oluyordu. Çoğu kere hasta odasında beni ne tür sürprizler beklediğini bilemiyordum. Ama çoğunlukla pozitif bir ortamla karşılaştığımı söylemek isterim. “Hocam! Çok ara verme, sık gel” diye zor vedalaşmalar olmuştur. Hastanın imam olarak bana ilgisini dine bağlılığıyla doğrudan orantılı olduğuna inanıyorum. Yani hasta dindarsa elimi bir tuttum bir daha bırakmıyor, o hastadan kendimi kurtarıp diğer hastalara zaman ayıramıyordum. Bazı hastalar benim hoca olduğumu işitince hasta yatağından ayağa kalmak, boynuma sarılmak istiyordu. “Hocam! Bir kahvemi içmeden gitme, hiç olmazsa bir bardak suyum iç” diye ısrar ediyorlardı. Mutluluktan dolayı sevinçten ağlayan çok hastayla karşılaştım. “Hocam! Henüz çocuklarım, torunlarım beni ziyaret etmeden siz beni ziyaret ettiniz, ben de hastaneden çıkınca ilk sizi ziyaret edeceğim” diyenler çok oldu. Camiye Cuma, bayram ve vakit namazlarına gelenlerin oranı %20’yi geçmediğinden diğer müslümanları bilvesile hastanede ziyaret etmekle yeni cemaat kazanıyordum. Hatta bu ziyaretlerden dolayı memnuniyetten Türk olmayan müslümanlar da camiye geliyordu. Ziyaretlerim dostça, samimi, sevecen, anlayışla, saygılı ve şefkatli bir atmosferde birlikte hissederek ve duyguları paylaşarak gerçekleşiyordu. Ziyaret ettiğim hastaların isimlerini caminin ilan panosuna yazıyor, cemaatin haberdar olması ve ziyaret etmesine vesile oluyordum.

Nadir de olsa bazen hasta odasında beni şaşkınlıkla karşılayan hastalarla karşılaştım. Hastanın yüzündeki ve gözündeki şaşkınlığı görünce ne diyeceğimi bilemiyordum. İstedğim samimiyeti kuramadığım için üzülüyordum ve odadan bir an önce çıkmak istiyordum. Çünkü görüşmemiz zorlama olmadan karşılıklı rızaya dayanan bir bağ olmalı ve hasta istekli olmalıydı.

Bu bağın kurulduğunu hissetmediğimden ve hastaya bir faydası olmayacağından iyi dilek ve temennilerle odadan çıkıyor ve bir kahve molası verdikten sonra yani o negatif etkiyi üzerimden attıktan sonra diğer hastaları ziyaret ediyordum. Çok tabidir ki güler yüzlü bir hastanın yanından ayrılmam diğer hastanın yanına daha rahat girmemi sağlıyordu. Yani moralim neşem yerinde yoksa kesinlikle hasta ziyareti yapmıyordum.

Genelde hasta ziyaretlerinin en az iki kişiyle yapılmasından yanayım. Onun için çoğunlukla cemaatten herkesin sevdiği, güler yüzlü birilerini yanıma alıyordum. Camide hasta ziyaret ekibi kurmuştum. Atalarımızın “derdini söylemeyen derman bulamaz” dedikleri gibi “derman dert babası, hüznün, gönül ve ruh doktoru” gibiydim.

Artık günümüzde Manevi/Dini Destek görevlisinin ağır, iyileşme ümidi olmayan, ölüm korkusu çeken, ölmek üzere olan hastalarla vs. birlikte olması kaçınılmazdır. Avrupa da yaşayan vatandaşlarımızın pek çoğu memleketinde ölmek, çoluk çocuğunun yanında yani evinde ölmek isterken, maalesef tamamına yakını hayatını hastanede sona erdirmektedir. İşte hastalarımızın pek çoğu hastanede yalnız başına kalmaktan, vefat etmekten korkmaktadır. Onun için hastanede manevi destek çok önemlidir. Hasta evindeyken sekeratül mevt dediğimiz durumda mutlaka hoca çağırılıyor da hastanede bu durumdaki hastalara gitmesinde ne mahsuru olabilir? Zaten Avrupa’da bu durumdaki hasta için hangi dindense o dinin temsilcisinin hastane yönetimi tarafından çağırılması mecburidir.

Bazı hastaların, ameliyata sevdiği müzik eşliğinde girmesinde hoşgörü ve imkan varsa müslüman hastaların ameliyat masasında kalma riskinden eğer isterlerse tevbe-i istiğfar ve dualarla girmesinde ne mahsur olabilir?

Eğer hasta kırgın olduklarıyla barışmak, helallaşmak isterse bunun sağlanarak rahatlatılmasında ne mahsur olabilir? İslam peygamberi tüm insanlık bir ailedir, müminler kardeşlerdir buyuruyor. Öyleyse kardeşlerimizi ziyaret etmenin ne mahsuru olabilir? Atalarımız “dostla buluşmak hastaya şifadır” demişlerdir.

Hastaların sadece ona anlatabilecekleri sorunları sebebiyle o sorunlarının bilinmesi, çözülmesinde yardımcı olunması bakımından çok önemlidir. Yaşam, insan olmak, sağlık-hastalık, üzüntü ve mutluluğun dini açıdan kavranması için önemlidir. Atalarımız acılar paylaştıkça azalır sevinçler ise çoğalır boşuna dememişlerdir. “Paylaşılan bir sevinç, iki kat olur. Paylaşılan bir acı yarıya iner” (Alman Atasözü). Dünya meşgalesinden zaman ayırıp

maneviyatını ihmal edenler için, tövbe etmek, yeni bir sayfa açmak yani anlam bulma, bilgilendirilme, rahatlama ve içini dökmek için önemlidir.

Hastalar hastanede yatma zorunda kaldığı, kendilerini mahkum gibi hissettikleri, hastalıkla uzun süreli mücadelelerinde, akrabalarından, sevdiklerinden, işinden, eşinden uzak kaldıklarında, çaresizliklerinde, belirsizliklerinde, başkalarına yük olduklarında, ümitsizliğe düştüklerinde, duygusal ıstıraplarında, kaygılarında, korkularında, yalnızlıklarında, ölümle karşılaşmanın mukadder olduğu zamanlarda vb. dini/manevi desteğe ihtiyaç duyabilirler. Hasta için Manevi/Dini Desteği kabul etmek insan hayatı için duygusal manevi desteğin ne kadar önemli olduğunu kabul etmek gerekir. Pek çok hasta sorunları, dertleri hakkında birileriyle konuşmak, yakınlarını, sevdiklerini yanı başında bulmak, ilgi, sevgi, şefkat ister. Teknolojik ilerleme bedeni ve ruhi bir takım sorunlara cevap vermiş se de insanı mutlu etme bakımından yetersiz kalmıştır. Hastaların eskiye göre daha mutlu olduğunu söylemek mümkün değildir. İşte Manevi/Dini Destek hastanede bunun için vardır. Hastanın ihtiyaçlarını elinden geldiğince karşılamaya, problemlerini çözmeye veya hafifletmeye çalışır.

Eskiden insanlar yolda belde, seyahatte tanıyor, dostluklar kuruyor, dertleşiyorlardı. Aileden biri hasta olduğunda tüm aile fertleri bundan etkilenir ve o iyileşinceye kadar onların da yüzü gülmezdi. Düşünleri erteler, radyoyu açmamaya çalışırlardı. Adeta onlarda psikolojik hasta olurdu. Osmanlı zamanında ise hastanın komşuları bile onunla ilgilenir, yemeğini götürür, o caddede çocuklar oyun oynayarak gürültü yapmazlar, hasta olan evin penceresine kırmızı çiçek saksı asıldığından satıcılar o caddede bunu gördüklerinde bağırarak gürültü yapmazlardı. Hastanenin yanındaki camiden sabah ezanı normalden bir saat erken okunarak sabah oldu diye hastaların sevinmesi amaç edinirdi. Şimdi bazen ameliyathane önlerinde hasta yakınlarının ellerinde dua kitabı veya Kur'an okuduklarını, telefonla tanıdıklarına mesaj atarak dua istediklerini, iyileşme olursa adakta bulunduklarına şahit olmaktayız. Bu da bize Manevi/Dini Destek talebinin olduğunu gösterir.

Modern çağda ekonomik kaygılar, ailelerin ufalması vs. aile arasındaki bağları zayıflatmıştır. Ulaşımda, iletişimde, sanayide ilerlemeler insanı mutlu edememiştir. Hastanede yatanlar için korku, yalnızlık, izolasyon, terk edilme, işin, sevdiklerini kaybetme korkusu vb. kaygılarında Manevi/Dini Desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Fakat ne yazık ki ruhsuz, kalpsiz, hissiz bir nesil yetiştirmeyi amaç edinen materyalist zihniyet toplumun manevi yapı-

sına büyük zararlar vermiştir. Din adamları hastalarla sorunları hakkında konuşmak, duygularını ifade etmelerini sağlamak için gerekli eğitim ve iletişim becerilerini de öğrenmiş değildir. Ancak son yıllarda bu alanda boşluğun doldurulması için yapılan çalışmalar sevindiricidir.

Bu çalışmamda ampirik olarak Manevi/Dini Destek görevlisinin hastaya karşı görevlerini ve hastaların ondan beklentilerini, donanımlarını, etkili faktörleri tespit etmeye çalıştım. Bu alanda yeni bir çalışma olması hasebiyle iyi çalışmalara kapı aralayacağını umuyorum.

Problem: Hastanede İslami Manevi/Dini Destek

Avrupa'nın homojen olmaması, modern ve çok kültürlü olmasına rağmen dilleri, kültürleri, dinleri farklı ülkelerden göç alması yine de bir arada yaşamı zorlaştıran zorluklar ortaya çıkarmıştır. Göçmenlerin sayısı çoğalmakla işgücü ve ekonomiye katkıları artmış fakat sosyal statüleri, eşit hak talepleri kamuoyu önünde gündeme gelmiştir. Politikacılar arasında göçmenlerin gündelik yaşamı, kökenleri, farklı dinleri, eğitimleri, sosyal statüleri tartışma konusu olmuştur. Bu bakımdan batı toplumunun kaderi, karşılıklı anlayışla bir çözüme kavuşturulmasıyla demokratik modern yaşantının içinde ilerlemenin, kalkınmanın, sağlanması veya tam tersine çatışma yoluyla bir arada yaşamın tehdit edilmesidir.

Avrupa, aydınlanmayla (rönasans) başlayan süreçle demokrasi ve din özgürlüğüne kavuşmuştur. Bu durumda sadece göçmenlerden entegrasyon istenmemeli, aynı zamanda çok kültürlü toplumun değişen kurallarına göre onların haklarına da yer verilmelidir. Yani onlara siz entegre olmalısınız derken onların sosyal hakları ve diğer hakları hususunda mutlaka adım atılmalıdır. (Ramazan, 2000)

Manevi/Dini Destek bir yandan antik çağa diğer taraftan Hristiyanlıkta Hz. İsa'ya dayanmaktadır. (Waldmann, 2012: 17ff.) Müslümanlar arasında ise Manevi/Dini Destek henüz yapılanmamış olup batı Hristiyan toplumu içinde Müslümanların diğer cami inşaatı, huzur evleri, fakirler, ceza evinde bulunanlar, mezarlık sorunu vb. sıkıntılarının yanında yer almaktadır.

Manevi/Dini Destek hasta, hasta yakınlarının manevi yönü içindir. Hastanın duygusal olarak güçlenmesi, insanlarla ve yaratıcı ile ilişkilerinde ona yardımcı olunmasıdır. (Wenz, 2012: 9)

Genel anlamda Manevi/Dini Destek görevlisi hastanın korkusu, endişesi, kaygısının azaltılması, varoluşsal ona destek olunması, anlam kazanmasına yardımcı olunması, ümit aşılama katkıda bulunur.

Avusturya’da Manevi/Dini Destek yeni yeni gelişmeye başlamaktadır. Hastaların farklı gelenekleri, uygulama farklılıkları, kültürleri, ideolojik yaklaşımlar, dilleri bu hizmetin verilmesinde zorluklar ortaya çıkarmaktadır.

Dil, kültür, hastalık, kaygı, ırktan kaynaklanan dini ritüeller uzun vadede bu hizmetin sunulmasında engeldir. (Aslan, 2013: 125f)

Bu nedenle Manevi/Dini Desteğin başarılı olması için tüm tarafların kültürlerarası yetkinliklere, farklılıklara karşı toleransa sahip olması gerekir. (Laabdallaoui, 2010: 78)

Genel olarak Manevi/Dini Destek için birçok faktörlere bağlı zorluklar yaşanmaktadır. (Aslan, 2013, Laabdallaoui, Wenz, 2012)

Müslümanların Avusturya’da göçmen durumu, dünya görüşü, kimlikleri, kültürel farklılıklar, sosyal yapılarındaki değişimler, seküler Avrupa’nın onlardan entegrasyon talebi, geçirdikleri İslami anlayış değişimi, diğer din, kültür ve sosyal çevre ile karşılaşma ve Manevi/Dini Destek görevlisinin lazım olan beceri, yetenek, eğitim eksikliği bu zorluklar arasında sayılabilir. Özellikle Müslüman toplumda büyük aileden çekirdek aileye geçilmesi, büyük şehirlerde izole yaşam koşulları hastalık (kriz) durumlarında arkadaşlardan, aileden, çevreden destek eksikliğine yol açmaktadır.

Bu gelişmeler Manevi/Dini Destek görevlisinin gerekli eğitimi almamaları verilecek hizmetin zorluğuna işaret etmektedir. (Aslan, 2013: 127ff)

Manevi/Dini Destek görevlisinin hasta, hasta yakınları ve hastane personeli arasında köprü görevi vardır. Aktif dinleme, empati kurmaktan daha başka farklı profesyonel gruplarla ve başka din mensuplarıyla işbirliğini içeren bir dizi görevleri vardır. Bu yüzden Manevi/Dini Destek görevlisi bilimsel yöntemleri, İslam’da insan, hastaların ondan beklentilerini, ihtiyaçlarını bilmesi gerekir. (Aslan, 2013: 133)

Bu yüksek lisans tezi Manevi/Dini Destek alanında bir temel oluşturmak ve ileride yapılacak çalışmalara katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Araştırmanın Konusu:

Manevi/Dini Destek bağlamında şu sorular yukarıdaki ifade edilen düşüncelerden çıkarılabilir:

1. Genel Beklentiler:

Viyana Devlet Hastanesindeki Müslüman Türk kökenli hastaların Manevi/Dini Destek görevlisinden hangi beklentileri var?

2. Özel Görevler:

Viyana Devlet Hastanesinde Manevi/Dini Destek görevlisinin nerelerde, hangi durumlarda görevleri var?

3. Manevi/Dini Destek Görevlisinin Yeterliliği, Beceriliği:

Manevi/Dini Destek görevlisinden hangi yetenek, beceriler beklenmektedir?

4. İlgili Faktörler:

Manevi/Dini Destek görevinde hangi faktörler rol oynar?

Bu yüksek lisans tezinin temel amacı, batı toplumunun değişen koşullarında Türk kökenli Müslümanların Manevi/Dini Destek ihtiyaçlarının karşılanmasında katkıda bulunmaktır.

Yöntem: Niteliksel Mülakat ve Yorumla Değerlendirilmesi

Araştırma sorularını bilimsel olarak cevaplayabilmek için mülakata katılanların subjektif perspektifini göz önünde bulundurmak gerekir. Böylece yapılanma aşamasında olan Manevi/Dini Desteğin hastaların ihtiyaçlarına göre yardımcı olunabilir.

Nitel yöntem konunun açıklığa kavuşturulması için uygundur. Çünkü ucu açık veya yapılandırılmış sorularla bireyin yaşam dünyasını ifade etmesine yardımcı olunabilir. Fakat niceliksel olarak bunu yapamazlar. Tematik somut olarak belirlenmiş sorular konunun kesintiye uğratmadan sürdürülmesini sağlar. Bu bağlamda Andreas Witzel'e (1982, 1999) göre "Sorun Merkezli Görüşme" (Hopf, 2004: 353) yarı yapılandırılmış unsurlarla mülakat yapmak incelemenin yapılmasını mümkün kılmaktadır. Yapılandırılmış ucu açık sorular ile mülakat, problemle ilgili biyografik verilerden oluşan bir rehberdir. (Flick, 1999) Sorun odaklı görüşmenin temel unsuru problemi merkezileştirmenin yanı sıra metotların nesneye dayalı olarak geliştirilmesi veya karşıt olarak ortaya çıkmasıdır. (Flick, 1999: 105f)

Birçok hastaya ulaşmak için mümkün olduğunca "Sorun Odaklı Görüşme" ile niteliksel çalışma yapılmıştır. Sorun odaklı mülakat görüşmesinde soru klavuzu, sorun hakkında biyografi etrafına dönerek görüşmecinin sözlerini mümkün olduğunca özgürce dile getirmesini sağlar. Sorun odaklı görüşmede genel sorulara da yer verilir.

Katılımcılar ve Nitelikleri

Dört katılımcıdan biri bayan diğerleri erkek, 25-40 yaşlarında, Avusturya ve Türk kültürünü iyi bilen Müslüman Türklerdir. Bayan; 25 yaşında, Almanya doğumlu, bekar ve Viyana Üniversitesinde din eğitimi okumuş. Baylardan biri Avusturya doğumlu ve vatandaşı, Viyana Üniversitesinde Politik Bilimleri okumuş. Diğer bay, 30 yaşında, 28 yıldır Avusturya'da ve vatandaşı, Viyana Teknik Üniversitesinde mühendislik okumuştur. Son bay ise, 35 yaşında, 1979'dan beri Avusturya'da, Viyana Üniversitesinde Matematik ve Fizik okumuş, iki çocuk sahibi ve okul müdürüdür. Hastanede Manevi/Dini Destek görevlisi olarak çalıştığım için uzman mülakat olarak yüzün üzerinde katılımcı ile görüşme yapılmış bunlardan sadece dördünün tam transkripti yapılmıştır.

Soru Rehberi

1. İslam İle İlişki: Dininizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız? Din hayatınızda hangi rol oynar? Müslüman Türk olarak kendinizi Avusturya'da nasıl görüyorsunuz?
2. Müslüman Toplumundaki Tecrübe: Müslüman cemaatle ilişkiniz nedir? Müslüman cemaatin sizin yaşantınızdaki rolü nedir? Müslüman cemaate olan katkılarınız hakkında ne düşünüyorsunuz?
3. Hastane Tecrübesi: Bu zamana kadar hastanedeki bakım tecrübeniz nedir? Doktor ve hemşerilerden ne kadar memnunsunuz? Diğer hastalarla ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?
4. Hastanede Manevi/Dini Destek Tecrübesi: İslami Manevi/Dini Desteği önceleri nasıl öğrendiniz? Daha önce Manevi/Dini Destek hangi sebeplerden dolayı aldınız? Şimdi Manevi/Dini Desteği nasıl buluyorsunuz, tecrübeniz nedir?
5. İslami Manevi/Dini Destek Talep Etmenin Nedeni: Genellikle neden Manevi/Dini Destek talep ediyorsunuz? Sizin için Manevi/Dini Destek ile iletişim kurmak niçin önemlidir?
6. Manevi/Dini Destek Gerekliliği: Genel olarak Manevi/Dini Destek görevlisinden nerelerde ne tür hizmetler beklersiniz, rolü nedir? Hangi yeterlilikleri olmalıdır? Ondan ne tür hizmetler, yükümlülükler beklersiniz?
7. Manevi/Dini Destek Görevlisinin Görevleri: Manevi/Dini Destek görevlisinin en önemli görevleri nelerdir? İslami Manevi/Dini Destek görevlisi

nasıl tanımlarsınız? Manevi/Dini Destek görevlisinin gelecekte rolü ne olabilir?

1. Ampirik Bölüm

Ampirik bölümde mülakatlardan ilgili pasajlar sorulan soruların daha ayrıntılı bir tartışmaya tabi tutulması için yorumlanmıştır. Mülakatlardaki ifade farklılığını ortaya koymak için değil Manevi/Dini Destek hakkındaki düşüncelere bir bakış sağlamaktır. Daha sonra Manevi/Dini Destek ile ilgili beklentileri, görevleri, etkileyen faktörleri ortaya koyabilmektir. Ampirik araştırmanın temel amacı sorulan sorulara cevap bulmaktır.

1.1. İslam İle İlişki

Mülakata katılanların hepsinin İslam dini yaşamlarının bir parçasıdır. İki- si din dersi öğretmeni, biri lise müdürü, biri ise bilgisayar programcısıdır. Hepsi İslam dini ile sıkı baplılıklarını vurgulamaktadır. Dolayısıyla Manevi/Dini Destek ile bilgilerinin olduğu açıktır.

1.1.1. Dinin Rölü ve Avusturya'da Müslümanın Durumu

Hepsi için din önemlidir. Bir tanesi kaçırdığı vakit namazlarını sonradan kaza ettiğini vurgulamıştır. İslam bireysel yaşamdan siyasal yönelime kadar uzanmaktadır. Birisi dini pratikle çalışma hayatının çelişkilerini belirtmiştir.

1.1.2. İslam Toplumuyla İlişki, Rol ve Katkı

Görüşmecilerden üçü toplulukla ilişkilerinin iyi olduğunu ve bunu sürdürmeyi düşündüklerini belirtmiştir. Avusturya İslam'ı tanıyan tek Avrupa devleti olduğundan anayasal kuruluş olan İslam Cemaati (İGGİÖ) ve dini cemaatler tarafından dini hizmetler yürütülmektedir.

2.2. Hastanede Hizmet, Bakım ve Tecrübeler

Hepsi hastanede olumlu tecrübeler yaşadığı, ayrımcılık görmediklerini, kendilerini yabancı hissetmediklerini, dini ritüellerin yerine getirilmesinde imkan sağlanmasından memnun olduklarını, Manevi/Dini Destek'in bay/bayan olarak verilmesini olumlu karşıladıklarını belirtmişlerdir. Hepsi doktor ve hemşirelerden de memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Hepsi müslüman olmayan hastalardan memnun olduklarını, karşılıklı saygı ve tolerans olması gerektiğini ifade etmektedirler. Avusturya'da sağlık sigortası mecbu-

ridir. 2011 verilerine göre; 273 hastanede 64.000 yatak, 23.000 doktor, 85.000 personel çalışmaktadır. Viyana'da 10.844 yatak mevcuttur. Viyana Devlet Hastanesi (AKH) 26 Üniversite kliniğinden oluşmakta, 8.955 çalışanı, 1453 bay ve 2941 bayan doktor bulunmaktadır. 2134 yatak kapasitesi olup 3 yataktan fazla odası yoktur. Ortalama günlük 60-100 müslüman hastanın yatışının yapıldığı bir hastanedir.

2.3. Hastanede Manevi/Dini Desteğe Baş Vurma

Biri bu hizmetle hastanede karşılaşmadığını, ikisi bu hizmetten memnun kaldığı ve genel olarak bu hizmeti verenden talepler dile getirilmiştir. Diğer din mensuplarının bu hizmeti verdiklerini bildiklerinden neden Müslümanlara yönelik düzenli olarak verilmediğinden serzenişte bulunmaktadırlar. Neticede böyle bir hizmetin verilmesinde bireysel deneyimler çoğaltılarak yorumlanabilir.

2.3.1. Manevi/Dini Destek Hizmetinin Sağlanması

İfadelerden hastanede zor koşullarda bulunan hastalar ile din arasında Manevi/Dini Destek görevlisinin köprü (arabulucu) gördüğü anlaşılmaktadır. Hastanın yaşadığı problemler karşısında ona destek ve muhatap olarak rol alır. Hastaya bir yardımcı rol üstlenir. Hasta psikolojik olsa dahi bir başkasının onu teselli etmesi kendi kendini teselli etmesinden çok daha etkin olur. Dini ibadetlerini (dua, namaz, tövbe, Kur'an vb.) veya toplu halde yapmasına imkan sağlar. Hastaya derdini açacak, içini dökecek liman olur. Hastayı suçluluk psikolojisinden kurtarır. Varoluşsal destek vererek yeniden anlam kazanmasına yardımcı olur. Yeterince dini bilgisi olmayan hastaları isyana, intihara sürüklenmekten kurtarır.

Hasta kendi özel sorunlarını, kaygılarını Manevi/Dini Destek görevlisi ile paylaşabilir, konuşabilir. Görevli hastane ve hastalarla kolay uyum sağlayabilmektedir. Her Müslüman hastanın sekerat anında ona ihtiyacı vardır. Hasta en zor zamanında duygusal problemlerinin üstesinden gelmesine yardımcı olmak için onu yanında bulur. Yalnızlığı hissetmez. Hastanın ümidini kaybetmemesi, güçlü, kuvvetli, cesaretli olması, fizyolojik ağrıları ve zihinsel olarak korku, kaygı vb. başa çıkabilmesi, anlam bulması için onunla iletişim kurması önemli bir nedendir. Manevi/Dini Destek bir rahatlatma, mutlu etme vesilesidir. Dini boyutu ile hastanın yaratıcı ile bağlarını güçlendirir, bağlılığını artırır. Hayata tutunması için ruhsal gücünü artırır. En azından

kendisiyle dertlenilen, güvenilen, sır saklamasını bilen kişidir. Hastalar ona dertlerini kolay anlatabilmekte ve rahatlatma sağlamaktadırlar. Atalarımızın “Derdini söylemeyen dermen bulamaz” sözü boşuna söylenmemiştir.

3. Manevi/Dini Destek Görevlisinden Beklentiler, Talepler

3.1. Manevi/Dini Destek Görevlisinin Görevleri

Dini sorulara cevap verme, günlük veya haftalık ibadetlerin yerine getirilmesini sağlamak, isteyene dini ilmi hal veya Kur’an öğretmek, üzüntü, endişe, korku karşısında *dini psikolojik rehberlik* etmek, dini teselli etmek, kaza, kader, iman, sebat, ibadet, Allah imajı, sabır, dua, tevekkül vb. dini konularda iletişime girmek. Din ve tıp, İslam’da tedavi, tarihçesi, öykülerinin önemi, hastayı anlamak için aktif dinleme, empati gibi psikolojik becerileri bilmek, Manevi/Dini Destek bağlamında konuşabilmek, hastaya nasıl yardımcı olabirim üzerinde yoğunlaşmaktır.

Manevi/Dini Destek görevlisinin en önemli görevi hasta tarafından kabul edilmesi, güvenilmesi, ulaşılabilir olması, aktif dinleyerek ve empati yeteneğinin (psikolojik) olmasıdır. Yani hastanın durumunu anlamak, hissetmek için empati becerisine ihtiyaç vardır. Özellikle hastanın onuruna önem vermeli, ruhsal ve moral bakımından onu rahatlatmalıdır. Eğer hasta isterse ona Kur’an okumalı, birlikte dua etmelidir. Hastanın kaygı, endişe, korku durumunda yaslanabileceği koltuk gibi çok sabırlı olmalıdır. Bu bakımdan Manevi/Dini Destek görevlisinin dini boyutun üstesinden gelebilmesi için psikolojik yeterliliği de olması lazımdır. Bu gelecekte bu konuda eğitimin sağlanmasında psikolojik boyutun öneminin altını çizmek gerekir.

3.2. Manevi/Dini Destek Görevlisinin Donanım ve Yeterliliği

Görüşmeciler aşağıda Manevi/Dini Destek için birçok şeyin gerekli olduğuna inandıklarını ifade etmektedirler: Sosyal boyut, aktivite önemlidir. Bu yüzden başlangıçta kişisel özellikler vurgulanır. Sosyal ve kişisel uygunluk yeterliliği olmadan tüm diğer (dini, psikolojik) boyutların faydası olmaz. Çünkü derin bir insanlık anlayışı, mesleki becerinin kazanılması, gönüllülük, işi sevmek, yardımcı olmayı istemek etkin rol oynar. Buna ilaveten eğitim ve psikolojik yeterlilik gereklidir. Dini anlamda ahlak, bilgi ve beceri, iletişim, kültür bilgisi, kurumsal biraz tıp bilgisi yeterlilikleri olması lazımdır. Son olarak, hastalık-sağlık, ölüm, hastalıkla başa çıkma, dini başa çıkma,

hastanın duygularına tercüman olabilme de esastır. Dolayısıyla bu tür mesleklerde süpervizör de önemlidir.

3.3. Manevi/Dini Destek Görevlisinin Hizmetleri

Görüşmeciler Manevi/Dini Desteğin sağlayabileceği olası faydaları aşağıda şöyle ifade ettiler: Yine Manevi/Dini Desteğin dört boyutu ele alınmaktadır. Her şeyden önce sosyal boyut merkezde yer alır. Daha sonra Peygamberinin örnek kişiliği ve Allah ile bağ kurulması da dini boyutta dikkat gösterilmektedir. Peygamberin hastalara nasıl bir yaklaşım sergilediği önemlidir. Son olarak da bir yönden ruhsal destek ve diğer taraftan kurumsal düzeye de atıfta bulunulur.

Manevi/Dini Destek görevlisinin en önemli görevleri manevi desteğin sağlanmasında dini materyaller, psikolojik olarak empati kurarak aktif dinleme yapabilmesidir. Diğer taraftan dini sorular ve ihtiyaçların karşılanması, kriz durumlarında teselli edilmesi, yaşam motivasyonunun verilmesiyle umut aşılmasıyla anlam kazanılmasında katkı sağlanması önemlidir. Duygusal destek verilmesi, mutlu ölüm sağlanmasında rol oynaması, hasta ile iletişime geçmek için kişisel yeterliliği önemlidir. Genel olarak çok çeşitli (acil, kanser, palyatif, ortopedi, doğum, ölüm vb. kategoriler) ve zor bir hizmettir. Manevi/Dini Destek görevlisi genel olarak bu kategorilerden birinde uzmanlaşması esastır. Ama genel olarak birçok kategoriye bakmak zorunda kalır. Ama zamanla uzmanlaşır. Hem aktif dinleme, hem dini bilgi ve yeterlilik onda bulunması gerekir. Aynı zamanda hastaya bir çıkış yolu bulmasında yardımcı olur. Son olarak kurumsal çerçeveden, dil ve kültürel farklılıklardan ve aynı zamanda hastanın özel dini ihtiyaçlarından kaynaklanan karmaşık görevleri bulunmaktadır. Manevi/Dini Destek görevlisi manevi destek sağlar ve Kur'anın mesajını iletir. Hastanın onunla iletişime girmesinin nedeni onun bilgili, yetenekli, deneyimli, rehber, Manevi/Dini Destek görevlisi, din adamı olmasındandır. Yani kurumsal olarak onun asıl mesleği din adamlığıdır.

Manevi/Dini Destek görevlisi hastayla kesinlikle tartışmamalı, emretmemeli, öğüt, ikaz, ihtar etmemeli, vaaz, irşat ve ahlak dersi vermemeli, suçlamamalı, sorgulamamalı, dinliyor gözükmemeli, hastanın verdiği bilgileri aleyhinde kullanmamalı, bilakis dinlediği, samimi olduğu, duygudaş olduğu intibasını vermelidir. Hasta tastik edilmek veya karar vermede kendinden yardım istediğinde hastayla müşterek çalışmalı ama kararı hastanın vereceğini iyi bilmelidir. (Gärtner Heiderose, 2004)

Hastanede doktor ve hemşerilerden zaman darlığından dolayı oluşan boşluğu hastalarla ilgilenerek, dertlerini dinleyerek geçirir ve ne istediklerini anlar. Hastalar ona kolay güvenmekte, içini dökmekte ve olumsuz duygular uzaklaşarak rahatlamakta, kendilerini aciz hissetmesi azalmakta, iyimser olmakta ve yaşama arzuları artmaktadır. Hasta derdini anlatınca fazla büyük derdinin olmadığını anlar veya başka psikolojik veya sosyal sorunları ortaya çıkar. “Duygular dostur, kalpten kalbe yol vardır” dendiği gibi kendini anlayan, paylaşan birisi olduğunu düşünerek mutlu olurlar. Cesaret kazanarak sorunlarının üstesinden gelebileceğine inanır ve o gücün kendinde olduğunu anlar. Hastaların hurafelere başvurup şifacı arama olasılığı düşmektedir. Belli kategorilerde (ortopedi, onkoloji, acil, palyatif, termal dönem vb.) tecrübe kazanmaktadırlar. Bundan dolayı hastane onun için tam anlamıyla bir okuldur. Yapılan birçok araştırmada Manevi/Dini desteğin iyileşme sürecini kısalttığı, tedaviye karşı direnci azalttığı ve hastane yönetimine karşı memnuniyeti artırdığı ifade edilmektedir. Hastalara karşı sevgi, ilgi, şefkat manevi bir ilaçtır. Manevi/Dini Destek görevlisinin ilacı budur. Hastanın kriz, duygu patlamasına karşı Manevi/Dini Destek görevlisi etkili olabilmektedir. Mesela, köprüye intihar için çıkan birinin ikna edilip indirilmesi gibi hastanın dinlenmesi ile ürkütücü, şiddetli duyguları törpülenebilmektedir.

3.4. Manevi/Dini Destek Görevlisinin Gelecekteki Rölü

Mülakatların ampirik değerlendirilmesinin bu kısmına Manevi/Dini Desteğin geleceğine atıfta bulunularak özetle yorumlanmıştır. Manevi/Dini Destek için hala yapılacak çok şey vardır. Sadece talebi karşılamak ve ihtiyacı gidermeyle kalmayıp aynı zamanda gençlik evleri, huzur evleri gibi yerlerde Hristiyanlarda var olan Pastoral Care, CARİTAS model olarak alınabilir. Manevi/Dini Destek konusunda gelecekte artan talepler eğitimde iyileştirme ile yani ilahiyat artı psikoloji eğitimi ile profesyonelleşmeyle önemli bir iyileştirme gerekmektedir. Son olarak burada danışmanlık ve rehberlik görevi vardır. Çünkü aile yapılarının bozulmasıyla hasta insana yardımcı olmak önemlidir. Çünkü hasta sevgi, şefkat, ilgi, alaka, önemsenmek, hoşgörü, güler yüzlülük, naziklik, yüreklendirilmek, dinlenilmesi, değer verilmesi, candan desteklenmesini ister.

4. Ara Sonuç

Şimdiye kadar yapılan değerlendirmelerde görüşülen kişilerin Manevi/Dini Desteğin temel boyutlarının gözden geçirilmesi için bir girişimde bulunulmuştur. Bu konunun ve soruların cevap bulması için ön koşuldur.

Açıklamalara göre Manevi/Dini Desteğin temel boyutları (a) dini ve kurumsal düzey, (b) görevlinin kişiliği ve kişisel seviye, (c) sosyal ve (d) psikolojik düzeyi ifade eder. Bu yüzden dile getirilen beklentilerin çoğunda bunlara işaret vardır.

Bu bağlamda Manevi/Dini Destek dini görevin yerine getirilmesinde yardımdan, manevi destek, hastane yönetimi ve personel arasında köprü (elçi) sağlar.

Söz konusu yetkinlikler farklıdır. Sosyal yeterlilik ve karakter kabiliyeti evrensel temeli oluşturur. Ancak o zaman teknik yeterlilikler gerçek yüzünü gösterebilir.

Bunlar arasında özellikle pedagojik ve psikolojik yeterlilikler, dini alanda bilgi ve yetenek, dil, iletişim ve kültür bilgisi, tıp ve kurumların temel bilgisine haiz olması gerekir. Son olarak, hastalık, ölüm, hastalıkla baş etme durumlarının da ihmal edilmemesi ve hastanın yalnız bırakılmaması önemlidir. Bu bağlamda supervizör de önemlidir.

Manevi/Dini Desteği etkileyen faktörler açısından hastanın duygusal sıkıntısı üzerine odaklanılmalıdır. Hastanın anlam bulması, umutsuzluğa düşmemesi, zor durumda ona yardım etmek önemlidir.

5. Araştırma Sonuçlarının Tartışılması

Bu bölümde önceki yorumları bir araya getirerek derinleştirmeye çalışacağız. Buradaki amaç ampirik olarak mevcut malzemenin sistematik bağlantısını kategorilerle görselleştirmektir. Buna göre Manevi/Dini Destek psikolojik, sosyal, dini ve kişisel boyutu içerir. Sonuç olarak hem görevler, hem yeterlilikler ve etkileyen faktörler bu temel yapıya dayanmaktadır.

Her şeyden önce Manevi/Dini Destek personelinin karşılaştığı zorlukların çeşitliliğinin altını çizmek gerekir. Bu nedenle sadece yetenek değil aynı zamanda disiplinler arası çok gelişmiş bir eğitim (profesyonel) gerekir.

Hasta ile her konuşmada atmosfer, jest, mimik, konuşma, sözler, vücut, hisler vb. etkisi olduğundan dikkat edilmelidir. (Gestrich, 1991, 51f)

Birçok insan hastalanınca psikolojik, sosyal yaşamında değişiklik yaşar; ağrı, güvensizlik, korku, yabancı, iletişim problemi, başkalarına bağımlı kalmak, şok, kriz vb. yaşayabilir. (Pastoralinstitut Wien, 2000, 7f)

5.1. Psikolojik Boyut

Psikolojik boyut hastanın zihinsel durumuna ilişkin seviyeyi içerir. Uzmanlar iyi düşün, iyi ol, iyiyim de iyi ol demektedirler. "Kişi beynine hangi alanda zevk almayı öğretirse, beyin ona göre çalışır" (Nevzat Tarhan). "Düşünceleriniz pozitif olsun. Çünkü sözleriniz davranışlarınız olur..." (Gandhi). Bu aynı zamanda manevi yardımla ilgili olacak şekilde ifade edilmektedir. Çünkü her hastalık herkes için kendine özgü özel bir durum ve herkes için farklı kişisel algılama oluşturmaktadır.

Evet, psikolojik rehberlik, bir Manevi/Dini Destek olarak sosyal yönden iyi olmanın yanı sıra dini motivasyon ile zorlukların üstesinden gelebilecek şekilde dostluk (arkadaşça), açıklık, iyimser, esnek olmalıdır.

İnsan beden ve ruhtan müteşekkil olup ikisi de sağlık ve hastalıktan etkilenir. Mesela, başımız ve karnımız ağardığında vücudumuz hasta olunca, öfke, endişe, korku, üzüntüden de ruhumuz hasta olur. Belki de insan fizyolojik rahatsız olduğu kadar ruhsal da olur. Bir yerimize diken batınca bütün vücut onun acısını hissettiği gibi bir üzüntüden dolayı bütün vücut etkilenir.

Hissiyat, duygular, bilinçli veya bilinçsiz olarak yani ruhsal ve fizyolojik olarak insanı etkiler. İşte burada Manevi/Dini Desteğin etkinliği ortaya çıkıyor. Psikolojik boyut zor durumda olan hastaya ruhsal durumunu pozitif olarak etkilemektir. İşte bu durumdaki hastanın iyileşme umudunu hep canlı tutup anlam kazandırarak karamsarlığa düşmeden öfke, korku, sıkıntı, belirsizlik vb. yerine enerjisini iyileşmek için harcamasına vesile olmaktadır. Çünkü hasta iyileşme ümidini kaybedince her şeyini kaybeder, bir daha iyileşemez.

Bu nedenle hastalığın yükünün bilincinde olan, izolasyon tehlikesiyle karşı karşıya olduğunu bilen, yalnızlığını gideren Manevi/Dini Destek görevlisidir. Önceleri aile bireyleri bir arada yaşıyor, birlikte çalışıyor, birbirine zaman ayırıyor, sohbet ediyor ve dertleşiyorlardı. Şimdi böyle olmadığından izolasyon tehlikesi gündeme geliyor. Görüşmeciler psikolojik düzeyde temel yeterliliklere, empatiye haiz olması gerektiğini ifade etmektedirler.

a. Genel beklenti; zor durumda olan hastanın **ruhen teskin** edilerek manevi olarak hastanedeki zor durumlarında onların güçlenmesine pozitif katkı sağlamaktır.

- b. Bu nedenle manevi destek personelinin önemli görevi; hastanın zor zamanlarında ona **nasıl destek** olunabileceğini iyi bilmesi lazımdır.
- c. Bunun için **empati** yeteneğine haiz olması gerekmektedir.
- d. Hastanın psikolojik sorunlarının giderilmesi, **bir destek** bulması için İslami manevi destek çok etkili bir faktördür. Buna pastoral bakım da denebilir.

5.2. Sosyal Boyut

Sosyal boyut, ilgili aktörler arasındaki ilişkidir. Aktörler hastanede farklı roller üstlendikleri, farklı görevleri yerine getirdikleri, farklı yeteneklere haiz olduklarından aralarındaki ilişkiyi sosyal koşullara uyarlamasına özen göstermelidirler.

Dolayısıyla hastanın iyileşip tekrar sağlığına kavuşarak taburcu olması için tüm farklı aktörlerin iletişim ihtiyacı vardır. Bu her zaman hastanın çıkarına olmalıdır. Bu nedenle Manevi/Dini Destek görevlisi hasta ile tek tek sohbet ederek kaygılarını, isteklerini ifade etmeye fırsat vermeli, diğer taraftan farklı insan grupları ve hastane çalışanları ile arabuluculuk rolü olmalıdır. Bu onun iletişim kurma kabiliyetine sahip olmasına işaret eder. Aynı zamanda konuşma yeterliliği, diğer din mensuplarıyla hareket edebilme ve kültürel yetkinliği kapsamaktadır.

Bu bağlamda sosyal boyutta etkili faktör hastanın izolasyon riskidir. Ekonomik kaygılar, ailelerin ufalması ve bağların zayıflaması bu riski artırdığından boşluğu doldurmalı ve hastayı yalnız bırakmamalıdır.

- a. Genel beklenti hasta ve hastaneyle alakalı tüm aktörlerle **etkileşim ve iletişim** halinde olmaktır.
- b. En önemli görevi iki şekilde iletişim içinde olmaktır: Bir yandan hastalarla görüşmek-konuşmak, diğer taraftan herkese karşı **arabuluculuk-elçi-anahtar** fonksiyonu yerine getirmek.
- c. Bunun için **konuşma** yeterliliği, **kültürel** yeterlilik, diğer din mensuplarıyla, din görevlileriyle vs. iletişim-işbirliği yeterliliği ortaya çıkar.
- d. Bu bağlamda hastalar hastanede kaldığı müddetçe **izolasyon** tehlikesi sosyal boyut içinde ortaya çıkar.

5.3. Dini Boyut

Hastayı hem Hıristiyan hem de diğer dinlerden ayıran seviyeye hitap etmektir. Bu bağlı olduğu kurumla bir inanca ve onun yaratıcısına, ibadetlerine işaret eder. Burada yaratıcıya olan ihtiyaç, özellikle ölümden sonraki hayat ile dünya hayatının iç içe geçtiği bir durumda ilahiyat önemli bir uzmanlık rolü oynar. Yani maneviyat ve dinin pratiğinin bitmediğinin göstergesidir. İşte dinin hastaları motive etme gücünü kullanmakır.

Bu boyuttaki temel beklentiler, pratik anlamda var olmak, Müslüman hastaların ihtiyaçlarını karşılamak, aynı zamanda merhametli bir yaratıcıya karşı manevi bir duyumu içermektedir.

Bu nedenle görevlinin en önemli görevi manevi bakım, manevi ve kurumsal katılımı sağlamaktır. Burada dinsel boyutun gerekli yeterlilikleri ahlaki tutum, manevi anlayışa sahip olmak, dini bilgi ortaya çıkar. Böylece ciddiye alınabilir.

Buna göre önemli etki faktörü, hastalığın ve ıstırapın üstesinden gelmeye katkıda bulunabilecek dini yönelim, dini başa çıkma ihtiyacı görülebilir.

- Ana beklenti; **pratik** anlamda yeterli olmak, hastanın acıları, şüpheleri, korkuları, mutsuzluğu gibi durumlarda onun ihtiyaçlarına cevap verecek dini yeterliliğe sahip olmak.
- İslami manevi destek personelinin merkezi görevi; hastalara hem **manevi** hem de **kurumsal** bağlamda hizmet sunmak.
- Dolayısıyla hastanın Allah ile olan ilişkisini ciddiye alması, rehberlik edebilmesi için **dini bilgi, ahlaki tutum, manevi anlayış** yeterliliğine sahip olması gerekir.
- Hastanın hastalık ve acının üstesinden gelebilmesi için belirleyici faktör **dini yönelim ihtiyacının (gerekliliği)** belirlenmesidir.

5.4. Kişisel Boyut

Manevi/Dini Destek görevlisine güven son derece önemlidir. Hastanın korku, endişe, kırılganlığına eşlik ederek ümit aşılır. Ancak kendisine güven sağlanırsa hasta kendini açar, konuşmaya başlar ve onun duygularını anlamama fırsatı bularak rahatlatma ve teselli etme fırsatı bulur. Samimi, dostça bir sohbetle hastalar hikayelerini anlatabilirler. Bu sohbet derinleştikçe hayal kırıklıkları, sorunları empatik anlayışla başarılı olabilir. Konuşmayı hastanın başlatması ve sürdürmesi sağlanmalıdır. Görevli sürekli ıstırap, hastalık,

ölümle karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle hastanın stresli durumunda ona duygusal bakım olarak destek olur. Hastanın avukatı gibi insan odaklı dostça bir bağ kurmalıdır. Girişken, açık, net iletişim kurmalıdır. Sabırlı, yumuşak huylu, geniş kültürlü, cömert, dış görünüşüne dikkat eden, hastaların kültür ve seviyesine göre hareket eden, onları utandırmayan, ön yargılı olmayan, saygılı, ayrımcılık yapmayan, mahremiyete dikkat eden, maddi istismardan kaçınan, kendine güvenen, hastane ortamına dayanıklı, esnek, ulaşılabilir, ne konuştuğuna dikkat eden, müşfik, merhametli biri olmalıdır. Başlıca görevi; teorik olarak istenen özellikleri pratikte uygulayabilir olmasıdır. İşte bu hususların nasıl olacağı teorik olarak öğretilmesinden daha ziyade pratik yapılarak geliştirebilecek hususlardır. Pratik ile teorik tam olarak örtüşmediği için Manevi/Dini Destek görevlisi içinde bulunduğu ortamı bizzat test etmesi, kişisel yeteneğinin buna uygun olup olmadığının bilinmesi gerekir. Uzmanlar bazı kişilerin kişisel yeteneğinin hasta üzerinde terapi etkisi yaptığını ifade etmektedirler. Atalarımız “bazı şeyler anlatılmaz, yaşanır” sözü bunu ne güzel ifade etmektedir. El sıkmak, selam vermek, gülümsemek, hastaya iyisin demek gibi sıradan bir nezaket, dostane bir tavır bile basite alınmamalıdır. İşte bu meslek pratik yapmakla geliştirilen ve ilerletilen bir süreçtir.

- a. Genel beklenti; hastaları mutlu etmek için (moral vermek için) **mesleki yeterlilik, psikolojik güce** sahip olarak İslami manevi destek personeli olarak çalışmak.
- b. Hastanede çalışan İslami manevi destek personelinin ana görevi; **kişisel istenen özellikleri taşımak, gerekli eğitimi yapmış olmak, stajyerlik yapmış olmak** gerekmektedir.
- c. İlgili alanlarda hastaların muhatap olma özelliğine sahip **olgun kişiliğe-yeteneğe-becerilere** sahip olması gerekir.

5.5. Manevi/Dini Desteğin Disiplinler Arası Durumu

Burada tüm boyutlar iç içe geçiyor. Bu nedenle Manevi/Dini Desteğin tam olarak sağlanması için hepsini temsil etmek gerekir. Yani bu dört boyuttan birinin eksik olması görevi sekteye uğratar.

5.6. Profesyonellik

Manevi/Dini Desteğin geliştirilebilmesi için önemli ölçüde profesyonelleşme gerekmektedir. Bu görevlinin gelecekteki eğitimine disiplinler arası bir

müfredat hazırlanarak üniversitede yer verilmesidir. Çünkü sadece buralarda söz konusu gerekli uzmanlık eğitimi vardır. Şimdi Hristiyan Manevi Destekçiler dini eğitimin yanında psikolojik eğitimi de sağlayarak profesyonelliğe geçmektedirler. Bu şekilde profesyonellik olarak kabul edilmektedir.

5.7. Kategorik Çerçeve

İslami manevi destek bu çalışmayla geliştirilerek dört kategori ve her birine üç alt kategori olarak yapılandırılabilir özetinde aşağıda görülmektedir:

Mülakatların yorumuna dayalı bu dört ana kategorinin farklılıkları açıkça görülmektedir. Örneğin; dini kategori dahilinde manevi ve kurumsal boyut ayırt edilebilir. Üçüncü alt boyut ise ikisinin bir arada birlikteliği anlaşılmalıdır. Dini destek personelinin sosyal boyutta en önemli görevi; hem hasta ile konuşma hem de hastanın yararı (mutluluğu) için arabuluculuk-birleştiricilik görevi önemlidir. Diğer kategoriler de kıyas yoluyla bu mantıkla yorumlanabilir.

Kategoriler		Alt Kategoriler	
Psikolojik Boyut	Dayanıklılık, Ruh Sağlığı	İnancı sağlam Olma (tafsili iman)	Yaşam ve inanç bağlantısı
Sosyal Boyut	Hasta ile iletişim	Etkileşim, yani kurumlarla işbirliği	Arabuluculuk görevi
Dini Boyut	Manevi seviye	Kurumsal boyut	Manevi ve Kurumsal seviye birliği
Kişisel Boyut	Karakter uygunluğu	Mesleki Beceri (Yeterlilik)	Ahlaki erdemler

Aşağıda yine bu 4 kategori, araştırmanın konusu bağlamında İslami manevi destek personelinin görevleri, yeterlilikleri ve önemli faktörler bakımından değerlendirilmektedir:

Genel olarak görüldüğü gibi İslami manevi destek personelinin hasta-

ların beklentileri, yeterlilikleri ve faktörlerin belirli öğeler olduğunu izleyebiliriz. Yine bir örnekle açıklayabiliriz: Psikolojik boyut durumunda İslami destek personelinin en önemli görevi; manevi destek, merkezi yeterliliği; empati, ana faktör ise; hastalığın psikolojik yükü yatmaktadır. Örnekte de görüldüğü gibi, aynı şekilde diğer boyutlar da kolayca yorumlanabilir.

Kategoriler	Görev	Yeterlilik	Faktör
Psikolojik Boyut	Ruhi (zihinsel) bakım, hastanın desteklenmesi, istikrar	Empati	Hastalığın yükünü taşıyabilmek
Sosyal Boyut	Arabuluculuk, Konuşma	İletişim becerileri, yeterlilik	İzolasyon riski
Dini Boyut	Manevi ve kurumsal uyum (birliktelik)	Dini bilgi, ahlaki duruş	Dini oryantasyon
Kişisel Boyut	Ahlaki mukavemet	İlgili alanlarda Uzman bilgisi	-----

6. Araştırma Çalışmasının Sonuçları

Bu çalışma, Manevi/Dini Destek bakımının hastanedeki beklentileri, hangi görevleri yerine getirmesi gerektiği, hangi yeterliliklerinin gerekli olduğu ve hangi faktörlerin rol oynadığını inceleyen ampirik bir çalışmadır.

Temel olarak dindarlık ya da dini pratiklerin ölçüsü önemli rol oynar. Bununla birlikte dinin günlük hayatı ne kadar etkilediği de önemlidir. Genel olarak Manevi/Dini Desteğin arzu edildiği görülmektedir. Mümkün olduğunca profesyonel olmalı ve tüm alanları kapsamalıdır. Bu da sağlam bir akademik eğitimi gerektirir. Bu hastane memnuniyeti ve devletin sosyal hizmetlere katkısı olarak görülür. Hastaların dini inançlarının ihmal edilmemesi, yaratıcı ile bağları ve ilişkileri dinin alanıdır. Bu nedenle bunun muhatabı ilave eğitim ve pratikler kazanan din adamıdır.

Manevi/Dini Destek hastanelerde uygulanması için üzerinde çok çalışılmalıdır. Bütün katılımcılar bu hizmeti tesadüfen öğrenmişlerdir. Bu nedenle bu hizmetin ne kadar bilinmediğinin göstergesidir. Demek ki İslami toplum bu konudaki sorumluluğunu tam olarak yerine getirmiş değildir. Bu hizmetin

varlığından haberdar olanlar son derece değerli ve önemli bulmuşlardır.

Buna göre, dört temel boyutun netleşmesi gerekir. Yani beklentiler psikolojik, dini veya diğer boyutların ele alınmasına bağlı olarak değişebilir. Burada Manevi/Dini Destek zor durumda olan hastanın yardım almasıdır. Daha sonra görevler, beklentiler, yetkinlikler ve faktörler devreye girer. Hastaya yardım edebilmek için disiplinler arası yetkinliklere sahip olmak, faktörleri dikkate alarak görev alanını tam olarak kavramak gereklidir.

Sonuç olarak Manevi/Dini Destek gelecekteki zorlukları aşarak, artan ihtiyaç taleplerini karşılamak için daha iyi eğitim alınarak hastanedeki yerini alacaktır. Gücünü din adamlığından alır. Burada yaptığı iş vaaz, irşat, fetva değil, manevi destek ve rehberliktir. Onun için pansuman tedbirlerle yürütülecek bir iş değildir.

Kaynakça

- Albert Höfer (2005). Katharina Steinell, Franz Feiner: Handbuch der Integrativen Gestaltpädagogik und Seelsorge. *Beratung und Supervision*. 1. Teil: Unser Menschenbild.
- Albert Höfer (2005). Katharina Steinell, Franz Feiner: Handbuch der Integrativen Gestaltpädagogik und Seelsorge. *Beratung und Supervision*. 2. Teil: Bildhaft glauben und sich ändern.
- Amir M. A Zaidan (1999). Karola Khan: Islam und Medizin. *Muslime in der Klinik*. Frankfurt.
- Arnold Langenmayr: Trauerbegleitung, Beratung-Therapie-Fortbildung, Vandenhoeck und Ruprecht, 1999
- Andrea Köck und Muhammad Sameer Murtaza: Muslime im Krankenhaus, Ein interreligiöse Ratgeber für das Krankenpflegepersonal, 2009
- Andreas Heiter, Hermann Stenger: Dem Kranken Verpflichtet, Seelsorge ein Freundschaft im Krankenhaus, Wien 1977
- Andreas Heller, Hermann M. Stenger: Den Kranken verpflichtet, Seelsorge ein Gesundheitsberuf im Krankenhaus, Tyrolia-Verlag-Innsbruck-Wien, 1997
- Anemone Eglin, Evelyn Huber, Ralph Kunz, Klaus Stahlberger, Christine Urfer, Roland Wuillemin: Das Leben heiligen, Theologischer Verlag Zürich, 2006
- Anselm Grün: Fünfzig Helfer, die Heiligen in der Not, 2002
- Arist von Schlippe, Jocheon Schweitzer: Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung, 9. Auflage, Vandenhoeck und Ruprecht, 2003

- Aslan, Ednan (2012) (Hrsg.): Zwischen Moschee und Gesellschaft. Imame in Österreich. Frankfurt am Main: Lang.
- Aslan, Ednan (2013): Islamische Theologie in Österreich. Institutionalisierung der Ausbildung von Imamen, SeelsorgerInnen und TheologInnen. Frankfurt am Main: Lang.
- Bediuzzaman Said Nursi: Heilmittel für Kranke, das 25.Lichtstrahl, sözler Verlag, Istanbul
- Benjamin Idriz: Gruß Gott Herr Imam, eine Religion ist angekommen, 2011
- Bernard Gois (1965): Das Allgemeine Krankenhaus in Wien und seine Geschichte
- Björn Migge: Handbuch Coaching und Beratung, 2004
- Bose Terpstra: Muslimische Patienten Pflegen, Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation, 2002, Berlin
- Bülent Ucar/ Martina Blasberg-Kuhnke (Hrgs.): Islamische Seelsorge zwischen Herkunft und Zukunft, von der theologischen Grundlegung zur Praxis in Deutschland Reihe für Osnabruücker Islamstudien, Band 12, Peterlang, Frankfurt, 2013
- Christine Hoppe: Der Patient/Die Patienten in der evangelischen Krankenhausseelsorge, Theologische und Seelsorgerliche Perspektiven, 2008
- Christoph Morgenthaler, Gina Schibler: Religiös- existentielle Beratung, Eine Einführung, 2002
- Christoph Morgenthaler: Systemische Seelsorge, Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis, Verlag W. Kohlhammer, 1999
- Christoph Schneider, Harpprecht Sabine, Allwinn (Hg.): Psychosoziale Dienste und Seelsorge im Krankenhaus, Eine neue Perspektive der Alltagsethik, Vandenhoeck und Ruprecht, 2005
- Cristel Ludewig: Pflege und Spiritualität, Ein ABC mit Texten, Ritualen und kleinen Übungen, 2008
- Daniel Hell: Die Sprache der Seele Verstehen, Die Wüstenväter als Theapeuten, Verlag Herder Freiburg, 2002
- Daniela Tausch-Flammer Lis Bickel: Wenn ich sterbe, möchte ich, dass du bei mir bist
- Der Lutherischen Liturgischen Konferenz Deutschlands: Dienst an Kranken, Band 3, Hamburg, 1990
- Desiree Mc Court: Leitfaden über den Umgang mit muslimischen Patienten
- Desmond Bell, Gotthard Fermor (Hg.): Seelsorge lernte, Aktuelle Perspektiven aus Theorie und Praxis, Neukirchener, 2009

- Dietrich Brandenburg: Die Ärzte des Propheten, Islam und Medizin, Berlin, 1992
- Eckhard Frick, Traugott Roser (Hg.): Spiritualität und Medizin, Gemeinsame Sorge für den Kranken Menschen, Verlag W. Kohlhammer, 2009
- Edeltrand Antonczyk, Christine Dommach: Was ich bei der Begleitung kranker und Sterbender Menschen wissen muss, Gütersloher Verlagshaus, 2003
- Ednan Aslan (Hrsg.): Islamische Theologie in Österreich, Institutionalisierung der Ausbildung von Imamen, Seelsorgerinnen und Theologinnen, Band 2, 2013
- Ednan Aslan (Hrsg.): Zwischen Moscheen und Gesellschaft, imame in Österreich, Peterlang, 2012
- Eduard Thurneysen: Die Lehre von der Seelsorge, Theologischer Verlag Zürich, 1994
- Elisabeth Nanrath: Seelsorge als Leibsorge, Perspektiven Krankenhausseelsorge, Kohlhammer, 2000
- Emro El-Mainer: Alternative Heilmethoden am Beispiel von ibn al-Qayyim al-Jawziyya, Diplomarbeit 2012, Uni. Wien
- Erhard Weiher: Die Religion, die Trauer und der Trost, Seelsorge an den Grenzen des Lebens, Mathias-Grünwald Verlag, Mainz, 1999
- Erhard Weiher: Mehr als Begleiten, Ein neues Profil für die Seelsorge im Raum von Medizin und Pflege, Grünwald, 2001
- Esnaf Begic, Helmut Weiß und Georg Wenz: Barmherzigkeit: Zur sozialen Verantwortung islamischer Seelsorge
- Eva Jaeggi, Renate Köcher, Karl Lehmann, Kurt Loewit, Fritz Oser, Leopold Rosenmayr, Rosemari Welter-Enderlin, Paul M. Zulehner: Beratung auf neuen Wegen, Grenzen im Wandel, Kohlhammer, 1996
- Flick, Uwe (41999): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, Uwe et al. (42004) (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Frank Waterstraat: Wenn Plötzlich alles anders ist: Notfallseelsorge im Einsatz, Ein Leitfaden für die Praxis, Prited in Germany, 2008
- Frank Waterstraat: Wenn plötzlich alles anders ist, Notfallseelsorge im Einsatz, Einleitfaden für die Praxis, Lutherische Verlagshaus GmbH, Hannover, 2008
- Friderike Rüter: Späte Trauer, Eine Studie zur seelsorglichen Begleitung Trauernder, Evangelische Verlagsanstalt Leipzig, 2009
- Für ein Sterben in Würde
- Für Ruhe in der Seele sorgen, Evangelische Militärpfarrer im Auslands einsatz der Bundeswehr

- Gärtner Heiderose (1954): Gute Gespräche führen: ein Arbeitsbuch für gelingende Besuche im Krankenhaus, Altenheim und in der Gemeindearbeit, 2004
- Georg Langenhorst: Trösten Lernen?, Profil, Geschichte und Praxis von Trost als diakonischer Lehr-und Lernprozeß, Schwabenverlag, 2000
- Gerd Fasselt: Und der Herr wird ihn aufrichtigen, Zur Teilseelsorge der Kirche für den Kranken, 1980
- Gerhard Baum (Hrsg.): Beständig wird deine Hand mich halten, Schwabenverlag, 1996
- Gerhard Höver/Heike Baranzke/Andrea Schaeffer (Hrsg.): Sterbebegleitung, Vertrauenssache Herausforderungen einer Person- und bedürfnisorientierten Begleitung am Lebensende
- Gregor Scharberger: Geschichte der ökumenischen Krankenhausseelsorge, an der Universitätsklinik, Frankfurt am Main, Grünewald, 2002
- H. Faber, E. van der Schoot: Praktikum des Seelsorgerlichen Gesprächs, Vandenhoeck und Ruprecht, 1968
- Hans-Loachim Thilo: Beratende Seelsorge, Tiefenpsychologische Methodik dargestellt am Kausal Gespräch, 2.Auflage, Vandenhoeck und Ruprecht in Göttingen, 1975
- Hans-Otto Wölber: Tröste mich wieder, Wege evangelischer Seelsorge, 1964
- Harmut Wortmann/Thomas Jark/Ulrike Mummenhoff (Hrsg.): Qualitätshandbuch zur Krankenhausseelsorge, Ein Werkbuch, Berlin, 2010, Vandenhoeck und Ruprecht
- Hayrettin Karaman: Erlaubtes und Verwehrtes, Ankara, 1978
- Heiderose Gärtner: Gute Gespräche führen, Ein Arbeitsbuch für gelingende Besuche im Krankenhaus, Altenheim und in der Gemeindearbeit, Gütersloher Verlagshaus, 2004
- Helga Lemke: Personenzentrierte Beratung in der Seelsorge, Verlag W. Kohlhammer Stuttgart, Berlin, Köln, 1995
- Helga Lemke: Seelsorgerliche Gesprächsführung, Gespräche über Glauben, Schuld und Leiden, W. Kohlhammer GmbH, 1992
- Heller Andreas, Stenger Hermann: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Krankenhausseelsorge, Den Kranken verpflichtet: Seelsorge ein Gesundheitsberuf im Krankenhaus, 1997, Wien Tyrolia Verlag
- Helmut Weiß, Karl Federschmidt, Klaus Temme (Hg.): Ethik und Praxis des Helfens in verschiedenen Religionen, Anregungen zum interreligiösen Gespräch in Seelsorge und Beratung, 2005

- Helmut Werner: Das islamische Totenbuch, Jenseitsvorstellungen im Islam, 2009
Herausgegeben von Hermann-Josef Beckers und Andreas Wittrahm im Auftrag
der Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung: Beratung auf
neuen Wegen, Grenzen im Wandel, Verlag W. Kohlhammer, 1996
- Hg. Vom Österreichischen Pastoralinstitut: Seelsorge im Krankenhaus, Text der
Pastoralkommission österreichs Zusammengestellt vom Arbeitskreis,,
Kirsche im Krankenhaus“ (1998-2000)
- Hopf, Christel (2004): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: U. Flick et al.
(Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg:
Rowohlt, S. 349-360.
- Horst Fichtner: Kompendium der Krankenhauseelsorge, kurze Darstellung
des kirchlichen Dienstes im Krankenhaus, Berlin, 1957
- Hubert Böke: Kranke und Sterbende begleiten, Psalmen, Gebete, Gedichte und
Geschichten, Gütersloher Verlagshaus, 2004
- Hüttner Harych Keune Kurella Wiesner: Der Patient im Krankenhaus, Erwar-
tungen Rechte und Pflichten Zufriedenheit, 1982
- Ilhan Ilkilic: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten, Bochum, 2005
- Ilkilic, Ilhan (2002): Der muslimische Patient. Münster: Lit-Verlag.
- Imara, Mohammed Hassan (2013): Islamische Seelsorge in Österreich. Un-
veröffentlichtes Manuskript. Wien.
- Ina Wunn: Muslimische Patienten, Chancen und Grenzen religionspezifischer
Pflege, Verlag W. Kohlhammer, 2006
- Isabelle Nath, Chaudia Kohli Reichenbach (Hg.): Palliative und Spiritual Care,
Aktuelle Perspektiven in Medizin und Theologie, Theologischer Verlag
Zürich, 2014
- Islamischer Besuchs- und Sozialdienst im AKH, Broschüre
- J. Mayer- Scheu/R. Kautzky (Hrsg.): Vom Behandeln zum Heilen, Die vergess-
ene Dimension im Krankenhaus, Sehen-Verstehen-Helfen, Vandenhoeck
und Ruprecht in Göttingen, 1980
- Jeannette Rehm, Gerhard Gary: Dein Bleiben war nur geliehen, Tyrolia-Ver-
lag-Innsbruck-Wien, 2007
- Joachim Scharfenberg: Seelsorge als Gespräch, Zur Theorie und Praxis der seel-
sorgerlichen Gesprächsführung, 5. Auflage, Vandenhoeck und Ruprecht
in Göttingen, 1991
- Joachim Willems: Interkulturalität und Interreligiosität, Interkulturelle Biblio-
thek, 2008, Rand 126

- Jörg Bade: Depression und Segen, Zur seelsorgerlichen Begegnung mit Depression, München, 2000
- Jörg Wieners (Hg.): Handbuch der Telefonseelsorge, Vandenhoeck und Ruprecht, 1995
- Josef Mayer-Scheu-Rudolf Kautzky (Hrsg.): Vom Behandeln zum Heilen, Die vergessene Dimension im Krankenhaus, Sehen-Verstehen-Helfen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1980
- Josef Freise, Mouhanad Khorchide (Hrsg.): Interreligiosität und Interkulturalität, Studien zum interreligiösen Dialog 10, Herausforderungen für Bildung, Seelsorge und Soziale Arbeit im christlich-muslimischen Kontext, Waxmann
- Josef Mayer-Scheu: Seelsorge im Krankenhaus, Matthias-Grünwald-Verlag-Mainz, 1977
- Josef Römelt (Hg.): Wahrheit am Krankenbett, Ärztliche, Juristische und theologische Reflexion zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient, benno Verlag, 2002
- Juliet Cassuto Rothman: Wenn ein Kind gestorben ist, Trauerbegleiter für verwaiste Eltern, Printed in Germany, 1997
- Jürgen Aach: Brustkrebs, die Not eine Krankheit als Herausforderung an Glaube und Krankenhausseelsorge, eine empirische Untersuchung auf der Grundlage einer Patientinnen Primertipie, Echter Verlag, 1999
- Jürgen Ziemer: Seelsorge Lehre, 2000
- Karl Federschmidt, Eberhard Hauschildt, Christoph Schneider Harpprecht, Klaus Temme, Helmut Weiß: Hadbuch Interkulturelle Seelsorge, Neukirchener, 2002
- Karl Frielingsdorf: Glück im Unglück, Anstiftung zum Leben, Topos Taschenbücher, 1994
- Karl Ulrich Petry: Muslimische Patienten, Chancen und Grenzen religionsspezifischer Pflege
- Kärtner, Ulrich H.J.: Ethik und Seelsorge im Krankenhaus, 2009
- Katrin Gasior: Gesundheitsgefährdendes Verhalten im öffentlichen Raum, 2012 Diplomarbeit, Uni. Wien
- Kemal Han: Bildungsberatung für Menschen mit Migrationshintergrund, Eine qualitative empirische Studie am Beispiel türkischer Migrantinnen, 2012 Diplomarbeit Uni. Wien

- Klaus Baumann, Johannes Eurich, Karsten Wolkenhauer (Hrsg.): Konfessionelle Krankenhäuser Strategien Profile, Potenziale, Kohlhammer, 2013
- Krankenhausseelsorge: Eine vordringliche Aufgabe der Kirche, Bericht zur Situation der Krankenhausseelsorge aufgrund von Ergebnissen des Projekts „Naturwissenschaftliche Medizin und christlicher Krankenhaus“, 1991
- Kristin Merle/Birgit Weyle (Hg.): Seelsorge, Quellen von Schleiermacher bis zur Gegenwart, Tübingen, 2009
- Kristina Hecht: Analyse der Patientenzufriedenheit, am Beispiel eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung, 2010
- Laabdallaoui, Malika; Rüschoff, Ibrahim (2010) (Hrsg.): Umgang mit muslimischen Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lemmen, Thomas et al. (2011) (Hrsg.): Notfallbegleitung für Muslime und mit Muslimen. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Lütfi Şentürk, Seyfettin Yazıcı: Grundzüge islamischer Religion (ilmihal), Übersetzerin: Nezaket El- Türk, Präsidenschaft für Religiöse Angelegenheiten (Diyanet), Ankara, 2004;
- Malika Laabdallaoui, Ibrahim Rüschoff: Ratgeber für Muslime bei der Psychischen und Psychosozialen Krisen, Bonn, 2005
- Malika Laabdallaoui, Ibrahim Rüschoff: Umgang mit muslimischen Patienten, Psychiatrie Verlag, 2010
- Manfred Belok, Urs Länzlinger, Hanspeter Schmitt (Hg.): Seelsorge in Palliative Care, 2012, Theologischer Verlag Zürich
- Marielene Leist: Sterben im Krankenhaus, Auf Zeichnungen über einem Tod, Herder Taschenbuch Verlag, 1989
- Maryam Frenzel, Rabeya Müller: Gesundheit und Krankheit im Islam, Huda Schriftenreihe, Band 2, 1999, Bonn
- Mathias Günther: Ermutigung, Die Individualpsychologie Alfred Adlers und die Christliche Seelsorge, peterlang, Frankfurt am Main 1996
- Max Laimböck: Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems, Wettbewerb orientierte Patienten Versorgung im internationalen Vergleich, Springer Wien New York, 2009
- Mayer-Scheu, Josef: Seelsorge im Krankenhaus, Mathias-Grünwald Verlag, 1977
- Metin Yutbaşı, Türkische und Deutsche Sprichwörter, 2008, İstanbul
- Mezerberg Jan: Seelsorge als Prozeß, eine empirische Studie zum Kompetenz und Berufsprofil von Seelsorgerinnen und Seelsorgern, 2002
- Michael Dieterich: Heil und Heilung, Hoffnung für die Seele, 1992

- Michael Klessman (Hg.): Handbuch der Krankenhausseelsorge, 2013, Vandenhoeck und Ruprecht Verlag
- Monika Maaßen, Thomas Groll, Hermann Timmerbrink (Hrsg.): Mensch versteht sich nicht von selbst, Band 5, Universität Gesamthochschule Essen, Lit Verlag, 1999
- Nerbert Mönter: Seelische Erkrankung, Religion und Sinndeutung, 2007
- Nil Akdeniz: Osmanlılarda hekim ve hekimlik ahlaki, Istanbul, 1977
- Nora Lichtsheidt: Zur Bildungssituation und den Ausbildungschancen von Migrantinnen und Migranten in Österreich, 2012, Diplomarbeit Uni. Wien, Österreichischen Pastoralinstitut Wien 2000 (Hg.): Seelsorge im Krankenhaus, Text der Pastorkommission Österreichs Zusammengestellt von Arbeitskreis „Kirche im Krankenhaus“, 1998-200
- Peter Bukowski: Humor in der Seelsorge, Eine Animation, Neukirchlicher-founds, 2001
- Peter Held, Uwe Gerber: Systemische Praxis in der Kirche, Mathias-Grünewalds-Verlag, Mainz, 2003
- Petra Christian-Widmaier: Krankenhausseelsorger und todkranken Patient, Im Spiegel ihrer wechselseitigen Wahrnehmung, Springer Verlag, 1998
- Pfandl-Waidgasser, Andrea: Spielerischer Ernst: clowneske Interventionen in der Krankenhausseelsorge, 2011, Stuttgart, Kohlhammer
- Philip Mayring: Qualitative sozialforschung, 2002, Düsseldorf
- Pödes, Johann Christian/ Assel Heinrich: Krankheit, Gesundheit und Gott, Güterslober Verlaghaus
- Ramadan, Tariq (2000): Der Islam und der Westen. Von der Konfrontation zum Dialog der Zivilisationen. Köln.
- Rauf Ceylan: Religiöse Orientierungen und Einstellungen türkische Imame, Am Beispiel neo-salafitischer, traditionell konservativer und intellektuell offensiver imame, 2008, De Gruyter
- Reinhard Schmitz-Scherzer (Hrsg.): Altern und Sterben, Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, 1992
- Reinhold Gestrich: Am Krankenbett, Seelsorge in der Klinik, Quell Verlag, Stuttgart, 1987
- Reinhold Gestrich: Das seelsorgereiche Gespräch in der Krankenpflege, Studienbuch für Krankenschwestern, Krankenpfleger, Altenpflegerinnen, Altenpfleger und medizinisch-technische Assistentinnen, Verlag W.Kohlhammer, 1991

- Reinhold Gestrich: Gespräche mit Schwerkranken, Krisenbewältigung durch das Pflegepersonal, Verlag W. Kohlhammer, 2006, (Stadtbücherei-NN.KP Gest-165718)
- Rothgangel, Martin et al. (2013) (Hrsg.): Religion und Gemeinschaft. Die Frage der Integration aus christlicher und muslimischer Perspektive. V & R unipress: Göttingen.
- Rudolf Albieser, Adrian Loretan (Hg.): Spitalseelsorge im Wandel, lit Verlag, Wien, 2001
- Rudolf Köster: Das gute Gespräch, Gesunden und Wohlbefinden im Dialog, Vandenhoeck und Ruprecht, 1996
- Rudolf Kriss, Hubert Kriss-Heinrich: Volksglaube im Bereich des Islam, Amulette, Zaubersprüche und Beschwörungen, 1962, Wiesbaden
- Ruth Fuehrer: Besuchend Seelsorger im Krankenhaus, Vandenhoeck und Ruprecht in Göttingen, 1960
- Schneider-harpprecht, Christoph: Trost in der Seelsorge, Stuttgart, Kohlhammer, 1989
- Seelsorgepraxis, Erfahrungen-Klärungen-Erkenntnisse, Im Auftrag des Diakonischen Qualifizierungszentrums herausgegeben von Wilfried Schulz, Evangelische Verlagsanstalt Berlin, 1981
- Sharon Fish, Judith Allen Shelly: Ein Kranker braucht mehr als Tabletten, Das helfende Gespräch am Krankenbett, R. Brockhaus Verlag Wuppertal, 1978
- Silke A. Becker, Eva Wunderer und Jürgen Schulz, Gamberd: Muslime Patienten, Ein Leitfaden Verständnis im Krankenhaus und Praxis, Wien, 2006
- Stefan Beyerle, Matthias Petzoldt und Michael Roth (Hrsg.): Gesundheit, Humanwissenschaftliche, historische und theologische Aspekte, 2008
- Sterben im Krankenhaus, Herder
- Stoff, Georg: Trost am Krankenbett, Erfahrungen und Gedanken eines Krankenhausseelorgers, 1994, Styria Verlag
- T. Bliesener, H. Hausendorf, C. Schaytt: Klinische Seelsorgegespräche mit todkranken Patienten, Springer-Verlag, 1988
- Thomas Lemmen/Nigar Yardim/Joachim Müller-Lange (Hg.): Notfallbegleitung für Muslime und mit Muslimen, Ein Kursbuch zur Ausbildung Ehrenamtlichen, Gütersloher Verlagshaus, München, 2011
- Timm H. Lohse: Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung, Eine methodische Anleitung, Vandenhoeck und Ruprecht, 2003

- Timm H. Lohse: Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung, Eine methodische Anleitung, Vandenhoeck und Ruprecht, 2006
- Tobias Mickel: Seelsorgerliche Aspekte im Hiobbuch, Evangelische Verlagsanstalt, Berlin, 1990
- Ulrich Engel: City Seelsorge, Perspektiven für Kirche und Stadt am Ende des 20. Jahrhunderts, Berne-Verl., 1988
- Ulrich H.J. Körtner, Sigrid Müller, Maria Kletecka-Pulker, Julia Inthorn (Hrsg.): Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett, Springer Wien New York, Band 3, 2009
- Ulrich H.J. Körtner: Ethik im Krankenhaus, Diakonie-Seelsorge-Medizin, Vandenhoeck und Ruprecht, 2007
- Ulrike Elsdörfer: Medizin, Psychologie und Beratung im Islam, Historische, Tiefenpsychologische und Systemische Annäherungen, 2007, Frankfurt am Main, www.ulrike-helmer-verlag.de
- Unger Ulrich Josef (1949): Die Krankenhausseelsorge am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Veinsberg: ein Beitrag zur Geschichte und Gegenwart der Seelsorge in der Psychiatrie
- Uta Pohl-Patolong, Frank Muchlinsky: Seelsorge im Plural, Perspektiven für ein neues Jahrhundert, E.B. Verlag Hamburg, 1999
- Volker Meißner, Martin Affolderbach, Hamideh Mohaghghi und Andreas Renz: Handbuch christlich-islamischer Dialog: Grundlagen-Themen-Praxis-Akteure
- Waldmann, Peter (2012): Der Zaddik. Die Seelsorge in der jüdischen Tradition. In: Wenz, Georg; Kamran, Talat (Hrsg.): Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen. Speyer: Verlagshaus Speyer, S. 17-21.
- Wenz, Georg; Kamran, Talat (2012) (Hrsg.): Seelsorge und Islam in Deutschland. Herausforderungen, Entwicklungen und Chancen. Speyer: Verlagshaus Speyer.
- Werner Schmeidtmann/Werner Geist/Hubert Urban/Karl Köhle/Raimund Pousset: Psychosoziale Probleme im Krankenhaus, Seelsorge-Nachtwache-Berufsbild Krankenpflege, Urban und Schwarzenberg, München-Berlin-Wien 1976
- Werner Schmeidtmann/Werner Geist/Hubert Urban/Karl Köhle: Psychosoziale Probleme im Krankenhaus, Seelsorge-Nachtwache-Berufsbild Krankenpfleger, Wien, 1976
- Wilfried Schulz: Seelsorgepraxis, Erfahrungen, Klärungen-Erkenntnisse, Evangelische Verlagsanstalt Berlin, 1981 (Pp: 480-1626)

- Wilfried Schulz: Seelsorgepraxis, Erfahrungen-Klärungen- Erkenntnisse, evangelische Verlagsanstalt Berlin, 1981, Im Auftrag des Diakonischen Qualifizierungszentrums
- Winter-Pfändler, Urs/Morgenthaler Christoph: Wie zufrieden sind Patienten mit der Krankenhausseelsorge? Entwicklung eines Fragebogens und erste Resultate einer Untersuchung in der Deutschweiz, 2010
- Witzel, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main: Campus.
- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview. In: G. Jüttemann (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim: Beltz, S. 227-255.
- Wolfgang Wiedemann: Heilsame Erschütterung?, Besinnung zu Gesundheit und Krankheit, Vandenhoeck und Ruprecht, 1994
- Wolfgang Wiedemann: Krankenhausseelsorge und verrückte Reaktionen, Das Heilssame an Psychotischer Konfliktbewältigung, Vandenhoeck und Ruprecht, 1996
- Wortman Hartmut (1954): Gedenkgottensdienste für im Krankenhaus Verstorbene, 2008
- Wortmann Hartmut (Hrsg.): Qualitätshandbuch zur Krankenhausseelsorge: ein Werkbuch, 2010, Göttingen
- Wunibald Müller: Heilende Seelsorge, Matthias-Grünwald-Verlag, 2000
- Wunibald Müller: Menschliche Nähe in der Seelsorge, 3. Auflage, 1994

Hollanda Erasmus Mc-Sophia Hastanesinde Çocuk Hastalara ve Yakınlarına Uygulanan Manevi Bakım Gözlem Örnekleri ve İletişim Yöntemleri*

*Dilek Bal Koçak***

Giriş

Manevi bakım deyince, daha çok yetişkinlerin ihtiyaç duyduğu bir alan olduğu düşünülür. Fakat manevi bakım, çocukların da ihtiyaç duyduğu ve aynı zamanda güç, moral ve destek alacağı bir alandır. Çocukların manevi desteğe ihtiyaç duyup duymadığını anlamak çok zordur. Bu noktada anne ve babanın desteği önemlidir. Hastanede, hastalığın boyutuna göre, uzun veya kısa süre kalan çocukların genellikle refakatçi olarak annesi veya babası bulunmaktadır. Dolayısıyla hasta çocuk ile veya sadece anne/baba ile baş başa kalıp görüşmek neredeyse imkânsızdır. Bu durumda manevi bakım uzmanının daha planlı çalışması gerekmektedir. (Rullmann, 2006: 216,217)

Hastalık bazen yavaş yavaş, bazen de aniden gelişen bir durumdur. Süreç ne olursa olsun, hastalık veya felaketler karşısında insanlar bir buhrana, sıkıntıya, manevi çöküntüye düşmektedir. Bu zorlu süreçten geçen aileler, hayata tutunma gücüne, morale ve manevi desteğe en az çocukları kadar ihtiyaç duymaktadırlar. (Kula, 2006: 79-80) Çünkü bu süreçte aile de çöküntüye uğrayıp yıpranabiliyor. (Bülbul, 2011: 617) Manevi bakım uzmanı olarak, yaşadıkları olumsuzluklardan olumlu şeyler çıkarıp, gelen her şe-

* Bu bildiri Dilek BAL KOÇAK'ın, Çocuk Hastalara ve Yakınlara Uygulanan Manevi Bakım (Hollanda Örneği), 2015 Yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

** Arş. Gör., Kastamonu Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi, Din Psikolojisi Bilim Dalı.

yin Allah'tan geldiğine ve onların iyiliği için olduğuna içten inanmalarını sağlarsak, olumlu bakış açılarını geliştirmiş, ümitlerini ve hayata tutuşlarını güçlendirmiş oluruz. (Özdoğan, 2007: 133)

Bu konuların yanı sıra bir manevi bakım uzmanının kanuni altyapı ile desteklenmesi gerekmektedir. Türkiye'de henüz çocuklara yönelik manevi bakım hakkında ayrıntılı bir yasa geliştirilmemiştir. Ancak Hollanda Devleti'nin çocuklara yönelik manevi bakım konusunda hukuki çalışmalara yıllar öncesinden başladığı görülmektedir. Bu çerçevede 1993 yılında çocuk manevi bakım uzmanları (Geestelijke Verzorging in de Jeugdzorg VGVJ) fiili olarak görev almaya başlamışlardır. Çocuklara yönelik birçok sağlık hizmet alanı olmasına rağmen çocuk manevi bakım çalışanlarının sayısı oldukça azdır. Çocuklara manevi bakım uygulama konusunda, içerik olarak kanunen belirli kurallar yoktur. Kişi başı belirli sayıda hasta ziyareti yapmak veya belli başlı konularda bilgilendirmelerde bulunmak gibi hedefler koyulmaktadır. Her manevi bakım uzmanı kendi yöntemini kullanmaktadır. Ortak amaç ise hastaya hayatın ve ahiretin anlamlı ve değerli yönlerini hatırlatıp, onu yaşamında ve hastalık sürecinde olumlu olmaya yönlendirmektir. (Kuyk, 2006: 122)

Manevi Bakım Alanında İletişim ve Görüşme Yöntemleri

Her manevi bakım uzmanının kendine has bir dinleme, değerlendirme ve iletişim kurma yöntemi vardır. Bu alanda farklı hastalıklarla ve durumlarla karşılaşmaktadır. Durum böyle olunca manevi bakım uzmanları her zaman atik olup bildiklerini harmanlayıp muhabata destek olmaya çalışmalı, bilgilerine bu tecrübelerle bilgi katmalıdır. Dolayısıyla her zaman öğrenilecek konular olabilmektedir. Her görüşme diğerinden farklıdır. Muhatap aynı olsa bile görüşmelerde değişiklikler olabilmektedir. Her bireyin karakteri, ailesi, işi, sosyal çevresi, hayata bakışı farklıdır. Bu farklılıklar manevi bakım uzmanının ufkunu açar ve yeni şeyler öğrenmesine vesile olur. Bierkens'in ifadesiyle "farklılıklar, insanlar arası tüm karakteristik değişikliklere rağmen, anlamını doğru bir cümle ile ifade ettiğimizde, 'iletişimin/ görüşmenin büyük bir kısmının öğrenilmesi gereken ve her durumda düzeltmeye müsait olan' bir anlam taşımaktadır. (Bierkens, 1986: 11)

Manevi bakım uzmanının görev alırken iletişim ve görüşme esnasında dikkat etmesi gereken birçok konu vardır. Dinleme, konuşma, profesyonellik ve sevgi ile iletişim gibi konulara ayrıntılı bir şekilde hâkim olmalıdır.

Aynı zamanda bir çocuk ile iletişim kurarken manevi değerlerin çocuk yaşlarda ne gibi anlam ifade edeceğini bilmek ve bu değerler doğrultusunda iletişim kurmak da en az yöntemler kadar önem içermektedir. Şükür, dua, tevekkül ve sabır gibi konular manevi bakım uygulanırken sıkça karşılaşılan değerlerdendir. Bu başlıklardan ise sabır konusu ele alınarak manevi değerlerden bir örnek verilecektir.

Dinlemek

Dinlemek çok basitmiş gibi düşünülse de, aslında öyle olmadığı bir hakikattir. İnsanın odaklanarak dinlemesi için tamamen konsantre olması gerekir. “Dinlerken insanların zihinleri kendi tecrübeleri, fikirleri, yargıları, önyargıları ve korkuları ile doludur.” (Dijkstra, 2007: 106) Bu sebeple karşı tarafı dinlerken ister istemez insan zihni başka konularla meşgul olabilir. Bu çok doğaldır. Fakat önemli olan tekrar toparlanıp karşı tarafı aktif bir şekilde dinlemektir. Aksi halde verimli ve profesyonel bir görüşmeden uzak kalınır. Manevi bakım uzmanları muhatabı aktif ve profesyonel bir şekilde dinlemek için, bu işin tekniğini ve püf noktalarını öğrenmektedirler. Dolayısıyla bu görev eğitim almadan icra edilirse, duygular ve hisler işin içine karışabilir. Duyguları dengede tutmak için profesyonel bir şekilde dinlemeyi eğitim esnasında öğrenmek gerekir. Tabii ki duygular ve hisler yok edilemez. Ama objektif bir dinleme için manevi bakımıcının kendi duygu ve hislerini kontrol altında tutması gerekir. Aksi takdirde empati de kurulamayabilir. Bunun sonunda amacın sınırları aşabilir, yani karşı tarafa sağlanacak fayda minimuma düşebilir. Bu sebeple manevi bakım uzmanı empati konusunda dengeli bulup, hislerini dengeli yönlendirmelidir.

Empati kurmak, karşı tarafı daha iyi anlayıp, yardım konusunda daha verimli olmayı sağlamaktadır. “İnsanlar, kendileriyle empati kurulduğunda, anlaşıldıklarını ve kendilerine önem verildiğini hissederler.” (Dökmen, 2009: 168-169) Empati kuran insanların, karşı tarafa yardım etme ihtimalinin arttığı araştırmalarda ispatlanmıştır. Bu sebeple manevi bakım uzmanının empati kurup, muhatabına da bunu hissettirmesi aralarındaki bağı ve güveni de artıracaktır.

Konuşmak

Konuşmak, manevi bakım uzmanının temel görevidir. İletişimi sağlamak için konuşmak, benzer mesleklerde olduğu gibi, çok önemlidir. Bazı durum-

larda manevi bakım uzmanının görüşmelerinde hiç bilmediği veya hâkim olmadığı konular söz konusu olabilir. Dini konularda yanlış yönlendirmek yerine, bilmediğini fakat bunu araştıracağını ifade etmek daha doğru olur. Bir manevi bakım uzmanının her konuya hâkim olması mümkün olmayıp, bunun için de kendini zorlamaması gerekir. Örneğin hasta ile ilgili bilgilere ulaşmak için tüm toplantılarda ve görüşmelerde eşit şekilde bulunması mümkün olmayabilir. Bu yüzden bildiği bir konudaki bilgilerini artırmak veya yeni bir konu hakkında bilgi edinmek istedikleri arasında seçim yapıp, öncelikleri belirleyerek çalışmalıdır. (Peeters, 2006: 680)

İletişim esnasında dikkat edilmesi gereken konulardan bir tanesi de içerdiktir. Olumlu konuşmak, karşı tarafın iyiliğini huzurunu ve mutluluğunu dikkate alarak konuşmak, (Kula, 2007:705, 706) manevi bakım uzmanının muhatap olduğu hastaya güven sağlayacaktır. Ayrıca konuşurken kullanacak sözlere ve cümlelere dikkat edilmesi gerekmektedir. Kendimizi ifade etmemizde yardımcı olan cümlelerin doğru ve anlaşılır şekilde kullanılması gerekmektedir.

Her hikâyenin bir başı, ortası ve bir sonu olduğu gibi, manevi bakım uzmanı için de konuşmalar genel olarak bu kronolojik sıralama şeklinde gerçekleşmektedir. Konuşmanın başı öncelikle karşılaşma ile gerçekleşir. Manevi bakım uzmanı ile muhatap arasındaki ilk buluşmada iki tarafın da birbirine karşı bir izlenimi oluşur. Bu ilk izlenim kişiye birçok şey çağrıştırabilir. Fakat bazı durumlar görüldüğü veya yargılandığı gibi olmayabilir. Çünkü kendi yorumumuzu ve izlenimimizi oluştururuz.

Muhatap olduğunuz kişinin, belki de bir manevi bakım uzmanı ile ilk görüşmesi olacaktır. Önyargıları veya tedirgin duyguları olması çok doğaldır. Daha önce bir manevi bakım uzmanı ile hoş tecrübeler yaşamamıştır ve sizi de bu durumla kıyaslama gibi bir durumda bulunacaktır. Bu sebeplerden dolayı manevi bakım uzmanı, görüşmeye gelmeden önce, muhatapı hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Görüşme öncesinde ve sonrasında edindiği bilgileri gizli tutması gereklidir.

Konuşma esnasında teknik olarak bazı konulara hassasiyet gösterilmesi gerekir. Öncelikle buluşma için uygun bir planlama yapılmalı ve konuşmanın süreci iyi ayarlanmalıdır. Her iki taraf için, ne çok uzun, ne de çok kısa sürmeyecek şekilde zamanı ayarlamak gerekir. Bir saat genel olarak yeterli olmaktadır. Bir manevi bakım uzmanının ajandası çok dolu ise, önceliklerini belirlemesi lazımdır. Bunun yanı sıra kendimizi rahat hissedeceğimiz bir or-

tam ayarlamak gerekmektedir. Bu ortam hem güvenilir hem de herkesin giremeyeceği bir yer olmalıdır. Görüşme esnasında, konuşmayı bölecek herhangi bir şeyden uzak durmak veya önlem almak gerekir. Örneğin telefonların sessize alması gibi. Mümkün oldukça görüşmenin gerçekleşeceği ortamın temiz ve düzgün olmasının sağlanması gerekir. Çünkü fiziki ortamın düzensiz olması muhatap ile yapılacak görüşmeleri olumsuz bir şekilde etkileyecektir. Konuşma esnasında oturuş şekli çok önemlidir. Muhatabı göz hapsine alacak şekilde oturulmalıdır. Karşı karşıya veya yan yana oturmak da doğru değildir. Muhatap ile yaklaşık 90-120 derece olacak şekilde oturmak en çok önerilen oturma şeklidir. Konuşma esnasında rahatlığı sağlamak için sandalyelerin rahat ve muhatapla eşit yükseklikte olmasına özen gösterilmelidir. Bu gibi teknik konular çok basit gözükse de, konuşmayı etkileyecek önemli ve dikkate alınması gereken unsurlardır. (Ganzevoort, 2012: 133-146)

Yukarıda sıralamış olduğumuz fiziki ortam her zaman bulunamayabilir. Örneğin daha önce randevulaştığınız bir hastanın yanına giderken bir başka hasta sizi hastane koridorunda gördüğünde sizinle konuşma ihtiyacı hissedebilir. Bu durumda randevuya geç kalmayacak şekilde bu hastanızın o anlık ihtiyacını karşılayıp, kendisiyle ayrıntılı görüşmek için bir randevu tertip edilmelidir.

Profesyonel iletişim

Manevi bakım alanında verimli/başarılı olunabilmesi için bazı özelliklere sahip olmak gerekir. Bunlardan bir tanesi profesyonelliktir. Bu konuda Hanrath (2002: 51) şöyle bir tanım yapmaktadır: “Profesyonel manevi bakım uzmanı, sosyal ve bilimsel, teolojik veya felsefi bilgiye dayalı, akademik seviyede metodik becerilere sahip olan biridir. Hastaya veya muhatabına karşı deneyim ve bilgilerine dayanarak diyalektik bir şekilde konuşmayı yönlendiren kişidir”. Bu tanım ile profesyonellikte sadece dini bilginin yetersiz olduğunu ve daha donanımlı bilgilere sahip olunması gerektiğini anlıyoruz. Örneğin bir manevi bakım uzmanının iyi bir genel kültür bilgisine sahip olması lazımdır. Bunun yanı sıra hastanın kültürünü, mezhebinin ve geleneğini de bilmesi gerekir. Dolayısıyla profesyonel yaklaşım her bireye benzersiz ve eşsiz olduğu bilinci ile yaklaşp, muhatabın ayrıcalıklı olduğunu görmek ve ona hissettirmektir. Doğal bir konuşma, yani konuşmayı akışına göre devam ettirmek veya yönlendirmek, iki taraf için de rahatlatıcı, aynı zamanda resmiyetten uzak daha samimi bir görüşme olacaktır.

Profesyonel bir manevi bakım uzmanının görevi gereği yapması gereken bir diğer konu ise psikologlara, sosyal yardım görevlilerine, hemşirelere ve diğer çalışanlara katkıda bulunmaktır. Bir psikoloğun görevi psikolojik sorunlara çözüm bulmak, sosyal yardım görevlisinin görevi ise kurumlar ve muhatap arasındaki etkileşim bozukluklarına çözüm bulmaktır. Manevi bakım uzmanının çalışma alanı ise hayatımızın manevi değerlerini ve yönlerini anlamlı kılmada öncü olmaktır. Manevi bakım uzmanının, insanın maneviyatı ve din ile ilgili olan tüm soruları ile ilgilenmesi de görev alanına girmektedir. (Ganzevoort- Visser, 2012: 31) Dolayısıyla manevi bakım uzmanı inanç ve dini esaslar konularında bilgi donanımına sahip olmalıdır. (Buuren, 2006: 197) Diğer alanlar ile bu alanının farklılığı en çok bu konularda ayırt edilebilir. Yani dini soruların, örneğin hastalık ile bağlantılı ayetlerle ilgili sorunun bir psikoloğa sorulamayacağı gibi, derin psikolojik sorularla karşılaşan manevi bakım uzmanının da psikolojik destek hususunda yetersiz olacağı aşıkardır. Bu durumda en profesyoneli grup çalışmasıdır. Sorunları ayırt edip, uzmanına yönlendirmek ile hem hasta tatmin olur, hem de herkes işini en verimli ve profesyonel bir şekilde yaparak olumlu sonuçlar elde eder. Dolayısıyla iyi bir işbirliği ve disiplin ile hem metodik, hem de içerik olarak daha verimli olunur. (Peeters, 2006: 675)

Sevgi

Sevgi insanın içinde olan ve yaşama sevincini artıran bir kaynaktır. “Sevgi, kıyaslanamayacak derecede önemli bir psikoterapik sağlık verici değerken, profesyonel psikiyatrinin kendi kendine oluşturamadığı, odaklanmadığı, karşı tarafa hissettirmedeği bir değerdir.” (Özdoğan, 2006: 131) Sevgi mutluluğa giden yoldur. Manevi bakımın amacı da aslında insanları mutlu etmek ve insanlarda huzuru sağlamaktır. Aynı zamanda bakım gören kişide olumlu sonuçlar elde edip mutlu olmasını sağlayacaktır.

Hastanede çalışan herhangi biri sevgi konusunda çok hassas olmalıdır. İşlerini severek yapıp, insanlara sevgi ile yaklaşmayı kendisinin bir görevi olarak görmelidir. Özellikle çocuklara uygulanan manevi bakımda sevgi konusu çok önemlidir. Çocuklara sevgi ile yaklaşmak ve onların gönlünü kazanmak, bir manevi bakım uzmanının iletişim esnasındaki önceliklerindendir. Bunu yaparken önemli olan ölçülü davranmaktır. Yani önemli olan nicelikli değil, nitelikli olmaktır. Nitelikli sevginin unsurları sevginin daim olması, kaynağında anne figürünün olması, kaliteli ve ihtiyaç duyulacak seviyede olmasıdır. (Aydın, 2009: 241)

Sabırlı olmak

Karşılaşacağımız her türlü olumsuzluklara, zorluklara, dini yasaklara göğüs germek, üstesinden gelemediğimiz konularda Allah'a sığınmak ve hiçbir engel tanımadan oluşan sorunlara çözüm bulmak sabrın en önemli özelliklerindendir. Sabırlı olmayı öğrenmeyen insanlar, problem çözme becerilerini geliştiremeyip, enerjilerini gereksiz yere israf etmektedirler. Bunlar kolayca ümitsizliğe düşerler ve bu şekilde inançları zayıflayarak manevi gelişimleri gerileyebilir (Karaca, 2007: 259-260). Bu olumsuzlukların bilincinde olup, bir çözüm arayarak, bu arayış esnasında çözümü bulana kadar beklemek, sabırlı olmayı ve aktif olmayı gerektiren bir durumdur (Özdoğan, 2007: 29).

Sabırlı olmak en zor dini görevlerden bir tanesidir. Yapılan araştırmalarda başa gelen felaketlere sabretmenin dini açıdan gerektiğine inanmayan ve felaketlere sıkıntılara karşı sabır ve tahammül gösterme konusunda yenik düşüp isyana kadar gidenlerin sayısı oldukça çoktur. "Allah'tan gelene karşı sabrederim, razı olurum" diyenlerin sayısı ise genele nazaran daha azdır (Yılmaz ve Karacoşkun, 2013: 146). Sabrın tek başına yetersiz kaldığına, ayrıca inancın, duanın ve emeğin de sabır ile beraber olduğu durumda zorluklarla başa çıkma durumunu güçlendirecektir (bkz. Eryücel, 2013). Yapılan araştırmalarda insanların yaşadıkları olumsuz olayların Allah'tan geldiğine inanmaları ve buna sabır göstermeleri, olumlu başa çıkma ile hayat memnuniyeti arasındaki bağın bir sonucu olduğu ortaya konulmuştur (Ayten, Göcen, Sevinç ve Öztürk, 2012: 76).

Yetişkinlerin bile bir hayli zorlandığı bu konuda, çocukların da zorlanacağı gayet açıktır. Bir çocuktan sabırlı olmasını beklemek çok zordur. Çocuğun henüz sabır konusunda bir bilgi sahibi olmadan, sabrı anlamlandırmadan ondan sabırlı olmasını beklemek, çocuğa büyük bir yük olacaktır. Burada en önemli şey, çocuğun içinde bulunduğu fizyolojik, psikolojik ve biyolojik durumu göz önünde bulundurarak çocuğa sabrı nasıl öğreteceğimizdir. Çocukları sabır konusuna teşvik etmek için onlara sabrın mükâfatından bahsedebiliriz. Sabırlı olan kullarını Allah'ın çok sevdiğini ve bizi de sevgisine dâhil etmesi için sabretmemiz gerektiğini anlatabiliriz. Söz konusu çocuk olduğu için, daha etkili olmamız ve onların seviyesine ve yaşına uygun açıklamalarda bulunmamız gerekir.

Örneğin Kuran'da geçen peygamberlerin sabırlarıyla sınıandıkları kıssalardan bahsedebiliriz. Sabır konusunda şöyle bir örnekle çocukla iletişim kurabiliriz. *"Geçmiş zamanlarda zengin ve mutlu biri yaşarmış. O kadar*

zengin olmasına rağmen, varlığını herkesle paylaşmış. Bu durumuna karşılık bazı insanlar, “tabii ki malını dağıtır, malı o kadar çok ki dağıt dağıt bitmez, durumu iyi herkes saygı gösterir tabii, ahlaki da iyi olur böyle olursa” diye arkasından konuşurlarmış. Fakat Allah onun samimiyetine güveniyordu ve bunu diğer insanlara da göstermek istiyordu. Bu sebeple kısa bir sürede onun tüm malını yok etmişti. İnsanlar şaşkınlıkla bu durumda bile Allah’a şükretmesini izliyordu. Maddi sıkıntıların yanı sıra, bir gün evi yıkılmış ve evinde bulunan çocuklarını kaybetmiş. Bu duruma da o kadar üzülmüş ki ağlamaktan gözlerini yara bağlamıştı. Fakat her şeyin Allah’tan geldiğine ve ona olan güveninin sonsuz olduğuna dair şükretmeye devam etmiştir. Felaketler bitmemiş bu sefer de vücudunda gün geçtikçe büyüyen ve tüm vücudunu saran yaralar çıkmaya başlamıştı, doktorlara gitmesi bile onun bu yaralarına çare bulamamıştı. Artık hareket etmekte bile zorlandığı için çalışamıyordu ve dolayısıyla eşi ona bakıyordu. Acı içinde olmasına rağmen sürekli Allah’tan sabır diliyor ve her daim ona dua ediyor ve şükrediyordu. Allah onu her türlü sıkıntı ve dertle sınamıştı. Allah ona güveniyordu, çünkü başına gelen onca şeyden sonra sadece Allah’tan şifa ve sabır diliyordu. Allah ona ayağını yere vurmasını söyledi. Yere ayağını vurduğunda yerden tertemiz su çıkmıştı, o su ile yaralarını temizledi ve dertlerinden kurtulmak için sudan içti, şifa buldu. Sağlığına tekrardan kavuştu ve servetini yeniden kazandı.” Bu anlattığım hikâyedeki sabırlı, isyan etmeyen, Allah’a küsmeyip her zaman ona dua eden kişinin Hz. Eyüp olduğunu biliyor muydun? Kur’an’da Allah bu kıssaya neden yer verdi sence? İnsanların sıkıntıya girdiğinde Hz. Eyüp’ün yaşadıklarından ve başka hikâyelerden ibret almaları ve bize örnek olsun diye olabilir mi sence? Mesela senin durumunu ele aldığımızda, hastalığına karşı sabırlı olduğunda Allah sana mükâfatını verecektir. Allah sabredenleri her zaman destekler. Birlikte dua edip, daha güçlü olmayı dilemeye ne dersin?” Bu örnekte olduğu gibi Hz. Yakub’un, Yunus’un, Yusuf’un hayatından ve diğer kıssalarından da bahsedilebilir. Kuran-ı Kerim’de geçen birçok kıssa insanın hayatını etkiler, örneklendirir ve ibret verir. Manevi bakım uzmanı da bu bilinçle hasta çocuklara yaklaşırsa, sabrın önemini vurgulamış olur.

Çocuklara ve Ailelerine/Yakınlarına Uygulanan Manevi Bakımın Etkisi ve Verimliliği

Manevi bakım çocuklar üzerine nasıl etkisini sağlayabilir? Bu soruya cevap aramadan önce, öncelikle çocuk kavramını ele almalıyız. “Çocuk; doğumdan buluş çağına kadarki dönemde insan yavrusudur” (Doğan, 2001: 267). Sözlükte buluş çağına kadarki dönemden bahsedilir, ancak medeni kanunlarımızda çocukluk dönemi, doğumdan 18 yaşına kadar olan

dönemdir. Bu tebliğde medeni kanunumuzu temel alarak çocuğu 18 yaşına kadar ailesinin sorumluluğu altında olan bir birey olarak kabul edecek ve maneviyatın çocuk üzerindeki etkisini bu yaş aralığını göz önünde bulundurarak ele alacağız.

Çocuğun yaşadığı her dönem onun hayatında etkisini bir şekilde belli edecektir. Bu sebeple küçük yaşlarda çocuğun anne babaya olan güven duygusuna önem vermeliyiz. Bebeğin ailesi ile arasında oluşan güven, ileriki yaşlarda Allah'a karşı inancını ve güvenini de etkileyecektir (Yüksel, 2013: 119).

Çocuğa yaşam boyu İslâm dini ile ilgili doğruyu ve güzeli öğretmek çocukta olumlu izlenimler bırakacaktır. İslam dinini, masum ve saf duyguların bulunduğu zamanlardaki çocuk yaşlarda en doğru şekilde öğretmek yine anne babaya düşmektedir (bkz. Yavuz ve Kutlu, 2011; Aydın, 2009: 164-173). Peki, çocukların dünyasında maneviyat nedir? İbadeti mi çağrıştırır? Duayı mı çağrıştırır? Kültürel bir etki midir? Allah'ın var olduğunu bilmek midir? Yoksa derinlerde olan duygular mıdır? Bu soruların cevabı her çocukta ve çocukluk dönemlerinde farklıdır. Fakat genel bir bakış açısı ile baktığımızda, görürüz ki, çocuklar küçük yaşlarda anne babanın yaptığı ibadetleri büyük bir gayret içinde taklit ederler. Sonrasında ise tamamen bağımsız olarak bazı pratikte yapılan ibadetleri benimseyip hayatın bir parçası olarak kabul etmektedirler. Yaş biraz daha ilerledikçe çocuk, dini bilgileri araştırıp, taklitten ziyade, kendi yöntemlerini oluşturup, aklını kullanarak bazı sorulara cevap bulma çabasına yönelmektedir (Yavuz, 1983: 253). Dolayısıyla çocuğun yaş ve yapı ile ilgili kapasitesini göz önünde bulundurarak dini bilgi hakkında değerlendirme yapmamız gerekmektedir. Çocukların bilgilere hazır olup olmadığını ölçerek (Selçuk, 1991: 39), onlar ile o seviyede iletişim kurmak ve değerlendirmelerimizi bu konular dâhilinde yapmamız daha sağlıklı sonuçlara vesile olacaktır. Çocuktaki manevi değerlerin nelerden oluştuğunu bilmemiz gerekir. Çocuğun zihnindeki tanrı olgusunda ailenin rolü büyüktür (Çayır, 2013: 29). Ayrıca yaş ilerledikçe kendi hayatında değer verdiği şeyler ile bağlantı kurduğunu ve bu durumun çocuğun soyut ve somut kavramlarını karıştırabileceğini de göz ardı etmemiz gerekir.

Çocuğun hastanede bulunduğu süreçte veya hastalık sürecinde zihninde ölüm kavramı uyanacaktır. Çocuklar küçük yaşlarda çevreden, aileden ve hayatın akışı sebebiyle ölüm kavramı ile karşılaşmaktadırlar. Çok küçük

yaşlarda ölüm kavramı çocuk için korkuyu, sıkıntıyı ve hastalığı çağrıştırmaktadır. Örneğin yedi yaşlardaki bir çocuğun zihnindeki ölüm kavramını ayrılık ile ifade etmesi gibi. Çocuğun, yaşı ergenlik çağına erişmesiyle birlikte, ölüm konusunu doğal bir süreç ve hayatın kanunu olarak algıladığı görülmektedir (Hökelekli, 1991: 154, 155). Yetişkin olan bir çocuğun, hastanede bulunduğu süreçte hastalığı sebebiyle ölümü hatırlaması söz konusu olabilir (Zengin, 2012: 186, 167, 189). Bu durumda manevi bakım uzmanının ölüm ve din ile ilgili bağlantısını çocuğun anlayacağı dilde açıklığa kavuşturması gerekmektedir (Yılmaz, 2013: 169-189; Köylü, 2004: 95-120). Ölümün korkulacak bir şey olmadığına, hayatın bir parçası olduğuna dair anlaşılacak bir şekilde açıklamalarda bulunulmalıdır. Bilhassa küçük yaşlardaki çocukların, hakikati arama ve soruşturmaya yönelik sorulardan uzak olduğu dönemlerde, çocukların ilgisini daha çok eğlenceli, hikâyemsi konular etkilemektedir (Bahadır, 1999: 60-62). Bu sebepten dolayı dini konuların ve manevi hususların aktarımlarında, daha kalıcı, etkileyici ve heyecan verici olunması gerekmektedir. Bir çocuğu dini konularda motive etmek ancak onun hoşuna gidecek şeylerle bağlantılı olmalıdır ki, amaca ulaşılsın. Hollanda'daki hastanelerde maneviyatı da etkili kılabilmek için dini bayramlar ve dini günlerde çocuklara yönelik programlar organize edilmektedir (Kuyk, 2006: 121).

Dini bayramları çocuklarımıza sadece hastane sınırları içerisinde değil, evimizde de etkileyici kılıp en güzel bir şekilde kutlayıp sevdirmeliyiz. Bu kutlamalar çocukların hafızalarında hep güzel bir anı ve hatıra olarak kalacaktır. Bunu gerçekleştirebilmek için iş anne-baba/aileye düşüyor. Yapılan birçok araştırmalara bakıldığında bir çocuğun karakteristik yapısının meydana gelmesinde etkin olan kurum ailedir. Aynı zamanda aile çocuğun kültürel ve dini değerlerini kazanmasında ve hayatında içselleştirmesinde en önemli faktördür.

Söz konusu bayramlar olduğunda ise çocukları heveslendirecek, motive edecek eylemlerde bulunmamız, ebeveynler için dini sevdirmenin bir yöntemi olabilir. Örneğin evi ailece birlikte süsleyip, ramazan takvimi yapıp takvimin sonunda bayram sevincini heyecanla beklemek, çocuklara hem bir etkinlik, hem de ramazanın eğlenceli bir şekilde geçmesine vesile olacaktır. Ayrıca ramazanın her günü için yapılacaklar listesi oluşturarak, çocuğa dini bilgileri öğretip uygulatabiliriz. İlahi okumak, komşulara / arkadaşlara hediye hazırlamak, sadaka vermek, sahura kalkmak, dua etmek, tebessüm etmek gibi küçük fakat hem bizler için hem de dinimiz için değerli şeyler yapmış

olacağız. Bayram sabahında ise hediyeleşmek, çocuklar ile birlikte kahvaltı hazırlamak, onlara bayram duygusunu iyice tattıracaktır.

Hastane ortamında ise bu geleneği devam ettirmeliyiz. Çocuğun bulunduğu odayı veya yattığı yatağın etrafını süsleyebiliriz. Yanı başında yaşına uygun dini hikâye kitapları bulundurabiliriz. Bu gibi küçük dokunuşlarla çocuklara Allah'ı ve dinimizi eğlenceli bir şekilde hatırlatmış olup manevi değerleri onlara öğretmiş oluruz. Özellikle annenin örnek olma konusunda çok itinalı davranması gerekir. Anne, çocuğun psiko-fizyolojik ve dini gelişimde en önemli faktördür. Anne, çocukla en çok vakit geçiren kişi olduğu için onun konuşması, hal ve hareketleri, manevi duyguları ile çocuğu etkilemesi ve ona örnek olması dini eğitimde büyük bir rol model olmaktadır (Ay, 2010: 129).

Anne baba dışında, çocuklarla uzaktan yakından ilgilenen tüm eğitimcilerin, din ve Allah hakkında bilgi aktarırken veya konuşurken çocuğun yaşını ve ruhsal durumunun gelişimini de göz önünde bulundurması gerekmektedir. Allah hakkında korkutucu bir tutumda bulunarak onu terbiye etmeye çalışılmaktan kaçınılmalıdır. Çocuk Allah'ı sevgi dolu, merhametli ve güvenilen biri olarak bilmelidir. Aksi takdirde ibadetlerini yerine getiren çocuk, bunu şükürün ve sevginin bir ifadesi olarak değil, tam aksine Allah'tan ceza almama ve ondan kaçma psikolojisi ile eda eder (Yıldız, 2007: 227-228).

Annenin, babanın ve eğitimcilerin çocuğa katması gereken bir başka konu da ahlak konusudur. Güzel ahlak konusunda yalnızca, Hz. Peygamber'in s.a.v. hayatından ve çocuklara karşı sevgisinden örnek alınsa bile büyük bir başarı elde edilmiş olur (Keskin, 2007: 225-236). Çocuklar, doğru sözlü, merhametli, şefkatli, vefalı, paylaşımcı, olan ile yetinmeyi bilen, çalışkan, şükürünü bilen, sabırlı, sevgi dolu, dürüst yardımsever ve sayamayacağımız kadar çok ahlaki davranışlarla yönlendirilerek yetiştirilmelidir. Ahlak sadece İslam dini ile bağlantılı bir değer değildir. Tüm insanlık için geçerli olan bir değerdir. Ahlak din, ırk, kültür ayırt etmeyen bir değerdir (Özdoğan, 1997: 359).

Aşırı baskı, zorlayıcı ve korkutucu bir din, çocukta olumsuz, depresif ve psikolojik sorunlara yol açabilir (Kelley, 2013: 352-357). Din ve Allah, çocukla aramızda geçen olumsuz iletişim ve davranışlarımızda kullanılmalıdır. Ailenin bağıni güçlü kılmada, birlik olmada, paylaşımda, sevgide, şefkatte ve merhamette dâhil edilmeli ki, dinin ve Kur'ân'ın gerçek amacına ulaşılabilin.

Hollanda Erasmus MC-Sophia Hastanesinde Yapılan Uygulamalar ve Gözlemler

Hollanda Erasmus MC-Sophia Çocuk Hastanesinde Hümanist, Hristiyan ve Müslüman manevi bakım uzmanları çalışmaktadır. Çocuk hastanesi olması sebebiyle, çalışan manevi bakım uzmanları genel olarak çocuklarla çalışmaktadır. Çocuğun yaşı ve durumuna göre ailelere veya yakınlarına da manevi destek verilmektedir. Her hafta toplantı yapıp, hastaneye yeni giriş yapan hastaların durumu veya aciliyeti hakkında ve ne kadar süre hastanede bulunacakları hakkında genel bir bilgi alınır. Toplantılar doktorlar, psikologlar ve hemşireler ile yapılır. Saniye Öztürk, MC-Sophia hastanesinin Müslüman manevi bakım uzmanıdır. Bir manevi bakım uzmanının rutin olarak günlük yaptığı toplantılara ve görüşmelere dahil olunarak pratikte uygulamaları yakinen takip edildi. Saniye Hanım'a eşlik ederek, hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler sağlandı.

Maneviyat insanlar için, özellikle hastanede bulunan insanlar için çok hassas bir konudur. Muhatap olduğumuz bireyler içinde Saniye Hanım'la mahremlerini ve dertlerini paylaşırken üçüncü bir şahsın orada bulunmasından rahatsızlık duyan birçok kişi ile de karşılaşıldı. Muhatap ile çok özel ve çok duygusal bir bağ kurulduğunda bu görüşmelerin gizlilik durumuna çok önem verilmelidir. Ayrıca bu iş ciddiye alınmalı, profesyonel hareket etmenin önemi göz ardı edilmemelidir. Gerçekleştirilen bu görüşmeler içerisinden bir manevi bakım uzmanının pratikte ne gibi durumlar ile karşılaştığına dair üç görüşme değerlendirildi.

Aşağıda ele alınan gözlemler hakkında kısaca çocukların hastalığı ve katılımcılar ile ilgili bilgi verildi. Bunun akabinde ise görüşme kaydedilip, üzerinde değerlendirme yapılmıştır.

Birinci Gözlem: İki Yaşında ve Lösemi Hastası

Hasta: İki yaşında ve lösemi hastasıdır. Katılımcı, hastanın annesidir.

Saniye Hanım rutin ve planlı olan günlük görüşmeler yapmak üzere, hasta odalarını ziyaret etmek için sabah erken saatlerde çalışmaya başlamaktadır. Hasta odalarına giderken sürekli görüştüğü bir anne ile karşılaştık. Anne 2 yaşında ikiz kız çocuklarından biri için hastanede bulunmaktaydı. İlik kanseri olan bu küçük kız, yaklaşık 9 aydır düzenli olarak kemoterapi tedavisi görüyordu. Anne çaresiz bir şekilde etrafa bakınıyor ve gözlerinden ağladığı

belli oluyordu. Saniye Hanım'ı görünce ona içini dökmek istediğini, derdini anlatmak istediğini belli etmiş ve konuşmaya başlamıştı. Saniye Hanım'a kendisinin hiç iyi olmadığını ve onu kızdıran durumun ise doktorların ve hemşirelerin kendisini bir türlü dinlememeleri ve anlamak istememeleri olduğunu söyledi. Haksızlığa uğradığını ve diğer hasta ve hasta yakınlarına farklı davrandıklarını söylüyordu. Bir yandan ağlayan, bir yandan da derdini anlatmaya çalışan anne, konuştuğu rahatlıyor ve asıl derdinin ne olduğu daha iyi anlaşılıyordu.

Bu annenin yanında ailesi veya bir yakını olmadığı için bazı sorunlar ile karşılaşmakta idi. Akrabalarının hepsi uzak yerlerde yaşıyorlardı. Kemoterapi bir saat sürdüğü için, kızını uzakta yaşayan akrabalarına bırakıp tekrar hastaneye geri dönmesi çok vakit alacaktı. Bu yüzden ikizlerin sağlıklı olmasını da hep yanında getirmek durumunda kalıyordu. Ancak hastanede çalışan hemşireler ise sağlıklı çocuğun sürekli içeriye alınmasından rahatsız oluyorlar ve sürekli tepki gösteriyorlardı. Hastanedeki hemşireler sürekli sağlıklı çocuğu kreşe bırakmasını söylüyorlardı. Ancak anne kreşteki diğer çocuklardan hastalık kapabileceği endişesiyle çocuğunu kreşe göndermek istemiyordu. Kreşten çocuğa herhangi bir enfeksiyonun bulaşması, tedavi gören çocuk için hayati tehlike taşıyordu. Anne, hemşirelere bir saatten bir şey olmayacağını, ayrıca onların ikiz olduğunu, yani birbirlerini görmelerinin onlara iyi geleceğini ve bu şekilde mutlu olacaklarını anlatmaya çalışıyordu. Hemşireler tüm bu açıklamalara rağmen sağlıklı çocuğu içeri almıyorlardı. Anne ise bu durumu hemşirelerin ayrımcılık yaptıklarına yoruyordu. Başka hastaların yakınlarını içeriye almakta zorluk çıkartmadıklarını; ancak kendi kızının içeriye alınmasında sıkıntı çıkardıklarını ve bundan dolayı bir haksızlığa uğradığını ifade ediyordu. Derdini anlatıp içini döktükten sonra anne biraz sessiz kaldı. Tüm bu olumsuzluklara rağmen sabırlı olmaya çalışan anne, haline şükretmeye başlamıştı.

Manevi bakım uzmanı Saniye Hanım, bu acılı anneyi dinleyerek onun içini döküp rahatlamasına fırsat veriyordu. Derdini anlatınca bir hayli rahatlayan kadına, yalnız olmadığını, Allah'ın onun yanında olduğunu, Allah'a sık sık dua edip ona sığınmasını tavsiye ediyordu. Manevi bakım uzmanı Saniye Hanım durumu toparlamaya çalışarak, doktor ve hemşireler ile görüşüp bir orta yol bulmaya çalışacağını söyleyip kadını bir nebze olsun rahatlatmış oldu. Bu görüşme anneyi rahatlatmış ve anne biraz daha sakinleşmiş bir şekilde teşekkür ederek vedalaşmıştı.

Değerlendirme

Bu olaya baktığımızda manevi bakım uzmanı olarak dinlemenin ve aynı zamanda empati kurmanın ne kadar önemli bir ihtiyaç olduğunu görebilmekteyiz. Çünkü bu acılı annenin manevi bakım uzmanı ile görüşmesinden sonra rahatlaması ve kendini daha güçlü hissetmesi, buna gösterilecek somut bir örnektir. Unutulmamalıdır ki, insan ruh ve bedenden oluşan bir varlıktır. Yani nasıl ki fiziksel rahatsızlığı olan bir insanın doktora gidip çare araması doğal ise, ruhsal sorunları olanın, bir manevi bakım uzmanına gidip derdini anlatması da bir o kadar doğaldır.

Yukarıdaki örneği merkeze alırsak şunu diyebiliriz ki, manevi bakım sadece bir hastayı veya hasta yakınını dini ve manevi anlamda aydınlatmak suretiyle dertlerine çare olmak değildir. Bazen onu sadece dinlemek de ayrı bir manevi bakımdır. Bu vesile ile muhatap size içini dökmekle bir rahatlatma hissetmektedir. Manevi bakım uzmanı olarak, dini konuların dışında da hastalara ve yakınlarına yardımcı olunabilir. Dinlemenin yanı sıra, sıkıntılara çare bulmaya çalışmak veya gerektiği durumda çalışanlara yönlendirmek de gerekebilir. Bazı durumlarda çocuk hakkında doktor ve hemşirelerle iletişim kurularak sıkıntılarına çare bulmaya çalışılabilir.

Son olarak bir manevi bakım uzmanı için zaman mefhumunun farklı işlediğini belirtmemiz gerekir. Yani hastalara ve yakınlarına eşit vakit ayırıp profesyonel bir haftalık konuşma ve görüşme planı yapılırsa da, her zaman araya farklı durumların girebilmesi ihtimaline hazır olunmalıdır. Planda olmayan bir hasta yakınına koridorda rastlanması ve onu dinleyerek yardımcı olunmaya çalışılması bunun güzel bir örneğidir. Hastanın veya hasta yakınının, hiç ummadığınız bir anda size ihtiyacı olabilir. Belki de on dakika sonra yanına gidildiğinde bu kadar verimli olunamayabilecektir. Önemli olan o an, yani ihtiyaç anında yanında olunmasıdır.

İkinci Gözlem: 24 Haftalık Prematüre Bebek

Hasta: 24 haftalık prematüre bebek. 650 gram ağırlığında doğduğu için hayati risk taşımaktadır. Katılımcılar, anne ve babadır.

24 haftalık doğan bebek erken doğduğundan dolayı ciğerleri yeterince gelişmemiş ve hayati risk taşımaktadır. Bu sebepten ötürü küvezde tutulmakta. Anne ve baba bebeklerini en az bir saat görmek için her gün hastanenin acil ünitesine gelmektedirler. Çocuk, hem fiziksel hem de ruhsal açıdan güçlü

olabilmesi için anne sütüne ihtiyaç duyar, bu sebeple annenin sıcaklığını hissetmesi, anne ile teması bu süreçte bir hayli önemlidir.

Anne ve baba çocuklarını görmek için her fırsatta hastaneye gelmeye çalışıyorlar. Ancak günlük hayattaki bazı engeller buna her zaman müsaade etmemektedir. Örneğin anne-baba sürekli olarak işten izin alamamak gibi engeller ile karşılaşabiliyordu. Bu sebepten dolayı anne ve babanın hastaneye hangi gün, hangi saate gidecekleri belli olmuyordu. Dolayısıyla manevi bakım uzmanı ile görüşmeleri de rutin bir şekilde ilerlemiyordu. Çözüm olarak ise manevi bakım uzmanı acil üniteye çalışan hemşirelere, bu bebeğin anne ve babası geldiğinde kendisi ile iletişim kurup haber vermelerini tembihlemişti.

İlerleyen günlerde anne ve baba acil ünitesine çocuklarını görmeye gelmişlerdi. Bu sayede manevi bakım uzmanı Saniye Hanım, anne ve baba ile görüşme fırsatını bulmuştu. Saniye Hanım ebeveynlerin hal ve hatırını sorduktan sonra bebek hakkında bilgi aldı. Bebeğin annesi, çocuğun durumunda bir değişikliğin olmadığını söyledi ve bebeğinin sağlığına kavuşması için dua etmemizi rica etti. Bunun üzerine manevi bakım uzman Saniye Hanım hep beraber dua etmeyi teklif etti ve hep birlikte dua ettiler. Sonrasında ise sessiz bir şekilde Kur'an ayetlerinden okumaya başladı. Okuma bittikten sonra anne ve babanın huzuru ve minnettarlığı yüzlerinden okunuyordu. Çok teşekkür ettiler ve bir daha buluşmak için randevulaştılar.

Bir hafta sonra planlanan gün ve saatte görüşme odasında buluşuldu. İlk buluşma acil ünitesinde yapılmıştı, çünkü görüşmenin kısa süreceği tahmin edilmişti. Ancak görüşme planladığından uzun sürünce, hemşireler acil ünitesinde enfeksiyon riski olasılığından dolayı, görüşmenin başka bir odada yapılmasını rica ettiler. Acil vakalar dışında hastanın yanında uzun süre kalmak pek sağlıklı bir durum değildir. Bu sebepten ötürü çocuğunu gördükten sonra anne ve baba görüşme odasına geçtiler.

Manevi bakım uzmanı önce genel bir giriş olarak ebeveynin hal ve hatırını sorduktan sonra bebek hakkında bilgi aldı. Bebeğin anne ve babası çok kısa bir süre önce Bulgaristan'dan Hollanda'ya gelmişlerdi. Dil sıkıntısı yaşayan ailenin kalacak doğru dürüst bir yeri bulunmamaktaydı. Geçici olarak babasının evinin çatı katında ikamet ediyorlardı. Maddi sıkıntı yaşıyorlar, fakat dil bilmedikleri için iş bulmada da sıkıntı çekiyorlardı. Yaşadıkları bu maddi sıkıntılar onları geriyordu ve çocuklarının bu durumu da gerginliklerini biraz daha artırıyordu. Manevi bakım uzmanı bu konular hakkında kısa

bir bilgilendirme yapıp onları sosyal kurumlara yönlendirdi. Sonrasında ise konu bebeğe geldi. Çocuğun hayatı tehlikesi devam ediyordu. Bu durum anneyi çok üzüyor ve moralinin çökmesine sebep oluyordu. Eşinin bu hali kocasını da üzüyor ve ona sitem ediyordu. Çünkü üzüldüğü için yemek yemiyor ve bu sebepten ötürü sütü kesiliyordu.

Manevi bakım uzmanı, kadına kendisini bırakmaması gerektiğini, kendisini mutlu ve iyi hissetmesi gerektiğini söylüyordu. Çünkü onun yaptığı ve hissettiği her şey çocuğa da yansıyor. Bu durumun anne karnında başlayan ve süt emzirmekle devam eden uzun bir süreç olduğunu ve bebek anneyi kendine daha yakın hissettiği için, annenin güçlü ve dirayetli olması gerektiğini izah ediyordu.

Doktorların çocuğun ölme ihtimalinin olduğunu söylemesi annenin zihninden hiç çıkmıyordu. Ancak manevi bakım uzmanı Saniye Hanım kendisine bir gün her canlının öleceğini, ayrıca bizim 10 dakika sonra ölmeyeceğimizin garantisinin de olmadığından bahsetti. Dolayısı ile kimin ne zaman öleceğini sadece ve sadece Allah'ın bileceğini bizim bu durumda yapacağımız en önemli şeyin dua etmek olduğunu söyledi. Allah'ın merhametli olduğunu ve kimseye kaldıramayacağı yükü yüklemeyeceğini, Bu nedenle ondan "Şafi" sıfatıyla şifa vermesini, "Rahman" sıfatıyla merhamet etmesini dilemek gerektiğini belirtti. Ayrıca kendisinin stres yapması durumunda, sütünün kesilmesine sebep olacağını, bu durumun çocuğuna zarar vereceğinden kendisini daha çok üzeceği şeklinde onu teselli etmeye çalıştı.

Söz sırası anneye gelmişti. Baba, çocuklarının hastalığı ile beraber kendilerinin de ölümü, İslam'ı ve Kur'an'ı hatırladıklarını belirtti. Müslüman oldukları halde manevi konuları hiç bu kadar düşünmediklerini söyledi. Bulgaristan'daki büyüklerinin ibadetlerini düzgün şekilde yaptıklarını ve kendilerine de örnek olduklarını ve bildiği birkaç dua varsa onu da onlardan öğrendiğinden bahsetti. Fakat hayatın akışı ile manevi olarak hiçbir şeyle ilgilenmez olmuşlardı. Bebeklerin bu durumu ile kendi kendilerine silkelenmeyi ve hayatın gerçekleriyle karşı karşıya kalmayı öğrenmişlerdi. Yani bu vesile ile dünyanın ölümlü olduğunu hatırlamış olduklarını ifade etmişlerdi.

Manevi bakım uzmanı bu anlatılanları sakın ve müdahalesiz bir şekilde dinledikten sonra değerlendirmesini yaptı. Bu dünyanın yaşam boyu öğrenme dünyası olduğunu ve bu hastalığın aslında kendilerinin Allah'a yaklaşmaları için bir fırsat olduğunu, her şeyde bir hayır olduğunu ve şer gördüğümüzde hayır, hayır gördüğümüzde şer olabileceğinden bahsetti. Manevi

bakım uzmanı ebeveynlere kendilerinin yapacakları en güzel şeyin Allah'a yönelip dua etmek olduğunu söyleyip kendilerine içinde kısa dua ve surelerden oluşan bir kitap hediye etti ve bu şekilde görüşme sona erdi.

Değerlendirme

İnsan, elinde olan veya olmayan sebeplerden ötürü, sağlık sorunları ile karşılaşabilir. Hastalıkları bir öğrenme süreci olarak kabul etmeliyiz. Hastalık insanlığa ölümü hatırlatan bir vesiledir. İslam dinini daha bilinçli yaşamamıza sebep olacaktır. "Her canlı ölümü tadacaktır"⁴, ayetini içselleştirmiş olan Müslümanlar, hastalık sürecinde daha olgun ve her türlü olumsuz neticelere bir nebze de olsa daha sabırlı olacaklardır. Bu düşünce Müslümanları Allah'tan her şeyin hayırlısını dilemeye sevk etmektedir (Türker Şahin, 2011: 136).

Manevi bakım uzmanı öncelikle gücünü Kur'an-ı Kerim'den almalı, umutlu olmalı ve umutlarını sürekli güçlü tutmalıdır. Allah'ın desteğini üzerinde hissetmeli ve bu desteği muhataba da hissettirmelidir (Özdoğan, 2000: 308). Ayetlerden, hadislerden veya kıssalardan örnek verirken, muhatabını tanımak, daha sağlıklı sonuçlar elde etmesine vesile olacaktır.

Bu görüşmelerde dinin ve Kur'an'ın gücünü bir kez daha görmüş olduk. Buruk ve üzgün bir şekilde başlayan görüşme, gözleri ışıldayan, motiveli ve ümitli ebeveynlere dönüşerek sonuçlanmıştır. Manevi bakım uzmanı çoğunlukla dinlemeyi tercih etti, sonrasında ise ayetlerden örneklerle ve dini bilgilerle konuşmayı yönlendirerek zenginleştirdi. Birçok hasta veya hasta yakınlarında karşılaşılan durumlardan bir tanesi de, bu anne ve baba ile kıyaslandığında, hastalığın insanı ibadete teşvik etmesi konusudur. Müslüman oldukları halde, din ile çok alakalı olmayan bu ailenin, manevi bakım uzmanına çocuğun yanında durup, Kur'an-ı Kerim okumalarını rica etmeleri bariz bir örnektir. Ayrıca kendileri de açık bir şekilde bu öğrenme süreci ile birlikte din ile daha yakın bir bağ oluşturduklarını ifade etmişlerdir. Ruhen ve psikolojik olarak ibadet ve dini bilgiler ile dinlendiklerini ifade etmeleri, maneviyatın hayatlarını nasıl etkilediğini göstermiştir.

Üçüncü Gözlem: 11 Yaşında Kronik Akciğer Hastası

Hasta: 11 yaşında bir kız çocuğudur. Akciğer hastasıdır. Katılımcı, çocuk ve annedir. Kronik olarak balgam sorunu yaşayan 11 yaşındaki bu kız çocuğu, sürekli hastanede kalmaktadır. Görünürde fazla ağrı ve sızısı olmayan hastadaki

4 3/Alî İmran, 185; 29/Ankebut, 57.

bu sorun vücuda ciddi zarar verme tehlikesi oluşturmaktadır ve bu durum çocuğun aylarca hastanede kalmasına sebep olmaktadır.

Manevi bakım uzmanı Saniye Hanım bu hasta ve yakını ile sürekli iletişim halindedir. Uzun süre hastanede kalan hastalar ile daha planlı ve düzenli buluşmalar ayarlanmaktadır. Çocuk ise yaş olarak tam da ergenlik döneminde olduğu için, manevi bakım uzmanı ile sınırlı bir şekilde iletişim haline geçmektedir. Düzenli olarak hastayı ziyaret eden manevi bakım uzmanı daha çok refakatçi olarak yanında kalan anne ile muhatap olmaktadır. Bu ziyaretinde ise çocuğun annesi ile görüşülmüştür. Çocuk ise o an orada değildi, hastanede eğitimden uzak kalmamak için düzenli olarak okul yaşındaki çocuklara eğitim verilen “hastane okuluna”⁵ gitmişti. Manevi bakım uzmanı ilk etapta görüşmelere genel olarak hal hatır sorarak başlar. Çocuğun annesi bu hastalık sürecinde sürekli hastanede bulunduklarından bir hayli yorulmuş olduğunu açıklamaya çalışarak içini dökmeye başladı. Artık evine, düzenine dönmek istediğini ifade etti. Evde başka ilgi isteyen bir çocuğu daha olduğunu ve bu süreçte hem ondan hem de eşinden sürekli ayrı kalmanın onu çok yorduğunu paylaştı. Doktorlar kızının hastaneden taburcu olacağını söylediğinde ümitlendiğini; fakat bazı pürüzlerden ve sağlık sıkıntılarının devam etmesinden dolayı bir türlü eve gidememeleri anneyi yormuştu. Manevi bakım uzmanı anneyi bir şekilde motive etmeye çalışıyor, sabırlı olmaya davet ediyor ve bu günlerin de geçeceğini ifade ederek biraz daha güçlü olmasını tavsiye ediyordu. Hastanede yatan diğer çocukların daha zor durumda olduklarını konuşarak bulunduğu duruma şükretmeye davet ediyordu.

Saniye Hanım, bu çocuğun durumunda olduğu gibi uzun süre hastanede kalan aileleri, çocukları ve hastalıklarını daha yakinen tanıyıp, görüşme esnasında hassas olunması gereken konuları daha çok dikkate alıyordu. Örneğin hastalığına iyi gelen bir bitki çayı alıp getirmesi, hastalığın ne gibi sıkıntılardan oluştuğu ve nelerin iyi gelebileceğini araştırması muhatabına verdiği önemi göstermektedir. Anne, çocuğun yediği yemeklerden bahsetti. Çocuğun sürekli sağlığına zarar veren yemekler yediğini ve onu hiçbir şekilde ikna edemediğinden şikayet etti. Çocuğun yediği ve içtiği bazı ürünler bu hastalığı tetikliyordu. Anne ise bu durumda çok zorlanıyor ve içini Saniye Hanım’a döküyordu. Manevi bakım uzmanı olarak bu gibi durumlarda, yani

5 Hastanede kronik ve uzun süre kalan çocukların eğitimi için okul bulunmaktadır. Çocukları yormayacak şekilde, derslerden geri kalmamak amaçlı oluşturulan bu eğitim sisteminde, öğretmenler tarafından çocukların yaşlarına göre ders işlenmektedir.

dini içeriği olmayan konularda da muhatap teselli bekleyebiliyor. Anneyi bu konuları konuşmak için uzmanına yönlendiriyor ve alternatif üretmeyi teklif ediyordu. 11 yaşındaki bir kız çocuğu için uzun süre hastanede kalmak çok zor bir süreç. Manevi bakım uzmanı bu süreçte sohbetler ederek, bazı durumlarda ise dini hikâyeler okuyarak veya anlatarak destek olmaya çalışıyordu. Çocuk için sıkıcı geçen günlerde ise anne, hastanede organize edilen eğlencelere çocuğu dâhil edip, bu süreci bir nebze de olsa kolaylaştırmaya çalışıyordu. Mesela bir gün çocuk DJ'leri ve eğlenceli figüranlar gelmişti. Bir başka gün hastanedeki çocukları ziyaret etmek onları eğlendirmek ve futbol oynamak için Feyenoord futbolcuları geldi. Bu gibi aktivitelerden faydalanmak bu hastalık sürecinde çocuğun moralini yüksek tutmak için önemlidir. Manevi bakım uzmanı da zaman zaman çocuklar için etkinlik ve faaliyetler organize ediyordu. Bilhassa bayramlarda bu organizasyonları çocuklarla iletişim kurmak için bir fırsat olarak görüyor ve iki taraf için de daha kaliteli bir bağ kurmak için bir vesile oluyordu.

Değerlendirme

Bu hastayı değerlendirdiğimizde, bulunduğu şartları da göz önünde bulundurmamız gerekir. Çocuk yaklaşık 6 aydır hastanede bulunarak arkadaşlarının, ailesinin ve çevresinin bulunmadığı bir ortamda zaman geçirmek zorunda kalmıştır. Sophia Erasmus MC hastanesinin çocuk hastanesi olmasından dolayı hastanede bulunan çoğu mekânlar çocuklara yönelik organize ve dekore edilmiştir. Çeşitli etkinlikler ile çocukları güldürüp eğlendiren hastane personeline palyaçolar, bu şekilde az da olsa çocuklara hastalıklarını unutturmaya vesile olmaktadır. Bu hastanın (serumlar ile beraber olsa da) rahatlıkla hareket etmesinde yürümesinde bir sorun yoktu. Bütün etkinliklere rahatlıkla katılabilme şansı bulunmaktaydı. Fakat hastanede her türlü hastalık söz konusu olabilir. Kanser tedavisi gören veya fiziksel olarak yatağa bağımlı olan çocuklar ile de karşılaşılıyor. Manevi bakım uzmanı, çocuk ile iletişim kurduğunda veya bir etkinlik organize ettiğinde her şartı dikkate almalıdır. Çocuklara manevi olarak destek olmaya çalışırken çocuğun sağlık durumuna göre hareket etmek bu yüzden çok önemlidir. Çocuklar kendi sınırlarını, yani hangi konular üzerine konuşmak istediğini bir şekilde belli eder. Kimi çocuk ahirete meraklıdır, kimi çocuk ise daha çok yaşadığı durumu maneviyat ile bağdaştırmaya çalışır. Bu örnekte çocukla kurulan iletişim de daha önceki buluşmalarda da dini hikâyeler anlatılmış ve üzerine

konusulmuştur. Çocuktan ziyade ailenin, annenin dinlenmeye konuşmaya ihtiyaç duyduğunu da görmüş olduk.

Manevi bakım her yaştaki çocuğa uygulanır mı sorusunu da bu örneğin altında biraz daha açmak gerektiği kanaatindeyim. Bir çocuk maneviyat ile ne kadar ilgilidir? Her yaşta, yaş grubunda çocuk manevi sıkıntılar ile cedel-leşebilir. Küçük yaş guruplarında Allah'ı sorgulama, ergenlik dönemindeki çocukların yaşamdaki anlam arayışları veya kronik hasta olan çocukların zihinlerindeki soruların oluşması gibi. "Arkadaşlarım okula gidip, evde eğlenirken, neden benim hastanede olmam gerekiyor?" "Allah beni neden seçti? Bu bir ceza mı?" gibi sorular için manevi bakım uzmanı ayrıntılı olarak çocuklara destek olmalı ve bu gibi sorulara cevap vermek için kendini profesyonel bir şekilde eğiterek hazırlamalıdır (Schrijver-Smeets, 2012: 44-46).

Sonuç

Bu tebliğimizde maneviyatın, hasta çocuklara ve yakınlarına nasıl uygulanacağı hakkında bilgi vermeye gayret ettik. Çocuklara yönelik manevi desteğin nasıl bir yöntem ile en verimli şekilde uygulanabileceğini açıklamaya çalıştık. Hastane ortamında tüm çalışanlar ile iletişimin önemini ve aynı zamanda hem çalışanlar ile hem de hasta ve yakınları ile iletişim esnasında dikkat etmemiz gereken konuların profesyonellikle bağlantılı olduğunu izah etmeye çalıştık.

Manevi bakım uzmanları işlerini iyi yapmalı, sorumluluğunu yerine getirerek bunun doğal bir hal almasını sağlamalıdır. İster doktor, ister hemşire, psikolog veya manevi bakım uzmanı olsun, her iş alanında sorun çıkma ihtimali tabiatın bir gereğidir. Önemli olan ikili ilişkilerde her daim sorunları en asgari miktara indirmek ve işi en iyi şekilde yerine getirmektir.

Çocuklar üzerine konuştuğumuzda manevi bakımda kullanılan yöntemlerin daha farklı olduğunu görmekteyiz. Çocuğun yaşı itibarı ile maneviyat ile ilgili bağlantısı farklı boyutlarda olmaktadır. Bu sebepten ötürü, iletişim kurduğumuzda çocuğun ruh halini, psikolojisi ve yaşını göz ardı etmeden iletişim kurmak gerekmektedir. Çocukların dünyasında Allah ve din anlayışı hakkında bilgi sahibi olmanın önemi de bu tebliğ aracılığı ile vurgulanmaya çalışıldı.

Çocukların zihninde hastane kavramı olumsuz çağrışımlar yapmaktadır. Bu zihniyeti en asgariye düşürebilmek için önce hastane ortamını çocuğa

göre dekore edip orasını cazip bir şekle sokmak gerekir. Amaç çocukları huzursuz, mutsuz ve korkulu bir ortamdan uzaklaştırmak olmalıdır. Çocukların fiziki ortamını tamamladıktan sonra manevi olarak huzur içinde olmalarını sağlamak gelmektedir. Örneğin, bayramlarda etkinlikler organize etmek, çocuklara yönelik dini kitaplar temin etmek, dini ritüellerin temiz ve düzenli ibadethanelerde eda edilmesi gibi. Bu noktada dini, psikolojik ve pedagojik altyapıya sahip olan manevi bakım uzmanları devreye girmektedir.

Hollanda Devleti, çocuklara uygulanan manevi bakımı, bir ihtiyaçtan ziyade bir mecburiyet olarak görmektedir. Türkiye’de yukarıda belirttiğimiz gibi, manevi bakımın anayasal bir hak olduğu belirtilmiştir. Ancak kanundaki bu hak daha çok genel çerçeveyi oluşturmaktadır. Çocuklara yönelik ayrıntılı bir kanun bulunmamaktadır. Dolayısıyla bir an önce bu konuya dikkat çekilmesi ve kanuni olarak çocuklar üzerinde manevi bakım çalışmalarının hızlandırılması önerilmektedir.

Manevi bakım uzmanı profesyonel bir şekilde çocukların huzurunu sağlamalıdır. Hollanda’da gözlem yaptığımız hastanede bunun olumlu sonuçlar verdiğine şahit olundu. Çocuklar ve yakınları, bu ihtiyaca karşı tepki verip vermeme, ihtiyaç duyup duymama konusunda özgür kılınmalıdır. Bu hizmetin Türkiye’de de sunulmasının çocuklara olan manevi bakıma ışık tutacağı düşünülmektedir. Hastanede bulunan çocukları ve yakınlarını psikolojik açıdan motive edip, onlara destek olmanın bir manevi bakım uzmanının en temel görevleri dahilinde olması gerektiği düşünülmektedir. Dünyanın birçok yerinde uygulanan bu ve buna benzer sistemlerin, Türkiye’de de daha yaygın bir şekilde gerçekleşmesi ve hukuki açıdan desteklenmesi gerekmektedir.

Kaynakça

- Ayten, A., Gülüşan G., Kenan S. ve Eyyüp E. Ö. (2012). Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: Hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine ampririk bir araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2), 45-79.
- Ay, M. E. (2010). Çocuklarımıza Allah'ı nasıl anlatalım. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Bierkens, P. B. (1986). Woord en communicatie gespreksvoering in theori en praktijk. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.
- A. van Buuren, "Een moslimkind sterft- het draait om compassie. *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*, 193-199.
- Aydın, M. Z. (2009). *Ailede ahlak eğitimi*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Bahadır, A. (1999). Çocukta dini ilgi ve düşüncenin gelişmesi ve Allah inancının öğretilmesinde metotlar. *Mehir*, 3, 60-62.
- Bülbül, M. (2013). Almanya'da hastanelerde yapılan manevi bakım (din) hizmeti. Vaaz ve Vaizlik Sempozyumu (17-18 Aralık 2011). 1. 590-630.
- Çayır, C. (2013). Çocuklarda Tanrı Tasavvuru Üzerine Bir Araştırma. *Dicle Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 15(2), 25-60.
- Eryücel, S. (2013) Yaşam olayları ve olumlu dini başa çıkma. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(23), 251-271.
- Dijkstra, J. (2007). *Gespreksvoering bij geestelijke verzorging*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Doğan, D. M. (2001). *Doğan büyük Türkçe sözlük*. Ankara: Vadi Yayınları.
- Dökmen, Ü. (2009). *Sanatta ve günlük yaşamda iletişim çatışmaları ve empati*. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Friedman, H., Krippner, S., Riebel, L. & Johnson, C. (2010). Transpersonal and other models of spiritual development. *International Journal of Transpersonal Studies*, 29(1), 79-94.
- Ganzevoort, R.- Visser, J. (2012). *Zorg voor het verhaal achtergrond, methode en inhoud van pastoraal begeleiding*. Zoetermeer: Meinema.
- Hanrath, A. C. H. (2002). Bestaansgronden en verstandshorizon, het ambtshalve karakter van geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijk Verzorging Jaargang*, 4(23), 48-53.
- Hökelekli, H. (1991). Ölüm ve ölüm ötesi psikolojisi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3), 151-166.
- Karaca, F. (2007). *Dini gelişim teorileri*. İstanbul: Dem Yayınları.
- Kelley, B. S. ve Miller, L. (2013). Dindarlık ve Maneviyatın Ruh Sağlığı ve Psi-

- koloji ile ilişkisi, Güler Aydın, Ö. (Çev.). *Din ve maneviyat psikolojisi yeni yaklaşımlar ve uygulama alanları* içinde s.343-376. Derleyen Paloutzain, R. F. ve Park, C. L. Çeviri Editörü: Çapçioğlu, İ. ve Ayten, A. Ankara: Phoenix Yayınları.
- Keskin, Y. Z. (2007). Hz. Peygamber’de çocuk sevgisi. *Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 12(17), 225-236.
- Köylü, M. (2004). Ölüm Olayının Çocuklar Üzerine Etkisi ve Ölüm Eğitimi. *OMÜİFD*, 17, 95-120.
- Kula, N. (2006). İstenmedik ve beklenmedik olaylarla karşılaşan bireylere yönelik moral ve manevi desteğin önemi 1 (depresyon ve bedensel engellilik örneği). *Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 6(2), 73-94.
- Kula, N. (2007). Sözlü iletişim açısından Hz. Muhammed’in ortaya koyduğu temel ilkeler”, Hz. Muhammed ve evrensel mesajı sempozyumu (20-22 Nisan 2007). *İslami İlimler Dergisi Yayınları*, 701-717.
- Kuyk, E. (2006). *Geestelijke verzorging in de Jeugdzorg*. Kampen: Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging.
- Özdoğan, Ö. (2000). İnsan-kutsal kitap ilişkisi. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 41, 293-308.
- Özdoğan, Ö. (2006). İnsanı anlamaya yönelik bir yaklaşım: Pastoral psikoloji. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 47, 127-141.
- Özdoğan, Ö. (1997). Kendini gerçekleştirme açısından insan-din ilişkisi. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 36. 359-364.
- Özdoğan, Ö. (2007). *Mutluluğu seçiyorum*. Ankara: Özdenöze Yayınları.
- Peeters, JAC L.J. (2006). *Interdisciplinaire samenwerking*. Kampen: Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging.
- Rullmann, W.- Reinders, M. (2006). *De kinderafdeling*. Kampen: Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging.
- Sağlam, İ. (2006). Anne-baba dindarlığının çocuklar üzerindeki etkisi. *Dindarlık Olgusu Sempozyumu*, 163-180.
- Schrijver, L.-Smeets, V. (2012). *Geestelijke Verzorging voor Kinderen*. Tijdschrift Geestelijke Verzorging, Amsterdam.
- Selçuk, M. (1991). Çocuğun eğitiminde dini motifler. Ankara: TDV Yayınları.
- Türker Şahin, A. (2011). De dokter is god omgaan met het leven in verschillende culturen. *De kwestie praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg*. Editörler: de Beaufort, İ.- Hilhorst, M.- Vandamme, S.- van de Vathorst, S.- Schermer M. Boom. Den Haag: Lemma Uitgevers.

- Yavuz, K. (1983). *Çocukta dini duygu ve düşüncenin gelişmesi*. Ankara: DİBY.
- Yavuz, K. E.- Kutlu, N. (2011). *Yürekten anne baba olmak çocuklarınız ile etkili iletişim için 5 altın adım*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Yıldız, M. (2013). Çocukların tanrı imgesinin farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 7(13), 45-63.
- Yıldız, M. (2007). *Çocuklarda tanrı tasavvurunun gelişimi*. İzmir: İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları.
- Yılmaz, S. (2013) Çocuklarda ölüm kaygısının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Bilimname: Düşünce Platformu*, 2(25), 169-189.
- Yılmaz, S. ve Karacoşkun, M. D. (2013). Dini davranışlar ve inançla ilişkili, *Din psikolojisi el kitabı* içinde (s.139-174). Editör: Karacoşkun, M. D. Ankara: Grafiker Yayınları.
- Yüksel, A. Ş. (2013). Dini gelişim, *Din psikolojisi el kitabı* içinde (s.111-126). Editör: Karacoşkun, M. D. Ankara: Grafiker Yayınları.
- Zengin, H. K. (2012). T.C. Diyanet İşleri Başkanlığının çocuk kitapları yayınlarından “inanıyorum serisi” üzerine bir inceleme. *Dinî Araştırmalar*, 14(40), 178-202.

Kiliselerin Hastanelerde Sunduğu Manevi Danışmanlık Hizmetleri: Katolik Kilisesi Örneği

*İsmail Taşpınar**

Giriş

Hıristiyanlık'ta hastalık, uzun bir süre hasta olan kişinin günahları nedeniyle Tanrı tarafından imtihan edilmesi olarak görölmüştür. Bu nedenle genellikle toplum tarafından dışlanmakta idi. Bununla beraber, Yeni Ahid'de yer alan 'Hasta idim ve beni ziyaret ettiniz' ifadesi, bu yaklaşımın eleştirilmesine ve yeni tavırlar geliştirilmesine neden olmuştur. Böylece, hastalara ve muhtaçlara yardım etmek, onları olduğu gibi kabul etmek ve onları tedavi etmek, Hıristiyan ahlakının temel esasları arasında ele alınmaya başlanacaktır.

Özellikle, Hz. İsa'nın Yeni Ahid'de yer alan Samiriyeli kadın ile ilgili benzetmesi dikkate alan Kilise, iyi bir Hıristiyan'ın acı çeken kişiye yardımcı olmasını, ona destek olması ve ihtiyacını gidermesini sağlayacak müesseselerin kurulmasını teşvik edecektir. Bu konuda, insanlara yardımcı olacak ve manevi rehberlikte bulunacak mütehassıslar yetiştirilecek, kurumlar, hastaneler ve şifahaneler inşa edilecektir (Matta, 8/14-15; Markos, 1/14-45, 2/1-12, 5/24-34, 10/46-52; Luka, 7/11-16, 13/10-17, 17/11-19, 24/19; Yuhanna, 9/1-41).

Katolik Kilisesi, özellikle sağlık hizmetlerinde manevi rehberliğin daha etkin ve mükemmel bir şekilde yerine getirilebilmesi için, 13. Yüzyıldan itibaren bu yönde çalışacak ve ihtisaslaşacak insanların bir araya getirileceği

* Prof. Dr., M.Ü. İlahiyat Faköltesi Dinler Tarihi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ve ortak çalışabileceği tarikatların kurulmasını sağlayacaktır. Bu konuda, Katolik Kilisesi'nin yetiştirmiş olduğu önemli isimler olacaktır. Mesela, Jean de Dieu (1495-1550) manevi rehberlik konusunda hastaların ve hastanelerin piri kabul edilecektir. Camille de Lellis (1550-1614) ise, 1582'de Hastaların Hizmetkarları Tarikatını (*Ordre des Serviteurs des Malades*) kuracaktır. Bu kuruluşlar, sadece hastalara değil, aynı zamanda hasta yakınlarına dair geliştirdikleri yaklaşımları ve onlara rehberlik etmeleri ile de tanınacaktır.

Katolik Kilisesi'nin bu yöndeki faaliyetleri 19. Yüzyıldan itibaren yeni bilgiler ve tecrübelerin de eklenmesi ile yeni gelişmeler sağlayacaktır. Özellikle, modern gelişmelere ve sorunlara paralel olarak, gönüllülerin katılımını sağlayacak yönde çalışmalar yapılacaktır. Hem hastalıkların hem de onların tedavi şekillerinin (bedensel ve psikolojik) çeşitlenmesi ile birlikte, hastalara yeni manevi destek ve rehberlik metodları geliştirilecektir.

Katolik Kilisesi, bu yönde önemli belgeler yayınlayacaktır. Bunlar içerisinde özellikle 1984'de Papa II. Jean Paul tarafından yayınlanmış olan *Salvifici Doloris* adlı Apostolik Mektup, insanın çektiği sıkıntılar ve onlara gösterilecek manevi danışmanlığın psiko-teolojik temellerine dair açıklamalarda bulunacaktır. Ayrıca, Fransız İhtilali ile birlikte Kilise'nin her türlü faaliyetlerine kısıtlama ve hatta yasaklama yönünde kararlar alan Fransa, hastanelerdeki 'manevi' hizmetlerin devamı yönündeki faaliyetleri engelleme yönünde bir uygulamaya gitmemiştir. Aksine, Fransa'da 1905'de çıkarılan kanunda, hastanelerdeki manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin devlet tarafından 'desteklenebileceği' ibaresi yer almaktadır. (Hoffner, 2010)

Bu çalışmada, yukarıda ana hatlarıyla çizilen konular etrafında Katolik Kilisesi'nin tarih boyunca hastalar ve hasta yakınlarına karşı tavrı, bu konudaki yaklaşımı, geliştirdiği müesseseler ve yöntemlerin neler olduğu üzerinde durulacaktır.

1. Katolik Kilisesi ve Hastaneler

Katolik Kilisesi tarihinde hastaneler, toplumun en zayıf halkası olan hasta ve yoksullara ulaşmanın ve onlara yardım etmenin en önemli müesseseleri olmuştur. Latince 'hospitalis' kavramı Kilise metinlerinde 1190 tarihinden itibaren kullanılmaya başlayacaktır. Kilise tarihinde hastalarla yakından ilgilenen 'hospitalier' tarikatlar ve vakıfların ortaya çıkışı da aynı tarihe yani 12. ve 13. yüzyıllara rastlamaktadır. İlginç olan, o dönemde kurulan hastanelere 'Allah-evi' (Maison-Dieu), 'Allah-misafirhanesi' (Hôtel-Dieu), Cüzamhâne

(Léproserie) , Hastahane (Maladrerie), bulaşıcı hastalıkların kırk günlük karantinalarından ilhamla ‘Çilehane’ ya da ‘Fukarahane’ (Lazaret) gibi isimlerin verilmesidir.

16. ve 17. yüzyıldan itibaren, fakir hastalara tahsis edilmiş olan Allah-misafirhanelerin yanında, ortaya çıkan yeni ihtiyaçlara göre farklı bir hizmet çeşitlenmesine doğru gidilmiştir. Mesela; askeri hastaneler, dilenciler hastanesi, tedavi edilemeyen hastalar hastanesi gibi. Hastaneler bir dönem yönetimin ‘mutlak otoritesinin tezahür ettiği’ yerler olmuştur ve bu yüzden resmi makamlarca iktidar gücü tarafından başıboş gezgin dilencilerin ‘kapatıldığı’ yerler olmuştur. Bu çerçevede, Fransa’da 1715 yıllarında yapılan hastaneler toplumun marjinal kesiminin sığınağı olmasının yanında genellikle yaşlılar ve yetimler hastaneleri olduğu söylenebilir. Bununla beraber, hastaneler daima bir yönüyle ‘misafirhane’ olma özelliğini korumuştur. Merkezi yönetimin ‘kamu desteği’ adına vesayetini hissettirme alanı olarak hastaneler konusu bir yana, Fransız İhtilali dönemine kadar hastanelerin yönetimi Kilise temsilcileri olan din adamları ile bölgenin ileri gelen zenginlerinin birlikte işlettikleri bir yer olmuştur. İhtilal ile birlikte bu yapı, Fransa’da ‘laikleştirme’, ‘sekülerlik’ ve ‘medicalizasyon’ adına bütünüyle yok edilmiş ve hastaneler büyük bir finansal kriz ile birlikte insani bir krizin içine düşmüştür. 20. Yüzyıla gelindiğinde Kilise’ye bütünüyle hastanelerden el çektirilmiştir.

Bununla beraber, Kilise bütün olumsuzluklara rağmen René Biot (1889-1906) ve Jérôme Lejeune (1926-1994) gibi Katolik doktorların da gayretiyle ‘insani tabiplik’ adı altında irşad vazifesini icra edecek müesseseler ile palayatif tedavi ve hastaların onurlarına dair fikir üretecek yapılar kurarlar. Bu ve benzeri gayretler sonucunda 21. yüzyılda hastaneler yeniden etik konuların temel meseleler haline geldiği ve dini temsilciler hazır bulunmadan ele alınması ve çözülmesi imkansız soruların tartışıldığı alanlar olmuştur. (Durand, 2017: 615-616) Bu durum, aynı zamanda hastanelerde manevi rehberlik ve danışmanlık (aumônier) konularını da gündeme getirmiştir.

2. Katolik Kilisesi’nde Manevi Danışmanlık

Hıristiyanlığın ilk yıllarından itibaren Tanrı’ya ve diğer insanlara karşı sevgi ile yaklaşmak adına fakir, yoksul ve ilgiye muhtaç hastalarla ilgilenmeye dayalı faaliyetler daima var olmuştur. Kilise’nin desteklediği insanlara merhamet etmek ve bu maksatla sadaka vermek, Aydınlanmacılar tarafından insanları miskinliğe ve dilencilığe özendirme olarak eleştirilmiştir. Ancak,

Jean-Jacques Rousseau, ‘Sadece sadaka değil, aynı zamanda merhamet de edin’ ifadesiyle söz konusu dini uygulamanın sadece maddi alanla sınırlı kalmaması gerektiğine dikkat çekmiştir. Toplum içerisinde merhamete en çok muhtaç olan sınıflardan biri de, şüphesiz hastalar ve yaşlılık nedeniyle bedensel zayıflığın sebep olduğu hastalıklarla boğuşan bakıma muhtaç olanlardır.

Katolik Kilisesi, toplumun bu her iki kesiminin ihtiyaçlarıyla yakından ilgilenmiştir. Özellikle Orta Çağ’da Katolik Kilisesi ve siyasi otoriteler, özellikle ‘gururlu ve utangaç’ gerçek fakir ve yoksulların da kolayca tespit edileceği yerler olması hasebiyle, hayır kurumları içerisinde özellikle hastanelere sadaka verilmesini teşvik etmişlerdir. Bu her iki yönetici kurum da hastanelerle özel olarak ilgilenmişlerdir. 16. Yüzyıldan itibaren, şehirlerde hasta ve yoksulların bakımı için bürolar kurulmuştur. Şehirlerde kurulan bu müesseseler (*aumônerie*) vasıtasıyla hasta ve yoksullara ya da evsizlere daha hızlı ve yerinden ulaşmak hedeflenmiştir. Kilise’nin ahlak öğretisi, toplumun bu sınıflarına dair yapılacak her türlü çalışmanın kalitesinden ödün verilmemesi için kendi zamanındaki ihtiyaçları gözetererek kendini yenileyebilecek bir özellikte olmasını istemektedir. (Durand, 2017: 102)

Başlangıçta bu hizmetler, bölge sorumlusu piskopos tarafından görevlendirilen din adamı tarafından gerçekleştirilmekte idi. Günümüzde ise, yukarıda işaret edilen bakıma muhtaç her bir toplumsal sınıf için farklı kategorilerde ihtisas sahibi din adamı veya mütehassıs kişiler görevlendirilmektedir. Bunlardan bazıları askerler, hapishaneler, liseler, üniversiteler ile ilgilenirken bazıları da hastanelerle ilgilenmektedir. Bu görevi yerine getiren kimseler de sahip oldukları formasyona göre değişiklik arz etmektedir. Bu kişiler bazen bir din adamı, bazen de bir laik olabilmektedir. Ancak her ikisi de bu görevlerini bir piskoposa bağlı olarak icra ederler. (Durand, 2017: 102-103)

3. Katolik Kilisesi ve Hastanelerde Manevi Danışmanlık Hizmeti

Katolik Kilisesi’nin hastanelerdeki faaliyetleri, asırlar önce hasta bakıcı tarikatlar yanında yerel piskoposlar tarafından icra edilen hasta bakıcı görevliler (*aumôniers*) tarafından icra edilmekte idi. Bu konuda modern dönemde ve yakın zamandaki düzenlemelerin önemli bir kısmı, 1963’te II. Vatikan Konsili’nde alınan kararlara dayanmaktadır. Bu kararlar, özellikle piskoposluğa dayalı hizmetlerin geliştirilmesinde büyük etkisi olmuştur.

3.1. Katolik Kilisesinin Manevi Danışmanları Hastanelere Atanması

Katolik Kilisesi'ne bağlı veya onun bir temsilcisi olarak kamuya açık hastanelerde görev yapacak olan kişi, bölge piskoposu (évêque diocésain) tarafından takdir ve tayin edilir. Manevi rehber ve danışman olarak seçilenler, bu göreve getirildiklerine dair piskopostan bir 'Misyon Mektubu' (Lettre de Mission) alırlar. Görev yapmak için başvuru hastane idaresinin, bu mektuba sahip olan her manevi danışman ve rehberi göreve başlatma zorunluluğu yoktur. 'Misyon Mektubu' olarak da isimlendirilen bu görev mektubu, piskopos ile manevi rehberlik yapacak olan kişi arasında özel bir belgedir. Dinî bir hüviyete sahip olan bu mektubu kimseye göstermeleri gerekmez. Bu mektubun herhangi bir resmi geçerliliği de yoktur. Piskopos tarafından verilen bu mektup, Katolik Kilisesi adına görev yapacak olan manevi danışman ve rehberlere tevdi edilen 'misyonun' yani 'aslı görevinin' belgesidir. Danışman ve rehber olacak kişiye bu Misyon Mektubu, Piskopos adına 'Hastanelerdeki Manevi Danışmanlık ve Rehberlikler Dini Bölge Sorumlusu' (Responsable Diocésain des Aumôneries d'Hôpitaux, RDAH) tarafından bizzat elden verilir. Kamuya açık hastanelerde görev yapacak olan manevi danışman ve rehberler, görev yapacakları hastane idaresine 'Atama Mektubu'nu (Lettre de Nomination) takdir ederler.

Manevi rehber, görev yapacağı hastanenin genel yapısı ile ilgili bilgi sahibi olmalıdır. Bu göreve atanan rehber, birlikte çalışacağı 'Yardımcı Üyeler'den oluşan takım içerisinde hastane idaresine ve bölge piskoposluğuna karşı sorumludur.

Manevi Danışman ve Rehberler, hastanelerde yardımcıları ile birlikte bu görevlerini icra ederler. Yardımcı Üyeler, manevi danışmanın kendisi tarafından oluşturulabileceği gibi gönüllü olarak başvuranlar arasından da seçebilir. Piskopos tarafından atanan manevi danışman, görev yapacağı hastanede kendisiyle birlikte çalışacak olan 'Yardımcı Üyelere' veya 'Takım Üyelerine' misyon görevini kendisi verir. Danışman, kendisi ile birlikte görev yapan Yardımcı Üyelerin formasyonlarını güncellemeleri ve hizmet içi eğitimlere katılımlarını takip eder. Bu formasyon eğitimleri genellikle Katolik Kilisesi'nin ilgili birimi olan 'Hastanelerdeki Manevi Danışmanlık ve Rehberlikler Dini Bölge Sorumlusu' (Responsable Diocésain des Aumôneries d'Hôpitaux, RDAH) ofisi tarafından düzenlenir.

Yukarıda verilen bilgilerden de anlaşılacağı üzere, manevi rehberlik görevini yapan kişiler, hem bölgenin 'Dini İdaresine' yani Piskoposuna karşı sorumludur hem de hastane idaresine karşı sorumludur. Manevi danışman-

lar, kendilerine karşı sorumlu oldukları her iki yönetime de faaliyetlerinin yer aldığı yıllık rapor vermek zorundadırlar. Hastanelere verilen raporda yapılan işlerin detayı yer alırken; Piskoposluğa verilen raporda tevdi edilen ‘misyon’ ilişkin bilgiler verilir. Zira, manevi danışman ve rehber, Katolik Kilisesi’nin hastanelerdeki yegane temsilcisi konumundadır. Söz konusu yıllık rapor, Katolik Kilisesi’nin ilgili biriminin başında olan ‘Hastanelerdeki Manevi Danışmanlık ve Rehberlikler Dini Bölge Sorumlusu’na verilir. Yıllık olarak yapılan bu görüşmelerde, ‘misyon’ faaliyetleri esnasında karşılaşılan tecrübeler ve zorluklar aktarılır. (Depond, 2018)

Katolik Kilisesi, hastanelerdeki manevi danışmanlık görevlerini uzun yıllar erkek din adamları ile yerine getirmekte idi. Ancak, son zamanlarda, üniversiteden gerekli belgeyi alan bayanların da bu hizmetlerde görev almalarına izin ve imkan vermektedir. Kimlerine göre bu, erkek merkezli bir geleneğe ve uygulamaya sıkı sıkıya bağlı olan Kilise’nin anlayışında büyük bir ‘devrim’ sayılmaktadır. Zira, 1994 ve 1998’te Papa II. Jean Paul’ün almış olduğu kararlar, kadınların Kilise’deki yerlerini erkeklere nispetle sınırlayan dogmatik bir esas olarak kabul edilecektir. Bununla beraber, bazı hastalar kadınların kilise teşkilatına mensup olmadıkları ve hasta yağlama gibi ‘sakramentleri’ ifaya yetkin kabul edilmedikleri için kendilerine manevi danışmanlık yapmalarına müsaade etmeyecektir. Ancak, bu tür tepkiler zaman içinde gittikçe azalmıştır.

Hastanelerdeki manevi danışmanlık hizmeti verecek olan kişilerin adedi, hastanede yatan 500 hastaya 1 manevi danışman düşecek şekilde hesaplanmaktadır. Burada, hastaların dinleri hesaba katılmamaktadır. Bununla beraber, manevi danışmanlık yapacak personelin alımına bulunulan bölgedeki din mensuplarının yoğunluğu dikkate alınmaktadır. Ayrıca, bu konuyla alakalı olarak, Katolik Kilisesi başka dinlere mensup olanların kendi manevi rehber ve danışmanlarının olmasını desteklemektedir. (Hoffner, 2010)

Katolik Kilisesi, hastanelerde manevi danışmanlık yapan din adamlarını 65 yaşına kadar bu görevi yerine getirmelerine izin vermektedir. 65 yaşında emekli olan manevi danışmanlar, herhangi bir bölgedeki cemaat kilisesine görevlendirilerek mesleki hayatlarını rahip olarak sürdürürler. (Komisyon, 1996)

3.2. Kiliseye Hizmet Değil, Kilise’nin Hizmeti

Katolik Kilisesi’ne bağlı olarak hizmet eden hastanedeki manevi danışmanlar, bulundukları yerde görev yaparken değil bir ‘mal pazarlayıcısı’ gibi ol-

mak, Kilise'ye hizmet eden ve onun 'mensuplarını artırmayı hedefleyen' bir kimse de olmadıklarının bilincinde olarak görevlerini icra emelidirler. Aksine Kilise, söz konusu manevi danışmanların Kilise'nin kendileri aracılığıyla hastaların hizmetinde olduğu bilinciyle hareket etmelerini ister. Bu yönüyle manevi danışmanın, 'yaratılıştaki kardeş' olarak hastalara hizmet etmesi istenir. Bu durum, kilisede dönüşü olmayacak bir yol olarak benimsenmiş bir ilke olarak kabul edilmiştir. (Komisyon, 1996)

Hastanelerde hizmet eden Katolik manevi danışmanlar, her ne kadar herkes tarafından bilinen kimseler olmak istemeseler de, her hasta ile yakından ilgilenen kimselerdir. Günümüzde Fransa'daki kamu hastanelerinde 'idari danışman' kadrosunda görev yapan Katolik 'manevi danışmanlar', her ne kadar Kilise'ye bağlı olsalar da hastane idaresinin ve yönetiminin emrinde hizmet vermektedirler. Önceleri, hastanede görev yapacak manevi danışmanlar bölgenin piskoposu tarafından genellikle din adamları arasından seçilir ve hastane İdaresine teklif edilirdiler. Piskoposlar ise, bu kişileri genellikle kilisedeki dini görevleri yapamayacak kadar yaşlı olan rahipler arasından seçerlerdi. Manevi danışmanlık görevini yapacak olan bu rahipler, yeni mesleklerini tecrübe ile öğrenmekte idiler. Oysa, günümüzde bu durum tamamen değişmiştir. (Komisyon, 1996)

3.3. Manevi Rehber ve Danışmanların Misyon ve Görevleri

Hastanelerde Katolik Kilisesi adına manevi danışmanlık ve rehberlik görevini yerine getirecek olan kişiler, bu görevlerini yerine getirirken manevi yönüyle Piskoposluğa, hastanedeki faaliyetleri ile ilgili de hastane idaresine karşı sorumlu olduklarına daha önce işaret edilmişti. Buna göre, manevi danışmanların yerine getirmeleri gereken iki görev vardır. Kilise'nin bir temsilcisi olarak yerine getirmeleri gereken 'misyon' görevleri, hastanede görev yapmalarının yegane dini gayesidir. Katolik Kilisesi, hastanede görev yapacak manevi danışmanlar ve rehberlerin 'manevi görevlerini' ya da 'misyonlarını' şu üç esas etrafında toplamaktadır: 'İsa Mesih'in mesajını iletmek; İsa'nın bütün insanlık için yol, hakikat ve hayat olduğunun şahitliğini yapmak; diyalog ve paylaşmaya açık bir yaklaşımla bizim dışımızdaki insanlarla iletişime geçmek.' (Depond, 2018)

Katolik Kilisesi adına hastanelerde görev yapan manevi danışmanların hastanedeki ikinci önemli görevleri, hastaların kendisi, yakınları, hastane çalışanları ve idaresine karşı yapacakları hastanedeki çeşitli faaliyetleridir.

Manevi danışman ve rehberler hastalara karşı görevlerini yerine getirirken hastanın yanında bulunmaları, onları can kulağıyla dinlemeleridir. Bu özellikleri, hastalara daha insani yaklaşımlarını ve onlara manevi rehberlik yapabilmelerini sağlamaktadır. Manevi danışman, bu görevi yerine getirirken hastalara saygı duymayı ve onların bazı uygunsuz davranışları ve sözlerini tahammül etmeyi gerektirmektedir. Kaliteli bir danışmanlık ilişkisi, birlikte ibadet etmeye kadar varan bir ilişkiye dönüşebilir. Manevi danışmanlar, kendi iç dünyalarındaki manevi arayışlarına dini bir cevap arayan hastalara manevi bir cevap verme görevini yerine getirirler. Bu arayışlara verilen cevaplar, bir insan olarak hastaların yaşama anlam vermelerini sağlayacak kadar hayati öneme sahiptir.

Hastanede manevi danışmanlık yapan kişinin çizdiği profil, eskiden sadece ölüm döşeğinde olana uğrayan rahibin görevinden çok farklı bir özelliğe sahiptir. Bu görev, hastalara karşı kamu görevini yerine getiren sosyal destek (assistant social) hizmeti veren kişinin rolünden çok farklıdır. Manevi danışmanlar, bir bakıma hem sosyal destek hizmetin hem de manevi destek hizmetini birlikte icra etmektedirler. Bu görevini yerine getirirken, tabii olarak hastanenin sosyal destek hizmetleri ile birlikte çalışır, birlikte projeler geliştirir ve destek alır. Ancak, manevi danışman kesinlikle hastanenin işleyişine hiçbir şekilde karışmaz ve bu süreçlerde yer almaz. Onun asıl işi, hastalarla birlikte olmaktır. Bu nedenle, o hastaların dini inançlarının ne olduğuna da bakmaz. Katolik Kilisesi, hastanelerde manevi danışmanlık yapanların Hristiyanlık dışındaki dinlere mensup kimselere de manevi destek verilmesini desteklemektedir. Bu kural, sadece marjinal dini hareketlere mensup kişiler için uygulanmaz. (Hoffner, 2010)

Katolik Kilisesi, hastanede görev yapan manevi danışmanlardan, hastaların çektikleri acıları hafifletmelerine yardımcı olacak bir yaklaşımı benimsemelerini istemektedir. Önceden olduğunun aksine, çekilen acının ilahi bir 'nimet' olduğunu söyleyerek hastalara yaklaşmanın doğru olmayacağını belirtmektedir.

Ölümle karşı karşıya olan hastaların acılarını dindirmelerinde ve huzur bulmalarında onlara yardımcı olacak ilaçların alınması tavsiye edilir. Manevi danışmanlar, bununla birlikte, her türlü ilacı sorumsuzca ve öfkeyle kullanmanın da yanlış olduğunu Hastalara uygun bir şekilde belirtmelidir. (Komisyon, 1996)

İsviçre'nin Berne şehrinde bulunan üniversite hastanesinde Katolik bir rehber ve manevi danışmanlık görevini yerine getiren André Flury, mane-

vi danışmanların görev alanına sadece hastalar değil; hastane personeli ve hasta yakınlarının da girdiğini belirtmektedir. Manevi rehberin bu görevleri yerine getirirken, iyi bir dinleyici olması, tavsiyelerde bulunabilecek donanımına sahip olması ve irşada bulunacak yeterli dini bilgiye sahip olması gerekmektedir. Ölüm döşeğinde yatana son nefesini verene kadar yol arkadaşlığı etmek ve gerekli manevi irşadda bulunmak çok önemli bir vazifedir. Bir diğer önemli görev ise, doktor ve hemşirelerin karşılaştıkları etik sorunlarda karar alırlarken yardımcı olma ve gerekli bilgilendirmeyi yapmaktır. Hastane, doktorlar, sağlık personeli ve hastalar arasında ortaya çıkan krizlerde, manevi danışman ve rehberlerin diyalog kanallarını açmada önemli rol oynamaktadırlar. Flury'ye göre, bütün bu destek hizmetleri yanında, manevi rehberin ibadetleri yönetme ve Evharistiya gibi ayinlerin icrasını sağlama görevleri de vardır.

André Flury, günümüzde hastanelerde görev yapan manevi rehber ve danışmanların, eskiden olduğu gibi haftada bir kere ziyarette bulunan din adamı veya papaz olmanın çok ötesinde bir formasyon ve iş alanlarına ilişkin formasyon sahibi olmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Rehberin, hastane işlerinin tamamına katılan çok yönlü bir kişi olması gerekmektedir. Herkesin dikkati hasta ve yakınları üzerinde iken devreye girecek olan manevi rehber ve danışman, hasta ve yakınlarının hastanede rahat bir ortamda olmalarını sağlayacak girişimlerde bulunur. Bunun yanında, manevi rehberler hastanelerde çeşitli kültürel aktivitelerin düzenlenmesinde ve halkla ilişkiler departmanının çalışmalarında aktif olarak katkıda bulunur. (Flury, 2013: 6-8)

3.4. Palyatif Tedavilerde Manevi Rehberlik ve Danışmanlığın Önemi

Katoliklere göre; Palyatif tedaviler, hastanelerde görev yapan manevi rehber ve danışmanların destek verecekleri en önemli alanlardır. Ölümcül hastalık veya kaza sonucu iyileşmesi mümkün olmayacak sakatlıklara veya hastalıklara maruz kalanların manevi olarak desteklenmesi ve onların rahatlamasını sağlayacak destekler, günümüz sağlık hizmetlerinin en önemli konuları arasındadır. İsviçreli profesör Traugott Ros ve Alman profesör Thomas Hager'in belirttiğine göre, günümüzde hastaların tıbbi güçsüzlükleri üzerinde fazla durulmamakta; dikkatler daha çok hastaları hayata bağlayacak ve onlara enerji verecek sosyal, manevi, fiziki veya zihinsel kaynaklar üzerinde durulmaktadır. Bu nedenle, günümüzde hastanelerde din, tedavilerde kullanılması ve istifade edilmesi gereken önemli bir tedavi kaynağı olarak görülmektedir.

Bir Katolik manevi rehber ve danışman olan Adrien Müller'e göre, palyatif desteğe ihtiyacı olan hastalara temel yaklaşım şudur: 'Her ne kadar insanların bir dine mensup olma zorunluluğu olmasa da, her insanın manevi ihtiyacı vardır.' Hastanelerde görev yapan danışmanların, sadece hastanın maneviyatının durumunu değil, aynı zamanda doktorların ve hemşireler ile sağlık görevlilerinin manevi durumunu da dikkate almaları ve onlarla ilgilenmeleri gerekir. Manevi rehberler, sağlık görevlilerinin özellikle hastalara ve ölüm döşeginde olanlara karşı hassasiyet göstermeleri konusunda onlara destek olmaları gerekmektedir. (Müller, 2013: 4-5)

Katolik bir manevi rehber olan André Flury, manevi rehber ve danışmanların görevlerini açıklarken, onların palyatif tedavilerdeki önemine özellikle dikkat çekmektedir. Ona göre, palyatif tedaviler olarak tanımlanan ölüm, cenaze, defin ve kaza gibi olayların hasta ve yakınlarında oluşturacağı travmaların kısa zamanda atlatılması ve bu olaylara anlam vermede onlara yardımcı ve yol gösterici olmakla büyük bir insani görevi yerine getirilmektedir. Butür travmaların kısa zamanda atlatılmasını sağlamak, hasta ve yakınlarında travma sonrası zaman içinde oluşacak daha büyük olumsuzlukların önüne geçilmiş olmaktadır. (Flury, 2013: 8-9)

Katoliklere göre, manevi rehberler ve danışmanlar hastanelerin temel unsurlarından biridir. Bu kimseler, hastanedeki birçok farklı alan ve görevleri olan sağlık personeli ile uyumlu ve yakın işbirliği içerisinde olmalıdır. Bu nedenle, birçok Katolik ve özel hastaneler, bu görevi yerine getirebilecek özel yeteneğe sahip kimseleri istihdam etme yoluna gitmektedirler. Günümüzde manevi danışmanlık görevini yerine getiren kimselerin görevleri, toplum içindeki din ve kültürün çeşitlenmesi ile koşut olarak ortaya çıkan yeni sorunlara karşı yeni boyutlar kazanmaktadır.

3.5. Katolik Manevi Danışman ve Rehberlerin Formasyonu

1982'den itibaren Katolik Üniversiteler, hastanelerde görev yapacak din adamlarına 'manevi danışmanlık' formasyonu kazandıracak kurslar düzenlemektedirler. Bu kursları takip eden papazlar, iki yıl süren bir eğitim sonunda üniversite tarafından verilen 'hastanelerde manevi danışmanlık diploması'nı almaya hak kazanırlar. Ayrıca, danışmanlık görevini yerine getirenlerin bilgilerini güncellemek ve gelişen ihtiyaçlara uyumlu olarak görevlerini yapmalarını sağlamak için mütemadiyen destek kursları düzenlenir. Böylece, mesleki formasyonları devamlı kılınmaktadır.

Yukarıda atanmaları ve görevleri detaylı bir şekilde anlatılan hastanelerde görev yapan manevi danışman ve rehberlerin formasyonları, Katolik Kilisesi tarafından çeşitli şekilde gerçekleştirilmektedir. Bu formasyonlar, bölge piskoposluğu tarafından açılan kurslar ile sağlanabilmektedir. Bu kursların sonunda, kursa katılıp başarılı olanlara piskoposluk tarafından 'formasyon belgesi' (attestation de formation) verilir. Bunun yanında, Katolik Kilisesi'ne bağlı üniversiteler de bu formasyonları sağlamaktadırlar. Söz konusu üniversitelerdeki ilgili bölümlerin düzenlediği kurslardan mezun olanlara 'üniversite sertifikası' verilmektedir. Bu konuda, Katolik üniversiteler dışında, kamuya ait devlet üniversitelerinde Katolik Kilisesi ile bağlantılı bir şekilde düzenlenen benzer kurslardan verilen sertifikalar da kabul edilmektedir. (Lanblin, 2018)

Burada, Strasbourg Üniversitesi'ne bağlı Katolik İlahiyat Fakültesi'ndeki formasyon derslerini örnek olarak zikredebiliriz. Bir yıllık bir program olan Katolik manevi rehber ve danışman formasyon programı, bir yıl içerisinde toplam 171 saatlik bir ders yükünü içermektedir. Bu derslerden bir kısmı Fakülte'deki derslere aktif katılımı gerektirmektedir, bir kısmı ise uzaktan eğitimle Üniversite'nin ilgili modülünden takip edilebilmektedir. Altı Eğitim Ünitesi'nden oluşan formasyonda, Birinci Ünite derslerinde, devlet ve vatandaşlık haklarına ilişkin eğitim verilmektedir. Yirmi saatlik İkinci Ünite'de; Avrupa'daki çeşitli dinler, Dinler Tarihi ve antropolojisine ilişkin derler verilmektedir. Üçüncü Ünite'de; Kitab-ı Mukaddes, din felsefesi ve ilahiyata ilişkin temel konular ele alınmakta. Dördüncü Ünite'de, manevi rehberlik edilecek kişilerin manevi zayıflıkları ve durumlarına ilişkin dersler verilmekte. Beşinci Ünite'de, kimlik sorunları etrafında hastane, hapisane ve askeriyede manevi danışmanlık konuları ele alınmakta. Altıncı Ünite'de, manevi rehberlik ve danışmanlık yapan uzmanlarla buluşma ve onların tecrübelerinden istifadeyi amaçlayan birtakım seminerler düzenlenmekte. (Komisyon, 2018)

2017-2018 eğitim ve öğretim yılına ait Strasbourg Üniversitesi Katolik İlahiyat Fakültesi tarafından açılan 'Katolik Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Üniversite Diploması' programı şu şekildedir:

1. Eğitim Ünitesi: Cumhuriyet ve Dinler

Mecburi Dersler:

1. Fransız Devleti ve Dinler (10 saat)
2. Devlet Kurumlarında Manevi Danışman ve Rehberlik (6 saat)
3. Gizlilik ve Mesleki Sır (6 saat)

2. Eğitim Ünitesi: Fransa'daki Büyük Dinler ve Manevi Gelenekler

Mecburi Dersler:

1. Çağdaş Manevîyatlar ve Farklılıkları ile Hristiyanlık (Toplam 10 saat)
 - a. Çağdaş Manevi Akımlara Giriş (3 saat)
 - b. Hristiyanlığa Giriş (3 saat)
 - c. Kitab-ı Mukaddes'in Hristiyan Yormuna Giriş (4 saat)
2. Dinler ve İnsan: Dinler Antropolojisine Giriş: Dinlerde Ritüeller (6 saat)
3. Dinlerarası Diyalog ve Kamusal Alanda Dinler arası İlişkiler (7 saat)

Seçmeli Dersler: 2 Ders Seçilmeli

1. Yahudiliğe Giriş (10 saat)
2. İslam'a Giriş (10 saat)
3. Budizm'e Giriş (10 saat)

3. Eğitim Ünitesi: İlahiyata Giriş

Mecburi Dersler:

1. Kitab-ı Mukaddes'e Giriş (24 saat)
2. Tanrı ve Kötülük Meselesi: Acılar, Şiddet, Çatışmalar, Savaşlar, Hastalıklar, Ölüm. (12 saat)
3. Tanrı ve Af Dilemek (12 saat)

4. Eğitim Ünitesi: Çapraz Mesleki Unsurlar: Dinleme ve Sohbet, Tecrübelerin Yeniden Okunması ve Tecrübelerin Rapor Olarak Yazıya Geçirilmesi

Mecburi Dersler:1. İnsanları Dinleme ve İrşad Diyalogu: Temel Kavramlar (6 saat)

2. Sohbet Teknikleri (6 saat)

Seçmeli Dersler (Uzmanlığa İlişkin): 3 Ders Seçilmeli

1. Dışlama, Kötü Muamele, Farklılık ve Engellilik (6 saat)

2. Utanma ve Özel Hayat (6 saat)

3. Çatışmaların Yönetilmesi: Dini Aracılık (6 saat)

4. Yas Tutmalar ve Aşamaları (6 saat)

5. İntihar (6 saat)

6. Manevi Rehberlik: Teoriler ve Uygulamalar (6 saat)

5. Eğitim Ünitesi: Uzmanlığa İlişkin Konular

Mecburi Dersler:

1. Kimlik, Onur ve Zayıflıklar: Sosyal Kimlik ve Güvensizlik, Anlatıya Dayalı Kimlik, Kimlik Rahatsızlıkları; Gerçek veya Sanal Suçluluklar (12 saat)

Seçmeli Dersler (Uzmanlığa İlişkin): 1 Ders Seçilmeli

1. Hastanede Danışmanlık ve Manevi Rehberlik: Tedavi Süreci, Aşı ve Organ Bağışı, Doğum ve Hayatın Son Bulmasına Dair (12 saat)

2. Hapishanede Danışmanlık ve Manevi Rehberlik: Cezanın Anlamı, Hakikat Sorusu. Cezaevlerine İlişkin Güncel Kanunlar, Hayata Bağlayıcı adalet, Hapishanedeki Manevi Rehber ve Danışmanın Konuşma Özgürlüğü (12 saat)

3. Askeriyede Manevi Danışmanlık ve Rehberlik: Manevi Danışman ve Rehberin Askeri Hiyerarşideki Yeri, Çatışma Durumunda Manevi Danışmanlık, Askeriyedeki Manevi Danışman ve Rehberin Konuşma Özgürlüğü (12 saat)

6. Eğitim Ünitesi: Uzmanlarla Buluşma

Seçmeli Dersler: 1 Ders Seçilmeli

1. Hastane Uzmanlarıyla Buluşma (4 saat)
2. Hapishane Uzmanlarıyla Buluşma (4 saat)
3. Askeriye Uzmanlarıyla Buluşma (4 saat)

Sonuç

Hristiyanlığın kutsal kitabı Yeni Ahid, Hz. İsa'nın hastalara karşı merhametli davrandığından, onları iyileştirmek için gösterdiği mucizelerden bahsetmektedir. Hristiyanlık tarihi, başlangıçta cüzzamlı ve çeşitli hastalara karşı mesafeli davranırken; Haçlı Seferleri'nden itibaren bu yaklaşımda önemli bir değişim olacaktır. Katolik Kilisesi, hac ibadeti için Kudüs'e ve mukaddes topraklara gidenlerle ilgilenmek ve hasta olanların şifa bulması için şifahaneler kurmak için tarikatlar kuracaktır. Böylece, Katolik Kilisesi hastane hizmeti ile ilgili yeni müesseselerin kurulmasının önünü açacaktır.

Kilise için hastaneler sadece hastalar değil aynı zamanda toplumun fakir ve zayıf tabakalarına ulaşma imkanını sunmakta idi. Hastalarla yakından ilgilenen Kilise, bunu ayrı bir hizmet birimi olarak kabul eder. 13. Yüzyıldan itibaren hastalara manevi rehberlik yapacak tarikatların arttığı görülmektedir. Ortaçağ boyunca hastalara manevi danışmanlık, kilisedeki rahibin belli zamanlarda icra ettikleri bir görev olmuştur. Bu görev, 19. Yüzyıldan itibaren yeni tecrübelerin de eklenmesiyle birlikte, hastaların hem manevi hem de psikolojik durumlarını da dikkate alacak şekilde yeni bir boyut kazanacaktır. II. Vatikan Konsili ile birlikte Katolik Kilisesi, her bölge piskoposunu kendi bölgesindeki hastanelerde yatan hastalarla ilgilenecek bir manevi rehber ve danışman bulundurmakla görevlendirecek.

Katolik Kilisesi, günümüzde hastalara manevi danışmanlık ve rehberlik görevini yerine getirecek olanların bu konuda özel eğitim almaları şartını koşar. Bu konuda Kilise'ye bağlı bir yandan piskoposluklar diğer yandan üniversitelerde gerekli eğitimler vermeye başlanır. Buna göre; günümüzde hastanelerde manevi rehberlik yapacakların yetiştirilmesi için bölge piskoposluğuna bağlı 'Hastanelerdeki Manevi Danışmanlık ve Rehberlikler Dini Bölge Sorumlusu' ofisi tarafından formasyon kursları düzenlenmektedir. Ayrıca, Katolik Kilisesi'ne bağlı üniversitelerde de ilgili bölümlere bağlı

üniversite diploması programları açılmaktadır. Katolik Kilisesi, 1 yıl süren bu formasyonda danışmanlık hizmetinin sosyal, psikolojik ve dini boyutları konusunda eğitim verilmektedir. Hizmetin sadece Hıristiyanlara değil, diğer din mensuplarına da verilebilmesi için Yahudilik, İslam ve Budizm'e dair de dersler verilir. Katolik Kilisesi, bu eğitimleri alarak diploma almaya hak kazanan şahısların kilise adına hizmet verebilmesi için ayrıca piskoposluk tarafından bir de 'misyon mektubu' alma şartını koşmaktadır. Katolik Kilisesi'ne göre manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti, her şeyden önce insanlığa karşı Kilise adına yapılan dini bir hizmettir.

Kaynakça

- Durand, J.D. (2017). Le Monde du Catholicisme.
- Aumônerie Catholique de l'Hôpital (2018, Kasım 19). Erişim adresi: www.groupermentnotredame95.com
- Müller, A. (2013). L'Aumônerie: Une Diaconie à la Société. L'Aumônerie Hospitalière, Nouvelle Approche, *Frères en Marche*, 4, 4-5.
- Flury, A. (2013). Les Défis de L'Aumônier d'Hôpital. L'Aumônerie Hospitalière, Nouvelle Approche, *Frères en Marche*, 4, 6-10.
- Picquet, P. J. (1991). L'Aumônerie à L'Hôpital. Pastorale et Aumôniers, *Medecine de l'Homme*, 191, 12-15.
- Picquet, P. J. (1991). Rôle des Laïcs dans L'Aumônerie à L'Hôpital. *Pastorale et Aumôniers, Medecine de l'Homme*, 191, 16-19.
- Lanblin, D. (2018). L'Aumônerie de l'Hôpital: Un Défis pour nos Eglise. *Centre Oeuménique*, www.centre-oecumenique-orleans.org.
- Hoffner, A. B. (2010). A L'Hôpital, Les Aumôniers Catholiques ont de Nouveaux Collègues. *La Croix* (2010, Temmuz 10). Erişim adresi: <https://www.la-croix.com/Religion/Actualite/A-l-hopital-les-aumoniers-catholiques-ont-de-nouveaux-collegues-NG-553949>
- Komisyon, (1996). Le rôle et le Fonctionnement de l'Aumônerie du C.H.U. de Nantes. Erişim adresi: <https://www.chu-nantes.fr/n-35-1996-role-et-fonctionnement-de-l-aumonerie-au-chu-de-nantes-61913.kjsp?RH=1300435532707>.
- Depond, B. (2018). La Mission de l'Aumônier en Etablissement de Santé. Pastorale Santé Aumôneries des Hôpitaux. Erişim adresi: <https://mission-universelle.catholique.fr/wp-content/uploads/sites/7/2018/02/La-mission-de-laumonier-en-etablissement-de-sante.pdf>.

Komisyon (2018). Université de Strasbourg, Diplôme d'Université Aumôniers.
Erişim adresi: <http://www.theocatho.unistra.fr/diplomes-duniversite/1092-du-diplome-d-universite-aumoniers>.

II. BÖLÜM

MANEVİ DANIŞMANLIK ve REHBERLİK HİZMETLERİ ve EĞİTİMİ

Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Eğitiminde Staj ve Süpervizyonun Önemi

*Arslan Karagül**

Giriş

Bilindiği gibi staj, teorik bilgi ve becerilerin pratikte uygulanma ve geliştirilmesidir. Staj her mesleki eğitimin olmazsa olmazıdır. Ancak, staj esnasında ve/veya daha sonra meslek uygulayıcılarının yetkili bir süpervizör'den alması gereken düzenli bir süpervizyon da profesyonel çalışmak isteyenler için kaçınılmaz bir ihtiyaçtır. Çünkü bir mesleğin uygulama kalitesinde söz konusu olan sadece o mesleği icra edenin mesleki bilgi ve becerisi değil, mesleği uygulamada yeni bir tecrübe edinerek, kendi iş tecrübesi üzerinden gerek şahsi (olumsuz) tutum ve davranışlarını, gerekse mesleki yeterlilik kalitesini geliştirmesi söz konusudur. Veleve ki şahsi tutum ve davranışları gayet uyumlu ve mesleki uygulamaları gayet başarılı da olsa, bunların muhafazası veya daha da iyileştirilmesi her meslekte ihtiyaç duyulan bir durumdur. Çünkü iynin daha iyisini, daha iynin en iyisini yapmaya yönelmek varken, daha kötüye yönelerek meslekte tükenmişlik (burn-out) tehlikesiyle karşı karşıya gelinebilir.

Bu sunumda kendi tecrübelerimizden de çıkışla önce Hollanda'daki bir yıllık 'islami manevi bakım yüksek lisans (master) eğitimi' içinde staj, tez ve süpervizyon'un konumuna bir örnek verilecektir. Daha sonra süpervizyonla diğer mesleki yardım çeşitlerinin farklılıklarına değinilecektir. (Tablo 1,2).

* Dr. Arslan Karagül, Amsterdam VU-Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi, İslam İlahiyat Merkezi, Emekli Öğretim Üyesi, arslankaragul@hotmail.com

Sonuç olarak da Türki'de manevi destek, danışmanlık ve rehberlik eğitimiyle ilgili gerekli gördüğümüz iki yıllık programa dair bir teklifimizle programın içeriğine yer verilecektir.

Burada Amsterdam VU- Üniversitesi örneğinde görüldüğü gibi bir yıllık yüksek lisans eğitimi programı dahilinde bir öğrenci 3-4 ay içinde en az 300 saatlik bir staj takip etmektedir (Tablo 1).

Staj konusunda her fakültenin kendine ait staj yönetmenlikleri mevcuttur. Bu yönetmenliklerde öğrencilerin staj yeri bulmalarından staj bitimine kadar takip edilecek prosedür hakkında bilgiler verilir. Staj esnasında gerek öğrenciden gerek staj yönetmeninden mentör beklentiler yazılı olarak en ufak detayına kadar hazırlanarak staj yönetmenliklerinde belirtilir. Burada bu yönetmeliklerin detayına fazla girilmeyecektir.

Bizim bu program çerçevesinde vurgulamak istediğimiz husus manevi destek, danışmanlık ve rehberlik eğitiminin normalde iki yıllık bir süre içinde tezli, stajlı ve süpervizyonlu olarak verilmesinin gerekli olduğudur. Çünkü Tezli, stajlı ve süpervizyonlu bir yüksek lisans eğitimini bundan daha az bir zamana sıkıştırmak sıkıntılı bir iştir. Teoride bir yıllık programlar olsa bile çoğu öğrenci bunu ancak iki yıllık bir zaman dilimi içinde tamamlayabilmektedir.

Eğitimde verilecek süpervizyon yanında özellikle iletişim (komünikasyon) becerileri ile danışma (counseling), daha doğrusu karşılıklı konuşma beceri ve tekniklerini de vermek önemlidir. Eğitim sürecinde yeterli bir şekilde bu teknikleri uygulamamış olanlar manevi destek, danışmanlık ve rehberlik mesleğinde oldukça zorlanacaklardır.

Son olarak üzerinde özellikle durulan konu Türkiye'de Manevi Bakım Hizmetlerinin Yüksek Lisans düzeyinde tam teşekküllü (tezli, stajlı, süpervizyonlu) müstakil bir eğitiminin yok denecek kadar az oluşudur. Son yıllarda Ankara, İstanbul, Samsun gibi büyük şehir üniversiteleri Sosyal Bilimler Enstitüleri bünyesinde tezli/tezsiz, Manevi Bakım ve Danışmanlık (Ankara); Dini Danışmanlık ve Rehberlik (Samsun); Manevi Danışmanlık ve Rehberlik (İstanbul); adı altında Yüksek Lisans programlarının açılmış olduğu görülmektedir².

2 Burada'da da görüldüğü gibi Türkiye'de değişik isimlendirmelerle anılan bu çağdaş bilim ve meslek dalı Batı'da daha çok 'manevi bakım ve danışmanlık' (ing. spiritual care and counseling) veya kısaca 'manevi bakım' (ing. spiritual care; Alm. Seelsorge; Flm. geestelijke verzorging) adı altında uygulanmaktadır. Biz burada kongre içindeki akışı bozmadan her çeşit isimlendirmeye de yer verdik. Ancak bu konu daha uzun uzadıya konuşulması ve üzerinde yöntem ve söylem birliği oluşturulması gereken bir konudur. Burada konumuz bu olmadığı için üzerinde fazla durmuyoruz. Neticte itibarıyla her isimlendirme, getirisi ve götürüsüyle bir tercih meselesidir (bkz. Karagül,2012).

Ancak bunların, Ankara Sosyal Bilimler Enstitüsü Manevi Bakım ve Danışmanlık Anabilim Dalı ‘Gözetimli Manevi Bakım ve Danışma Uygulamaları’ dışında Stajlı ve süpervizyonlu uygulamaları görülmemektedir³. Var olanların da burada anlatılan staj ve süpervizyon şeklinde olup olmadığı bizce malum değildir. Bizce bu tür programlardaki eksiklikler işte tam da bu noktadadır. Üstelik bu tür bir eğitime katılış sadece İlahiyat veya dini/islami ilimler mezunlarına ait olmayıp, sosyoloji, psikoloji, hemşirelik vs. gibi genel eğitim dallarından mezun olanlara da açık bırakılmış bulunmaktadır. Yani interdisipliner bir karaktere sahiptir. Dini (ilahiyat) alt yapısı olmayan öğrencilere bir yıllık bir dini ön hazırlık eğitiminden sonra manevi bakım ve danışmanlık diploması verilecek olması bizce bu programların en zayıf yönlerini teşkil etmektedir. Zira dini ilimler (temel Arapça bilgisi vs.) bu alana yabancı olanlar için bir yılda edinilebilecek bilgi ve becerilerden çok daha fazlasını gerektirmektedir. Bu nedenle burada Amsterdam örneğinde gösterilen bir yıllık bir Yüksek Lisan programı da (Tablo 1) bizce minimum bir eğitim olduğundan (değil ki buraya sadece ilahiyat mezunları kabul edilmektedir) bizim buradaki teklifimiz normalde iki yılı kapsayan bir Yüksek Lisans Eğitimi şeklinde olmasıdır (Tablo 3,4). Batıda bu eğitimi kiliseler kendi bölümlerinde iki veya 3 yıllık bir programla vermektedirler.

Tablo 1: Amsterdam VU- Üniversitesi İslam İlahiyat Merkezi (CIT) İslami Manevi Bakım, bir yıllık Master ders programı (2017-2018)

1. Dönem Eylül-Ekim	1. Dönem Kasım-Aralık	2. Dönem Ocak	4,5. Dönem Şubat-Mayıs	6. Dönem Haziran
Manevi bakım 1(nedir, ne değildir), 6EC	Manevi bakım II (manevi danışman kimdir, nasıl çalışır), 6 EC	Bilimsel araştırma yöntemleri ve tez taslağı, 6EC	Staj 12 EC	İletişim becerileri, danışma teknikleri ve süpervizyon
Hermenötik, 6 EC	İslami manevi bakım ve Müslüman manevi bakım görevlisi, 6EC		Bitirme tez'i, 12 EC	(4-6. dönem arası), 6 EC

Bu çizelgede de görüldüğü gibi bir yıllık master programı içinde staj ve süpervizyona EU yüksek eğitim standartlarına göre 12’şer kredilik bir zaman ayrılmaktadır. 1 kredi: 28 saat. EU standartlarında yıllık 60 kredi (EC) = 1680 saat (60x28) esasına dayandırılmaktadır. Bunun haftada 3 veya 6 saati

3 Bkz. <https://www.asbu.edu.tr/>; <https://www.izu.edu.tr/>; <http://ebs.omu.edu.tr>

öğrencilerle beraber yapılan ders saatleridir. Diğer saatler öğrencinin kendi hazırlık ve araştırmasına bırakılan saatlerdir. Bu ders programında görüldüğü gibi ikinci yarıda (şemada 3-6. dönem) tez ve staja oldukça ağırlık verilmiştir.

Bu kısa girişten sonra gelelim esas konumuz olan süpervizyon konusuna:

Süpervizyon ve Süpervizörlük

Süpervizyonun tanımına geçmeden önce süpervizörlük mesleğinin tarihine kısaca bir göz atmakta yarar vardır.

Süpervizyon eğitimi tarihine bakıldığında bu eğitimin 19yy.lın başlarında Avrupa'da Freud'le başlayan psikoanaliz çalışmaları ile, ABD'de ise Sosyal Çalışmacılara (social workers) verilen bireysel süpervizyon ile başladığı görülür (Sieger, 2002, 51). 1940'larda ABD'de daha da gelişen eğitimsel süpervizyon modeli (bireysel veya grup süpervizyonu şeklinde) 1950'li 60'lı yıllardan itibaren Avrupa'da oldukça yaygın hale gelmiş bulunmaktadır (bkz. van Praag, 2002: 203). Bugün artık Batı'da her türlü kişisel ve mesleki gelişimde süpervizyon modeli sadece eğitimde değil, hemen her meslekte, özellikle de, (her çeşit) danışman, öğretici ve yönetici durumunda olanlara verilen, bir öğrenme ve gelişim modeli haline gelmiş bulunmaktadır. Örneğin manevi bakım'a özel bir şekilde (pastoral supervision) uygulanan bu hareket Hollanda'da 1960'lı 70'li yıllardan sonra daha da yaygınlık kazanmıştır (bkz. Heitink, 1998, 62,259). Bugün artık Hollanda'da ülkesel düzeyde genel süpervizörlük eğitimi veren (eski adıyla LVSB, yeni adıyla LVSC: *Beroepsvereniging voor Coach en Supervisor* : Koçluk ve Süpervizörlük Mesleği Derneği)⁴ kuruluşu yanında bir de özelde manevi bakım için süpervizyon veren değişik kuruluşlar mevcuttur. Örneğin Hollanda'da *Raad voor Klinische Pastorale vorming & Pastorale Supervisie in Nederland* (Klinik Pastoral formasyon ve Pastoral süpervizyon Danışma Kurulu) bunlardan biridir⁵. Bu kurul yukarıda ismi geçen LVSC: Ülkesel Süpervisörlük Eğitim Kuruluşu ile beraber çalışmaktadır. Pastoral veya manevi danışmanlık süpervizyonun'da odak noktası manevi danışmanın kimliği yanında inanca dayalı bilgi, beceri

4 Daha önceki adı 'Ülkesel Süpervizyon ve diğer Mesleki Rehberlik şekilleri Derneği' (LBSB : Landelijke Vereniging voor Supervisie en andere Begeleidingsvormen) olan kuruluş, 2004'den itibaren Mesleki Koçluk ve Süpervizörlük Derneği adı altında faaliyet göstermektedir (LVSC: Beroepsvereniging voor Coach en Supervisor). <https://www.lvsc.eu/over-lvsc> (erişim, 10 Ekim 2018).

Bu kuruluşun bir de 1982'den buyana yılda 4 kez yayınlanan (Hollandaca) 'Eğitim ve Meslek'te Süpervizyon (Supervisie in Opleiding en Beroep) isimli bir de mesleki dergileri bulunmaktadır.

5 Bkz. https://www.raadkpv.nl/opleiding_pastoraal_supervisor (erişim, 10 Ekim 2018)

ve mesleki gelişimdir. Bunun için kendisine süpervizörlük yapacak olanın inanç konusunda uzmanlığı da göz önünde bulundurulur.

Burada bizim biraz daha açmak istediğimiz konu genel süpervizyon ile 'koç'luk (ing. Coaching) ve staj rehberliği (mentörlük) arasındaki bazı ince farklardır. Çünkü yukarıda Hollanda'da bu konundaki meslek kuruluşunun isminin kısaltılmış (LVSC) ve açık şeklinde de görüldüğü gibi⁶ süpervizörlük ve koçluk farklı yönleri olan mesleklerdir. Staj rehberliği (mentörlük) ise daha farklıdır.

Süpervizyon, Koçluk ve Mentörlük Farkları

Genel anlamda süpervizyon deyince akla ilk gelen şey bir işin kalite kontrol ve teftişidir. Ancak burada eğitim bağlamında süpervizyondan kastedilen şey kontrol ve denetimden ziyade içinde değişim ve gelişim süreci olan bir 'öğrenme' şeklidir. Bu öğrenmede süpervizör muhatabının (stajyer/danışman)⁷ kendini keşfine yardımcı olan deneyimli bir profesyonelden başka bir şey değildir. Süpervizör bu çeşit bir keşif ve gelişimi gerçekleştirebilmek için değişik öğrenme metotları uygular. Burada bunlara birkaç örnek verilmiştir (Şekil 1, 2, 3,). Bu tür bir öğrenmede kullanılan değişik öğrenme metot ve stilleri vardır.

Bu bağlamda süpervizör ne bir işin, bir kurumun içinde, o kurumun organizesiyle de meşgul olan bir 'koç'tur, ne de stajyere iş yerinde rehberlik eden bir mentör'dür. Bunların arasındaki farklılıklara daha sonra gelinecektir (bkz. Tablo 2). Şimdi önce süpervizyon tam olarak nedir kısaca ona bir göz atalım.

Süpervizyon

İngilizce bir kavram olan süpervizyon (*supervision*) Türkçe'de genelde 'gözetim altında yetiştirme' (Ergene ve Aydemir 2008,320) olarak ifade edilmektedir. Türkçe'de tek bir kelime ile ifadesi zor olan bu kavramın, daha detaylı bir tanımına ihtiyaç vardır.⁸

Süpervizyon en kısa tanımıyla 'bir süpervizör eşliğinde kendi (iş) tecrübesi üzerine eleştirel düşünerek (refleksiyonla) yapılan bir öğrenmedir' şeklinde tanımlanmaktadır. (Lanser, 2003: 107). Buradaki refleksiyon tanımı

6 'Mesleki Koçluk ve Süpervizörlük Derneği' (LVSC: Beroepsvereniging voor Coach en Supervisor).

7 Hollandaca'da (Flemenkçe) süpervizyon verene *süpervizör*, alana ise *süpervizant* denmektedir. Süpervizyon alan için Türkçe'de tek kelimelik bir karşılık yoktur. Başka bağlamlarda süpervizyon alan için *danışan* denebilse de iş yerinde onun da danışanı/danışanları olacağı için biz burada süpervizyon alana stajyer/danışman demeyi daha uygun bulduk.

8 Süpervizyon kelime anlamı itibarıyla üst gözetim anlamına gelmektedir.

islami terminoloji itibariyle kısaca, bir nefis murakabe ve muhasebesi olarak tanımlanabilir.

Bu tanıımı biraz daha genişletecek olursak süpervizyon: Bir mesleğe yönelik uzmanlık gelişimi alanında, müstakil ve uyumlu bir şekilde çalışabilmeyi öğrenme metodudur denebilir. Bir başka deyişle süpervizyon başkalarıyla uyumlu bir ilişki içinde çalışmanın önemli rol oynadığı, profesyonel hizmete yönelik bir işi (daha iyi) yapabilmeye yönelik bir öğrenme metodudur (Jagt, v.d. 1995: 142).

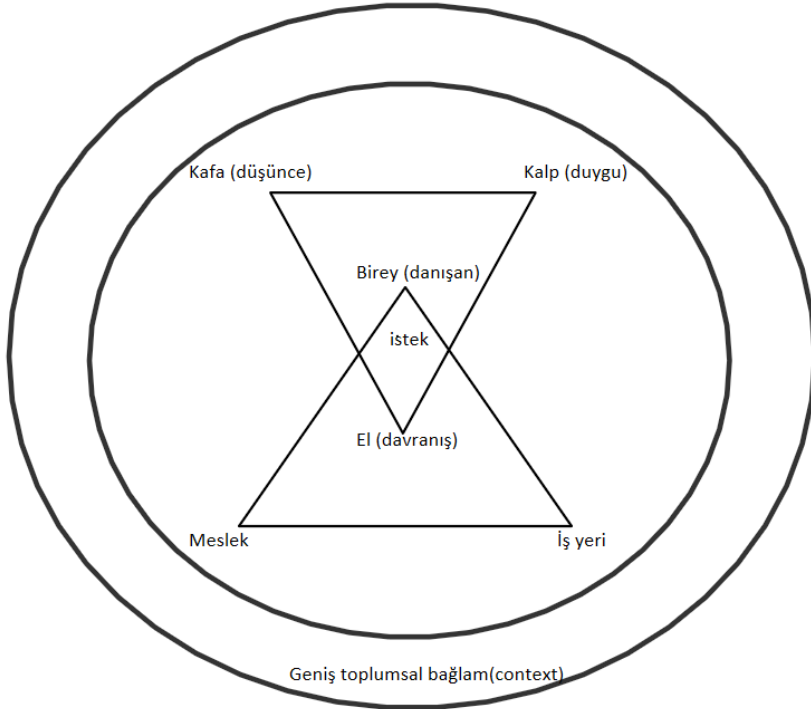
Yukarıdaki kısa tanımlamalarda da görüldüğü gibi süpervizyonda odak nokta 'öğrenme'dir. Ancak buradaki öğrenme kavramı bilgi toplamaktan çok, bir işte kendi tutum ve davranışlarını eleştirel bir şekilde ele alarak, bunun üzerinde düşünüp, kendi hareket ve tavırlarının muhasebesini (Self-reflection), iç gözlemine yaparak kendini, kendi tutum ve davranışlarını değiştirme ve geliştirmeyi 'öğrenmek'tir.

Van Kessel süpervizyonda 'öğrenme'yi kısaca şöyle tanımlar: 'Öğrenme aktif olarak yeni bir görüş, tutum ve davranış kazanmaktır. Bir başka deyişle öğrenme, netice itibariyle kendi kendine yapılan, bir gelişme veya değişim durumudur. Öğrenme sadece bilgiyi çoğaltma veya mevcut idrak ve anlayışı genişletmek değil, öğrenme kendini alışılmışın dışına çıkarmaktır. O, çıkmaza girilen bir yerde bir çıkış yolu aramaktır. Öğrenme kişilerin alışılmışın dışında başka imkanlar ve çözümler görebilmesidir' (Van Kessel: 1989).

Bu tür bir öğrenme öğrenmeyi öğrenme, yaparak öğrenme, interaktif öğrenme ve integratif öğrenme şeklinde elde edilen öğrenmedir. Süpervizyonda integratif (uyumlu, tamamlayıcı) öğrenme iki aşamalıdır. Birinci aşamada kafa (düşünce, bilgi), kalp (duygu) ve el (tutum ve davranış) arasında bir uyum sağlayıcı öğrenme üzerinde durulur. İkinci aşamada bireyin kişiliği, mesleği ve somut iş durumu arasında uyum ve bütünlük sağlamayı öğrenmesi ele alınır. Ayrıca bu iki öğrenme aşaması arasında da bütünlüğü bir uyum gerekir (*integratif*). Yani kişi sahip olduğu duygu, düşünce, tutum ve davranışı istikametinde mesleğinde çalışma şekli ve kişiliği arasında da bir uyum sağlayarak değişecek ve gelişecektir. Ancak her iki öğrenme durumu içinde birinci şart öğrenmeye (değişmeye, gelişmeye) istekli olmaktır. İstek olmadığı takdirde süpervizyon alma veya verme durumu da hasıl olmaz. Bu isteği gösterebilen kişi bahsi geçen ikili uyumu sağlayarak kendini geliştirebilecektir. Bunun için de kendini geliştirmek isteyen kişinin (stajyer / danışman) bir süpervizörle oturup kişiliği ve iş tecrübesi hakkında konuşması

gerekmektedir. Kişilik ve iş hakkında konuşabilmek süpervizyonda önemli bir amaçtır. Çünkü bu, işinde uyumlu bir şekilde fonksiyon gösterebilmesi için öğrenmenin (gelişmenin) temelini oluşturmaktadır (Sieger, 2002: 19). Bahsi geçen bu iki aşamalı öğrenme genelde iç içe geçmiş iki veya üç adet üçgenle şekillendirilmektedir. Bu üçgenlerin kesiştiği yerdeki boşlukta yani merkezde ise istek yer alır (Şekil 1)

Şekil 1: Süpervizyonda iki aşamalı öğrenme



Süpervizör böyle bir uyum ve istek içinde öğrenmeye (değişme ve gelişmeye) yardımcı olan kişidir. O bir çeşit ayna olma durumundadır. Yargılamaz, sadece gösterir. Çünkü göz, aynaya bakmadıkça, kendini göremeyeceği gibi insanlar da genel de kendi 'kör nokta'larını göremezler. Bu anlamda süpervizyon bir iş kontrolü ve denetimi değil, 'öğrenmeyi öğrenme' sanatıdır diyebiliriz. Süpervizyon alan kişi (stajyer/ danışman) ise iş yerinde veya grup içinde (interaktif bir şekilde), kendi tutum ve davranışını, yazılı raporlar ve/veya sözlü ifadelerle de anlatabilmeyi, analiz etmeyi, üzerinde eleştirel olarak düşünüp, nefis muhasebesi yaparak öğrenmeyi öğrenen, böylece hem kendini hem de mesleğini geliştiren kişidir. Netice itibariyle süpervizyonda öğrenmede iki yönlü bir amaç güdülmektedir.

Süpervizyon alan kişinin bir mesleği kendi başına uygulayabilmeyi öğrenmesi, kendi tutum ve davranışlarını *süpervizyon yoluyla* (araştırarak, nefis muhasebesi yaparak) araştırmayı öğrenebilmesidir. Tekrar edecek olursak buradaki öğrenmekten maksat kendini, tutum ve davranışlarını düzelterek, geliştirebilmektir. Bu tür bir öğrenme ve gelişmenin neticesi ise işinde yetenek, tutum ve davranışlarında olgunluk kazanmaktır.

Bu iki amaç çerçevesinde verilecek bir süpervizyonda temel öğeler vardır. Bunları Jagt şöyle sıralar:

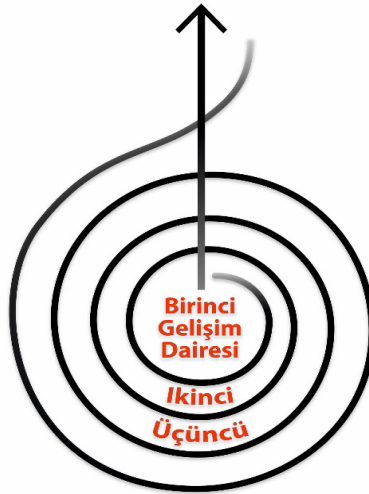
Belli bir iş ve öğrenme çerçevesinde, belli bir düzen içinde verilmesi.

Süpervizyon alan kişinin işini müstakil olarak yürütebilmesi.

Belirli aralıklarla, belirli sürelerde, belirli sayıda ve belirli katılımcılarla bir araya gelinmesi gibi minimum şartların oluşturulmasıdır (Jagt, 1995:142).

Bu da pratikte bir süpervizör eşliğinde, iki veya üç haftada bir sefer, 10-15 defalık aralıklarla, 3-4 veya 4-8 kişilik gruplarla (veya bireysel) bir araya gelerek çalışmak demektir. Normal bir süpervizyon grubunda (ideal) adet maximum 4 kişidir. Ancak eğitim durumundaki zorunluluklara göre şahıs sayısı arttıkça bunlara ayrılacak zamanda artacaktır. Genelde süpervizyon birlikteliğinde bir kişi için ayrılacak zaman 1-1,5 saattir (Tablo 2, danışma süresi). Bu gibi detaylar süpervizörlüğü koç'luk ve mentörlükten ayıran önemli hususlardır.

Bu teknik yapıyı da belirttikten sonra yukarıda tanımı yapılan süpervizyon vermede üzerinde durulan metodik ve sistematik öğrenme şekli Van Kessel'a ait olan üç yollu bir 'öğrenme dairesi' (leercirkel van Kessel) ile aşağıda görüldüğü gibi somutlaştırılmıştır (Şekil 2). Devamla bu tür bir öğrenmenin neticesi olarak, yeni tecrübelerle devam eden öğrenme ve gelişime ile sonsuza kadar devam eden bir gelişim spirali oluşmaktadır (Şekil 3).

Şekil 2 : Üç yollu sistematik öğrenme (gelişim) dairesi (Van Kessel, 1989)**Şekil 3: Gelişim spirali**

Gelişim spirali her dairede gelişim kalitesinin arttığını göstermektedir.

Üç Yollu Sistematik Öğrenme (Gelişim) Dairesinin Detayı

Van Kessel'in süpervizyonda metodik ve sistematik öğrenmeyi kendi geliştirdiği 'öğrenme dairesi'nde (*leer cirkel*) (şekil 2'de görülen) 'üç yol' modeli

üzerinden açıklar. Bu dairede birinci yol öğrenmeyi 'tanıma yoludur'. Bu yol bir 'tecrübe' ile başlar. Tanıma yolunda stajyer/danışmandan, iş yerinde kendine dokunan bir olayı yazılı ve sözlü olarak önce açıklaması istenir (açıklama). Burada mesele herhangi bir olayı anlattırmak değil, danışmana dokunan, problemlili bir olayı ele almaktır. Devamla, gelişim dairesindeki sırayı takiben, danışmandan olayı daha da somutlaştırması istenir (somutlaştırma). Sonra bu olaya geri dönülerek olay üzerinde tekrardan eleştirel olarak düşünerek, nefis muhasebesi yaparak (reflection) kendi düşünce ve hislerini açıklaması, bu olayın kendisi için ne anlama geldiği, bu olay da kendisinin ne yaptığı ne yapmak istediği, olay sırasında hangi duyguya sahip olduğu, olayın nasıl bittiği vs. sorulur. Aynı şekilde olayda karşı tarafın da ne yaptığı ne yapmak istediği vs. sorulur. Bu sorgulama faslından sonra ortaya çıkacak görüş ve duruma göre bir problem tespiti yapılır (sorunlaştırma). Diyelim ki danışmanımız hastalarına ya çok empatik davranmakta ya da çok soğuk (mesafeli) durmaktadır. Ya da hastasıyla anında münakaşaya girmekte ve karşılıklı anlamaya yönelik bir diyalog sürdürememektedir. Ancak her iki halde de kendini rahat hissetmemektedir. Bunu bir sorun olarak görüp görmediği, sorun olarak görmüyorsa sorun haline getirebilme kapasitesi ölçülerek her şeyi toz pembe göstermemesi öğretilir (kavrama). Devamla bu olayda neyi 'öğrenmek' (hangi zayıf hal ve hareketini değiştirmek ve geliştirmek istediği) sorulur (isimlendirme). Buradan genellemeye geçilerek bunun bir sefere mahsus bir şey mi yoksa kendisinde sistematik olarak oluşan genel bir sorun mu olduğu araştırılır (genelleştirme). Netice olarak danışman bu şekilde kendini tanıma yolunda bilinçlenmiş olur (bilinçlenme). Böylece danışmanın olayda kendini, tutum ve davranışını 'tanıma yolu' bitmiş olur.

Bundan sonra gireceği yol 'seçim yolu'dur. Bu yolun başında kendine soracağı üç soru vardır. 1. Ben bu tutumumu değiştirmek istiyor muyum? 2. Değiştirme imkanım var mı (yapabilir miyim)? 3. Harekete geçeyim mi? Bu son soruyla harekete geçmeye karar verdiği an üçüncü yola girmiş demektir. Bu üçüncü yol 'uygulama yolu'dur. Uygulama yolunun başında uygulamaya başlamak için sayısız alternatifler vardır, zira alternatifler daima sonsuzdur. Bu alternatiflerden birini seçer ve sonra kendine göre bir hareket planı oluşturur. Bu planı uyguladığı zaman artık yeni bir tecrübe edinmiştir ve bu üçüncü yolun sonunda birinci tecrübeden öğrenme dairesi bitmiştir. Bundan sonrası ikinci bir öğrenme dairesiyle aynı şekilde ama yeni bir tecrübeyle öğrenmeye devam etmektir. Bu dairede de aynen birinci dairedeki gibi sis-

tematik öğrenme yolları takip edilir. Sonuç olarak bu öğrenme daireleri son- suza kadar genişleyip gider (Şekil 3). Netice itibariyle danışman kendisinde sorun olarak gördüğü tavrını tamamen değiştirmiş ve kendini geliştirmiş hissedene kadar bu öğrenme daireleri devam eder. Yani bir değişim ve geliş- me olmadıkça maksat (öğrenme) hasıl olmuş olmaz. Bu tür bir öğrenme (ge- lişme) dairesi tabiidir ki sadece süpervisör ile stajyer / danışman'a mahsus bir şey değildir. Bu her danışman ve danışan arasında da uygulanabilecek bir durumdur. Bu metotla çalışan her danışman bu şemayı kafasında tutarak muhatabıyla konuşur, onu ve kendini bu yollarla geliştirmeye ve olgunlaş- tırmaya çalışır (sonsuz dek). Bu metot Batı'da hem (manevi) süpervizörlük- te (spiritual supervision), hem manevi danışmanlıkta (spiritual counseling) en çok kullanılan bir metottur.

Van Kessel süpervizyonda bu tür bir öğrenmede süpervizö'rün danış- man'a (veya danışmanın danışanına) yardım etme durumunu bir maymun ve balık hikayesi anlatarak açıklamaya çalışır: Bir maymunla balık sele kapılırlar. Maymun kendini kurtarmak için can havliyle kenarda tutunduğu bir ağaç da- lına yapışarak ağaca çıkar. Ancak bakar ki balık hâlâ suda sel ile boğuşmak- tadır. Balığın bu haline çok acıyan maymun onu tutup karaya fırlatır. Biraz sonra balığın yanına gider ve bu kurtarıştan hiç de memnun olmayan balığın kendisine teşekkür etmemesine şaşırıp kalır! (Van Kessel, 1989).

Bu hikâye bize başkalarına nasıl profesyonel bir süpervizörlük veya da- nışmanlık 'yardımı' yapılabileceğini bilmeyenlerin onlara yarar yerine zarar verebileceklerini veciz bir ifade ile anlatmaktadır.

Netice itibariyle, süpervizyonda kullanılan bir takım öğrenme model- leri ve stilleri vardır. Söz gelimi iletişim ve gelişim tekniklerinde kullanılan 'Yohari Penceresi' denen kendini tanıma penceresi, enneagram denen kişi- lik tanıma yöntemleri vs. süpervizyonda da kullanılmaktadır. Ancak han- gi model ve metot kullanılırsa kullanılsın süpervizyonda kullanılan temel malzeme danışman'ın kendisi ve kendi (iş) tecrübesidir. Çünkü danışman süpervizyon'da kendi tecrübelerini konuşacak ve kendi tecrübelerinden öğrenecektir. Bunun için de gerek süpervizyon oturumlarındaki tutum ve davranışlarına dair, gerek iş yerinden sunacağı örnek vak'alardaki tutum ve davranışlarına dair istenecek yazılı anlatımlar (*verbatim*s) ve / veya sözlü an- latımlar süpervizör'le yapılacak görüşmelerin temel malzemesini oluşturur. Bu malzemeler danışman'ın iş tecrübesine (olaylara) ait örnek ses kayıtları veya görsel malzemeler de olabilir. Ayrıca danışman'ın kendini ifade etmek

istediği fotoğraf, resim, sembolik eşya veya özel oyun kartları da süpervizyonda üzerinde konuşma malzemeleri olarak kullanılabilir. Kısaca tanıtmaya çalıştığımız bu tür öğrenmeye yönelik özelliklerinden dolayı manevi bakım ve danışmanlıktaki süpervizyon olayı genel bir 'koç'luktan önemli ölçüde ayrılmaktadır. Şimdi çoğu zaman (özel bir) süpervisörlük ile karıştırılan genel bir 'koç'luğun özelliklerine de kısaca bir göz atalım.

Koçluk

'Koç' İngilizce *Coaching* kelimesinin karşılığı olarak kullanılan bir isimlendirmedir.

Kelime anlamı itibariyle 'birini bir yerden bir yere götürme' anlamına gelmektedir. İnternette yapılacak kısa bir gezinti ile de anlaşılabilirliği gibi koçluk kişilerin istenen bir performansa ulaşabilmeleri için koç (*coach*) ve danışan (*coachee*) arasında kurulan planlı bir gelişim ilişkisi olarak tanımlandığı görülür. Örneğin koçluk 'kişilerin var olan potansiyellerini ortaya çıkararak, ulaşılabilir hedeflere ve olasılıklara odaklanan bir öğrenme ve gelişim süreci' olarak veya 'doğru sorular ile kişilerde farkındalık yaratma sanatıdır' şeklinde tanımları yapılmaktadır. Tarihi itibariyle koçluk ilk olarak 60'lı yılların sonunda ABD'de bütün bir kurumun daha etkin çalışması için görevlendirilen örgütsel gelişim danışmanlarının yürüttükleri projelerin parçaları olarak kurumun içindeki liderlerle birebir çalışmaları ile başlamış olduğu görülür. Bu demektir ki koçluk kavramı esasen organizasyonel gelişim çalışmalarının entegre bir parçasıdır.⁹

Tanımlardan da anlaşılabilirliği gibi genelde çalışma şekilleri itibariyle süpervizyon'dan ayrılan koçluk, bireylere de yönelik olması nedeniyle süpervizörlük ile ortak bir yöne de sahiptir. 'Süpervizyon ve intervizyon el kitabı' yazarlarından Hollanda'lı bir yazar ve süpervisörlük kurumu hocası olan M. Hoonhout'un tanımlamasına göre koçlukta, süpervizyon çalışmalarında üzerinde durulduğu gibi bir reflektif becerileri yükseltme çalışması (Flm. reflectieve competentie) yapılmamaktadır. Halbuki süpervizyonda bu tür bir beceriyi edinebilmek için bireyle belirli aralıklarda ve belli sayıda bir araya gelerek yapılan çalışmalar söz konusudur. Ayrıca, Hoonhout' göre koçluğa ait metodik bir çalışma listesi (repertuar) henüz tam olarak geliştirilmemiştir. Ona göre her halükarda dıştan içe öğrenme ve içten dışa öğrenme şeklinde ikili bir çalışma ayırımı yapmak daha doğrudur. Spervizyon'da

⁹ Koçluk nedir, ne değildir? <https://www.ykakademi.com.tr/akademiye-bakis/haber-detay/38/kocluk-nedir-ne-degidir.aspx> (güncelleme tarihi, 07.11.2013, erişim, 10.10.2018)

daha çok bu ikinci şekil söz konusudur. Koç'lukta ise gerek kısa bir zaman dilimi içinde ve gerekse organizasyonların kendi organizasyon amaçlarına yönelik çalışma yapmaya zorlama durumları göz önüne alındığında, bahsi geçen, ikili bir çalışma şekli söz konusudur (Hoonhout, 2000: 156,157).

Hollanda'lı Klinik Manevi Danışmanlık Meslek içi Eğitim Kursu hocalarından Hennie Kievit'n yaptığı üçlü bir ayırım ise konuyu biraz daha açıklayıcı mahiyettedir:

Yukarıda süpervizyon'un iki aşamalı öğrenim şeklinde görülen (Şekil, 1.) şahıs, meslek ve iş durumu ile kafa (düşünce, bilgi), kalp (duygu, tutum), el (beceri, davranış) arasındaki bağlantılar (koordinatlar) süpervizyonun kendi çalışma sahasını göstermektedir. Kievit'e göre bu koordinatların dışına çıkıldığında süpervizyondan başka bir rehberlik şekli oluşur. Bu koordinatlar içinde bir süpervizörün işe yoğunlaşması durumunda süpervizyonun bir iş rehberliği veya koç'luk olma durumu vardır. Süpervizör kişiyi odak noktası yaptığında ise süpervizyonun terapiye veya manevi rehberliğe kayma durumu hasıl olur. *Bilgi edinmenin* odak noktası yapılması durumunda ise süpervizyona mahsus olan kendi kendine 'öğrenmeyi öğrenme' ilkesinden vazgeçilmiş olur. Yani ona göre süpervisörlük ne terapi, ne iş rehberliği, ne de bilgi edinme değildir. Kievit'e göre Andriessen'in yaptığı klasik bir başka üç'lü (üç değişik çizgi ile) ayırım da manevi süpervisörlüğü (Flm. *patorale supervisie*) diğer rehberlik şekillerinden ayırmak için daha açık bağlantılar ortaya koymaktadır. Buradaki birinci çizgi 'iş çizgisi'dir. İş çizgisi (iş durumu) stajyer danışmana işi planlama ve uygulamada yardım eden iş rehberinin (*mentörlük*) sahasını gösterir. İkinci çizgi 'hayat çizgisi'dir. Hayat çizgisi pastor'un, terapist'in veya manevi rehber'in çalışma sahasına girer. Üçüncü çizgi ise 'öğrenme çizgisi'dir. Buradaki odak noktası inanç sorunları, hayatla ilgili sorunlar ve şahsi engeller, 'çıkamazlar'dır. Öğrenme çizgisi süpervizörlüğün kendi sahasını gösterir. Burada stajyer-danışman'ın kendi 'öğrenme sürecini' (Flm. *leerproces*) kendisinin yürütmesi odak noktasıdır (merkezde).¹⁰

Mentörlük

İngilizce bir terim olan mentörlük kelime anlamı itibariyle daha az deneyimli bir meslektaşla bilgi ve deneyimleri paylaşmak gibi anlamlara gelir. Mentör günlük kullanımda iş yerlerinde stajyerleri iş konusunda yönlendiren

10 Hennie Kievit: Herziene versie pastorale supervisie.doc (Hollandalı bir süpervizör olan yazara ait yayınlamamış eski bir broşürden (Özel arşiv A.K.).

ve stajı tamamlamasında yardımcı olan meslekte deneyimli kişilere verilen isimdir. Biraz daha geniş tanımlama ile mentörlük ‘belirli bir deneyim, bilgi birikimi, beceri veya uzmanlığa sahip bir kişinin bir başkasının kişisel ya da mesleki anlamda gelişimi üzerine konuşulan konularla bağlantılı tavsiyeler vererek, yol göstererek ve bilgilendirerek katkıda bulunması, akıl hocalığı yapmasıdır’ şeklinde de tanımlanmaktadır (Gürkan: 2018).

Özetle, stajyerlerin yönetiminde belirli görevler üstlenen mentörler bu özellikleriyle koçluk ve süpervizörlükten farklı bir fonksiyona sahiptirler. Bu kısa açıklamalardan sonra bahsi geçen süpervizörlük, koçluk ve mentörlük farkları şematik bir şekli de aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 2: Süpervizyon, koçluk ve mentörlük farkları (Hoonhout, 2000: 153,169)

Süpervizyon ve diğer rehberlik çeşitleri	süpervizyon	Koçluk	Mentörlük
Amaç	Bireyin kendini yönetme yeteneği ve mesleki gelişimi	Organizasyon içinde birey ve grupların müstakil fonksiyon gösterebilme gelişimleri	Profesyonel çalışmada teori ve pratik uyumu
İçerik	Mesleki uygulamada öğrenme (gelişim) konuları: metot, görev / fonksiyon, (eğitim dahilinde veya dışında) mesleki sorunlar	Organizasyon içinde birey ve /veya timin aktüel iş durumu	Uygulamaya yönelik deneyim kazanmak
Kim kiminle	Süpervizör ile danışman(lar)	Koç ile birey veya grup olarak organizasyon çalışanları (danışanlar)	Mentör ile stajyer
Kuruma karşı sorumluluk	Yok, ancak eğitim durumunda değerlendirme var	Sorumluluk danışanların	Var
Gönüllü / zorunlu	Genelde gönüllü ancak eğitimde zorunlu	Gönüllü / zorunlu	Zorunlu
Danışma süresi	Bireysel:1-1,5 saat 3’kişi: 1,5-2 saat Group:2-2,5 saat	Geçici olarak sınırlandırılmış koç’luk projeleri	1-1,5saat (günlük veya haftalık görüşmeler)
Danışmanlık yetkisi	Süpervizörlük belgesi (LVSİB kaydı).	Yetkili koçluk belgesi	Uygulama rehberi olmak
İş ilişkisi	Dahili veya harici	Dahili veya harici	dahili
Zaman	Uzun	Kısa	Kısa/uzun

Netice itibariyle manevi bakım ve danışmanlıkta staj ve süpervizyon oldukça önem arz etmektedir. Çünkü her uygulamalı meslekte olduğu gibi öğrenci sadece teorik bilgilerle kalmayacak, staj esnasında deneme yanılma yoluyla kendi tecrübesinden öğrenerek mesleki yeterlilik kazanacaktır. Bu tür bir öğrenmede ise bir süpervizör eşliğinde gerek kendi kişiliği gerek mesleki

yeterliliği, gerekse işteki fonksiyonunun görünen ve görünmeyen yönlerinin derinlemesine bir tahlilinin yapılması mümkün olacaktır. Bu itibarla staj esnasında ve stajdan sonra da meslek içi gelişim eğitiminde süpervizyon bu mesleğin olmazsa olmazlarından.

Son olarak üzerinde durmak istediğimiz konu, yukarıda da belirtildiği gibi Türkiye’de yüksek lisans seviyesinde, tezli, stajlı ve süpervizyonlu müstakil bir manevi manevi bakım anabilim dalı oluşturmanın yaygınlaştırılmasına işaret etmektir. Bu konuda aşağıda sunulan, gerekçeli, teklifte iki yıllık geçici bir de ders programı cetveli de sunulmuş bulunmaktadır. Bu teklif bizim Hollada’da 10 yıl kadar bir Üniversitede ‘islami manevi bakım’ konusunda verdiğimiz dersler istikametinde edindiğimiz tecrübelerle dayanarak, tamamen şahsi bir görüşümüzü içermektedir. Uygulamada birtakım ilaveler de yapılabilir.

Bir Teklif ve Gerekçesi

Bilindiği gibi Batı’da örneğin; Hollanda’da genelde manevi bakım ve danışmanlık, özelde islami manevi bakım ve danışmanlık mesleği resmi kurumlarda uzun zamandır profesyonel bir şekilde uygulanmaktadır. Bu itibarla bu mesleği icra edecek olan profesyonel elemanlar yüksekokul veya üniversitelerde yüksek lisans (master) seviyesinde bir eğitim alarak yetiştirilmektedirler.

Bildiğimiz kadarıyla bu konuda genelde islam ülkelerinde ve özelde Türkiye’de gerek kanuni altyapı gerekse organize ve eğitim açısından eksiklikler bulunmaktadır. Türkiye’de manevi bakım ve danışmanlık mesleği ne Batı’da olduğu gibi resmi kurumlarda ayrı ve kuruma entegre bir meslek dalı olarak yaygın, ne de üniversitelerde yüksek lisans seviyesinde ayrı bir bölüm olarak yaygındır.

Bu sebeple halihazırda bu meslek dalı elemanlarına ya Din Eğitimi Anabilim Dalı içinde ya da din psikolojisi bölümünde dini danışmanlık veya manevi rehberlik gibi isimler altında mesleki yeterlilik kazandırılmaya çalışılmaktadır. Halbuki bunların hepsi (din eğitimi, psikolojik rehberlik, manevi bakım) Batı’da kendine ait sınır ve özellikleri olan müstakil birer meslek dalıdır ve bu sebeple de müstakil eğitimleri yapılmaktadır.

Batı’da genelde manevi bakım (*spiritual care and counseling*), özelde islami manevi bakım ve danışmanlık (*islamic spiritual care and counseling*) kendine has özellikleri ve özgün mesleki incelikleri olan, dolayısıyla uzmanlık

gerektiren oldukça hassas ve önemli bir eğitim dalıdır. Çünkü çağdaş dünyada artık yeni bir bilim ve meslek dalı haline gelmiş bulunan bu mesleğin hem kendine has bir tarihi gelişimi, hem dini, manevi (inançla ilgili) hizmet alanları, hem de değişik model ve metotları bulunmaktadır (Karagül, 2012).

Özellikle klasik uygulamalar yanında, çağdaş (modern ve post-modern) uygulama model ve metotları bu mesleğin bel kemiğini oluşturmaktadır. Bize göre genelde islam ülkelerinde ve özelde Türkiye’deki esas eksiklik de çağdaş dünyada uygulanan model ve metotların yeterince öğretilip uygulanamaması noktasındadır. Zira Batı’da, çağdaş dünyanın psikolojik uygulamalarındaki model ve metotlardan yararlanılarak uygulanan manevi bakım ve danışmanlık modeli islam dünyasında daha çok psikolojik terapilerle karıştırılmakta veya bununla sınırlandırılmaktadır. Bu da manevi bakım ve danışmanlık uygulama ve organizesinde karışıklıklara ve hatta tartışmalara yol açmaktadır.

Bu nedenle çağdaş dünyada özellikle 1950-60’lı yıllardan sonra profesyonelleşen manevi bakım ve danışmanlık veya ‘manevi danışmanlık ve rehberlik’ denen mesleki uygulamalarda (seküler) psikoterapide kullanılan etkin dinleme, sistematik soru sorma, duyguları yansıtmaya, empati kurma gibi iletişim teknikleri ile danışanın ihtiyacını merkeze alma (*client centered*), onu şartsız kabul etme gibi temel ilkeler esas alınmaktadır. Ancak (seküler) psikoterapi bu teknikleri muhataba ‘nötral’ bir yaklaşımla (inancını ön plana almadan) uygularken, manevi bakım ve danışmanlıkta bu teknik ve ilkeler inanç esasları çerçevesinde kullanılmaktadır. Bu bakımdan hernekadar (seküler) psikoterapide kullanılan ilke ve teknikler manevi bakım ve danışmanlıkta da kullanılsa da bu iki meslek grubunun çalışma yöntemleri birbirinden oldukça farklıdır. Gerek bu gibi çalışma metodu farklılıklarını, gerekse genel iletişim tekniklerini öğrenmeden ve de gerekli staj ve süpervizyon uygulaması yapmadan manevi danışmanlık ve rehberlikte profesyonelleşebilmek bizce daima eksik kalacak bir durumdur.

Bunun yanında manevi bakımda profesyonelleşmenin (özellikle ritüellerin icrasında) bir de din ve inanç yönü becerileri bulunmaktadır. Bu becerilerin gerek teorik gerekse pratik yönlerinin öğretilerek uygulanmasına da profesyonelliğin bir parçası olarak, eğitim programında yer verilmesi gerekmektedir.

Netice itibariyle profesyonel bir manevi bakım görevlisi veya ‘manevi danışman’ hem psikolojik hem de teolojik model ve metotları öğrenip uygulayabilen çok yönlü bir rehber olma durumundadır. Bu tür bir rehberlik be-

cerisinin öğrenilebilmesi ise ancak yeterli (en az bir, normalde iki yıllık) bir zaman dilimi içinde verilecek teorik dersler ve uygulamalı (stajlı) bir eğitim programı ile mümkündür.¹¹

Önemine binaen tekrar etmek gerekirse, konumuz olan manevi bakım ve danışmanlıkta, 3-4 aylık gözetimli (süpervizörlü) uygulama (staj) süresi profesyonelliğin olmazsa olmazıdır. Türkiye’de özellikle yerleştirilmesi gereken şey, bu tür meslek eğitimlerinde süpervizörlü uygulama (staj) şeklidir. Bu konuda yetkili süpervizörlük yapacak olanların yetiştirilmesi ise ayrı bir eğitim konusudur.

Kısaca, diğer mesleklerden ayrı bir meslek olan manevi bakım ve danışmanlık mesleğinin Batı’da olduğu gibi, islam ülkelerinde de üniversitelerde yüksek lisans seviyesinde müstakil bir meslek bölümü olarak teorik ve uygulamalı eğitiminin yaygınlaştırılması önemli bir ihtiyaçtır.

Bu meyanda bizim öngördüğümüz iki yıllık programın içeriği aşağıda sunulmuş bulunmaktadır (Tablo 3,4).

Teklifimizle ilgili iki yıllık olası bir müfredat programının içeriği:

1. Yıl: Teorik dersler ve uygulama programı ders listesi

1. Manevi bakım teorisi (MB teorisi)
2. İslami Manevi bakım teorisi (Isl.MB teorisi)
3. Din psikolojisi
4. İletişim becerileri (komünikasyon) ve danışma (counseling) teknikleri
5. Kura’an (tecvid ve hıfz)
6. Tıp etiği
7. Staj (300 saat, 3-4 aylık) ve süpervizyon (10-15 birliktelik)

2. Yıl: Tez ağırlıklı araştırma ve uygulama eğitim programı ders listesi

- Hutbe-vaaz uygulamaları (hasta, mahpus, asker ve polis’e yönelik).
 Tefsir (Kur’anda MDR konuları: şifa, kader, ruh nefis vs. kavramları)
 Fıkıh (MDR ile ilgili konular)
 Kelam (MDR ile ilgili konular)
 Bilimsel araştırma teknik ve yöntemleri

11 Bizim buradaki en az bir veya normalde iki yıllık teklifimiz sağlam bir temel islami ilimler eğitimi almış lisans mezunlarına ait bir yüksek lisans eğitimidir. Daha önce de değinildiği gibi bizce sağlam bir dini (ilahiyat) alt yapısı olmayanlara bir yıllık bir ön hazırlık eğitimiyle vs. manevi bakım ve danışmanlık diploması veya sertifikası verilmesi bizim savunabileceğimiz bir durum değildir.

Bitirme tezi (din ve manevi bakım'la ilgili bir konuda 12 EC, 15-20 bin kelimelik, 25-30 sayfa)

Tablo 3: 1. Yıl: Teorik dersler ve uygulama programı, toplam: 60 kredi (EC) (Hollanda yıllık 6 dönem örneği' ne göre aylık ders dağılımı)

1. Dönem Eylül-Ekim	2. Dönem Kasım-Aralık	3. Dönem Ocak	3. Dönem Şubat-Mart	5. Dönem Nisan-May	6 Dönem Haziran
MB teori, 6EC	İsl.MB teori, 6EC	Kur'an, 6 EC	Staj, 6 EC	Staj, 6EC	Tıp etiği 6EC
Din psikolojisi, 6EC	İletişim becerileri ve danışma teknikleri, 6 EC		Spv. 6EC	Spv. 6EC	

Tablo 4: 2. Yıl: Daha çok araştırma ve tez ağırlıklı eğitim programı, toplam 60 EC

1 Dönem Eylül-Ekim	2. Dönem Kasım-Aralık	3. Dönem Ocak	3. Dönem Şubat-Mart	5. Dönem Nisan-May	6. Dönem Haziran
Hutbe-vaaz uygulamaları, 6EC	Fıkıh (MB ile ilgili konular), 6EC	Araştırma teknikleri ve tez taslağı, 6EC	Tez. Literatür araştırma, 12EC	Tez saha Araştırması, 12EC	Tez bitirme, 6EC
Tefsir (MB ile ilgili metinler) 6EC	Kelam (MB ile ilgili konular) 6EC				

Not: Bu çizelge EU standartlarında yıllık 60 kredi (EC) = 1680 saat (60x28) esasına ve Amsterdam VU Üniversitesi'ndeki yıllık dönemlere göre düzenlenmiştir. Her ders 6 kredi ve 1 kredi 28 saat üzerinden hesaplanmıştır. Bunun haftada 3 veya 6 saati öğretici ile beraber yapılan derslerin saatleri, diğer saatler öğrencinin kendi hazırlık ve araştırmasına bırakılan saatlerdir. Dersler tablolarla görüldüğü gibi 3. ve 6. dönemler birer aylık, diğerleri 2 şer aylık bloklar şeklinde işlenmekte olup dersler katılım (%80 oranında) zorunludur. Dersler dönemin uzunluğu ve kısalığına göre 4 veya 6 haftalık ders blokları olarak ve sonrasındaki iki hafta sınav hazırlığı ve sınavların yapılacağı zaman dilimi dikkate alınarak planlanmıştır. Bu sadece örnek bir şemadır. Türkiye'deki eğitim sistemine göre yeniden uyarlanabilir.

Kaynakça

- Ergene, T., S.Aydemir Sevim (2008). *Psikolojik danışma ilke ve teknikleri: psikolojik yardım süreci el kitabı* (Çev.). Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Hoonhout, Marcel (2000). Andere begeleidingsvormen. in Van Praag H.M. van Praag-van Asperen en Ph.H.van Praag (red.). *Handboek Supervisie en İntervisie*. De Tjdstroom, Leusden, 153-169.
- Heitink, Gerben (1998). *Pastorale zorg*, Kampen: Kok.
- Gürkan, K. Mentor Nedir? Nasıl Mentor Olunur (2018, Ekim 12). Erişim adresi: <https://www.thinkwithturkiye.com/mentor-nedir-nasil-mentor-olunur>
- Jagt, Nel, e.a. (1995). *Supervise. Praktisch gezien, kritisch bekeken*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Karagül, A. (2012). Manevi bakım: Anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi (Hollanda örneği). *Dini Araştırmalar*, 14(40), 5-27.
- (10 Eylül 2018). Erişim adresi: <http://www.manevibakim.com/bilim-lanlari/manevibakim/makale14.pdf>
- Lanser, A. (2003). *Want waar uw schat is, daar zal ook uw hart zijn. Ontferming in supervisie*", in *De kunst van het ontfermen*. Studies voor Gerben Heitink, (Kampen: Kok, 2003) 107-122.
- Sieger, F. (2002). *Handboek Supervisiekunde*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Kessel, L. (1989). *De leerweg in supervisie. Een model voor het geven van leerhulp*. In Rigger, W. *Supervisor worden; supervisor blijven*. Pp.56 – 70 *Vo-cahier 3*, Amsterdam, Voortgezette Opleiding, Amsterdam: HvA.
- Van Praag, Ph.H. (2000). H.M. van Praag-van Asperen en Ph.H.van Praag (red.), *Handboek Supervisie en İntervisie*. De Tjdstroom, Leusden.

Hastanelerde Manevi Destek ve Rehberlik (MDR) Hizmeti Sunan Personelin Sahip Olması Beklenen Nitelikler

*İhsan Çapcıoğlu**

*Fatma Çapcıoğlu***

*Esra Özcan ****

Giriş

Din ve maneviyatın insanın ruh ve beden sağlığını pozitif yönde etkilediği yapılan birçok araştırmada ortaya konulmuştur. Ancak konunun hala yeterince araştırılmadığını düşünenler de vardır (Oman ve Thoresen, 2013: 296,321). Dünya genelinde insanlar, karşılaştıkları pek çok farklı sosyal ve manevi problemle başa çıkmak zorunda kalmaktadır. Bu durum, özellikle son dönemlerde insanlara destek olacak bir takım profesyonel ve akademik arayışları da beraberinde getirmiştir. Özellikle hastane, hapishane, huzurevi, öğrenci yurtları gibi kurumlarda yaygınlaşan manevi destek ve rehberlik (MDR) hizmeti de, bu ihtiyaca binaen bireylerin yaşadıkları sorunlarla başa çıkmaları ve içine düştükleri anlam krizlerini çözmelerinde yardımcı olmak üzere uygulanmaktadır. İnsanların karşılaştıkları problemlerin dini ve manevi kaynaklardan da faydalanarak bireysel sağaltma yoluyla iyileştirilmesi ve böylece daha sağlıklı bir toplumun ortaya çıkması amaçlanmaktadır (Erbaş, 2018). Hastanelerdeki MDR hizmetleri de bu konudaki uygulama alanlarından biridir.

* Prof. Dr. , Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, e-posta: ihsanapcioglu@yahoo.com

** Öğr. Gör. Dr., Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, e-posta: fatmacapcioglu06@gmail.com

*** Ar. Gör. , Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi, e-posta: ozcanesra06@gmail.com

Türkiye’de Hastane MDR Hizmetleri: Kısa Tarihçe

20. yüzyılın başlarından itibaren Batılı ülkelerde hastanelerde tedavi gören hastalara yönelik MDR hizmeti sunulmaktadır. Türkiye’de ise bu uygulama, oldukça yeni bir hizmet alanıdır. Hastanelerde MDR, ilk defa 1994 yılında gündeme gelmiş ve sonraki yıl Diyanet İşleri Başkanlığı bu alanda çalışmalara başlamıştır. Ancak uygulama, artan eleştiriler üzerine 1996 yılında yürürlükten kaldırılmış, MDR hizmetlerinin devlet kurumlarından talep edilip edilemeyeceği konusu akademik ve hukuksal platformlarda bir süre tartışılmıştır. 2012 yılında “Toplum Ruh Sağlığı Derneği” ve “Palyatif Sağlık Hizmetleri”nin düzenlediği çalıştay ile yeniden gündeme gelen MDR hizmeti, 2015 yılında Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü’nün imzalanmasıyla yeniden yürürlüğe girmiştir. 81 ilde bu hizmetlerde çalışacak 1558 gönüllü belirlenmiş ve bunlar arasından 20 gönüllüye Diyanet İşleri Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı ve akademisyen eğitimcilerden oluşan 37 kişilik uzman bir ekip tarafından, 5 hafta boyunca toplam 200 saatlik MDR eğitimi verilmiştir. Bundan sonraki süreçte bu alana yönelik çeşitli eğitim programları ve çalıştaylar düzenlenmeye devam etmiştir. 2015 yılında 6 ilde 20 personel ile başlatılan hastane MDR hizmetleri, bugün itibarıyla 37 ilde, 126 personelle, 104 sağlık tesisinde sunulmaktadır. Bu personelin 79’u, din psikolojisi, din eğitimi, din sosyolojisi, dini danışmanlık ve rehberlik alanlarında lisansüstü eğitim diplomasına sahiptir (Erbaş, 2018; Koç, 2016: 335,339).

Hastanelerde MDR Hizmeti Sunan Personelin Eğitimi

Bir hizmet alanında çalışan personelin eğitimi, hizmetin kalitesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bir tür toplum hizmeti olarak düşünülebilecek bu alanda çalışacak personelin ise çok farklı disiplinlerden oldukça yoğun bilgi, beceri ve yetkinliğe sahip olması gerekmektedir. Hastanelerde MDR hizmeti sunacak personelin nitelikleri, sunulan hizmetin niteliğini doğrudan etkileyeceği için söz konusu personelin seçimi ve eğitimi özenli süreçlerin takip edilmesini gerektirmektedir (Çapcıoğlu ve Çapcıoğlu, 2016: 66). Bu bölümde hastanelerde MDR hizmeti sunacak personelin sahip olması gereken yetkinlikler belli başlıklar altında incelenecektir. Bunun yanında personelin eğitimi ve mevcut durumu hakkında da bazı hususlara değinilecektir.

MDR'nin Kapsamı

Hastanelerde MDR'nin amacı, talep eden hasta, hasta yakını ve hastane personeline dini konularda danışmanlık hizmeti sunarak moral, motivasyon ve manevi destek sağlamaktır. Dini referanslarla hasta ve hasta yakınlarına acı, ümitsiz, korkulu, sıkıntılı ruh halleriyle baş edebilmeleri ve içinde bulundukları yeni duruma uyum sağlamaları konusunda destek olunmaktadır. Böylece hastaların iyileşmelerine, hasta yakınlarının bu sürece katkı vermesine ve kendilerinin de morallerini yükseltmeye katkıda bulunmaktadır. Hastanelerde MDR hizmetleri, hastane personelinin moral ve motivasyonunun yükseltilmesine, dolayısıyla hastane hizmetlerindeki genel kalitenin artmasına ve çalışanların görevlerini daha istekli bir şekilde yapmalarına yönelik olumlu katkılarda bulunmaktadır (Han, 2016: 94,106). MDR personeli, doğrudan hasta, hasta yakını ve hastane personeline destek vermekte ve dolaylı olarak hastanenin işleyişine katkı sağlamaktadır.

Hasta ve hasta yakınlarını MDR hizmetine ihtiyaç duyar hale getiren faktörlerin başında, içinde bulundukları sıkıntılı durumun neden kendi başlarına geldiğine dair tatmin edici bir cevap bulma arayışı gelmektedir. Bu husus, söz konusu kişileri, genellikle dini inançları yardımıyla ilgili durumu anlamlandırma sürecine sevk etmektedir. Bu çerçevede kader düşüncesi ve bu konudaki yaygın yanlış kanaatler, Tanrı ve dinle ilişkileri sorgulama, sitem ve isyan etme hastalarda karşılaşılabilecek kompleks durumlar arasındadır. Hastanelerde MDR hizmeti sunan personelden tam da bu aşamada etkin ve çözüm odaklı bir danışmanlık süreci inşa etmesi beklenmektedir. Hastanelerde çalışan personel hastaların içine girdikleri bu manevi risklerin krizlere dönüşmemesi için çözüm ve baş etme mekanizmalarını geliştirerek hayatlarına yeni bir anlam yüklemelerine yardımcı olmaktadır. Bu süreçte hastaya söylenecek her şeyin, tutarlı ve doğru bir çerçeveye yerleştirilmesi son derece önemlidir. Bu durum, çok hassas bir dönemden geçen hastaya manevi desteğin olumlu tesir edebilmesi açısından işlevsel öneme sahiptir (Bayraktar Karahan, 2016: 172,173).

Hastayla görüşen personelin sürdüreceği hizmetin kapsamını belirleyecek olan, hastanın içinde bulunduğu durumdur. Bu bağlamda MDR personeli, öncelikle hastanın ruh halini doğru tespit etmelidir. Bu, sorunun ne olduğunun ve nereden kaynaklandığının belirlenebilmesine yönelik ilk adımı oluşturmaktadır. Bu aşamada hasta, bir probleminin olduğunu ve bunun çözümünde profesyonel yardımı ve rehberliği kabul etmelidir. Ardından

dini ve kültürel referanslarla hastanın içinde bulunduğu durumu anlamlandırma süreci başlar (Çapcıoğlu ve Çapcıoğlu: 2016, 43,44). Örneğin hayati bir tehlike nedeniyle kürtaj olması gereken bir kadın, dini veya kültürel bir sebepten dolayı tedaviyi reddetme eğiliminde olabilir. Böyle bir durumda MDR uzmanı ne yapması gerektiği konusunda iyi bir yol haritası çizmelidir. Ayrıca çözüm, her zaman dinde değil, tıpta da olabilir (Tosun, 2016: 129).

Hastanelerde hizmet verecek personelin özellikle ilgilendiği bireyi tanıması ve ihtiyaçlarına göre bir danışmanlık süreci inşa etmesi gerekir. Bu amaçla, bazı ülkelerde hastayla ilk karşılaşmada ona nasıl bir bakımın uygulanacağını belirlemek için bir takım testler uygulanmakta veya çeşitli kartlar verilerek hastanın bunlar üzerinde bazı işaretlemeler yapması istenmektedir. Elbette bu gibi uygulamalar için, önceden uzmanlar tarafından hazırlanmış ve sürece katkı sunacağı düşünülen materyallerin bulunması gerekir. Sonraki süreçlerde hastayı tanımak için bu materyaller kullanılabilir (Şirin, 2018; Belen, 2016: 30). Çünkü hastayı tanımak, personelin öncelikli adımdır. Bu kapsamda hastanın çocuk, ergen, genç, yetişkin veya yaşlı olması; kullanılacak yaklaşıma, dile ve yönetime yön verir. Hastanın ne kadar süre hastanede kalacağını ve sürecin nasıl yürütüleceğini belirler. Elbette birkaç gün, haftalar, aylar boyu veya ömrünün sonuna kadar hastanede kalmak zorunda kalan hastalarla yürütülecek MDR hizmeti, birbirinden farklı olacaktır.

Hastalığın çeşidi de personelin vereceği desteğin farklı bir biçimde şekillenmesine neden olabilir. Örneğin kanser olan, uzuv kaybı yaşayan, bir yakınını kaybetmiş, iyileşme ümidi kalmamış, ameliyata girmeye hazırlanan, kimse olmeyen hastalar veya genetik bir hastalığı olan danışanların birbirinden farklı soru ve sorunları olabilir. Bu konuda örnek verilebilecek ülkelerden biri İspanya'dır. Bu ülkede, sadece nadir hastalıklarla ilgilenen bir kurum, nadir hastalığa yakalananlar ve genetik bir hastalık nedeniyle çocuğunu kaybeden ailelerin tıbbi, fiziksel ve psiko-sosyal ihtiyaçlarıyla ilgilenmektedir. Nitekim bu sorunla karşılaşan bireyler, sadece tıbbi değil, aynı zamanda manevi anlamda da desteğe ihtiyaç duymaktadır. Genetik bir hastalıktan dolayı çocuğunu kaybeden ebeveynler, bu durumdan kendilerini sorumlu tutabilmekte, doğacak çocuklarının da aynı hastalığa yakalanmasından korkarak çocuk sahibi olma konusunda büyük endişe ve bunalım yaşayabilmektedir. Böyle bir örnek karşısında, sunulacak hizmetin niteliği belirlenirken ailenin özel durumu dikkate alınmalıdır (Belen, 2016: 27,33). Başka bir örnek, yurtdışında hastalığın son evresinde olup da iyileşme umudu kalmamış hastaların son günlerini

huzur içinde geçirmelerine yardımcı olmak için ayrı merkezlerin kurulmuş olmasıdır. Bu merkezlerde tıbbi hizmetlerle MDR hizmetleri beraberce yürütülmektedir (Sağlam ve Yüksel, 2016: 215). Bu örnekler ülkemizdeki benzer durumlar için de yol gösterici olabilir. Ülkemiz için yeni sayılabilecek MDR alanında uzmanlaşmanın artması ile sunulan hizmetin kalitesi artacak ve kapsamı zamanla genişleyecektir.

Hastanın dini ve kültürel arka planına dair bilgi sahibi olmak da, MDR hizmetinin şekillendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bilgilerin hastayla karşılaşmadan önce, hastanın doktoru ve yakınlarıyla görüşülerek ya da hastane kayıtlarından faydalanılarak elde edilmesi gerekir. Bu sayede MDR personeli, görüşme öncesinde detaylı bir hazırlık yapma fırsatı bulabilir. Bu süreçte, hasta veya yakınlarının kendilerini daha iyi hissetmeleri için kullanılabilecek konular, örneğin sabır, tevekkül, şükür, kader ve kaza, ibadet, imtihan gibi kavramlar çerçevesinde planlanabilir. Hastanın durumu hakkında bilgi sahibi olan personel, bu kavramlardan hangisini, nasıl, ne zaman ve hangi bağlamda kullanacağını tespit edebilir. Bu kapsamda kimi hastalar için talep etmesi halinde diğer hastaları rahatsız etmemek ve onlardan izin almak koşuluyla Kur'an-ı Kerim de okunabilir. Hastanenin belirli yerlerinde hasta ve yakınlarının da okuyabilmeleri için Kur'an-ı Kerim bulundurulabilir (Han, 2016: 99). Bilinci kapalı olan ya da makineye bağlı hastaların başında da, aileleri isterse, Kur'an-ı Kerim okuma talepleri karşılanabilir.

MDR hizmeti sunan personelin, hastalara, hasta yakınlarına ve hastane personeline olumlu mesajlar içeren bazı dini ve kültürel referanslar kullanması doğaldır. Odaların ve koridorların duvarlarına hastalara destek olacağı düşünülen bazı resimlerin, sözlerin, ayet veya hadislerin uzman bir ekip tarafından seçilerek asılması da düşünülebilir. Nitekim İspanya Sevilla'da bulunan bir kilise hastanesinin duvarlarında Kitab-ı Mukaddes'ten esinlenerek çizilen bazı resimlerin varlığı (Belen, 2016: 22), hastanelerde dini referansların kullanımının mümkün olabileceğine dair örneklerden biridir. Bununla birlikte, kozmopolit yapısıyla gittikçe çokkültürlü hale gelen dünyamızda bu tür dini referansların kullanımı ve bu kapsamda sunulacak MDR hizmetinin niteliği, önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanelerde MDR hizmeti sunan personelin, hem farklı dinler hem de bir dinin kendi içinde oluşan farklılıklarıyla, bunların dışında çeşitli dünya görüşleriyle karşılaşabilecek olması bu alanda kültürlerarasılık ve dinlerarasılık boyutlarının ciddi bir şekilde ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu konuda

gelen soru ve taleplerin değerlendirilmesi ve diğer dinlerin temsilcileriyle güçlü bir koordinasyonun sağlanması, ayrıca diğer ülkelerin tecrübelerinden yararlanılması faydalı olacaktır (Tosun, 2016: 121,122).

MDR personelinin kültürlerarası ve dinlerarası bir yaklaşım sergileyebilmek için yeterli birikime sahip olması gerekir. Bu nedenle bir hastanede farklı dinlere mensup olan birden çok MDR personelinin bulunmasında yarar olabilir. Nitekim bunu dünyanın çeşitli ülkelerindeki hastanelerde yapılan uygulamalarda görmek mümkündür. Burada konunun öneminin vurgulanması bakımından yaşanmış bir örnekten bahsetmek yerinde olacaktır. İstanbul'da Yahudi bir ailenin çocuğunun, hastalığı nedeniyle kanının değiştirilmesi gerekmiş, fakat aile bu tedaviyi dini inançları gereği reddetmiştir. Çünkü Yahudilikte kutsal kabul edilen kanın değiştirilmesi sırasında, Yahudilik bağının da kan ile birlikte gideceği düşünülmektedir (Şirin, 2018). Bu durum karşısında MDR uzmanının tutumu son derece önemlidir. Hasta çocuk için tüm hastane personelinin yerine getirmesi gereken görevler olsa da, bu örnekte olduğu gibi bazen en kritik görev, MDR uzmanına düşmektedir. Bu durumda ilgili uzmanın Yahudilikte kan ve insan hayatının kutsallığı ile ilgili bilgilere sahip olması, hızlı bir şekilde ne yapacağına ve danışanlarına neler söyleyeceğine karar vermesi gerekir. Ayrıca hasta kendi dinine mensup bir MDR personelinden destek almak isteyebilir. Dolayısıyla hastanede uygun bir personelin bulunmaması halinde, temini için gerekli girişimlerde bulunulmalıdır.

MDR hizmeti sunan personelin, hizmet kapsamında başvuracağı farklı uygulamalar da bulunmaktadır. Bunlardan biri, kendileriyle benzer bir süreci yaşamış ve bu zor durumu atlatmış insanlarla karşılaşmaları ve onların hikâyelerini dinlemeleri şeklinde gerçekleştirilmektedir. Nitekim böyle bir karşılaşma, bireylerde içinde bulundukları durumu aşabileceklerine dair güçlü bir inanç geliştirebilir. Ayrıca böyle kişilerle konuşmak ve onların hikâyelerini dinleyerek tavsiyelerini almak insanların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayabilir. Bu bağlamda hastalara, MDR sürecini başarılı bir şekilde tamamlamış olumlu hasta örnekleri gösterilebilir. Bu amaçla eski hastalardan gönüllü olanlar ile yeni hastalar birbiriyle tanıştırılıp tecrübe aktarımı yoluyla olumlu etkinin yayılması sağlanabilir. Bu uygulama, grup görüşmesi şeklinde organize edilebileceği gibi manevi danışmanın gözetiminde birebir görüşmeler şeklinde de gerçekleştirilebilir. Hastalıkları nedeniyle zor zamanlar geçirmiş insanlar, diğer hastalara destek olmak amacıyla

bu süreci nasıl atlattıklarını, MDR'nin bu süreçte oynadığı rolü anlatabilirler. Bu tecrübeler, yazılı veya görsel bir yayın ile de yeni hastalara iletebilir.

MDR personelinin sunduğu hizmet, sadece yüz yüze görüşme ile sınırlı olmamalıdır. Hastanede birebir görüşme yapmak istemeyen fakat manevi bakıma ihtiyaç duyan hastalarla sanal ortamlar üzerinden de görüşmeler yapılabilir. Çünkü bazı hastalar, hasta yakınları veya hastane personeli, sorunlarını ve ihtiyaçlarını yüz yüze görüşmelerde dile getirmekten çeşitli nedenlerle kaçınabilirler. Yine böyle bir danışmanlığa ihtiyaç duyduğunun bilinmesini veya duyulmasını istemeyebilirler. İletişim teknolojilerinin baş döndürücü bir hızla ilerlediği günümüz dünyasında bu durum, hastanın ihtiyaç duyduğu hizmeti almasına engel olmamalıdır. MDR personeli bu türden talepleri olan kişilerle internet üzerinden iletişime geçebilmelidir. Elbette iletişim için gerekli teknik destek de, ilgili personele sağlanmış olmalıdır.

Hastayla ilgili bilgilerin aktarılabilceği bir sistemin geliştirilmesi hizmetin devamlılığı açısından yararlı olacaktır. Bu sayede danışmanlık süreçlerinin her aşaması düzenli ve kolay bir şekilde denetlenebilir. Böylece hastanelerde MDR ile ilgili ciddi bir arşivin oluşması da sağlanmış olur. Bu amaçla kullanımı kolay bir yazılımın geliştirilmesi ve hastanede çalışan personelin düzenli olarak buraya veri girişi yapabilmesi sağlanmalıdır. Personelin yaptığı işi kayıt altına alması, hastanın süreç içindeki durumunun net bir şekilde izlenebilmesini, ilgili vakanın incelenmesini, değerlendirilmesini ve diğer personeller için yol gösterici olmasını sağlayacaktır.

MDR süreci, öncelikle danışan ve danışılan ilişkisi çerçevesinde temelendirilmekle birlikte, hastanın ailesi, doktoru, hemşireler, hastayla ilgilenen diğer hastane personeli ve ziyaretçiler de söz konusu süreci etkilemektedir. Bu ekipte yer alan bireylerin süreç boyunca güçlü bir işbirliği içinde olmaları hizmetin kalitesi açısından oldukça önemlidir. Dolayısıyla pek çok paydaşı olan bu hizmet alanı, güçlü bir işbirliğini gerektirmektedir. Doktor ve MDR uzmanı arasında bilgi paylaşımı ve sürecin birlikte koordineli bir şekilde yapılandırılması önem arz etmektedir.

Hastane personelinin birbiri ile koordineli şekilde çalışması, hizmet sundukları alanların sınırlarını belirleme konusunda da kolaylık sağlayacaktır. Hastanelerde çalışan MDR personeli; hastalara, hasta yakınlarına ve hastanede çalışan personele, desteğe ihtiyaç duydukları zor zamanlarında, din ve maneviyatla ilişkilendirdikleri sorunlarının, bunalımlarının üstesinden gelmek için yardımcı olan uzman kişilerdir. Dolayısıyla bu görevi yapan kişile-

rin, bir doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikiyatrist ya da misyoner olmadıklarının bilinmesi önemlidir. Ayrıca bu görevin irşat faaliyetiyle, batıl inançlarla, büyücülükle de bir ilgisi yoktur (Söylev, 2016: 71). MDR hizmeti sunan personel, ihtiyaç halinde hastayı psikolog ya da psikiyatrîstlere devreder. Aynı şekilde bir psikolog da, ihtiyaç halinde hastasına MDR hizmeti almak isteyip istemediğini sorabilir ve hasta istemesi halinde ilgili personele bilgi verip yönlendirebilir. Aslında hastanede çalışan MDR personeli, sadece talep edildiği sürece hastalara ve yakınlarına hizmet vermektedir. Bu özelliğinden dolayı hastane çalışanları arasındaki işbirliği oldukça önemlidir. Çünkü bazı sorunların elbirliğiyle üstesinden gelinmesi gerekir. Örneğin Almanya’da bir doktor, MDR uzmanına, hangi aşamadan sonra hastasının yaşam destek ünitesinden çekileceğinde dair sorular sorabilmektedir. Bu sorular sadece tıbbi değil, aynı zamanda dini olarak da değerlendirilmeye ihtiyaç duyacak niteliktedir. Yine, sağlık açısından herhangi bir riski bulunmayan bir gebeliğin sonlandırılması bazı dinlerde uygun görülmemektedir. Böyle bir durumda, doktor bile, bu aşamada hastasına müdahale etmekten dolayı dini açıdan kendini sorumlu ve huzursuz hissedebilecektir. Bu noktada, MDR’nin sadece hasta ve hasta yakınlarının değil, hastane personeli doktorların da doğal bir ihtiyacı olduğu söylenebilir. Doktorun kürtajı yapmak istememesi halinde bu tercihin nasıl değerlendirilmesi gerektiği ve MDR uzmanının buradaki rolünün ne olacağı ise, uzmanlarınca tartışılarak çözüme kavuşturulması beklenen sorunlar arasındadır.

Hastanelerde çalışan personelin birbiriyle iletişim halinde olması kadar, farklı hastanelerde çalışan MDR personellerinin de koordinasyonu hizmetin niteliği ve kalitesi açısından önemlidir. Özellikle ülkemizde yeni gelişen bir alan olarak, MDR personelleri arasındaki tecrübe aktarımı büyük önem arz etmektedir. Bu kapsamda, düzenli aralıklarla MDR personellerinin yaşadıkları sorunları ve sahada edindikleri tecrübeleri aktarabilecekleri ve benzer durumlara getirilen çözümleri tartışabilecekleri toplantılar düzenlenmelidir. Böylece MDR personelleri arasındaki haberdarlık düzeyi artarken, karşılaşılan benzer durumlarda üretilen çözüm yollarını ve süreçlerini karşılaştırma imkânı bulunabilecektir. Ayrıca bu yolla, henüz çözüm bulunamayan hususlar ele alınarak ortak çözümlerin geliştirilmesi de sağlanabilir.

MDR Personelinin Eğitimi

Hastanelerde MDR hizmeti sunacak personelin eğitimi, teorik ve pratik olmak üzere iki ana kısımda ele alınabilir. Bunlar birbiriyle sıkıca ilişkili iki

eğitim alanıdır. Her iki alan kapsamında verilecek eğitim, hizmetin kalitesi ve geleceği için son derece önemlidir.

MDR hizmeti sunan personelin alacağı teorik eğitim kapsamında iki alan ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki ilahiyat alanıdır. İlahiyat eğitimi kapsamında alınan bilgilerin MDR personelleri tarafından hangi durumlarda, nasıl ve ne ölçüde kullanılacağına dair metodolojik bir bakış açısının kazandırılması gerekmektedir. Bu çerçevede ilahiyat bilgisinin sahada karşılaşılan özel durumlarda nasıl kullanılacağına dair becerilerin yanı sıra, bu bilgileri ilgili durumlarda işlevsel hale getirip kullanabilme kabiliyetinin de kazandırılması önemli hale gelmektedir. MDR uzmanları, dini bilgilerin günümüz insanına nasıl sunulacağına dair metodolojik bilgiye dayalı sağlıklı bir bakış açısının yanı sıra, bireylerin ve içinde yaşadıkları toplumun kutsal değerlerini fark ederek pratik çözümler üretebilecek derin bir sezgi gücüne de sahip olmalıdır. Çünkü danışanlarla kurulan birebir ilişkide işlevsel olan sadece bilgi değil, aynı zamanda empatik yönü güçlü yüksek bir kavrayış ve yorumlama becerisidir. Personelin vereceği hizmete ilişkin becerileri geliştirmiş olması, hizmetin verimli bir şekilde sunumu açısından son derece önemlidir (Topuz, 2016: 247,248). Ayrıca MDR personelinin danışan kişiyi rahatlatabilmek için, sıkıntılı ve zor durumlarda kullanılabilecek dini ve kültürel kaynaklara hâkim olması gerekir. Bu konuda, ilgili kaynaklardan seçilerek oluşturulacak duruma uygun örneklerin, hastaların hizmetine sunulacak materyallerle desteklenmesi işlevsel öneme sahiptir. Bu anlamda personele bu hizmette kullanılacak kaynakların bilgisi kadar, bu kaynakları hastalarına nasıl sunabileceklerine ilişkin bir eğitim de verilmelidir.

Personelin alacağı teorik eğitim kapsamında en önemli bir diğer alan da, hastanın içinde bulunduğu ruh halini anlamaya ve ona uygun yöntemleri kullanma becerisi kazandırmaya yönelik bir alan olarak kullanılabilecek psikoloji alanıdır. Zira hastanede geçirilen süre içerisinde hastalar, öncelikle alışık oldukları günlük yaşantılarından ve sosyal çevrelerinden uzaklaşmaktadır. Ardından kendi içinde oldukça zorlayıcı olan bir tedavi süreci başlamaktadır. Bu süreçte iyileşmeyi beklemek, zaten bedenen rahatsız olan insan açısından psikolojik olarak da zor bir dönemin sabırla atlatılmasını gerektirmektedir. Hem bedenin hem de psikolojik durumun iyileştirilmesi, birbiriyle paralel işleyen ve hasta açısından tüm varlığını kuşatan ağır bir süreci kapsamaktadır. Bu süreçte hastalarda çaresizlik, mutsuzluk, tükenmişlik, üzüntü, depresyon, kızgınlık, güvensizlik, pişmanlık, huzursuzluk,

vicdan azabı, yoğun bir yalnızlık duygusu, düşmanlık, suçluluk, ilgisizlik, karamsarlık, korku, aşırı cesaret, isyan etme, suskunluk, kendini dünyadan soyutlama, inat, kin besleme, umutsuzluk, sabırsızlık, öfke, utanma gibi davranışsal tepkiler görülebilmektedir (Topuz, 2015: 244). Bu nedenle hastanelerde çalışacak MDR uzmanlarının iyi bir psikoloji eğitimi almaları, hastaların psikolojik iyi oluşlarına (*psychological well-being*) engel olan durumlarla başa çıkabilecek yeterliliklere sahip olmaları gerekir.

MDR personelinin, eğitimi sürecinde öğrendiği bilgileri uygulama fırsatı bulacağı ve bu alanda beceri kazanmasını sağlayacak bir staj eğitiminden geçirilmesi gerekir. Teori ve pratik arasındaki mesafeye ilişkin tartışmalar düşünüldüğünde, çalışma alanı son derece hassas olan personelin alacağı ciddi ve etkili bir staj eğitiminin önemi daha iyi anlaşılacaktır. Bu amaçla tasarlanacak staj programında hastane ortamında bir hastayla nasıl ilgilenileceğine ilişkin gözlem ve kontrollü pratikler yapılmalı, farklı örnekleri yerinde görerek rehberlik ve danışmanlık sürecinin nasıl yapılandırıldığına ilişkin tecrübe kazanımı sağlanmalıdır. Ayrıca bu kapsamda başka ülkelerle uluslararası işbirliği içinde bir stajyer değişim programı üzerinde de çalışılabilir. Böylece ülkeler arası karşılıklı bilgi ve tecrübe aktarımı ile eleman yetiştirilmesi açısından faydalı bir program yapılandırılabilir. Benzer uygulamaların yurt içinde ve yurt dışında farklı çalışma sahaları için yapıldığı ve başarılı sonuçlar alındığı bilinmektedir.

Personel eğitimi bir bütün olarak düşünüldüğünde, bu eğitimin üniversiteler tarafından ve pek çok alan eğitimini kapsayacak şekilde yapılandırılmasının gereği ortaya çıkmaktadır. Bu amaçla özellikle ilahiyat fakülteleri ile psikoloji bölümlerinin koordineli bir şekilde çalışması önem arz etmektedir. Eğitim süreci çoğunlukla, ilahiyat lisans eğitimi almış bireylere, “manevi danışmanlık ve rehberlik” adı altında lisansüstü eğitim verilmesi şeklinde uygulamaya konulmalıdır. Nitekim ülkemizde bu kapsamda, Samsun 19 Mayıs, Erzurum, Atatürk, Konya Necmettin Erbakan, Sakarya ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversiteleri tezsiz yüksek lisans programları ile çeşitli faaliyetler göstermektedir. Ayrıca İlahiyat Fakülteleri içinde Din Psikolojisi anabilim dalında bu konuyla ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Bu kapsamda Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi bünyesinde verilen eğitimler örnek gösterilebilir. 2018 yılında İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi’nde, Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı kurulmuş, tezli ve tezsiz yüksek lisans öğrencileri alınmaya başlanmıştır. Bu eğitimlerde ilahiyat fakültelerinden

gelen öğrencilere psikoloji, psikoloji bölümünden mezun olanlara ise ilahiyat eğitimi verilerek çapraz hazırlık eğitimleri ile eksikliklerin giderilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Şirin, 2018). Bu eğitimler dışında sertifika programları ve hizmet içi eğitimler ile de benzer eksikliklerin giderilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu kapsamda ilk defa 2015 yılında Diyanet İşleri Başkanlığı bünyesinden seçilmiş bir grup personele, hizmet içi eğitim verilmiştir. Yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin, hizmet içi eğitimler ve sertifika programlarının hem teorik hem de pratik düzeyde bu alanda çalışan personele önemli katkılar sağlayacağı açıktır. Bunun yanında personelin, lisans seviyesinden başlayarak, alana ilişkin bilgi, beceri ve yetkinlikleri elde etmesi gerektiği de söylenebilir. İlahiyat fakültesi müfredatına manevi bakım ve rehberlik eğitimi ile ilgili seçmeli derslerin alınması veya müstakil bir bölümün kurulması; tıp, sağlık, psikoloji ve psikolojik danışmanlık ve rehberlik gibi lisans programlarına da ilgili derslerin konulması, bu alanda uzmanlaşma ve alana yönelik farkındalığın lisans düzeyinde gelişimini sağlayacaktır (Koç, 2018: 359). Böylece lisans eğitimi döneminde branşlaşmanın sağlanması ile hizmet kalitesinin artacağı öngörülebilir.

Lisans düzeyinde branşlaşmanın önemini fark eden ülkelerde, personel eğitiminin bu düzeyde başladığı görülmektedir. Örneğin Budapeşte’de bir ilahiyat fakültesinde lisans düzeyinde *Pastoral Care* isimli ayrı bir bölüm bulunmakta, bu eğitim sürecinde teorik derslerin yanında öğrenciler 1,5 yıl gibi uzun bir süre, ciddi bir staj eğitiminden geçmektedir. Üstelik bu staj dönemi, cezaevi, hastane ve çocuk esirgeme kurumu gibi farklı tecrübeler gerektiren birimlerde gerçekleştirilmektedir (bkz. Çapcıoğlu ve Çapcıoğlu, 2016).

Esasen ülkemizde MDR alanının özel bir eğitime ihtiyaç duyduğu kabul edilmelidir. Zira kısa süreli sertifika ve hizmet içi eğitim gibi programlarla, hizmet kalitesinin artırılmayacağı açıktır. Elbette bir lisans programının planlanması, açılması ve alanın ihtiyaç duyduğu personelin yetiştirilmesi ve mezunlar vermesi uzun bir süreç gerektirir. Bu nedenle, hâlihazırda yürütülen lisansüstü programlar, sertifika ve hizmet içi eğitimler önem arz etmektedir. Bu eğitimin içeriğinin alandaki sürekli gelişmeler dikkate alınarak amaca uygun şekilde uzmanlarca hazırlanması ve güncellenmesi gerekir (Koç, 2016: 334). Çalışma sürecinde hizmet içi eğitimler, çalıştaylar ve kurum içi değerlendirme toplantıları ile bu alanda çalışan personelin sürekli desteklenmesi, bilgi açısından tazelenmesi ve alandaki yeniliklerden haberdar

edilmesi faydalı olacaktır. Fakat bu alanın ayrı bir meslek alanı olarak tanınması ve yükseköğretimdeki düzenlemelerin bu doğrultuda yapılması nihai hedefler arasında olmalıdır (Çapcıoğlu ve Çapcıoğlu, 2016: 61,67).

Ülkemizde MDR hizmetleri, Diyanet İşleri Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin ortak çabaları ile geliştirilmeye çalışılmakta, dolayısıyla birbirinden farklı birçok alanın işbirliğini gerektirmektedir. Bu açıdan MDR'nin disiplinler arası bir alan olduğunun fark edilmesi ve ilgili disiplinlerin belirlenerek hangi konuda nasıl ve ne kadar katkı sunacaklarının tespiti oldukça büyük önem arz etmektedir. Hastanelerde MDR, ilahiyatta özellikle din psikolojisi, din sosyolojisi, din eğitimi; psikolojide özellikle klinik psikoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik; sağlık alanında psikiyatri, hemşirelik, genel olarak tıp; ayrıca pedagoji, sosyoloji ve iletişim bilimleriyle ilgili olan ve tüm bu disiplinlerden destek alınması gereken multidisipliner bir alandır. Dolayısıyla bu alanda ciddi bir ortak çalışma platformuna ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun için ilgili her disiplinden MDR alanının ihtiyacı duyacağı yeterlikler belirlenerek, ilgili literatür ve uzmanlardan bu doğrultuda profesyonel destek alınmalıdır. Bu desteğin miktarı her bir disiplin için farklılık gösterecektir. En büyük desteğin ilahiyat ve psikoloji alanlarından alınacağı öngörülebilir. Dolayısıyla bu iki alanın, güçlü bir işbirliği ile bir arada çalışması önemlidir. Bir hastayla nasıl iletişim kurulması gerektiği, bir çocuk hastayla ilgilenilirken ona nasıl yaklaşılması gerektiği, bulaşıcı hastalığı olan bir hastayla ilgilenilirken nelere dikkat edilmesi gerektiği, bir hastanın yanındayken birden durumunun kötüleşmesi halinde ne yapılması gerektiği ve bunun gibi daha birçok soru, ancak disiplinler arası çalışmalarla cevaplandırılabilir. Bu sayede hem hizmet daha etkili bir şekilde sunulacak, hem de hastanın ve MDR uzmanının bu süreci sağlıklı bir şekilde yürütmesi sağlanabilecektir. Bazı ülkelerdeki uygulamalar da bu durumu destekler niteliktedir. Örneğin İspanya'da hastanede çalışan MDR uzmanlarının bir teoloji fakültesinde eğitim almış olmalarının yanı sıra, tıp, hemşirelik, psikoloji, sosyoloji, felsefe gibi bölümlerden birinden de mezun olmaları ve bu alanlardan birinde yüksek lisans veya doktora eğitimlerini alarak uzmanlaşmaları beklenmektedir. Burada çalışan bir MDR uzmanı, teoloji eğitiminin sonra sosyoloji eğitimi aldığını, bir başkası ise teoloji ve güzel sanatlar eğitimi birlikte aldığını belirtmiştir (Belen, 2016: 22,27).

MDR Alanına Özgü Beklentiler

MDR hizmeti sunan personelin temel görevi hastayla ilişki kurup maneviyat temelli anlamlandırma süreçlerinde ona yardımcı olmaktır (Koç, 2015: 328). Anlama, dinleme ve anlamlandırma süreçlerinde “caizdir, caiz değildir”, “helaldir haramdır”, “olur, olmaz”, “evet veya hayır” gibi kısa ifadeler yerine, daha açıklayıcı, rahatlatıcı ve yumuşak ifadeler tercih edilmelidir (Han, 2016: 97-98). Bu süreçte taraflar arasındaki ilişki, en temelde konuşma ile iletişim üzerinden sağlanır. Bu sebeple manevi danışman ve rehberin iletişime açık olması, insanlarla hızlı kaynaşabilmesi, güzel konuşması, çatışma ve her türlü olumsuzluktan uzak yumuşak bir üslup kullanması, empati yapabilmesi, din diline hakim olması, rahatlatıcı ifadelerle karşısındaki insana uygun bir dil kullanması, karşısındakini dinlemesi ve onu anladığını hissettirmesi, teknolojiden gerektiğinde faydalanarak iletişim olanaklarını zenginleştirilmesi ve bunlara dayanarak nitelikli bir iletişim becerisi geliştirmesi gerekir. Anlama ve analiz etme, hastaya kendisinin ve anlattıklarının önemli olduğunu hissettirme, saygılı olma, anlatılanların gizli kalacağı konusunda hastayı bilgilendirme, hastayla arasındaki mesafeyi onu rahatsız etmeyecek şekilde düzenleme, süreci irşat faaliyetine dönüştürmeme, farklılıklara açık ve yargılamayan bir yaklaşım benimseme, anlayışlı, samimi ve açık olma, merhamet, azim, sabır gibi konularda belirli bir yetkinliğe sahip olma, personelin sağlıklı bir iletişim dili geliştirebilmesi için gereken niteliklerden başlıcaları olarak sıralanabilir.

Personel cemaate değil bireye hitap ettiğinin farkında olmalı, emirler vermek yerine istişare halinde birlikte karar vermeyi önemsemelidir. MDR uzmanı, kişinin özeliyle, hayat hikâyesiyle, tecrübeleriyle ve sorularıyla birebir ilgilenmelidir (Akyüz, 2016: 240,241). Personel, hiçbir din, ırk, mezhep ayrımı gözetmeden talep eden herkese bu hizmeti sunmalıdır. Dini ve mesleki temsil kabiliyetine sahip olması gereken MDR uzmanı, bilgilerini doğru ve etkili bir şekilde aktarabilmelidir. Bu süreçte, hastalığı tarafından belirlenen ve sürekli etkilenen olmak yerine; hastalığını iyileşme yönünde etkileyen, yöneten ve bu sayede hastalığıyla ilişkisinde nesne konumundan özne konumuna geçen bir hasta profili değişimi hedeflenmelidir. Bu değişimin hemen olmayacağını bilerek, hastadan hemen ilk görüşmede olumlu bir tepki vermesi veya sorunlarını halletmesi beklenmemeli, manevi desteğe ihtiyaç duyduğu sürece takip edilmelidir.

Hastanelerde hizmet verecek personelin alanıyla ilgili teorik bilgisinin yeterli olması gerekir. Manevi danışmanlıkta kullanılan klasik tebliğ modeli, terapi modeli, tefsir ve teselli modeli gibi yöntemleri iyi bilmelidir (Karagül, 2012: 19-21). Hangi vaka için hangi yöntemlere başvurulacağı ancak bu şekilde tespit edilebilir. Uzman personel, hem ilahiyat hem de manevi danışmanlık ve rehberlik alanının kavramsal bilgisine hâkim olmalıdır. Ayrıca danışma kuramları, dini danışmanlık teori ve teknikleri, hasta hakları ve temel sağlık bilgisi konusunda donanımlı olmalıdır. Hizmet verdiği alana ilişkin etik kuralları da bilmelidir.

Hizmet alanının genişliği düşünüldüğünde pek çok alanda bilgi, beceri ve yetkinlik isteyen bu mesleği icra edecek bireylerin, burada sayılanlar dışında karşılaştığı durumlara özgü farklı becerilerinin de olması gerektiği düşünülmelidir. Bu durum, hizmeti sunan personelin kendini sürekli geliştiren, alanda yapılan bilimsel çalışmaları takip eden, gözlem ve uyum becerisi yüksek bir karaktere sahip olmasını da gerektirecektir. Tüm bunlarla birlikte, belki de bu zorlu görevi yerine getirmenin en temel koşulu, ihtiyaç halindeki bir insana yardım etme arzusunu her zaman canlı tutacak, mesleki sevgi olmalıdır. Kısaca hizmet sektörü için genel olarak ifade edilebilecek mesleğini severek yapma ve alanındaki gelişmeleri takip etme özelliği, manevi bakım ve rehberlik hizmeti sunacak personelin de en önemli alan özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır.

MDR Personelinin Karşılaştığı Sorunlar

Hastanelerde MDR hizmeti sunacak personelin, eğitimi ve sahip olması gereken özelliklerin yanında belirtilmesi gereken bir diğer husus da bu alanda yapılması gerekenlere dairdir. Hizmet kalitesinin sağlanmasının öncelikli yolu, hiç şüphesiz mesleğe dair hukuki düzenlemelerin yapılması ve mesleğe hak ettiği saygınlığın kazandırılmasıdır. Bu anlamda mesleğin yasal olarak net bir statüye kavuşturulması, hizmetin kalitesini doğrudan etkilemektedir. Personelin görev, yetki ve sınırlarının resmi bir şekilde tanımlanmış olması; kadro, statü, unvan gibi özlük haklarının netleşmesi büyük önem arz etmektedir. Bu sayede, birbirleri ile ortak bir alanda çalışacak farklı meslek grupları arasında belirsizliklerin ortadan kalkması, bu hizmet alanına yönelik olumsuz tepkilerin azalması ve kavram karmaşasının önüne geçilmesi sağlanabilir. Bu kapsamda hastanede çalışan tüm personele, hastanelerde manevi bakım ve rehberlik hizmeti gibi bir çalışma alanının varlığı, meşrui-

yeti ve gerekliliği konusunda seminerler verilmesi de düşünülebilir. Böylece oluşabilecek personel arası krizlere ve olumsuz her türlü yargıya karşı tedbir alınmış olunacaktır. Nitekim Türkiye’de hastane ve din görevlisi dendiğinde akla gelen ilk izlenimlerin olumsuz olması ve bu iki kavramın özellikle ölümü, ölüm sonrası teçhiz, tekfin, cenaze işlemlerini akla getirmesi sebebiyledir (Koç, 2016: 332,333). Bu durum insanların MDR hizmetinden faydalanmalarına engel teşkil edebilmekte ve konuyla ilgili olumsuz bir izlenimin oluşmasına neden olabilmektedir. Ancak hastanelerde çalışan din görevlisi ile manevi bakım ve rehberlik sunan personelin farklı olduğunun çeşitli vesileler ve faaliyetlerle duyurulması, bu mesleğin hizmet alanının toplum nezdinde de kabul görmesini sağlayacaktır. Bu kapsamda MDR alanında yapılan faaliyetlerin, topluma yansımalarının ve bunların gösterdiği olumlu dönütlerinin halkla paylaşılması önem arz etmektedir. Kamuoyu oluşturmak ve toplumda farkındalık yaratmak amacıyla kamu spotları, afiş çalışmaları, hastanede hasta, hasta yakınları ve hastane personeline dağıtılacak bilgilendirici broşür ve bilgi formlarının hazırlanması, video, film, tiyatro, belgesel, konferans ve çeşitli programlardan destek alınması faydalı olacaktır (Koç, 2016: 356; Han, 2016: 101). Günümüzde etkisi her alanda yadsınamaz olan sosyal medyanın ve medyanın (özellikle diyanet tv) manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin duyurulması ve kamu duyarlılığın oluşması amacıyla kullanımı düşünülmelidir.

Mesleğin hukuki boyutunun titizlikle düzenlenmesi, sahada çalışan personelin kendini motive ve güvende hissetmesi açısından gereklidir (Koç, 2016: 343,346). Bu konu bağlamında, hâlihazırda Diyanet İşleri Başkanlığı bünyesinde görev yapan personelin manevi danışman ve rehber olarak çalıştırılması yerine; sadece bu alanda görev yapacak, yani asli görevi manevi danışmanlık ve rehberlik olacak bir personel grubunun oluşturulması ve bu alana özgü bir unvanın ihdas edilmesi gerekli görünmektedir. Bu personel grubunun da kendi içinde hastanelerde, cezaevlerinde, huzurevlerinde ve hizmetin verildiği diğer alanlarda çalışan manevi danışman ve rehberler olarak tahsis edilmesinde ve buna göre uzmanlaşmasında yarar vardır.

Hastanelerde çalışacak personelin, çalışma imkânlarının düzenlenmesi de hizmetin kalitesini etkilemektedir. Bu kapsamda, personelin kendine ait bir çalışma ofisi, bireysel ve grup görüşmeleri için kullanabileceği bir alan tahsis edilmiş olmalıdır. Bu alanın gerekli teçhizatla donatılması, hizmetin tam kapasiteyle gerçekleştirilebilmesi açısından önemlidir. Ayrıca bu durum

personelin çalışma olanakları ve konforu ile mesleğin itibarı açısından da önemlidir. Bunun yanında, MDR hizmeti sunan personel için, çalışma sahası olan hastanenin kuralları, işleyişi, birimleri ve kurumsallığının tanıtıldığı ve bu konularda bilinçlendirildiği bir programın düzenlenmesi de gerekir (Koç, 2016: 346,354; Han, 2016: 98). Bu sayede hastanede yeni bir personel olarak çalışma ortamına daha kolay uyum sağlayarak çalışma ortamına entegre olabilecek, işlerini daha rahat yapabilecek, çalışanlarla daha kolay koordinasyon kurabilecek ve böylece daha güvenli bir iş ortamına kavuşmuş olacaktır. Özetle hastanelerde görev yapan manevi danışman ve rehberler hastanedeki diğer çalışanlarla aynı fiziki şartlarda çalışabilmelidir. Hatta personelin hastanede çalışan diğer personel gibi özel bir kıyafetinin olup olmaması gerektiği bile düşünülmelidir.

Hastane içinde dileyen hastaların, hasta yakınlarının ve diğer hastane çalışanlarının, istedikleri zaman MDR personeline ulaşabilmeleri önemlidir. Bunun için ilgili personel her zaman erişilebilir olmalıdır. Manevi danışmanın hasta, hasta yakınları ve hastane personelinin ihtiyaç halinde dâhili hattan arayabileceği bir telefonunun bulunması gerekir (Nazlım, 2016: 113). İlgili personelin mesai saatleri dışında acil durumlarda ulaşılabilir olması da önem arz etmektedir. Bu nedenle hastanelerde birden fazla MDR personelinin bulundurulması ve nöbet sistemi ile ilgili düzenlemelerin yapılması gerekir.

Hastanelerde çalışacak personelin ihtiyaç duyacağı bir diğer husus da, hizmet sürecinde kullanacağı çeşitli materyallerin hazırlanmasıdır. Bu kapsamda, manevi danışmanlık ve rehberlik sözlüğü ile el kitapları, hastanelerde MDR konusunda giriş kitapları, rehber kitaplar, uygulama örneklerini içeren kitaplar, değerlendirme form ve anketleri hazırlanmalı ve ilgili personelin eğitim sürecinde kullanılmalıdır. Bu materyaller, hizmet sunulan kişilere/hedef kitleye göre düzenlenmelidir. Örneğin çocuk hastalara yönelik hizmetlerde süreci olumlu etkileyeceği düşünülen resimli kitaplar, oyuncaklar ve oyunlardan yararlanılabilir ya da bu tür materyaller geliştirilebilir. Duruma göre çocuklardan çeşitli çizimler yapmaları da istenebilir. Elbette benzer durumların finansmanı için denetlenebilir bir bütçenin oluşturulması gerekmektedir. Bu kapsamda alınacak, geliştirilecek ve kullanılacak her türlü malzemenin profesyonel bir ekipçe belirlenmesi de yerinde olacaktır.

Eğitim programlarının, yazılı ve görsel yayınların hazırlık aşamasında MDR personelinin görüş, tavsiye ve tecrübelerinin değerlendirilmesi, gerekli analizlerin yapılarak eksikliklerin belirlenmesi ve ihtiyaçlara göre şekillendirilmesi sunulan hizmetin kalitesini arttıracaktır (Söylev, 2016: 74).

Bu kapsamda dile getirilmesi gereken son bir husus ise, MDR hizmeti sunan personelin de danışma ihtiyacı duyacağı gerçeğidir. Zira son derece yeni bir alanda hizmet sunan personelin, karşılaştıkları sorunları danışarak problemlerine çözüm arayabilecekleri bir usta veya süpervizöre ihtiyaçları vardır. Bu alanda ileri düzeyde çalışmaları olan ve mutlaka pratik deneyime sahip uzmanlardan oluşturulacak bir kurulun kendilerine gelen sorunları çözmesi ve sahada karşılaşılan durumları değerlendirerek hizmet sunan personele destek sunmaları, hizmetin etkili bir şekilde devam etmesi açısından önemlidir.

Hastanelerde MDR hizmeti sunan personelin kolay bir işe talip olmadıkları açıktır. Bu iş, farklı katmanları olan kompleks aşamaları içinde barındıran, bedenin, beynin ve duyguların senkronize ve aktif biçimde çalışmasına ihtiyaç duyan, dolayısıyla çalışanları farklı açılardan yorabilecek bir meslek alanıdır. Mesleğin bu niteliği, diyalektik bir bakış açısından acaba manevi bakımı sunanlar da bir manevi desteğe ihtiyaç duyuyorlar mıdır sorusunu akıllara getirmektedir. MDR ile meşgul olmak başlı başına güçlü bir psikolojik yapıya sahip olmayı gerektirmektedir. En zor anlarında insanların yanında olmak, onlara güç, mutluluk, huzur, dinginlik ve sağlık verebilmek ancak bu alanda çalışanların da bu niteliklere sahip olması sayesinde etkili bir şekilde gerçekleştirilebilecektir. Sahada çalışan personelin bu açıdan çok ciddi bir şekilde motive edilmesi gerekmektedir. Sahada yapılan araştırmalardan elde edilen tecrübeler, bu alanda çalışanların zaten canla başla ciddi bir gayret sarf ettiklerini göstermektedir. Bununla birlikte yapılan işin zorluğu göz önüne alındığında bu çabanın desteklenmesi, çalışanların motive edilmesi, yapılan işin takdir edilmesi, hizmetin öneminin fark edilmesi ve görünür kılınması ve he işe hem de çalışanlara değer verilmesi gibi ihtiyaçlar göz ardı edilmemesi gereken önemli hususlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bu alanda hizmet veren personelin tatil ve rehabilitasyon ile ilgili ihtiyaçlarının da tespit edilerek sağlıklı bir düzenleme yapılması gerekmektedir.

Sonuç

Ülkemizde MDR uygulaması, yeni fakat hızla gelişen bir alan olarak dikkat çekmektedir. Hastanelerde MDR hizmetine yönelik ilgi de buna bağlı olarak her geçen gün artmaktadır. Kuşkusuz bu hizmetin sunumunda hastanelerde görev yapan MDR personelinin çok önemli katkıları bulunmaktadır. Bu nedenle söz konusu personelin sahip olması gereken nitelikler üzerinde dik-

katle durulmalı ve bu konudaki standartlar netleştirilmelidir. Zira bu durum, verilen hizmetin verimliliğinin ve kalitesinin ön koşulunu oluşturmaktadır. Burada sunduğumuz önerilerin alan yazınına katkı sunması umulmaktadır. Elbette burada yapılan değerlendirme ile sunulan öneriler tartışmaya açıktır ve uzmanlarca hem teorik hem pratik inceleme süreçlerine tabi tutulduktan sonra hayata geçirilmelidir. MDR hizmeti sunacak personelin, yapılan işin kapsamı ve önemi dikkate alındığında özel olarak yetiştirilmesi ve belirli niteliklere sahip olması gerektiği açıktır. Bu nitelikler hastanelerde sunulan hizmetin kalitesini doğrudan etkileyecektir.

Kaynakça

- Akyüz, Ö. F. (2016). Hollanda devlet kurumlarında (cezaevi ve hastane) İslami manevi bakım hizmetleri uygulaması ve cami imamlığından farkı. A. Ayten, M. Koç, N. Tınaz (Ed.), *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Cilt-II* içinde (s. 237-251). İstanbul: Dem.
- Bayraktar Karahan, F. (2016). İnsan ve inanç bağlamında dezavantajlı gruplara yönelik uygulamalar: Sevilla örneği. İ. Çapcıoğlu, F. Z. Belen (Ed.), *dezavantajlı gruplar psiko-sosyal ve manevi bakım* içinde (s. 169-185). Ankara: Grafiker.
- Belen, F. Z. (2016). Dezavantajlı gruplara yönelik manevi ve psiko-sosyal bakım uygulamaları: Sevilla örneği, İ. Çapcıoğlu, F. Z. Belen (Ed.), *dezavantajlı gruplar psiko-sosyal ve manevi bakım* içinde (s. 15-35). Ankara: Grafiker.
- Çapcıoğlu, İ. ve Çapcıoğlu, F. (2016). Psiko-sosyal destek ve manevi bakım uygulamaları: Budapeşte örneği. İ. Çapcıoğlu, F. Z. Belen (Ed.), *Dezavantajlı gruplar psiko-sosyal ve manevi bakım* içinde (s. 37-69). Ankara: Grafiker.
- Erbaş, A. (2018). Panel: Türkiye’de Manevi Rehberlik (2018, Kasım 9). Erişim adresi: <https://www.youtube.com/watch?v=CXvXmg4ZzI0&feature=youtu.be>.
- Han, A. (2016). Diyanet İşleri Başkanlığı’nın hastanelerde yürüttüğü manevi destek hizmetleri. A. Ayten, M. Koç, N. Tınaz (Ed.), *Manevi danışmanlık ve rehberlik cilt-II* içinde (s. 91-107). İstanbul: Dem.
- Karagül, A. (2012). Manevi bakım: anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi (Hollanda örneği). *Dini Araştırmalar*, 14(40), 5-27.
- Koç, M. (2016). Diyanet İşleri Başkanlığı’nın hastanelerdeki manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri (1995-2015): Sınırlılıklar ve bir eğitim programı önerisi, A. Ayten, M. Koç, N. Tınaz (Ed.), *Manevi danışmanlık ve rehberlik Cilt-I* içinde (s. 321-371). İstanbul: Dem.

- Nazlım, Y. (2016). Ürdün hastanelerinde din hizmetleri, A. Ayten, M. Koç, N. Tınaz (Ed.), *Manevi danışmanlık ve rehberlik cilt-II* içinde (s. 109-123). İstanbul: Dem.
- Oman, D., Thoresen, C.E. (2013). Din ve maneviyat sağlığı etkiler mi? (Özer Çetin Çev.), *Din ve maneviyat psikolojisi yeni yaklaşımlar ve uygulama alanları* içinde (s. 295-341). (Derl: R.F. Paloutzian, C.L. Park), Çeviri Editörleri: İ. Çapcıoğlu, A. Ayten, Ankara: Phoenix.
- Sağlam, İ. ve Yüksel, Z. (2016). Psiko-sosyal destek ve manevi bakım uygulamaları: Augsburg örneği. İ. Çapcıoğlu, F. Z. Belen (Ed.), *Dezavantajlı gruplar psiko-sosyal ve manevi bakım* içinde (s. 187-201). Ankara: Grafiker,
- Söylev, Ö. F. (2016). Din görevlilerinin hastanelerde manevi bakım hizmetlerine ilişkin görüşleri. A. Ayten, M. Koç, N. Tınaz (Ed.), *Manevi danışmanlık ve rehberlik cilt-II* içinde (s. 69-89). İstanbul: Dem.
- Şirin, T. (2018). Panel: Türkiye’de Manevi Rehberlik (2018, Kasım 9). Erişim adresi: <https://www.youtube.com/watch?v=CXvXmg4ZzI0&feature=youtu.be>.
- Topuz, İ. (2016). Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinde temel nitelik ve yeterlilikler. A. Ayten, M. Koç, N. Tınaz (Ed.), *Manevi danışmanlık ve rehberlik Cilt-I* içinde (s. 237-257). İstanbul: Dem.
- Tosun, C. (2016). Manevi danışmanlık ve rehberlikte kültürlerarası-dinler arası yaklaşım. A. Ayten, M. Koç, N. Tınaz (Ed.), *Manevi danışmanlık ve rehberlik, cilt-I* içinde (s. 121-132). İstanbul: Dem.

III. BÖLÜM

HASTANELERDE YÜRÜTÜLEN MANEVİ DANIŞMANLIK ve REHBERLİK ÇALIŞMALARI ve ETKİLERİ

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastalık-Ölüm ve Ahiret İnancı İlişkisi Bağlamında Görüşleri ve Durumu Anlamlandırma Süreçlerinde Manevi Danışmanlığın Rolü ve Önemi

*Elif Merve Ertürk**

Giriş

İnsanlar için doğumla başlayan yaşam, nihayetinde ölümle son bulmaktadır. İnanç konusunda bireysel farklılıkların varlığına rağmen, inançla iç içe bir kavram olan “ölüm” olgusu tüm insanlık için tartışılmaz bir gerçektir. Bu gerçek değiştirilemese de, kişiler tarafından içinde bulundukları duruma göre farklı şekillerde algılanabilir ve farklı anlamlar yüklenebilir. Ölümün yanı sıra, ahiret inancı da bu aşamada önemlidir. Her ne kadar ölüm ve ahiret kavramları yaşamın sonuna vurgu yapıyor gibi görünse de, aslında insanın bugünü ve geleceği üzerinde belirleyici etkilere sahip, insan davranışı üzerinde son derece etkili olan inanç sistemimizin önemli parçalarıdır ve bir bitişten çok esas yaşamın başlangıcının habercileridir. Ahiret inancının, insanın dünyevi yaşantısı üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Allah’a iman ile bağlantılı olarak insanlardaki ahiret inancı, onların duygu, düşünce ve davranışları üzerinde farklı etkiler yaratabilmektedir. Bu çerçevede, ahiret inancının insanların hayatlarını anlamlandırma sürecinde önemli bir işlevi olduğu söylenebilir. Ahiret inancı hastaların hastalıklarını, hemşirelerin hayatı ve mesleklerini anlamlandırmalarında önemli bir faktördür diyebiliriz. Birbiriyle bu kadar iç içe olan, etkileşimli bir yapıya sahip olan yaşam-ölüm ve ahiret kavramları bu

* İstanbul Üniversitesi Felsefe ve Din Bilimleri Din Psikolojisi Bölümü Doktora Öğrencisi
mozyurt@hotmail.com

çalışma kapsamında yoğun bakım hemşirelerinin hayata, mesleklerine, ölüme ve ahirete olan bakış açıları ışığında ele alınacaktır.

Yoğun bakım hemşireliği, pek çok açıdan diğer mesleklerle göre manevi anlamda zorlayıcı olabilecek özelliklere sahiptir. Hemşirelerden, hastanın hem fiziksel hem de manevi bakımlarıyla ilgilenmeleri beklenirken, aynı zamanda hasta yakınının da duygusal tepkilerine karşılık vermeleri, onlarla gereken iletişimi dengeli bir biçimde sürdürmeleri de beklenmektedir.

Hastalık, sadece hastayı değil aynı zamanda hasta yakını ve sağlık personeli de yakından etkileyen bir durumdur. Hastalığın başlıca fiziksel ve psikolojik olmak üzere çeşitli boyutları vardır. Giddens (2008: 309), hastalığın kişisel ve toplumsal boyutlarına değinerek acı çeken hastanın yanı sıra çevresindekilerin de duruma uyum aşamasında tepki geliştirebileceklerini, nihayetinde bu durumun hastanın benlik algısı üzerinde olumlu veya olumsuz etkileri olabileceğini ifade etmiştir. Hastalığın bu boyutuyla ilişkili olmakla birlikte, bu çalışma kapsamında yoğun bakım hemşirelerini de bu duruma dahil ettiğimizde karşımıza üç farklı profil çıkmaktadır; hastalığı fiziksel ve psikolojik boyutuyla yaşayan hasta, hastanın bu durumu karşısında hastaya ilgi göstermeye çalışan ve Giddens'ın (2008: 309) deyiimiyle *"kendi yaşamlarına bu gerçeği dahil etmenin bir yolunu arayan"* hasta yakını ve öncelikle hastanın fiziksel ve sonrasında psikolojik bakımından sorumlu olan, ayrıca hasta ve yakını arasında etkileşimli bir ilişki içerisinde olan yoğun bakım hemşireleri.

Hastalık süreci bu bağlamda zorlu bir süreçtir. Yoğun bakım hemşireleriyle yapılan görüşmelerde de hemşireler, hastanın fiziksel ve psikolojik anlamda her türlü bakımını gerektiği gibi yerini getirmeye çalışırken aynı zamanda hasta yakınıyla olan ilişkinin de dengeli olması için çaba sarf ettiklerini sürekli ifade etmiştir. Yoğun bakım ünitelerinde sık sık karşılaşılan ölüm olgusu, hemşirelerin mesleklerinde sürekli karşılaştıkları ve baş etmek zorunda oldukları bir durumdur ve mesleklerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Yoğun bakım hemşireleri ölüm sürecine en yakından tanık olan sağlık görevlilerindendir. Ölüme bu kadar yakın olmalarının onların hayata ve ölüme bakış açıları üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla sorulan sorularda, süreç içerisinde değişiklik göstermekle birlikte, genellikle ölüme karşı soğukkanlı bir tavra sahip oldukları görülmüştür.

Dini inancın en önemli unsurlarından biri, ahiret inancıdır. Bu dünyada yaptıklarının karşılığını ahirette bulacağını farkında olan kişi yaşama farklı

bir gözle bakarak, deneyimlerini bu çerçevede gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Yaşamın kaçınılmaz bir ögesi olan ölüm gerçeği, farklı disiplinlerde farklı açılardan ele alınmıştır. Bu çalışmada, ahiret inancının hastalık sürecinde hastanın tepkilerini, iç ve dış dünyasını şekillendirmesi açısından ve bunun bir yansıması olarak hemşirelerin deneyimleri bağlamında psikolojik olarak ve aynı zamanda sahip olduğu dini boyutu bakımından manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti kapsamında incelenecektir.

Yoğun bakım hemşireleri bu süreçte öncelikle hastalığın tedavisi için gereken çabayı vermekte, ardından ölümle karşı karşıya kaldıklarında hayata, ölüme ve ahiret inancına dair kendi içlerinde bir sorgulama sürecine girebilmektedirler. Bu kadar önemli sorumluluklarla yükümlü olan hemşirelerin bu süreçte, manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti sayesinde alacakları destek ve faydanın önemi net bir şekilde görülmektedir. Hasta açısından bakıldığında da, ölüme bu kadar yakın mesafedeyken, aldığı destek sayesinde içinde bulunduğu duruma daha umutlu bakabilmeyi başarmasını sağlayabilecektir.

Daha önce yoğun bakım hemşirelerinin mesleklerinde yaşadıkları zorluklara ve ölüm olgusuna dair birçok çalışma yapılmıştır (Yılmaz ve Vermişli, 2015; Alaca, Yiğit ve Özcan 2011; Köksal, 2009; Ay, 2013; Özdemir, 2014; Özdemir ve Şenol Çelik, 2011; Erişen ve Sivrikaya, 2017; Çam ve Büyükbayram, 2017; Terzi ve Kaya, 2011; Hintistan, Nural ve Öztürk, 2009; Dizer, İyigün ve Kılıç, 2008; Esendir ve Kaplan, 2018; Yiğit, 1998; Kim ve Goldstein, 2017; Balboni ve Fitchett, 2015). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ölüm kaygısı seviyeleri tespit edilmeye çalışılmış, hemşirelerin ölmek üzere olan hastaya bakım vermeye ilişkin olumlu tutumlarının düşük olduğu ve hemşirelerin yaşam sonu bakım konusunda farkındalıklarını arttırmak amacıyla eğitimler düzenlenmesi, hemşirelerin farkındalıklarının artırılması, ölümün fazla olduğu birimlerde din görevlilerine yer verilmesi, sağlık çalışanlarının olumlu maneviyat ve manevi bakım algısına sahip olduğu, hastaların yaşadığı zorlukların üstesinden gelme konusunda inançlarına sığındığı gibi çeşitli sonuçlara varılmıştır. "Frommelt'in yaptığı çalışmada uzun süre eğitim alan hemşirelik öğrencilerinin eğitim sonrasında ölüme karşı pozitif tutumlar geliştirdiği saptanmıştır" (akt. Yılmaz, Vermişli, 2015: 44). Bu araştırma sonucu da hemşirelerin bu konuda eğitim alması ve farkındalıklarının artırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Hemşirelerin ölmek üzere olan hastaya yönelik fiziksel ve manevi bakımına dair yapılan çalışmalara ek olarak, bu çalışma, yoğun bakım ünitele-

rinde manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetinin ölüm ve ahiret inancıyla bağlantılı olarak hemşireye ve hastaya sağlayacağı umut duygusu ve katkıya odaklanarak, bu hizmetin gelişmesine katkıda bulunmaya çalışmaktadır.

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm konusunda farkındalıklarının yüksek olması büyük önem taşımaktadır. Ölüme ve ahirete karşı olumlu/olumsuz tavra sahip olmaları, hastaya karşı olan tutumlarını da etkileyecektir. Bu nedenle ölüm ve ahiret konusundaki bilgi, farkındalık ve bakış açılarının geliştirilmesi, hasta ve hasta yakını açısından bu süreçle başa çıkmada faydalı olacaktır. Manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti de buradaki boşluğu doldurma konusunda önemli bir rol oynayacaktır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı

Bu araştırma, “Hastalık, ölüm ve ahiret düşüncesinin yoğun bakım hemşiresi üzerindeki etkileri nelerdir?”, “Yoğun bakım hemşiresinin ve manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetinin ölmek üzere olan hastalar üzerindeki manevi etkisi ne ölçüde önemlidir?”, “Ahiret inancı ve hemşire tutumu, hastaya umut verme konusunda ne kadar etkilidir?” sorularını yanıtlamayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda, hastalık, ölüm ve ahiret inancı kavramlarının, yoğun bakım hemşirelerinin kendi düşünceleri ve gözlemleri doğrultusunda, hemşire açısından iyileştirilmesine katkıda bulunmak amaçlanmıştır. Ayrıca yapılan mülakatlarda ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda, manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetinin, yoğun bakım ünitelerinde hasta ve hemşire açısından ne kadar etkili olacağı belirlenmeye çalışılacaktır.

Araştırmanın Yöntemi

Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm olgusunu algılama biçimleri, ahiret inancının etkisine bakış açıları ve hastaya yönelik tutumlarını tespit etmek ve detaylı bir şekilde ele almak amacıyla, bu çalışmanın nitel bir çalışma olmasının kullanılacak teknik açısından daha uygun olacağı düşünülmüştür. Nitel araştırmada olguların doğal ortamlarında gözlemlenebilmesi ve nitel araştırmanın ortamdaki bireylerin olguyu anlamlandırma biçimlerinin anlaşılabilmesine olanak sağlaması (Yıldırım, Şimşek, 2016: 91) sebebiyle bu çalışmanın amacına uygun olarak yarı yapılandırılmış mülakat tekniğinden faydalanılmıştır. Bu kapsamda yapılan görüşmelerin yoğun bakım ünitelerinde ve hastane ortamında gerçekleşmiş olması, çalışma metodunun konuya uygunluğu açısından uyumlu görünmektedir. Bu konuda hemşirelerin

özel deneyimlerine ve gözlemlerine başvurmak amacıyla ve araştırmanın amacı doğrultusunda, yarı-yapılandırılmış mülakat tekniğiyle konu derinlemesine ele alınmaya çalışılmıştır.

Ölüm olgusunun anlaşılması ve hemşirelerin bu konudaki bakış açılarının ortaya çıkarılabilmesi adına amaçlı örnekleme yoluyla ölümün sıkça görüldüğü yoğun bakım ünitelerinde görevli hemşireler görüşme için uygun olarak görülmüştür. “Amaçsal (amaçlı) örnekleme, çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına olanak tanır” (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2018: 92).

Araştırmanın Çalışma Grubu

Amaçlı örnekleme yöntemiyle, araştırma kapsamında yoğun bakım hizmetlerinde görevli hemşirelerle yapılan görüşmeler, bu çalışma için uygun görülmüştür. Amaçlı örnekleme yoluyla belirlenen çalışma grubu, yoğun bakım ünitelerinin koroner, dahiliye gibi farklı birimlerinde görev alan 15 hemşireden oluşmaktadır. Yaşları 22-38 arasında değişmekte, 3 tanesi erkek, 12 tanesi kadındır. Her birinin deneyim süreleri farklılık göstermektedir. Deneyim süreleri 6-7 ay ile 15 yıl arasında değişmektedir.

Veri Toplama Aracının Oluşturulması

Öncelikle literatür taraması yapılarak daha önce yoğun bakım hemşireliği, ölüm ve manevi danışmanlık gibi konulara dair yerli ve yabancı kaynaklar incelenmiştir. Din psikolojisi ve nitel araştırma alanında uzman bir akademisyenden alınan destekle, araştırmanın temel konuları olan hastalık, ölüm ve ahiret inancı gibi kavramlar çerçevesinde yoğun bakım hemşirelerine sorulmak üzere 11 adet mülakat sorusu hazırlanmıştır. Sorular, hemşirelerin hastanın ölüm sürecine ve ahirete dair düşüncelerine dayanarak, manevi danışmanlığa duyduğu ihtiyacın belirlenmesine yönelik bir şekilde, hemşirelerin özel gözlemlerini araştırarak biçimde hazırlanmıştır. İlk yapılan görüşmelerden sonra sorular gözden geçirilerek revize edilmiştir.

Araştırma Verilerinin Toplanma Süreci

Veriler, 2018 yılının Haziran-Eylül ayları arasında Mersin ve İstanbul’da yer alan farklı özel hastaneler ve Mersin Üniversitesi Eğitim ve Araştır-

ma Hastanesinde toplanmıştır. Yoğun bakım hemşireleriyle yapılacak olan görüşmeler için özel hastanelerin baş hemşirelerinden ve Üniversite Hastanesi Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınarak, belirtilen gün ve saatte görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Özel hastanelerde, hemşire sayısının sınırlı olmasından kaynaklanan zaman problemi yaşanmıştır. Hastalarla ve yakınlarıyla ilgilenmeleri gerektiğinden ve süreleri kısıtlı olduğundan yapılan görüşmelerin süresi sınırlı olmuştur. Üniversite Hastanesi'nde görevli hemşire sayısının fazla olması, görüşmenin daha rahat yapılmasını sağlamıştır ve görüşmeler daha uzun sürmüştür.

Verilerin Çözümleme Süreci

Yoğun bakım hemşireleriyle yapılan görüşmelerde, hemşirelerin isteği doğrultusunda ses kaydı alınamamıştır. Bunun yerine hemşirelerin anlattıkları araştırmacı tarafından not alınmıştır. Elde edilen veriler, betimsel analiz yöntemiyle, doğrudan alıntılar kullanılarak ve analiz edilerek kavramsallaştırılmaya çalışılmıştır. Görüşmelerden elde edilen veriler, araştırma konusu ve soruları kapsamında kategorileştirilerek ve yorumlanarak ele alınmaya çalışılmıştır. Araştırma kapsamında, konunun gelişim süreci ve soruların dağılımı göz önünde tutularak, konu 8 farklı tema altında gruplandırılarak ele alınmıştır.

Bulgular ve Yorumlar

1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastayla Olan İletişimi ve Hastanın Manevi Bakımına Dair Görüşleri

Yoğun bakım ünitesi, hastanın durumuna göre özel bakım uygulanan bir birimdir. Her hastanın durumu farklı olmakla birlikte, hemşirelerin de hastayla kurduğu iletişim farklı olmaktadır. Grace Kim ve Goldstein (2017), din ve maneviyatın ölümle başa çıkmadaki etkilerini ele aldıkları çalışmada, hemşire ve hasta iletişiminin düzgün olmasının ölmek üzere olan hastalara *"iyi bir ölüm şansı"* verdiğini ifade etmiştir. Yapılan görüşmelerde hemşireler genel olarak, hastaların durumları ağır olduğu için çok fazla iletişim kuramadıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin hastaya yaklaşımı konusunda bazı farklılıklara rastlanmıştır.

"İlk zamanlarda iletişim kurmak zor. İlk işe başladığımda empati kurmak zordu ama zamanla kolaylaştı. Çoğu hasta birbirine benziyor. Nasıl

davranılacağını biliyoruz artık. Hastanın neye nasıl tepki vereceğini bilerek davranıyorum” (3.Katılımcı, 35 yaşında, kadın).

“Hastalarla bağ kurmamak zorundayız. Aramızda hasta-çalışan ilişkisi var, eğer arada bağ olursa farklı bir şeye dönüşebilir. Onlara karşı sevgim var ama etkilenmemek için sadece hasta-çalışan ilişkisi gözüyle bakmaya çalışıyorum” (1. Katılımcı, 32 yaşında, erkek)

Bu düşünceye sahip olan hemşire genel olarak duygusal bağ kurmamaya çalışmaktadır çünkü eğer bağ kurarsa, müdahale etmede zorlanacağını düşünmektedir. Burada hemşire, hasta için gereken bakımı ve desteği sağlamaya çalışırken aynı zamanda kendi psikolojisini de dengede tutabilmek ve görevini yerine getirebilmek için araya bir sınır koymaktadır. Aradaki bu sınırı kaldıracak olan, hasta ve hemşireye ihtiyacı olan desteği sunacak olan manevi danışmanlık ve rehberlik hizmeti burada devreye girerse, süreç her iki taraf açısından da daha sağlıklı geçirilebilir.

“Hastalara aile gibi yaklaşmamız gerekiyor. Aile ortamı gibi düşünmeye çalışıyorum çünkü yarın bir gün bizim başımıza da gelebilir. İhtiyaçlarına önem veriyorum” (4. Katılımcı, 21 yaşında, kadın).

“Hastalarla empati kurabiliyorum. Duygusal davranıyorum, kendi yakınımı düşünüyorum hep. Hastalığın hastada oluşturabileceği düşüncenin farkındayım, kendilerini ölüme yakın hissediyorlar. Onlara, bu düşüncenin farkında olarak davranıyorum”.(10. Katılımcı, 38 yaşında, kadın)

Yukarıdaki görüşmede ise, hemşirenin hastaya olan yaklaşımı daha duygusal olarak tanımlanabilir. Ancak bu süreçte hasta, hemşireyi kendine yakın hissederken, hemşire bu duygusal bağdan dolayı kendi yaşam alanında ve mesleğini yerine getirmede sıkıntılar yaşayabilmektedir.

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimlerini araştıran bir çalışmada (Hintistan, Nural ve Öztürk, 2009: 41), hastaların fiziksel bakımları yeterince karşılanmasına rağmen, hastaların hangi deneyimleri yaşadığı ve nasıl bir duygu durumu içinde bulunduğunun çok üzerinde durulan konular arasında olmadığı ifade edilmiş ve hastanın duygu durumunun incelenmesinin gerekliliği üzerinde durarak, onları anlama ve durumlarının olumlu yönde etkilenmesi amacıyla etkili hizmetlerin planlanması gerektiği öne sürülmüştür.

Hemşirenin hastayla olan iletişimi de onları anlama ve etkili olabilme konusunda kilit öneme sahiptir. Hastalar, yoğun bakım sürecinde yakınla-

rını çok fazla göremediği için en yakınlarında olan hemşirelerle daha fazla zaman geçirmektedir ve onlardan destek beklemektedirler. Hemşireler hastaların durumlarının ağır olması sebebiyle çok fazla iletişim kuramadıklarını belirtse de yine de aralarında bir etkileşim olmaktadır. Hemşirelere hastanın fiziksel bakımının yanı sıra manevi bakımından ne ölçüde sorumlu oldukları sorulduğunda, kendilerini sorumlu hissettikleri, gereken desteği vermeye çalıştıkları ancak yine de bazı eksiklikler olduğunu belirtmişlerdir.

“Son döneme gelmiş hastalar kendini yetersiz hissediyor. Bazen ne kadar çaba göstersek de onlar için bu konuda yeterli olunduğunu sanmıyorum. Hem zaman açısından hem de onların içinde bulunduğu durum açısından yeterli olmuyor.” (5. Katılımcı, 28 yaşında, kadın)

“Her hasta ölüme bir adım daha yaklaştığını düşünüyor. Kendimi sorumlu hissediyorum. Hayatının en son anında yanında biz varız. Onlara cevap verme konusunda yeterli olmaya, destek olmaya çalışıyorum” (10. Katılımcı, 38 yaşında, kadın)

“Hastalarla çok fazla iletişim kuramıyoruz. Durumları ağır olduğu için. Bakımlarından kaynaklanan sıkıntılar olabiliyor, iletişimimiz de olumsuz etkilenebiliyor. Mesela yoğunluktan dolayı bakımlarında gecikme olunca hemen sinirlenebiliyorlar. Çok fazla etkileşim olmuyor” (5. Katılımcı, 28 yaşında, kadın)

Hastanın manevi bakıma ihtiyaç duyduğu ve hemşirelerin de bu konuda kendilerini sorumlu hissettikleri belirgin bir şekilde görülmektedir. Ancak yine de hasta ve hemşire açısından bu konuda manevi bakımdan eksiklerin olduğu da kabul edilmektedir.

2. Hemşirelerin Ölüm ve Yaşam Arasında Gözlemledikleri Gelgitler ve Kendi Hayatları Üzerindeki Etkileri

Hasta ve yakınları kadar hastanın bakımından sorumlu olan hemşireler de ölüm olgusunu kabullenme sürecinde yer almaktadır. *“Ölümü gerçekçi bir şekilde kabul etmek kişinin duygusal olgunlaşmasının belirtisidir. O halde özellikle kişide ‘ölüm farkındalığını artırmak’ ve ‘kişiyi ölüm gerçeğiyle yüzleştirmek’ yönündeki çabalara her zamankinden daha çok ihtiyacımız bulunmaktadır. Ancak insanların ölüm karşısındaki bilinç düzeylerinin bireyden bireye farklılık göstereceği de bir gerçektir” (Hökelekli, 2017: 13).* Yapılan görüşmeler sonucunda da hemşirelerin mesleğe başladıkları ilk günle bugünkü duyguları arasında fark olduğu ve *“duygusal olgunlaşmayı”* sağlayarak ölümü kabullenmeye çalıştıkları görülmektedir. Yine de bu süreçte Hökelekli’nin de ifade ettiği gibi bireyden bireye değişen farklı bilinç düzeyleri görülmektedir.

Hemşirelere karşılaştıkları ölümler sonrasında kendi hayatlarında dengeyi nasıl kurdukları ve ne ölçüde etkilendikleri sorulduğunda, genel olarak ölüme karşı soğukkanlı olmaya çalıştıkları ancak günlük hayatlarında denge sorunu yaşadıklarını ifade edenler olmuştur.

“Burada sürekli ölüm görüp dışarı çıkınca her şey güllük gülistanlık... Psikolojik bozulmaya kadar gidiyor. Günde 3-4 cenaze gördüğümüz oluyor. Tabi ki kendimi dünyadan uzak hissettiğim zamanlar çok oluyor” (1. Katılımcı, 32 yaşında, erkek)

“Hayatım ciddi derecede etkileniyor. Ölümün olduğunu hatırladıkça yaptığım günahlar aklıma geliyor. Devamlı ölümle burun burunayız. Ölümünün yoğun olduğu zamanlar denge daha çok bozuluyor. Hayatımı sürekli tartmama sebep oluyor” (2. Katılımcı, 25 yaşında, kadın).

“Ölümün ne zaman olacağı belli değil. Ölümle yüz yüze geldikçe ben de kendimi hazırlamaya çalışıyorum. Psikolojik yorgunluk var, eve gidince normal hayat, burada hüznün.. Evdeki neşe tam yaşanmıyor. Zamanla soğukkanlılık oluyor ama bu durum çevremi rahatsız ediyor. İmam nasıl cenazeyi normal karşılıyorsa, burada da ölüm her gün normal karşılanıyor.” (3. Katılımcı, 35 yaşında, kadın)

Bu görüşlerin yanı sıra ölümlere alıştığını ve herhangi bir denge sorunu yaşamadığını, kendi hayatlarının karşılaştıkları ölümlerden etkilenmediğini, ölümü işlerinin bir parçası olarak gördüklerini ifade eden hemşireler de olmuştur.

“Hastaya maket gibi bakıyoruz. İşime, karşımdaki hasta, onu tedavi etmem lazım o yüzden kendimi toparlamam lazım diyerek bakıyorum.”(7. Katılımcı, 36 yaşında, kadın)

“Ölümleri sorgulamıyorum artık. Daha mekanik bakıyorum duruma. Mesleğe başladığımdan beri karşılaştığım ölüm sayısı 310. Durumu ve ölümleri artık doğal karşılıyorum” (12. Katılımcı, 26 yaşında, erkek).

“İnancım çok etkili oluyor. Buranın beni olgunlaştırdığını düşünüyorum. Nasıl olsa ölüm var, kimseyi kırmamak lazım diyorum. Kendimi dünyadan uzak değil aksine daha yakın hissediyorum. Ölümü görüp sürekli ders çıkarmaya çalışıyorum. Dışarıdaki hayatım buraya, buradaki de dışarı yansıyabiliyor. Bazen dışarıdaki hayat ve yaşadıklarımız çok boş geliyor” (5. Katılımcı, 28 yaşında, kadın)

Hemşirelerin daha dayanıklı olabilmek ve mesleklerini gerektiği gibi yapabilmek adına, her ne kadar doğal bir olgu olsa da, ölümü bu kadar mekanikleştirip, soğukkanlı kalmaya çalışmaları, ölüm ve yaşam arasındaki dengeyi kurma çabalarının bir sonucu olarak görülebilir.

Hemşirelerin sorumluluklarının fazla olması ve ölüm konusundaki tavırları arasında bir bağ kurulabilir. Ancak yukarıdaki bakış açısının aksine, özel bir hastanede görevli olan bir yoğun bakım koordinatörü yapmış olduğu açıklamayla duruma farklı bir bakış sunmuştur: *“Bizim sanatımızı en iyi şekilde icra edebilmemiz için; hastaların insan olduklarını unutmamalı, onlara bir istatistiki ya da matematik veri olarak bakmamalı, onları kaybettiğimizde üzülmeli ve hatta ağlamalıyız... Yoğun bakım hekimleri olarak bizler ölümle iç içeyiz ama ölüme alışamayız.”* (Doğruer, 2012)

Hemşire ve hasta arasındaki iletişim çok yakın veya kopuk olabilir. Her iki durumun da hastanın içinde bulunduğu süreç üzerinde olumlu/olumsuz etkileri olacaktır. Bu amaç doğrultusunda, her iki taraf için de olumlu etkiler üretebilmek ve faydalı olabilmek adına manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetinin sağlayacağı katkı göz ardı edilmemelidir.

3. Hemşirelerin Gözlemlerine Dayanarak, Ahiret İnancının Hastanın Duygu Durumu Üzerindeki Umut Verici Etkisi ve Acıyı Teselli Etme Gücü

Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerini ahiret inancı ile yan yana getiren temel mesele sık sık karşılaştıkları “ölüm” olgusudur. Günlük yaşantıda insanlar, ölümle bir şekilde yakın veya uzaklarındaki insanlar vasıtasıyla karşılaşmaktadır ancak yoğun bakım ünitelerinde ölüm, sık karşılaşılmasından dolayı doğum kadar olağan karşılanan bir olgu haline gelmiştir. *“Dünya ve ahiret iki halden ibarettir: Ölümden önce olana, sona yakın olduğu için dünya denir. Ölümden sonra olana da ahiret denir. Dünyaya gelmekten maksat ahirete azık hazırlamaktır.”* (Gazali, 2017: 69). Gazzâlî'nin bu görüşünden yola çıkarak, dünya ve ahiretin birbirini tamamladığı, insanın bu dünyadaki yaşantısının ahiret için bir hazırlık aşaması olduğu ve ahiretteki hayat için insanın belli bir süreçten geçmesi gerektiği sonucuna varabiliriz. Yoğun bakımdaki hasta bu sürecin sonuna gelmiş ve bu aşamada yapabilecekleri sınırlı görünmektedir, bu nedenle manevi anlamda alacağı her türlü olumlu destek, hasta açısından rahatlatıcı olabilecektir.

Ölüme yakın olduğunun farkında olan hastalar da bu aşamada farklı tepkiler vererek, inançlarına bağlı olmakla birlikte, bu süreci daha sakin veya olumsuz duygular içerisinde yaşayabilmektedir.

“Bazı hasta yakınlarının ahiret inancı olduğunu düşünmüyorum. Tatile gitmek için ailesini buraya yatıranlar oluyor. Gelip ziyaret etmeyen, aramayan yakınlar var.

İnançları olsaydı böyle olmazdı. Bazıları da var gelip hastasının başında Kuran okuyor. İnançları davranışlarıyla çok belli oluyor insanların”(1. Katılımcı, 32 yaşında, erkek).

“İnançlı olan hastaların daha rahat olduğunu, teslim olduklarını düşünüyorum. Hırçınlık yapmıyorlar çünkü inançları gereği durumu kabullenebiliyorlar. Ahiret inancı sayesinde hastalıklarına daha pozitif bakabiliyorlar.”(9. Katılımcı, 28 yaşında, kadın).

Hemşireler, durumu ağır olan hastalarla çok fazla sözlü iletişim kuramamalarından kaynaklanan bir eksiklik nedeniyle, hastaların ölüm ve ahiret inançlarına dair çok fazla bilgi sahibi olamadıklarını ifade etseler bile, hastalar ve yakınlarından gözlemledikleri davranışlar onların bu inançlarına dair genel bir fikre sahip olmalarını sağlamıştır. Mesleklerinin, çalışma koşullarının zorluklarına rağmen, inançları ve vicdanlarından aldıkları güçle, mesleklerini daha pozitif bir şekilde gerçekleştirmektedirler. Yoğun bakım hemşirelerinin bu süreçte hasta ve yakını üzerindeki önemli etkilerini göz önünde bulundurarak, hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarının belirlenmesi ve tutumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi de daha önce yapılan çalışmalarda önemli görülmüştür (Yılmaz ve Vermişli, 2015: 42).

Ölüm ve ahiret hayatının bilincinde olan kişi hayatını buna göre düzenler, ölümü bir son olarak değil de gelecek vadeden, umutla bakılması gereken bir olay olarak görmeyi başarabilir. Hasta yatağında bu düşüncenin bilincinde olan hasta, inancına dayanarak umudunu kaybetmemeye çaba gösterebilir. *“Sana düşen görev ebedi azaptan korkman ve imrenilecek ebedi mutluluğa değer vermendir... bu dünyanın aldatıcı süslerinden vazgeç; ilahi alemin iyiliklerini kazanmaya bak”* (İbn-i Sina, 2015: 38). Yaşadığımız dünya insan için çekici görünse de, İbn-i Sina’nın da ifade ettiği gibi, esas mutluluk ve iyilik, ilahi âleme atfedilmektedir. Yoğun bakımdaki hasta da ölüm düşüncesine bu kadar yakın olduğu bir zamanda, bu düşünceyle hareket ederse, içinde bulunduğu durumu daha kolay kabullenebilir ve daha sakin olabilir. Dünya ve ahiret ayrımı yapılmasına karşın aslında ikisi birbirini etkileyen yapılar sergilemektedir. Kaynağında inanç olan davranış ve kararların çoğu aslında ahiret inancıyla şekillenmektedir. Bu nedenle, içinde yaşadığımız dünya ve ahiret hayatı etkileşimli bir yapıyla birbirine sıkı bir şekilde bağlıdır. Nasıl ki, günlük yaşantımızda ahiret inancı bu kadar etkili olabiliyorsa, hastalık sürecinde ahiret inancının etkisi katlanarak artmaktadır. Ahiret ve dünya arasındaki döngü aslında pozitif bir şekilde işlemektedir. Tüm bu düzenin

kalbinde ağırlıklı olarak “umut” yer almaktadır. Ancak burada fiziksel ve ruhsal anlamda çok fazla hareket özgürlüğü olmayan hastaları düşündüğümüzde, en yakınlarındaki hemşireler onlar için en büyük destekçi olarak görünmektedir.

“Ahiret inancı etkileyebiliyor. Ölüyorken inançtan kaynaklı çok şükür diyebiliyor bazıları. Yaşlandık artık diyerek durumu kabullenenler oluyor. İnançları sakinleştiriyor onları.”(7. Katılımcı, 36 yaşında, kadın)

Burada inanç ve umut duygusu, hasta üzerinde sakinleştirici ve hastanın durumu daha kolay kabullenmesini sağlayacak bir etkiye sahip görünüyor. Geleceğe yönelik bir duygu olan umut yine geleceğe ait bir inanç olan ahiret ile uyumlu bir ilişki içerisinde. “Ölüm en büyük tehlike olduğu zaman kişi yaşamak için umut eder; ancak daha ürkütücü bir tehlikeyle karşı karşıya kalan kişi ölmeyi umar. Tehlike bu kadar büyük bir hale gelince ölüm birinin umudu haline gelirken, umutsuzluk ölememenin üzüntüsüdür” (Kierkegaard, 1941: 15). Bu ifadeye göre, ölüm yaşama vazgeçilmez bir anlam vermektedir ve umut duygusuyla iç içedir. İnsan, içinde bulunduğu duruma göre yaşamak için de ölmek için de umut edebilir.

“Ölüm ve ahiret inancına çok fazla inanan biriyim. Doğduğun zaman da ölüyorsun belki de. Öbür dünyanın asıl hayat olduğunu düşünüyorum. Bir çocuğun doğarken mi öldüğü yoksa ölüirken mi doğduğunu düşünüyorum. Anneden göbek bağından ayrılıyor aslında bu çocuğa ölüm gibi gelebilir. Belirli bir süre yaşıyoruz. Ama öbür dünyada sınırsız kalacağız. Acı çeken çok hastamız var. Acı çeken hastalara hep ölümün varlığına inandığımızı, doğal bir süreç olduğunu söylüyoruz. Biz de aynı şeyi yaşayacağız.” (10. Katılımcı, 38 yaşında, kadın)

Ölüm gerçeği vardır ancak insanların ölüm konusunda herhangi bir müdahalesi veya kontrolü söz konusu değildir. Bu durum bazı insanlarda kaygı yaratırken bazılarında da iyilik ve umut duygusunu uyandırabilmektedir.

İçinde bulunduğumuz yaşamın gelip geçici olduğuna ve esas hayatın ölüm sonrası ahirette olacağına inanan bir Müslüman için bu konudaki tek bilgi kaynağı Kur'an-ı Kerim'dir. Edindiği bilgiler doğrultusunda, yaptığı her hareketin karşılığını ahirette göreceğini bilen kişi, hayat amacını, yaşam biçimini dinin gerekleri doğrultusunda düzenleyerek ahirete yönelik bir umut beslemiş olur. “İnsan için ölüm, sadece biyolojik bir olgu değil; varoluşsal bir mesele olmuştur. Bu sebeple tüm efsaneler, şiirler, destanlar, ritüeller, sanat eserleri, yani dini, felsefi, edebi, kültürel bütün sözlü ve yazılı

literatür, en az yaşam kadar ölümü de konu edinmiştir” (Göcen, 2018: 294). Her alanda varlığını gösteren ölüm kavramı için basitçe “yaşamın son bulması” tanımını yapmak yetersiz kalacaktır. Biyolojik olduğu kadar, yukarıda da belirtildiği gibi, varoluşsal yönünün de altını çizmek gerekir. Varoluşsal işlev, olumlu duyguları da beraberinde getirerek kişiye yaşamının anlamı ve amacını bulması için yol göstermektedir.

Eagleton’ın ‘insanların ölüm sonrası için de umutlarının olabileceği’ görüşünden yola çıkan Erol Göka (2017), bu noktada umut, sevgi ve inanç ilişkisinin bir ve aynı hale geldiğini ifade eder ve Hz. Peygamber’in (sav) bu husustaki bir hadisini örnek verir: “İnsanoğlu öldüğü zaman, bütün amellerinin sevabı da sona erer. Şu üç şey bundan müstesnadır: Sadaka-i cariyeye, faydalı ilim ve hayırlı evlat...”. Yani ölümle birlikte sahip olunan her şeyin aslında bitmediği aksine ahiret hayatında tesir etmeye devam ettiği vurgulanmaktadır. İnsanın bu dünyadaki yaşam amacı, amelleri, hayatını anlamlandırma süreci aslında birbirine bağlı bir şekilde ahirete yönelik umutlarının gerçekleşmesi için atılan adımlar olarak görülebilir. Ahiret inancı olan bir birey karşılaştığı her durumda, atacağı her adımda bunun ahiretteki karşılığını düşünerek davranırsa, ahirete yönelik güçlü bir umut duygusuna sahip olduğu söylenebilir.

“Davranışlar, iç dünyamızın dışa yansıyan uzantıları olduğuna göre, genel olarak inançların ve özel olarak da dini inançların davranışlara yön vermesi, onları etkilemesi kaçınılmaz olarak kendini gösterecektir” (Şentürk, 2013: 124). Bir insanın dini inancı gereği namaz kılması, oruç tutması, sadaka vermesi, etki-leşim içerisinde olduğu diğer insanlara saygı ve sevgi göstermesi ve bunlar gibi davranışları dini inancı gereği yaptığıının bilincinde olması, karşılığında onun ahiret hayatındaki beklentisinin, “umudunun” sembolik göstergele-ridir. Özetle, dini inancımızın önemli bir parçası olan ahiret inancımız, iç dünyamızı şekillendirdiği kadar davranışlarımız üzerinde de etkili olarak umut duygusuna sahip olmamızı sağlamaktadır.

“İnançlı olanlar ölümü daha çabuk kabulleniyorlar. O anki acının bir telafisi olduğunu düşünüyor. Sınavdayız düşüncesi, eziyet ve acı varsa karşılığında daha iyi olacağını düşünebiliyor”.(11. Katılımcı, 31 yaşında, kadın)

“Çok fazla teselli ediyor bence çünkü hasta ölümün çaresizliğini yaşarken bir yandan yeni bir hayatın başlangıcı düşüncesiyle daha sakin durabiliyor, durumu daha kolay kabullenebiliyor.” (12. Katılımcı, 26 yaşında, erkek).

Ahiret inancının insanların iç dünyaları ve davranışları üzerindeki etki ve yansımaları bağlamında umut kavramını konumlandırırken, bu kavramı iyi davranışların ardındaki harekete geçiren güç olarak görmek mümkündür. “Âhiret inancının içeriğinde yer alan sonsuz hayat, sonsuz nimetler ve sonsuz mutluluk elde edilmek istenirken, bir taraftan da yine âhirette karşılaşılabilecek olan sonsuz azap ve hüsrandan kaçınılır. Yani, sonsuz iyiliklere dair ümit ile sonsuz kötülöklere dair korku insanda bir arada bulunur. Bu iki zıt duygu çarpıcı bir şekilde insanları iyi davranışlar için motive eder” (Horozcu, 2012: 105). Umut ve korkunun bir arada olması kişiyi bir seçim yapmaya götürür, bu seçim sürecinde kişi eğer inancına dayanarak hareket ederse umutlu ancak korkularına bağlı kalarak bir seçim yaparsa umutsuz olarak adlandırılabilir.

4. Hemşirelerin Karşılaştığı Ölümler Ve Hayatı, Ölümü Sorgulama Durumları

Günlük yaşamda, hastanede ya da her nerede olursa olsun, ölüm yaşamla iç içedir ve insanların ölümle karşılaşmalarında, birçok farklı etken ve duygu devreye girmektedir. Bu süreçte ölümle yüz yüze gelen birey kendi içinde bir sorgulama yaşayabilir ve bu durum adalet kavramıyla yakından ilişkilidir. Yapılan mülakatlarda hemşirelere, karşılaştıkları ölümlerin hayatı sorgulamalarına neden olup olmadığı ve Allah’ın adaleti ve öte alem arasındaki ilişkiyi nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur.

“Burası için değil ama dışarıdaki adaleti sorguluyorum. Bir tarafta çöpten etmek toplayan çocuklar varken, diğer tarafta özel okula giden çocuklar var. Herkesin eşit yaşamasını isterdim. Bir kişinin 3 tane değil de 1 tane evi olsun. Herkesin olsun ama eşit ve adil olsun hayat. Adalet ahirette illaki yerini bulacaktır. Ölümler o an için kendime çeki düzen vermeme sağlıyor ama sonra yine aynı şeylere dönebiliyorum. Sorgulama sonrasında etki çok kalıcı olmuyor yani. Namaza başlayıp bıraktığım çok oluyor” (2. Katılımcı, 25 yaşında, kadın).

“Ölümleri gördükçe sevdiklerimi düşünüyorum, daha basit yaşamaya çalışıyorum çünkü korkuyorum. Her an ne olacağı belli değil. Anlık sigarayı bırakıp tekrar başladığım zamanlar oluyor.” (4. Katılımcı, 21 yaşında, kadın)

Hemşireler ölümle karşılaştıklarında çoğu zaman yaşamdaki adaleti göz önünde bulundurarak, ahiret hayatında bir hesaplaşma olacağı ve adaletin bir şekilde yerini bulacağını ifade etmiş ve ölümle olan karşılaşmaları çoğu zaman kendi hayatlarını sorgulamalarına sebep olmuştur. Görüldüğü gibi, hayatlarında sahip oldukları kötü alışkanlıkları veya kendilerini yeter-

siz, eksik hissettikleri detaylar, karşılaştıkları ölümlerle birlikte değişkenlik gösterebiliyor ve hemşireler için bir uyarı niteliği taşıyabiliyor.

“Sınav için yaşıyoruz bu hayatta. Belli bir süre buradayız. Tek yapabileceğimiz şey mesleğimiz. Bu sayede yardım etme duygusunu yaşıyorum, hayatımda faydalı olabildiğim ve en iyi yaptığım şey mesleğim” (11. Katılımcı, 31 yaşında, kadın)

“Ölüm iyyinin de kötünün de başına geliyor. Yarın ne olacağımız belli değil. Allah'ın adaleti ölüm konusunda değil ama yaşama dair kesinlikle var. Çünkü iyi de olsanız kötü de olsanız sonuçta ölüm kaçınılmaz” (5. Katılımcı, 28 yaşında, kadın)

“Günlük hayatta verdiğim kararları sorguluyorum ve daha dikkatli davranmaya çalışıyorum. Ölümü görmek benim için sürekli uyarı oluyor gibi hissediyorum”. (6. Katılımcı, 24 yaşında, erkek)

Mesleği gereği karşı karşıya kaldığı ölümler, yoğun bakımda görevli hemşireler için kendi hayatlarına dair sorgulamalar yapmalarına neden olabilmektedir. Bu süreçte de Allah'ın adaleti ve ahiret inancı da onların sorgulamalarına eşlik etmektedir.

5. Hemşirelerin İnançları ve İnançlarının Hastaya Karşı Tutumları Üzerindeki Etkileri

Hastanın son zamanlarında yanlarında bulunan hemşireler genellikle inançla birlikte vicdan duygusuna vurgu yapmıştır. Özellikle hastanın fiziksel bakımıyla ilgili özenli davranmalarında vicdanlarının ve inançlarının etkili olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelere, ölüm ve ahirete dair düşüncelerinin, hastaya karşı olan tutumlarını ne ölçüde etkilediği sorulduğunda, birçoğunda inanç ve vicdan duygusunun hastaya yönelik tavırları üzerinde fazlasıyla etkisi olduğu görülmüştür.

“İnanınca bakış açın da değişiyor. İnanmasak bu işi yapamayız. Çok acı çeken hastalar oluyor bazen. Ne yaptı da bu kadar çekiyor diye kendi kendime soruyorum. Küflenene, yarası çok olan hasta olunca ister istemez sorguluyorum ama bu durum onlara karşı tutumumu değiştirmiyor. Sadece kendi içimde sorguluyorum. İnançım gereği daha vicdanlı ve merhametli olmam gerektiğini biliyorum. İnanıcı olmayanın yapacağı bir iş değil bu”. (1. Katılımcı, 32 yaşında, erkek)

“Ahiret düşüncem olmasa hastayı dikkate almayabilirim. Onların istekleri benim için önemli, bunda da inancımın etkisi çok büyük” (3. Katılımcı, 35 yaşında, kadın)

“Birine kötülük yaparsam benim başıma da gelirse diye düşünüyorum, vicdanım rahatsız oluyor. Öyle düşündüğüm zaman hastaya karşı daha dikkatli oluyorum. Günahlarıma kefaret oluyor diye düşünüyorum.” (4. Katılımcı, 21 yaşında,

kadın)

İnançları ağırlıklı etkiye sahip olmakla birlikte, hemşirelerin hastaya olan yaklaşımlarında vicdan da birincil derecede etkili olan bir unsur olarak görünmektedir.

“İnançtan ziyade vicdan etkili aslında. Mahkum hasta gelince tepkisel olarak onun bakımından uzaklaşma isteği olabiliyor ama vicdan her zaman ön planda” (8. Katılımcı, 22 yaşında, kadın).

“Hayır dualarına amin dememiz onları mutlu ediyor. Kan alacağım zaman besmele çek diyor bazıları, ondan sonra rahatlıyorlar. Özellikle hastalardan dua aldığımız zaman onlara yettiğimizi düşünüyorum. Biz elimizden geleni yapıyoruz, sen de yap diyerek onlara destek oluyoruz”. (10. Katılımcı, 38 yaşında, kadın)

Burada sorulan soruyla, hemşirelerin hastaya karşı olan tavırlarında inançlarının etkisinin ne ölçüde olduğu ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Hemşirenin tutumu ve yaklaşımı, hasta ve yakını açısından büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin ölüme dair farkındalıklarının arttırılması, doğrudan hastayla olan ilişkilerinde de pozitif yönde değişimlere yol açacaktır. *“Hemşirenin ölüm sürecinde olan hasta ve ailesine bakım verirken sergilediği tutumlar ise, kültür, din, sosyal çevre ve aile yapısı, teknoloji, iletişim, eğitim ve deneyim gibi birçok faktörden etkilenmekte ve bu etkiyle şekillenmektedir” (Ay, 2013: 14).* Hemşirelerin tutumları üzerinde etkisi olan birçok faktör vardır ancak görüşmelerden alınan alıntılardan da anlaşıldığı gibi, inanç ve vicdan en etkili unsurlar olarak görünmektedir.

6. Hemşirelerin Meslek Hayatlarında Ölümle İlk Karşılaşmaları ve Süreç İçinde Duygu Durumlarında Yaşadıkları Değişim

Günlük hayatta insanlar için yakınlarını kaybetmek veya çevrelerinden ölüm haberi almak ne kadar zor ve acı bir tecrübeyse, mesleğe ilk başladıklarında yoğun bakım hemşireleri için de ölümle karşılaşmak ve bu deneyimle yüzleşmek zorlu bir süreç olmuştur. Ancak meslekte geçirdikleri süre ve kazandıkları deneyimlerle birlikte, ölüm olgusuna bakış açıları ve verdikleri tepkilerde de önemli bir değişim yaşandığı görülmektedir. Ölümle ilk karşılaşmalarında çok etkilendiklerini ifade eden hemşireler, deneyim süreleri arttıkça ölüme karşı hissizleştiklerini ve ölümü normal bir şeymiş gibi algılamaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumun en büyük dezavantajı ve hemşirelerin de memnun olmadıkları yanı, ölüme karşı soğukkanlı

olmalarının bir sonucu olarak günlük hayatlarında da hissizleşmeye başlamaları ve duygusal durumlarda verdikleri tepkilerden dolayı çevrelerinden eleştiri almalarıdır. Hemşirelere, ölümle ilk karşılaşmalarında verdikleri tepkiler ve süreç içinde duygularında yaşanan değişim sorulduğunda, bu durumu net bir şekilde gözler önüne süren şu ifade dikkat çekicidir:

“Yaklaşık 1 ay önce halamı kaybettim, çok sevdiğim biri olmasına rağmen öldüğünü duyduğumda normal bir şeymiş gibi geldi bana, ağlayamadım, tepki veremedim. Ölümlerle karşılaştıkça sadece o anlık üzüliyorum ve hemen etkisi geçiyor. Böyle olmasa zaten yoğun bakım psikolojisiyle çalışmak çok zor olur” (15. Katılımcı, 26 yaşında, kadın)

Hemşirelerin ölüme karşı soğukkanlı durma çabaları, mesleklerini yerine getirmek ve psikolojik olarak sağlıklarını korumak amacıyla geliştirdikleri bir kalkan görevi görmektedir. Buradan mesleklerinin fiziksel olduğu kadar zihinsel olarak da yorucu ve zorlayıcı olduğu ve desteğe ihtiyaç duydukları anlaşılabilmektedir.

“Hiçbir şey hissetmedim, soğukkanlıyım. Mesleği bile bırakan arkadaşlarım oldu. Kolay değil tabi, ölüm var ama müdahale edebilmek için soğukkanlı olmaya çalışıyorum.” (1. Katılımcı, 32 yaşında, erkek)

“Mesleğe başladığımda 18 yaşındaydım, kapıdan içeri girdiğimde ölen bir hasta vardı. Çalışmak istemiyordum dedim ama zamanla alıştım. Alışmak zorundayım. Şimdi eskisi kadar etkilenmiyorum, alıştım artık” (2. Katılımcı, 25 yaşında, kadın)

“İlk yıllarımda hasta bağıra bağıra ölmüştü çok etkilenmiştim ama artık hastalar cihaza bağlanıp sessizce ölüp gidiyor. Sessizlik olduğu için eskisi kadar etkilenmiyorum” (7. Katılımcı, 36 yaşında, kadın).

“Kendimi çok kötü hissettim. Daha fazla bir şey yapılması gerekiyor ama biz yapamadık hissi oldu. Süreç, benim yaşımın genç olması ve meslekte yeni olmamdan kaynaklandı. Dini açıdan da ne yaparsan yap ölüne geçemezsin, normal bir süreç olduğunu kabullendim. Her şeyin farkında olup her an öleceğini düşünen insanların gözündeki çaresizlik ve geride bıraktıklarını düşünmeleri üzücü geliyor bana.” (10. Katılımcı, 38 yaşında, kadın)

“10 yıl oldu çok ölü gördüm ama sarılmış hallerine hala bakamıyorum. Eğer ölen hasta benden bir şey istemişse ve yapamamışsam mesela eve gitmek istemiş ama izin vermemişsek o zaman üzüлp, pişman oluyorum” (10. Katılımcı, 38 yaşında, kadın).

Hemşirelerin çoğunda benzer süreçler yaşanmıştır. Çalışmaya ilk baş-

ladıklarında ölüm karşısında üzüntü, kaçış ve tepki verme görülürken, zamanla ölüm normalleşmiş ve hemşireler ölüm karşısında soğukkanlı kalabilmiştir.

7. Hemşirelerin Karşılaştıkları Ölümün Yarattığı Duygularla Başa Çıkma Yolları

Hemşirelerin karşılaştıkları ölümlerle başa çıkmasında en büyük etken onların durumu anlamlandırma biçimleridir. Anlamlandırma sürecinde, kişinin ahiret hayatına bakış açısı da önemli bir noktadır. Balcı'ya göre (2011: 148), bireyin ölüme verdiği tepki ve bakış açısı, ölümün kendisi için ya bir başlangıç ya da bir son olarak algılanmasına yol açmaktadır. Eğer kişi ahiret inancını kaçınılmaz bir son olarak görürse, hayatı anlamlandırma süreci de buna bağlı olarak umut duygusundan yoksun bir şekilde anlamsız hale gelebilmektedir. Ayrıca Balcı'nın (2011: 149) çalışmasının sonucunda, ahiret inancı ve yaşam doyumu arasında güçlü olmayan ancak pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Ahiret inancı kişiye umut vermesinin yanı sıra, hayata dair bir anlam sunması bakımından da kişinin yaşam doyumu ve mutluluğunu da arttırmaktadır. Duruma hemşireler açısından bakıldığında, meslekleri hayatlarını anlamlandırmalarında önemli bir etkindir ve ölmek üzere olan hastalarla ilgilenmek, bakımlarını yapmak, inanç ve ahiret inancının etkisiyle bakıldığında, yıpratıcı, üzücü olmak yerine yaşam doyumunu sağlamalarında ve ileriye yönelik umut beslemelerinde pozitif etkileri olan bir durum olarak anlamlandırılabilir.

Dini inanç ve umut arasındaki pozitif ilişkinin kişi üzerindeki olumlu etkisi de belirgin bir şekilde görülebilmektedir.

“Hayatın amacı, insanın bu dünyadaki yeri ve görevi gibi anlam ve kimlik meseleleri yanında ızdırap, kötülük, mahrumiyet, ölüm gibi hayatın kabul edilmesi çok zor olan yönleri ancak dini inançların aydınlığında anlaşılabilir ve kabul edilebilir duruma gelir. Dindar insanların genelde iyimser, olumlu bir dünya görüşü geliştirmelerini, uyumlu, dengeli ve sorumlu bir kişilik eğilimine sahip olmalarını inançların bu yöndeki etkisiyle açıklamak mümkündür” (Hökeleki, 2017: 145).

Ölüm muhakkak insanlar için başa çıkılması gereken zor bir durumdur. Ancak kişinin inancına bağlı olarak ölüm gerçeğiyle başa çıkması ve durumu anlamlandırması kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. İnsan hayatına dair önemli bir anlam kaynağı olan din, önemli bir boşluğu doldurarak kişide olumlu duyguların ortaya çıkmasını sağlamaktadır. James'a göre (2017: 89),

din ve mutluluk arasında bir ilişki vardır ve inancın insana verdiği mutluluk onun gerçekliğinin bir kanıtı olarak görülebilir. *“Bir öğreti insana mutlu hissettiriyorsa insan neredeyse kaçınılmaz olarak onu benimser”* (James, 2017: 89). Benzer bir şekilde, umut gibi olumlu bir duygunun kişide var olması, dini inancının olumlu bir getirisi ve insan dini inancını ne ölçüde benimsemişse, bu tür olumlu duygulara da o ölçüde sahip olabilir. Din, insanlara ölüm gerçeğini bildirir ancak aynı zamanda sahip olduğu zengin anlam dünyası sayesinde bu durumla başa çıkma yolunu da sunar.

Hemşirelere, karşılaştıkları ölümlemlerle nasıl başa çıktıkları ve bunun hayatlarını nasıl etkilediği sorulduğunda, genel olarak soğukkanlı olmaya çalıştıkları ve bir anlamda duygularını ve tepkilerini bastırma yolunu seçtikleri görülmüştür. Ancak bu çalışmanın amacı, hemşirelerin üzerini kapattıkları ve bastırdıkları duygularını ve tepkilerini, manevi danışmanlık hizmeti sayesinde, onların ölüm ve ahiret inancına dair farkındalıklarını arttırarak, hem kendi hayatları hem de hastaya olan tutumları üzerinde olumlu etkiler üretmeye çalışmaktır.

“Psikolojik desteğe ihtiyaç duyuyorum. Sürekli ölüm görmek yoruyor. Diğer meslekler gibi olmadığı için bazen sorguluyorum. Soğukkanlı olmaya çalışıyorum doğal karşılamaya çalışıyorum. Ev hayatımı etkilememesi için elimden geleni yapıyorum” (3. Katılımcı, 35 yaşında, kadın)

“Burada yaşadıklarımı sürekli içlenerek anlatıyordum çevremdekilere. Zamanla bunun bana zarar verdiğinin farkına vardım ve daha az anlatmaya başladım. Artık sorunları daha kolay atlatabiliyorum” (5. Katılımcı, 28 yaşında, kadın).

“İlk zamanlar çok sıkıntı çektim, uyku problemi yaşadım, rüyalar gördüm. Bunları atlatabilmek için sosyal aktivitelere daha fazla zaman ayırmaya çalışıyorum, arkadaşlarımla vakit geçiriyorum” (6. Katılımcı, 24 yaşında, erkek).

“Ölümler artık etkilemiyor. Elbet bir gün sıra bana da gelecek ama temiz ölüm olsun isterim. Yaşlıların çektikleri zorlukları, sıkıntıları görünce çok geçmeden ölmek istiyorum” (12. Katılımcı, 26 yaşında, erkek).

Hemşireler, karşılaştıkları ölümlemlerin kendi hayatlarını olumsuz etkilememesi için uğraştıklarını ifade etmiş ancak başa çıkma sürecinde somut bir yol sunamamıştır. Başa çıkma sürecinde inanç devreye girdiğinde hem hasta hem de hemşire açısından büyük bir dönüşüm yaşanabilecektir. Hemşireler başa çıkma süreçlerini net bir şekilde adlandıramasa da aslında bu süreçte inançları onların en büyük destekçisi gibi görünmektedir.

“Hayatın kısa ve boş olduğunu, hayata devam etmek zorunda olduğumuzu, ufak sorunları dert etmemek gerektiğini anlıyorum. Beterin beteri var diyorum. Şükür sebepleri bulmaya çalışıyorum. İnancın etkisiyle kimi hasta hayata tutunuyor, umutlu oluyor ileriye yönelik, kimi de kendini bırakıyor (10. Katılımcı, 38 yaşında, kadın).

Ahiret inancı, birey için bir kabullenıştır. Ölüm gerçeğini değiştiremeyeceğinin ve ona müdahale edemeyeceğinin bilincinde olan kişi, inancından aldığı destek ve kuvvetle bir kabullenme sürecine girmektedir. Ne kadar çabalasalar da, insanların ölmeye devam etmesi, hemşirelerin de zamanla kabullenme sürecine girmesine yol açmaktadır. Bu süreçte de hemşireler kişisel özelliklerine ve bakış açısına bağlı olarak umutlu ya da umutsuz bir yönelime sahip olur. “Ölümlü dünyanın dert ve sıkıntıları içerisinde sabır ve tevekkülle Rabbi’ne yönelen müminin dilinden dökülen: “Allah’tan geldik, yine O’na dönüyoruz” (Bakara 2/156) ifadesinin dışı vurduğu sonsuz güven duygusu ve ruh selameti, inancın gücü dışında başka hiçbir yolla elde edilemeyecek eşsiz bir koruyucu değere sahiptir (Hökelekli, 2017: 151). İnanç, umut ve anlamlandırma üçgeni, bu bağlamda sağlam bir temele oturmaktadır. Ölümün varlığı, yaşadığımız hayatı anlamsızlaştırmaz aksine kişiye geleceğe yönelik bir hedef göstererek sorumluluk duygusuyla umutlu olmayı aşılır. Hemşirelerin karşılaştıkları ölümler karşısında depresif bir tutum içerisine girmesi, hastanın da olumsuz etkilenmesine neden olacaktır.

İnancın anlam ile olan ilişkisinde umut kavramının önemli bir yeri vardır. Eryılmaz’ın da (2016: 139) ifade ettiği gibi, insan öleceğini bilerek yaşamaktadır ve buna rağmen yaşamına, sahip olduklarına ve geleceğine anlam yüklemeye devam etmektedir. Burada insan aslında ölüm ve sonrasına anlam yüklemektedir. Bu anlamı üretebilen insan aynı zamanda umut düzeyini de arttırmış olacaktır. İnanç ve umut, ahiret hayatı ve bu dünya arasında köprü işlevi görmektedir. Zihninde iki farklı dünya tasavvuruna sahip olan insan, inancı sayesinde ve buna bağlı olarak geleceğe umutla bakarak, sonlu ve sonsuz arasında yaşadığı gelgitler ve karmaşayla başa çıkabilir. Umut duygusu, kimi zaman kişinin bu dünyanın sunduğu renkli hayatı, ahiret hayatında kazanacaklarını düşünerek terk etmesini sağlamaktadır. Burada kişiyi yönlendiren en kuvvetli duygu “umut” tur.

Hemşirelerin başa çıkma süreçlerinde, inanç ve umut sağlam bir kaynak ve koruyucu işlevi görebilmektedir. Manevi danışmanlıktan alacakları destek, hemşirelerin farkındalıklarını arttırarak başa çıkma süreçlerini kolaylaştırabilecektir.

8. Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetinin Hastaya, Hasta Yakınına ve Hemşireye Sağlayacağı Katkılar

“Manevi bakım bireylerin acılı, sıkıntılı, üzüntülü, korkulu, yalnızlık ve ümitsizlik hallerinde, ani değişmelerle gelen (hastalık, ameliyat, mahkûmluk, askerlik, sakatlık, afet, yaşlılık gibi) kriz durumlarında onların yanında olmak; onlara din ve inanç desteği açısından destek olabilmek, varsa soru ve sorunlarına danışmanlık etmek, adet ve ibadetlerini yerine getirebilmelerinde rehberlik, varlıklarına bir mana, hayatlarına yeni bir anlam verebilmede eşlik edebilmektir” (Karagül, 2012: 7). Manevi bakımın bu tanımında, bu çalışma kapsamında üzerinde durulan ölüm olgusuyla bağlantılı olarak “ümitsizlik” ve “anlam verme” konuları öncelikli olarak düşünüldüğünde, manevi bakımın hastaya ve hemşireye vereceği “umut” ve “anlam” duygusu göze çarpmaktadır.

“Hasta, çalışan ve hasta yakını için de ihtiyaç var. Çalışanın ahiret inancı olmasa vicdansız olur. Her türlü bakım için inanç gereklidir bence. Böyle bir hizmet hakkında çok fazla bilgim yok ama olursa herkes için faydalı olacağını düşünüyorum” (1. Katılımcı, 32 yaşında, erkek).

Hemşirelerde ağırlıklı olarak görülen vicdan ve inanç duyguları mesleklerinde onların en büyük destekçileri olarak görünmektedir. İnanç ve vicdan onlar için bu kadar önemliyse, yaşanan sorunların çözümünde de bu alanların geliştirilip, iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

“Hastanemizdeki psikoloğa danışıp yardım alıyoruz. Zor zamanlarda etkisi çok oluyor, rahatlatıyor. İnsanlar yanlış kararlar verebiliyor. Bazı hasta ve yakınları zor durumdaysa sizin de aynı hislerde olmanızı istiyor, bu da bizi depresif duruma sokuyor, desteğe her zaman ihtiyaç var” (3. Katılımcı, 35 yaşında, kadın).

“Ölüme yakın olduğumuz için ister istemez etkileniyoruz, yıpranıyoruz. Hayata bakışımız değişiyor, sürekli ölüm görmek yoruyor. Burada hastaları gördükçe, dışarıda insanların belli bir yaşa kadar yaşayıp normal bir şekilde ölebileceklerini unutuyoruz. Böyle bir desteğe ihtiyacımız çok var ama sadece konuşmak rahatlatmayacak, başka uygulamalar da olmalı” (5. Katılımcı, 28 yaşında, kadın).

Hemşirelerin ölüm olgusuna bakışının farklılaştığı burada açıkça görülmektedir. Sürekli hastalık ve ölümler yüz yüze olmak, ölümü normalleştirmeye çalışmak hemşirelerin ölüme bakış açılarını da değiştirmektedir.

“İnsanlar yanımızda ölüyor ve bu çok normal bir durum değil. Normal bir insanın yapacağı iş değil. Destek lazım ve eksiklik var. Danışman gelerek düzenli bir şekilde sıkıntıları dinleyip yol gösterebilir.” (12. Katılımcı, 24 yaşında, erkek)

“Daha fazla çalışma yapılabilir. Geliştirilmeli ve hastanelerde bu birim olmalı, kolay ulaşılabilir olmalı, her din mensubu için uygun olmalı. İyi ölüm herkesin hakkı” (10. Katılımcı, 38 yaşında, kadın)

“Bence konuşarak danışmanlık yapılmasındansa daha etkili olabilecek uygulamalar yapılırsa daha iyi olur. Sürekli konuşmak sadece geçici rahatlık sağlayabilir. Kalıcı ve daha etkili çözümler üretilmeli. Hem hasta hem de yakını olumsuz etkileniyor. Bizlerin destek görmesi onları da desteklemeye yardımcı olacaktır.” (12. Katılımcı, 26 yaşında, erkek).

Sonuç

Sahip oldukları dini inançları doğrultusunda yaşamak, maneviyatlarını güçlü tutmak ve bu konuda destek alabilmek tüm hastalar için önemli bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyacın karşılanmasında önemli katkıları olan hemşirelerin de hastaya destek olabilmek için yeterli derecede konu hakkında bilgi sahibi olmaları ve onların da yeterli desteği almış olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin ölüm ve ahiret inancı konusunda farkındalıklarının artması doğal olarak hastaya karşı olan tutumlarında ve kendi günlük yaşamlarında da olumlu etkiler doğuracaktır.

Hemşireler mesleğe ilk başladıkları dönemde, ölümle ilk karşılaşmalarından itibaren deneyim kazandıkça ve mesleki çalışma süreleri arttıkça duygusal bir değişim sürecinden geçmektedir. Başlarda karşılaştıkları ölüm-lerden olumsuz etkilendiklerini ifade etmelerine rağmen, süreç içerisinde soğukkanlı olmaya çalıştıkları ve mesleklerini yapabilmek ve kendi hayatlarını dengede tutabilmek için çaba gösterdikleri görülmüştür. Genel eğilim olarak, ölümün doğum kadar doğal karşılandığı yoğun bakım ünitelerinde, hasta, hasta yakını ve hemşire durumdan farklı şekillerde etkilenmektedir. Bu çalışmanın amacı doğrultusunda, hemşirelerin bu süreçteki durumu ele alınmaya çalışılmıştır. Her ne kadar başlangıçta durumu ağır olarak gelen hastalarla sağlıklı iletişim kuramasalar da, meslekleri gereği hastalık sürecindeki hastanın bakımından sorumlu olan hemşireler bu aşamada hastaya karşı tutumlarıyla da onlara destek olmaya çalışmaktadır. Ölümle yüz yüze geldiklerinde ise kendi içlerinde adalet, yaşam ve ahiret inancı gibi konularda içsel sorgulama sürecine girebilmektedirler. Tüm bu konular, hemşirelerin meslekleri kadar kendi yaşamları üzerinde de önemli ölçüde etkili olmaktadır. Ölüm karşısında soğukkanlı olduklarını ifade etseler bile, kendi içlerinde sürekli bir mücadele içerisinde oldukları ve bu durumun onlar için çok da kolay olmadığı anlaşılmaktadır.

Durumu ağır olan ve ölüme yakın olan hastaların son zamanlarında en yakınlarındaki kişi onların bakımlarından sorumlu olan hemşirelerdir. Hemşirelerin, manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetinden alacağı destek ve işbirliği sayesinde hastaya vereceği desteğin önemi göz ardı edilmemelidir. Bu destek aynı zamanda hemşirelerin içsel mücadelelerine de sihirli bir dokunuşta bulunacaktır. Yapılan görüşmelerde hemşirelerin tamamı, hem kendilerinin hem de hastaların manevi danışmanlık uygulamasına duydukları ihtiyacı sürekli yinelemiştir.

Yaşam döngüsü içinde umudun değdiği her yerde bireylerin hayatlarında yeni kapılar açılabilen, bireyler içinde bulundukları durumu daha kolay kabullenerek ileriye yönelik umut dolu bir bakışa sahip olabilmektedir. Hastalık sürecinde belki de hastanın en çok ihtiyacı olan şey “umut” duygusuna sahip olabilmektir. Bu aşamada bunu sağlayacak olan en önemli güç manevi danışmanlık ve rehberlik görevlisi ve hemşirelerin işbirliğidir. *“Genelde insanların öbür dünyayla ilgili oluşturdıkları düşüncelerin büyük bir bölümü umutlardan ve ön yargılardan oluşur ve bunun sonucunda, öbür dünyanın hoş bir yer olduğu düşünür”* diyen Jung (2016: 371), insanların genel görüşlerinin bu yönde olduğunu ifade etmektedir.

Hasta için olumsuz bir durum olan hastalık ve ölüm, ahiret inancının da etkisiyle daha kabullenilebilir bir hale gelirken, sürekli ölümle yüz yüze olan hemşire için de daha anlamlı bir hale gelebilmektedir. Manevi danışmanlığın hasta, hemşire ve hasta yakını açısından sağlayacağı destek ayrı ayrı daha derinlemesine incelenerek konunun önemi daha iyi anlaşılabilir.

Kaynakça

- Alaca, Ç., Yiğit, R. ve Özcan, A. (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 69-74.
- Ay, M. A. (2013). Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Balboni, T. ve Fitchett, G. (2015). Religion, spirituality and the intensive care unit, the sound of silence. *Jama Internal Medicine*, 175(10), 1669-1670.
- Balcı, F. (2011). Psikolojik ve öznel iyi olma hali ile dini inançlar arasındaki ilişki üzerine bir inceleme (Yüksek lisans tezi). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Büyükköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2018). Bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem Akademi: Ankara.
- Çam, O. ve Büyükbayram, A. (2017). Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 118- 126.
- Çiçek, N. (2009). Ahiret inancının sosyo-psikolojik yansımaları (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Dizer, B., İyigün, E. ve Kılıç, S. (2008). Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 12(1-2), 1-11.
- Doğruer, K. (2012). Yoğun bakımda ölüme alışılmaz (2018 Eylül 10). Erişim adresi: <http://www.milliyet.com.tr/1579931/>
- Erişen, M. ve Karaca Sivrikaya, S. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(3), 184-190.
- Eryılmaz, A. (2016). *Herkes için mutluluğun başucu kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.
- Giddens, A. (2008). *Sosyoloji* (C. Güzel, Çev.). İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Göcen, G. (2018). *Psikoloji, mitoloji ve din*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Göka, E. "Depresif umutsuzluk", Güncelleme Tarihi 24 Aralık 2017, Erişim 20 Ağustos 2018
<https://www.yenisafak.com/yazarlar/erolgoka/depresif-umutsuzluk-2041682>
- Güven Özdemir, N. (2015). Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Hintistan, S., Nural, N. ve Öztürk, H. (2009). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 40-46.

- Horozcu, Ü. (Haziran, 2012). Ahiret inancı ve insan psikolojisi. *Din ve Hayat*, 104-107.
- Hökelekli, H. (2017). *İslam psikolojisi yazıları*. İstanbul: Dem Yayınları.
- Hökelekli, H. (2017). *Ölüm, ölüm ötesi psikoloji ve din*. İstanbul: Dem Yayınları.
- İbn-i Sina. (2015). *Mutluluk ve insan nefsinin cevher olduğuna ilişkin on delil* (F. Toktaş, Çev.). Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları.
- İmam Gazali. (2017). *Kimya-yı saadet* (A. Arslan, Çev.). İstanbul: Ataç Yayınları.
- İşbilen Esendir, N. ve Kaplan, H. (2018). Sağlık çalışanlarının maneviyat ve manevi destek algısı: İstanbul örneği. *Ekev Akademi Dergisi*, 73, 317-332.
- James, W. (2017). *Dinsel deneyimin çeşitleri insan doğası üzerine bir inceleme* (İ. H. Yılmaz, Çev.). İstanbul: Pinhan Yayınları.
- Jung, C.G. (2016). *Anılar, düşler, düşünceler* (İ. Kantemir, Çev.). İstanbul: Can Yayınları.
- Karagül, A. (2012). Manevi bakım: anlamı, önemi, yöntemi ve eğitimi (Hollanda örneği). *Dini Araştırmalar*, 14(40), 5-27.
- Kierkegaard, S. (1941). *The sickness unto death*. USA: Princeton University Press.
- Kim, G. J. ve Goldstein, L. (2017). The effects of religion and spirituality on coping efficacy for death and dying (2018, Eylül 5). Erişim adresi: <https://www.practicalpainmanagement.com/resources/hospice/effects-religion-spirituality-coping-efficacy-death-dying>
- Köksal, H. (2009). Hemşirelerin empatik eğilim ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Köse, G., Durmaz, O. ve Güler, F. Yoğun bakım ünitelerinde ve yatan hasta katlarında çalışan hemşirelerin ölüme karşı düşünce ve tutumlarının karşılaştırılması. Eskişehir Acıbadem Hastanesi (2018, Eylül 5). Erişim adresi: http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel_calisma/11_Yogunbakimolum.pdf
- Özdemir, K. (2014). Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı (Yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Özdemir, Z. ve Şenol Çelik, S. (2010). Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımına yönelik uygulamalar. *Türkiye Klinikleri*, 2(1), 32-41.
- Şentürk, H. (2013). *Din psikolojisine giriş*. İstanbul: İz Yayıncılık.
- Terzi, B. ve Kaya, N. (2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1, 21-25.

- Terzioğlu, H. (2007). *İslam'da dünya ahiret dengesi*. İstanbul: Ensar Neşriyat.
- Yeşilyurt, T. ve Taşdelen, M. (2012). Ahiret İnancının Pratik Yansımaları. *Kelam Araştırmaları*, 10(2), 55-68.
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, E. ve Vermişli, S. (2015). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 41-46.
- Yiğit, R. (1998). Hasta ve ailesine ölümle baş etmelerinde yardım etme. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 9-14.

Hastanede Çalışan Sosyal Çalışmacı ve Manevi Destek Personeli Arasındaki İşbirliği: Sorunlar ve Öneriler

*Hıdır Apak**

*Metin Erdem***

Giriş

İnsan biyolojik, psikolojik sosyal boyuttun yanı sıra manevi (tinsel) boyutu da olan bir varlıktır. Manevi boyut, bilim dünyasında uzun tartışmalar sonucunda kabul edilen ve insanın bütüncül anlamda ele alınmasında kilit bir rol üstlenmektedir. Maneviyat; anlamlandırma, amaç ve ayrıca kendinle, diğer insanlarla, evrenle, Tanrı'yla, varoluşla olan ilişkileri kapsayan geniş bir kavramdır.

Pozitivist bilim anlayışının insanların sorunlarını çözme noktasında yetersiz kalması ve maneviyatın, kişinin iyilik halini artırdığına dair araştırma sonuçları (Cascio, 1998; Ekşi, Kaya ve Çiftçi, 2016; Hodge, 2005; Larimore vd., 2002; Miller ve Thoresen, 2003), yıllarca bilimin dışında kalmış olan maneviyatı yeniden bilimin konusu haline getirmiştir. Böylelikle bu yeni anlayışla, bireylerin sorunlarını çözümünde maneviyatın önemli bir parça olduğu kabul edilmiştir (Baldacchino ve Drapper, 2001).

Maneviyatın bireylerin sorunlarını çözüm noktasında önemli bir yeri olduğunu kabul edilmesiyle, Amerika ve Avrupa'da hastanelerde manevi destek hizmetleri verilmeye başlanmıştır (Altaş, 2012: 174,178). Hastane-

* Dr. Öğr. Üyesi, Bingöl Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü
hapak@bingol.edu.tr

** Arş. Gör., Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet ABD
metin.erdem.21@gmail.com

lerde sunulan manevi destek hizmetleri (manevi danışmanlık ve rehberlik) dünyada uzun süredir uygulanmasına karşın, ülkemizde yeni uygulanmaya başlamıştır.

2015 yılında Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan protokol kapsamında hastanelerde manevi destek hizmetine başlanmış oldu (Han, 2012: 95; Koç, 2016: 331). Bu protokolle hastanelerde manevi destek hizmeti sağlanmaya başlanmıştır. Dolayısıyla hastanelerde profesyonel anlamda hizmet vermek amacıyla, hastanelerde görev yapacak manevi destek personellerinin eğitimlerine önem verilmiştir. Bu kapsamda, eğitimlerde manevi destek personellere dini eğitimin yanı sıra manevi ve pozitif eğitimin de verilmektedir (Erdem, 2017). Manevi destek personelleri bu eğitimleri tamamladıktan sonra hastane de çalışmak üzere görevlendirirler.

Hastanede göreve başlayan manevi destek personelleri hastaların sorunlarla baş etmesine yardımcı olan paydaşlarıyla (doktoralar, hemşireler, psikologlar, sosyal çalışmacılar vb.) etkileşim içerisinde olmalıdırlar. Bu bağlamda manevi destek personelinin sosyal çalışmacılarla iletişimi kaçınılmazdır.

İnsanların biyolojik, fiziksel, ruhsal ve manevi bütün yönleriyle sağlıklı olabilmeleri ve tam bir iyilik haline kavuşmaları çok yönlü bir müdahale süreci gerektirmektedir. Tıbbi sosyal hizmete tam olarak bu noktada ihtiyaç duyulmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet: Sosyal çalışmacılar aracılığıyla yürütülen; birey, grup ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmalarını amaçlayan ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutlarda destekleyici ve geliştirici hizmetler bütünüdür (Duyan vd., 2008: 182).

Sosyal çalışmacı ve manevi destek personeli ilişkisine bakıldığında, hastanelerde manevi destek personelin bulunması, sosyal hizmet mesleğinin doğasıyla da uygun olduğu görülmektedir. Çünkü sosyal hizmet mesleği, bireyi bütüncül olarak tüm boyutlarıyla (biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi) ele almaktadır (Mathews, 2009; Sheafor ve Horejsi, 2014). Sosyal çalışmacılar ayrıca müracaatçılara hizmet verirken kendilerini yetersiz hissettikleri veya mesleki sınırlarının içerisinde kalma arzularıyla müracaatçıları ilgili meslek elemanlarına refere etmektedirler. Bu bağlamda sosyal çalışmacılar, müracaatçıları manevi destek personeline yönlendirebilirler. Bu durumun sosyal hizmet mesleğinin amacına uygun olduğu söylenebilir.

Bu düşünceden hareketle bu çalışma, hastanelerde çalışan sosyal çalışmacıların manevi destek görevlilerini nasıl tanımladıklarını, tutumlarını, manevi destek görevlileriyle yaşadıkları mesleki deneyimleri, işbirliği ve refere durumunu derinlemesine ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Ülkemizde manevi destek personelleriyle (manevi danışmanlık ve rehberlik de dâhil) günden güne genişleyen bir akademik ilgiye rastlanılmaktadır. Konu ile ilgili manevi destek personelleriyle ilgili yapılan çalışmalar (Doğan, 2017; Erdem ve Kesgin, 2017; Koç, 2016; Özkan, 2017) fazladır. Ancak manevi destek personeli ile birlikte çalışma, ekip çalışması gibi alanlarda çalışma sınırlılığı vardır. Bu çalışmanın amacı da sosyal çalışmacı ve manevi destek personeli arasındaki yaşanan çalışma sınırlılığının sebep ve sonuçlarını incelemek ve bu alanda yaşanan akademik eksikliği gidermektir. Konu incelenirken; müracaatçıyı manevi destek alabileceği birine yönlendirmenin ve aynı şekilde manevi destek personelinin sosyal çalışmacıya sevk etmesindeki avantajları üzerinde de durulmuştur.

Yöntem

Araştırmada sosyal çalışmacıların “durumları ile deneyimlerini anlama ve tanımlamayı içermeyen” (Büyüköztürk vd., 2015: 243) gereksinimi duyulduğu için nitel yöntem tercih edilmiştir. Nitel yöntem keşfetmeyi, anlamayı, açıklamayı ve “araştırılan konu ile ilgili okuyucuya betimsel ve gerçekçi bir resim sunma”yı amaçlamaktadır. Bu amaçla “toplanan verilerin ayrıntılı ve derinlemesine olması; araştırmaya konu olan bireylerin görüş ve deneyimlerinin mümkün olduğu ölçüde doğrudan sunulması” (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 54) önemlidir.

Çalışma Grubu

Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden olan “maksimum çeşitlilik örnekleme” kullanılmıştır. Araştırmanın nitel bölümüne katılan sosyal çalışmacıların belirlenmesinde maksimum çeşitlilik yöntemi çerçevesinden bakılarak; manevi destek personelinin çalıştığı hastanelerde çalışan sosyal çalışmacılar seçilmiştir. Ayrıca sosyal çalışmacıların eğitim düzeyi, cinsiyet, çalıştıkları il, mesleki kıdem, araştırmaya yaklaşım gibi değişkenleri de göz önüne alınmıştır. Katılımcı sayısının belirlenmesinde ise maksimum çeşitlilik kriterinin yanı sıra örneklemede *doyma noktası* dikkate alınmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu Diyarbakır, Erzurum, İstanbul, Ankara ve Trabzon illerinde manevi destek görevlisinin çalıştığı hastanelerde görev yapan ve maksimum çeşitlilik örnekleme ile seçilen 10 sosyal çalışmacı oluşturmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Analizi

Araştırmanın veri toplama aracı; araştırmacılar tarafından araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış görüşme formudur. Nitel veriler, sosyal çalışmacılar ile yüz yüze görüşmeler yapılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmacılar ve görüşme için destek aldıkları bir sosyal çalışmacı, görüşmeleri Nisan ve Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirmiştir. Görüşmeler; Diyarbakır, Trabzon, Erzurum, İstanbul ve Ankara illerinde yapılmıştır.

Nitel görüşmeler bittikten sonra veri analizine geçilmiş ve ilk olarak görüşmelerin ses kayıtları deşifre edilmiştir. Elde edilen deşifreler *içerik analizi* tekniği ile incelenmiştir. İçerik analizi; çok çeşitli söylemlere uygulanan birtakım metodolojik araç ve tekniklerinin bütünü olarak bir kontrollü okuma olarak tanımlanabilir (Bilgin, 2014: 1). Yani bir içeriği inceleme ve anlama tekniğidir. Bu tekniğe göre araştırmacı ilk olarak deşifreleri okumuş, verileri tek tek inceleyerek bazı notlar almış sonrasında ise içeriğe uygun kod ve kategoriler oluşturmuştur. Daha sonra 3 farklı uzmandan temalar ve kodlamalar için görüş alınmış ve temalara son hali verilmiştir. Elde edilen kod frekansları (f); katılımcıların, sorulan sorulara göre neyi kaç defa ifade ettiklerini göstermektedir. Dolayısıyla bulunan frekanslar, katılımcı sayısını değil analiz yoluyla saptanan ifadelerin sıklığını göstermektedir. Tematik bir analizin yanında katılımcılardan doğrudan alıntılar da yapılmıştır. Doğrudan alıntılarda sosyal çalışmacılara ait bilgiler sadece katılımcı numaraları (SÇ3, SÇ8 gibi) ile ifade edilmiştir.

Bulgu, Yorum ve Tartışma

Bu bölümde, araştırmaya katılan sosyal çalışmacıların manevi destek görevlilerini nasıl tanımladıkları, tutumları, manevi destek görevlileriyle yaşadıkları mesleki deneyimleri, işbirliği, refere durumu ve onlara yönelik önerilerine ilişkin elde edilen bulgular tablolar hâlinde sunulup yorumlanmaktadır.

Elde edilen verilerin kodlanması sonucu, toplamda 4 genel tema ortaya konulmuştur. Bu temalar Şekil 1’de gösterilmiştir. Bu genel temalar; manevi destek personeli tanımlama, manevi destek personeli ile işbirliği ve engelleri, manevi destek personeli ile refere durumuna ve manevi destek personele yönelik önerilerine ilişkin yaklaşımları şeklindedir. Söz konusu 4 genel temanın altında alt temalar ve kategoriler bulunmaktadır.

Şekil 1: Nitel Veri Analizi Oluşan Temalar

Manevi Destek Personelini (MDP) Tanımlama

Bu tema altında sosyal çalışmacılara hastanelerinde çalışan manevi destek personellerini (MDP'leri) nasıl tanımladıkları sorulmuştur. Bu temada sosyal çalışmacıların manevi destek personeli ile ilgili bilgilerini anlamak amacıyla manevi destek personeli tanımlama ve manevi destek personeline yönelik tutumları olmak üzere iki alt temada analiz edilmiştir. Katılımcıların MDP'ye yönelik değerlendirmelerine yer verilen bu temada, katılımcıların bireysel düşüncelerini ve uygulamada edindikleri deneyim ve izlenimlerini yansıttıkları görülmüştür. Ancak bireysel düşünceler daha ağır basmaktadır.

Tablo 1: Manevi Destek Personelini Tanımlamaya Yönelik Görüşler

Kategoriler	f	Kategoriler	f
1. Çalışma Alanları		3. Rol ve İşlevleri	
Ağır hastalarla çalışır	5	Baş etmeye yardım	3
Yoğun bakımda çalışan	1	Sorun çözücü	3
X (Ölen) olmuş hastalarla ilgilenir	6	İyileştirici	1
Palyatifte çalışan	5	Güçlendiren	3
Toplam	17	Dini ve manevi destek	14
2. Mesleki Tanımlama	f	Dini Telkinde bulunan	3
İmam	17	Dini yardım sunan	12
Diyanet görevlisi	2	Namaz kıldırın	1
Manevi danışman	2	Kuran okuyan	5
Din adamı	8	Sohbet yapan	2
Meslek elemanı	3	Toplam	47
Din eğitimi almış/ İlahiyat mezunu	14	4. Tanımlanamayan	f
Toplam	46	Çok bilgin yok	11
		Hiç tanışmadım	10
		Hiç araştırmadım	3
		Toplam	24

Araştırmaya katılan sosyal çalışmacıların büyük çoğunluğu hastanede çalışan manevi destek personellerini ‘mesleki tanımlamalar’ (f=46) ve ‘rol ve işlevleri’ (f=47) üzerinden tanımlamışlardır. Tablo 1’e bakıldığında katılımcıların manevi destek personelini tanımlamak için kullandıkları diğer kategoriler ‘çalışma alanları’ (f=17) ve ‘tanımlanamayan’ (f=24) kategorileridir.

Mesleki tanımlama kategorisinde katılımcıların en fazla kullandıkları tanımlama ‘imam’dır (f=17). Özkan’ın (2017: 94) çalışmasında MDP’ler hastane personelinin ‘imam görev yapıyor’ algısı ile uygulamayı yadırgar nitelikte yaklaşımların bulunduğunu ifade etmişlerdir.

İmam tanımlamasıyla birlikte imamın var olan ‘namaz kıldırın’, ‘Kur’an okuyan’ ve ‘sohbet yapan’ gibi rol ve işlevleri de MDP için ifade edilmiştir. ŞÇ4 imam tanımlamasını şu şekilde ifade etmiştir: “*Manevi destek personeli derken imamı kastediyoruz. Şu an hastanemizde mescidimiz var, burada vakit namazlarında görev yapıyor bunun yanında x olan yani hayatı sonlanmış hastalarla ilgi o nokta da hizmet veriyorlar.*”

ŞÇ5 kodlu katılımcı da MDP ile imam kadrosunu aynı değerlendirerek şöyle demiştir: “*Açıkçası çok iş yapıyorlar mı bilmiyorum. Hastanede bir imam kadrosu var ama o imam kadrosu ölü insanları mı defnediyor? Burada ölüyü mü yı-*

kıyor? Ne yapıyor? Kafamızdaki algı bu yönde. Onun dışında herhangi bir hizmetle-ri olduğunu görmedik. Cumadan cumaya camide namaz kıldırmak olabilir. Hastane ile bir bağlantıları yok. Dediğim gibi çok fonksiyonları yok hastanede."

Manevi destek hizmeti olarak 2015 yılında başlayan uygulamalara sıcak bakmayan bazı yayın organları haberi 'hastanelerde imam dönemi' olarak duyurmuştur. Bu önyargılı yaklaşımın aksine resmi görev tanımlamasına bakıldığında hastanede görev yapan imam/gassalin cenazenin kayıt, teşhis, gasil, defin vb. işlerle yükümlü olduğu görülmektedir. Hastanelerde görev yapan imamların görev tanımlaması ve yetkilerine bakıldığında MDP'nin görev ve yetki alanlarından bağımsız ve farklı olduğu ortaya çıkmaktadır (Kılınçer, 2017:37). Sosyal çalışmacıların bir kısmı bu önyargıların etkisi altındadır. Uzmanlar hastanede çalışan iki farklı meslek olan imam ile MDP'nin farkını bilmemektedir.

Oysa Özkan'ın da (2017: 66) çalışmasında belirttiği gibi MDP'nin aldığı eğitim nedeniyle imamlardan farklı olduğu bilinmektedir. Özkan, MDP'nin özelliklerini şu şekilde sıralamıştır: (I) İlahiyat fakültesi mezunu, (II) tercihen Din Psikolojisi, Din Eğitimi, Din Sosyolojisi, Manevi/Dini Danışmanlık ve Rehberlik alanlarından birisinde tezli/tezsiz yüksek lisans ya da doktora eğitimi olan, (III) tercihen yurt içi/yurt dışı tecrübesi olan, (IV) gönüllü Diyanet İşleri Başkanlığı personeli ve (V) hastanelerde manevi destek eğitim programına katılanlar.

Araştırmamızda da Özkan'ın (2017) ifadelerine benzer 'diyanet görevlisi' (f=2) ve 'ilahiyat mezunu/din eğitimi almış' (f=14) ifadeleri de yer almaktadır: *"Diyanetin görevlendirmiş olduğu gerek kadın gerek erkek çalışan din görevlileridir. Dini bilgiye derinlemesine sahip, hastalara sahip oldukları dinin hassasiyet üzerinden destek veren meslek elamanları olarak tanımlıyorum."* (SÇ3)

Yıllar içinde MDP'lerin rolleri genişlemiştir. Flannelly ve arkadaşları (2005: 20) MDP'ler, görevlerinin kapsamının şu şekilde olduğunu bildirmektedir: (a) hasta haklarının korunması ve savunuculuğu, (b) etik danışma, (c) kriz müdahalesi ve (d) Hastalar, aileler ve arkadaşların yanı sıra personel için duygusal danışmanlığın sağlanması.

Araştırmamızda da bazı katılımcıların bu protokol kapsamında MDP'lerin rol ve işlevlerine vurgu yaptıkları ifade edilebilir. 'İyileştirme' (f=1), 'dini ve manevi destek' (f=14), 'baş etmeye yardım' (f=3) ve 'dini yardım sunan' (f=12) gibi kodlara başvurmışlardır. MDP'yi protokollerde ve literatür-

de var olan bilgiler ışığında tanımlayan katılımcıların görüşlerine aşağıda örnekler sunulmuştur:

“Manevi destek personeli hastanede yatan hastaların fiziksel ve ruhsal açıdan tam bir iyilik haline erebilmeleri için, hastaların sahip olduğu dini inanç ve hassasiyet üzerinden hastalara telkinde bulunan, destek sağlayan ve dini açıdan güçlendiren ve böylece hastanın hastalıkla baş etme kapasitesini arttırmayı hedefleyen meslek elemanıdır. Manevi destek personelinin haliyle dini bilgi/dinin temel kaynakları konusunda derinlemesine bilgiye sahip olduklarını düşünüyorum. Dini temelde bir hastanın sorduğu her soruya cevap verebilecek bir meslek elemanı olduğu kanaatindeyim.”(SÇ3)

“Kişinin yaşadığı travmaları, sıkıntıların, sorunlarının çözümü, üzüntülerinin, kaygılarının giderilmesi noktasında kişilere daha çok dil merkezli bir manevi destek sağlanıyor. Bu işi yaptıklarını görüyorum ve duyuyorum... En az lisans mezunu olduklarını biliyorum ve ilahiyat mezunu olduklarını biliyorum yüksek lisans yapan bir arkadaşımızda var.” (SÇ7)

Sağlık çalışanlarının çoğu, hastanelerde çalışan MDP'lerin hastaların aile bireylerinin hayatın sonuyla başa çıkmasında ve manevi ve duygusal desteğin sağlanmasında oynadığı önemli rolün farkındadır (Flannelly vd., 2005: 26). Hastanede çalışan MDP'ler genellikle onkoloji, cerrahi vb. ağır hastalarla, yoğun bakım ve palyatif servislerinde, acil serviste veya ölüm durumlarında hasta yakınlarının teskin edilmesinde çalışabilmektedirler. Katılımcılar da MDP'leri 'ağır hastalarla çalışır' (f=5), yoğun bakımda çalışan (f=1), X (ölen) olmuş hastalarla ilgilenir (f=6) ve palyatifte çalışan (f=5) gibi çalışma alanları üzerinden de tanımlamışlardır. SÇ6 bu durumu şu şekilde ifade etmiştir:

“Hastanemizde iki manevi destek personeli çalışmakta ikisini de tanıyorum. İkisini de yakinen tanıma ve arkadaş olma fırsatı edindim. Bu sebeple yaptıkları işleri yakinen biliyorum Dini bilgi ve beceri sahibi olduklarını düşünüyorum. Genel olarak servislerde ağır düzeyde hastalığı olan ameliyata girecek olan palyatif bakım hastaları olan yaşlılarla ilgilenmektedirler. Onkoloji servislerinde yoğun olarak görüşme yaptıklarını biliyorum.”

Hastanede çalışan sosyal çalışmacıların bir kısmı da manevi destek personeli tanımlayamamışlardır. SÇ5 kodlu katılımcı da hastanede çalışan MDP olmasına rağmen *“Bizde sadece imam var. Başka bir meslek personeli yok”* ifadesini kullanması da düşündürücüdür. SÇ1 ise manevi destek personeli ile bilgisi olmadığı *“Ben daha önce iki hastanede çalıştım, bu ikinci hastanem. Manevi*

destek uzmanı daha görmedim. Onun için ne iş yaptığı, ne tür bilgilere sahip olduğu hakkında bir bilğim yok... Daha önce ne böyle bir meslekte olan biriyle görüştim ne de öyle bir konu araştırdım ama bundan sonra araştıracağım herhalde.” şeklinde ifade ederken; SÇ2 ise manevi destek personeliyle hiç karşılaşmadığını şu şekilde ifade etmiştir: *“Manevi destek personeli ile karşılaşmadım. Palyatif servisinde bir imamın çalıştığını biliyorum. Bildiğim kadarı ile dini bilgilere sahip ve Kur-an okuyan biri”*.

Araştırmamızın bulgularına benzer olarak Kılınçer’in (2017: 50) tıp, ilahiyat ve psikoloji öğrencilerinin maneviyat ve manevi danışmanlık ve rehberlik hakkındaki algı ve tutumlarını ölçmeye yönelik çalışmada; manevi danışmanlık ve rehberlik nedir sorusunu katılımcıların %37,1’i ‘fikrim yok, bilmiyorum’ diye cevaplarırken %26.5’i din ile ilişkilendirerek ‘din rehberlik, dini yaşam koçluğu, manevi yönden yol gösterme’ olarak tanımlamıştır. Ayrıca Akgün-Kostak ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hemşirelerin manevi destek ve danışmanlık uygulamalarına genel olarak olumlu baktıkları fakat eğitim ve bilgi eksikliklerinin olduğu vurgulanmıştır.

Çalışmamızda sosyal çalışmacıların, MDP hakkında yeteri kadar bilgi ve farkındalık kazanmadıkları ifade edilebilir. Bu durumun nedeni olarak gerek eğitimlerinde gerekse çalışma hayatlarında maneviyat, manevi destek personeli konularında aldıkları eğitimin ve mesleki çalışmaların yeterli olmadığını gösterilebilir. Literatürde var olan çalışmalarda da sağlık personellerinin yeterli bilgiye, eğitime ve farkındalığa ulaşamadıkları tespit edilmiştir (Apak, 2017; Doğan, 2017; İşbilen-Esendir ve Kaplan, 2018; Kavas ve Kavas, 2015; Kılınçer, 2017; Akgün-Kostak vd., 2010).

Tablo 2: Manevi Destek Personeline Yönelik Algı ve Tutumlara İlişkin Görüşler

Kategoriler		Kategoriler	
1. Olumlu	f	2. Olumsuz	f
Alanlarında yeterliler	3	Eğitimleri iyi değil	3
Faydalılar	4	Çok fonksiyonları yok	2
Toplam	7	İş yapmıyorlar	1
		Yeterli görmüyorum	3
		Muhatap olmuyorum	1
		Toplam	10

Hastanelerde sunulan manevi destek hizmetlerinin başarıya ulaşması sağlık personellerinin bu konudaki algısı ile de orantılıdır (Kavas ve Kavas,

2015: 454). Yapılan çalışmada da; sosyal çalışanların, manevi destek personeli ile ilgili bilgileriyle ilgili yaklaşımlarını içeren bölümlerden biri de manevi destek personeline yönelik tutumlarıdır. Araştırmamızda sosyal çalışanların; manevi destek personeli ile ilgili görüşleri, 'olumlu' ve 'olumsuz' olmak üzere iki kategori ile sınıflandırılmıştır. Tablo 2'de görüldüğü gibi sosyal çalışanların bir kısmının MDP ile ilgili tutum ve algılarının olduğu ve bu tutum ve algıların çoğunluğunun 'olumsuz' (f=10) olduğu tespit edilmiştir.

Sosyal çalışanlardan bir kısmı MDP'lerin eğitimlerinin iyi olmadığı ve yetersiz oldukları ifade etmişlerdir. Ok (2015: 133) da çalışmasında manevi destek personellerinin eğitimlerinin birkaç haftalık kurslarla kazanılacak becerilerden çok daha fazla çalışma ve zaman gerektiren standartlara sahip olması gerektiğini belirtmiştir. Manevi destek personelleriyle ilgili başka çalışmalarda (Erdem ve Kesgin, 2017; Göktepe, 2017; Koç, 2016; Özkan, 2017) da benzer şekilde eğitimin yeterli olmadığı vurgusu yapılmıştır. Ayrıca MDP'lerin dünyadaki örneklerinde (Hollanda, Almanya, ABD, İngiltere gibi) daha kapsamlı eğitimlerinin olması gerekmektedir.

MDP'lerin yetersiz olduğunu düşünen SÇ5 düşüncelerini şöyle aktarmıştır:

"Bu eğitimlerinden kaynaklı, sorumlu oldukları görevlerden, yetkilerden... Neticede laiklik üzerine kurulmuş bir toplumumuz var... Dediğim gibi sadece hastanede kimsesiz birisi olursa onu yıkayıp belediyeyle defnetmek gibi bir işleri var diye düşünüyorum. Bununla sınırlıymış gibi geliyor bana çünkü dediğim gibi çok muhatap olmuyoruz." (SÇ5)

Başka bir katılımcı ise MDP aldıkları eğitimin profesyonel yardım etme becerilerine yeterli olmadığını; ayrıca maneviyatın kendisi bilim dışı olduğunu şu ifadelerle açıklamıştır:

"Açıkkası, bu kişiler yaptıkları işin ne olduğunun farkında olduklarını düşünmüyorum. Bizim bugün pozitif bilimlerde kullandığımız kavramlardan haberleri olmadıklarını düşünüyorum açıkkası. Din ayrı bir şey... Bilim ayrı bir şey. Kuran'ı Kerim'de aslında şöyle bir şey geçer; biz ruhla ilgili çok fazla bir şey bildirmedik." (SÇ8)

Bazı katılımcılar ise MDP'lerle ilgili olumlu tutum ve algılara sahiptirler:

"Manevi destek personelleri için daha çok ilahiyat boyutu olduğu için onlar bu konuda daha iyi eğitim almıştır. Ben sadece dıştan bir gözlemci olarak baktığımda alanlarında iyi olduklarını yeterli olduklarını düşünüyorum..." (SÇ6)

“Yani olması gerekiyor hastanede tabii, olması gerekiyor çünkü insanlar için bu durumlar kolay aşılabilecek durumlar değil.” (SÇ4)

SÇ7 aldığı eğitimle tutum ve algısının şekillendiğini ve aynı zamanda manevi temelli bir sosyal hizmet dersinin önemini şu şekilde açıklamıştır:

“Aslınsa algım -lisansta manevi sosyal hizmet dersi almasaydım- işin sadece din konusunda kişilere yardım eden bir personel bir ilahiyattan gelen bir personel olduğunu düşünürdüm ama lisansta aldığım eğitim sonucunda işin sadece dini boyutunun olmadığı, işin tinsel boyutunun yani kişinin kendisine atfettiği değerlerin kavramların çok farklılaşabileceği noktasında bilgilendikten işin sadece dinsel boyutunun olmadığı tinsel boyutunun da yadsınamayacak kadar güçlü olduğunu söylemem gerekiyor.”

Manevi Destek Personeli ile İşbirliği ve Engelleri

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, tıbbi bakım ve tedavi sisteminin daha insancıl ve daha etkili şekilde hizmet vermesine yardımcı olmaktadır (Duyan 1996: 4). Hastanelerdeki sosyal hizmet uygulamaları çoğunlukla maddi ihtiyaçları giderme odağında yürütülmektedir. Bu nedenle, hastane personelinin yalnızca maddi gereksinimler konusunda sosyal çalışmacılara başvurmasına yol açmaktadır. Dolayısıyla sosyal çalışmacılar sınırlı bir çerçevenin içinde sıkışıp kalmaktadır. Oysa sağlık konusundaki bütüncül anlayışın uygulamaya da yansıtılması toplumdaki her kesim açısından önem taşımaktadır (Özbesler ve İçağasıoğlu-Çoban, 2010).

Doktorlar, hemşireler ve sosyal çalışmacılar gibi ekip üyeleri arasındaki işbirliğinin geliştirilmesi sayesinde hastaların tekrardan hastaneye başvurmalarının oranlarını düşürebileceğini gösteren kanıtlar vardır (Sommers vd., 2000). Ayrıca hastanelerde sosyal hizmet uygulamalarının daha etkin bir şekilde yürütülebilmesi ve hastaların mutluluğunun sağlanması için sağlık personelleriyle ve manevi destek personelleriyle koordineli bir şekilde çalışma önem arz etmektedir. Hastanelerde manevi destek personelleri ile yaşanacak mesleki deneyimler ve ortak çalışmalar hastalara yardım sürecinde önemli bir işlev üstlenebilmektedir.

Sytner (2018: 207) çalışmasında dini danışmanlar ve sosyal çalışmacıların her biri müracaatçılara karşı yaklaşımlarını ve profesyonel sorumluluklarını ayrı ayrı yerine getirirse de yine de, bazı durumlarda müracaatçıların yüksek yararı her iki meslek arasında işbirliği olmaksızın tam olarak yerine getirilemeyebilir.

Farklı disiplinlerle işbirliği şeklinde etkin çalışmak, çalışılacak ekibin yetenek ve becerilerin doğru bir karışımına ve koordinasyonuna ihtiyaç vardır. Ortak bir işin yürütülmesi sürecinin, ekibin üyeleri birbirlerinin yeteneklerine değer vermeli, birbirlerinin bakış açılarına saygı göstermeli ve birlikte çalışmayı kabul etmelidir. MDP'ler ile sosyal çalışmacılar arasında yaşanacak işbirliğinde karşılıklı çok şey kazanabilirler. Bir yandan, MDP'ler iletişim becerilerini geliştirebilir ve sosyal hizmet alanıyla ilgili bilgi kazanırken diğer taraftan, sosyal çalışmacılar, müracaatçılarıyla maneviyat hakkında konuşmanın sorunlarla baş etme sürecinde aktif bir rol oynadığını öğrenerek fayda sağlayabilirler. Böylelikle sosyal çalışmacılar MDP'lere, MDP'lerde sosyal çalışmacılara danışmanlık hizmeti vererek iki alan arasındaki işbirliği önerilebilir. Gilbert (2000), MDP'lerin, sosyal çalışmacıların İslami kavramları tanımasına veya müracaatçıların inançlarını ve dini uygulamalarını keşfetmelerine yardımcı olarak sosyal çalışmacılara müdahaleleri konusunda yardımcı olmaları önerisiyle işbirliğine açıklama getirmektedir.

MDP ile işbirliği, mesleki deneyimler ve işbirliğinin önünde var olan engeller üzerinden görüşmecilere yöneltilen sorular; karşılığı aranan ve nitel araştırma merkezlerinden olan bir tema olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bölümde; sosyal çalışmacıların manevi destek personeli ile yaşadıkları mesleki deneyimler ve işbirlikleri ile işbirliği engellerine yönelik önerilere yönelik ifadeleri olmak üzere 2 alt tema belirlenmiştir.

Tablo 3: Sosyal Çalışmacıların MDP ile Mesleki Deneyim Durumuna İlişkin Görüşleri

Soru	Evet (n)	Hayır (n)
Manevi Destek Personeli İle Mesleki Deneyim Oldu mu?	2	8

Sosyal çalışmacılar, farklı nüfus ve müracaatçı gruplarından gelen bireylere çeşitli sosyal ve destekleyici hizmetler sunmak için eğitilmiştir (Saleebey, 1996). Bununla birlikte, sosyal çalışmacılar her zaman dinî inanca dayalı yaşam tarzı ile yaşamayı kendisine şiar edinmiş müracaatçı gruplarına erişemeyebilmektedir. Din adamları genellikle dindar nüfusu destekleme noktasında daha fazla doğrudan erişime sahip olduklarından, iki grup arasındaki kesişimi araştırmak önemlidir (Sytner, 2018: 202).

Türkiye'de farklı dinî inanç yapıları olmasına rağmen, büyük ölçüde, günlük yaşamın tüm yönlerinin İslam hukuku ve geleneği tarafından dikkatli bir şekilde yönetildiği dini bir yaşam tarzına sahip Müslüman bir kitle ile karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle, sosyal çalışmacılar bu topluluğa yardım

etmek için hazır olsalar da, doğrudan erişime sahip olmayabilirler. Bunun aksine, bu türde bir kitlenin ön saflarında yer alan ve üyelerinin karşı karşıya kaldıkları kişisel, duygusal ve psikolojik zorlukların tüm çeşitleriyle yüzleşen dini liderler (imam vb.), Müslüman toplumu desteklemek ve onları uygun ve mevcut kaynaklara yönlendirmek için olumlu bir konumdadırlar. İdeal durum tüm din adamlarının sosyal çalışmacı olmaları veya tüm sosyal çalışmacıların din adamına dönüşmesi değil daha çok müracaatçılar için dini liderler ve sosyal çalışmacılar arasında sağlıklı bir ortaklık olduğunda fayda sağlayabilirler. Sosyal çalışmacılarının ve dini liderlerin bir topluluk içinde birçok ihtiyacı en iyi şekilde desteklemek için birlikte çalışabileceği bu kesişme noktasındadır.

Sosyal çalışmacılar disiplinler arası çalışma anlayışı doğrultusunda hastanede sağlık ekibine dâhil olarak hasta ve hasta yakınlarına sunulan hizmetin aktif bir parçasıdırlar. Görüşülen sosyal çalışmacıların hepsi doktor ve hemşire benzeri sağlık personelleriyle ortak deneyimlerinin olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak Tablo 3'e bakıldığında sosyal çalışmacıların çok azının (n=2) MDP ile mesleki deneyim yaşadıkları görülmektedir. Sosyal çalışmacılardan birinin bu konudaki görüşü şöyledir:

"Evet, 2-3 tane vakamız oldu beraber çalıştık... Rahatlıkla çalıştık hiçbir sorun sıkıntı olmadı herkes kendi alanını biliyor herkes diğerinin alanına saygı gösteriyor. Bu anlamda eşgüdümse bir çalışma her iki taraf içinde faydalı olduğunu düşünüyorum." (SÇ7)

Sosyal çalışmacıları büyük bir kısmı MDP ile mesleki deneyim yaşamadığını ifade etmiştir. SÇ4 kodlu katılımcı bu durumu şu şekilde açıklamıştır:

"Hiç ortak bir çalışmamız olmadığı için sağlıklı bir değerlendirme de yapamıyorum sadece ben göreve başladığım da hayırlı olsuna geldi kendisi onun haricinde palyatif serviste hasta yakınlarıyla yaptığımız bir grup çalışması nedeniyle kendisiyle bir kez iletişim kurdum."

Richards ve Bergin'e (2011: 188) göre çoğu psikoterapist, rutin olarak; kendi alanlarına yakın olan evlilik ve aile terapistleri, psikiyatrlar, psikologlar, rehber öğretmenler ve sosyal çalışmacılara danışmakta, onlarla işbirliği yapmaktadır. Ayrıca bu psikoterapistler belirli durumlarda; doktorlar, eğitimciler ve avukatlar gibi diğer uzmanlara da danışmaktadır. Fakat birçoğu, hastalarının dini liderlerine nadiren danışmakta; onlardan nadiren yardım istemekte ve onlarla nadiren işbirliği yapmaktadır. Bu araştırmada benzer olarak sosyal çalışmacıların hepsi psikolog, psikiyatrist veya diğer sosyal

çalışmacılarla ortak mesleki deneyimlerini ifade etmiş olmalarına rağmen birçoğu MDP ile mesleki deneyim yaşamamışlardır.

Tablo 4: Manevi Destek Personeli İle İşbirliği Engellerine Yönelik Görüşleri

Kategoriler	f	Kategoriler	f
1. Mesleki Kaygı	f	4. Yeteriz Görme	f
Mesleğin sınırlarına ters	5	Bilgileri sınırlı	4
Profesyonel davranma	2	İletişim becerileri zayıf	1
Mesleği doğru yapma	3	Eğitimleri iyi değil	2
Mesleki değerler	2	Bilgi kirlilikleri var	3
Toplam	12	Dezavantajlılara fayda sağlamaz	1
2. Çalışma Alanı Farklılığı	f	Toplam	11
Ortak çalışma alanı yok	4	5. Bilgi Eksikliği ve Tanımama	f
Aynı dili konuşmuyoruz	2	Birbirimizi tanımıyoruz	2
Yetkili değiller	3	İş alanlarımızı bilmiyoruz	2
Toplam	9	Toplam	4
3. Kişisel Tutum	f		
Dine karşı tutum	4		
İş yoğunluğu	2		
Toplam	6		

Farklı meslek dalları arasında işbirliği çoğu zaman çok kolay gerçekleşebilmektedir. Bununla birlikte, farklı disiplinlerin birbirleriyle işbirliği yapmakta zorlanmaları da nadir değildir. Bu bağlamda sosyal çalışmacıların MDP'lerle işbirliği yapmasının önündeki engellere değinilmiştir.

Sosyal çalışmacıların, MDP ile işbirliğini engelleyen etmenlere yönelik verdikleri yanıtlardan en sık görülenleri beş kategori altında toplanmıştır. Katılımcıların işbirliğine engel olarak en sık mesleki sınırlar, profesyonel davranma, mesleği doğru yapma ve mesleki değerleri koruma bağlamında 'mesleki kaygılarını' (f=12) dile getirmişlerdir. ŞÇ9 bu durumu şu şekilde ifade etmiştir:

"En büyük engel: Mesleğin kendisi... Yani bir din adamıyla aramızda bir farkın olması gerektiğini; ayrıca biz mesleki bir profesyoneliz bu nedenle maneviyat gibi noktalara girilmemesi gerektiğini düşünüyorum."

ŞÇ10 kodlu katılımcı ise profesyonellik kaygısını işbirliğinin önündeki bir engel olarak görmektedir: *"Başta bilgi seviyesi çok önemli ve karşıdaki kişi*

geldiği zaman benim sosyal çalışmacı olarak mı görüyor bir din âlimi olarak mı görüyor. Profesyonel olma kaygısı var yeni belli boyutlarıyla...”

Bazı katılımcılar MDP ile ilgili yaşadıkları işbirliği engellerini MDP’leri yetersiz (f=11) görmeye bağlayarak; MDP’lerin bilgileri sınırlı, iletişim becerileri zayıf, eğitimleri iyi değil, bilgi kirlilikleri var ve dezavantajlılara fayda sağlamazlar kodlarını kullanmışlardır. MDP’lerin saha etkinliklerinin hala profesyonel alan uzmanlığından uzak biçimde ‘geleneksel irşat, tebliğ’ gibi fonksiyonlar üzerinden yapılandırılarak sürdürülmeye çalışıldığı MDP’lerin bir handikabı olarak durmaktadır (Altaş, 2014: 22). ŞÇ1 kodlu katılımcı, MDP’leri yetersiz gördüğünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Manevi destek uzmanı hastanede çalışıyor olabilir ama karşı tarafa iletişimi kapalıdır. Yani her ne kadar mesleğinde o eğitimi almış olsa bile biliyorsunuz ki iletişim eğitimi çok farklı bir şeydir. Bu eğitimi almadığından işini layığıyla yapmaz...”

ŞÇ5 kodlu sosyal çalışmacı ise aldığı sosyal hizmet eğitiminin manevi destek personeli ile işbirliğine en büyük engel olduğunu şöyle dile getirmiştir:

“En büyük problem seküler bir eğitim aldık ve bizim mesleğimizin duayeni diyebileceğimiz ilk hocalarımızdan kaynaklandığını düşünüyorum.”

Sosyal çalışmacılardan işbirliği önündeki engellerden biri olarak çalışma alanları farklılıklarını (f=9) gördükleri de tespit edilmiştir. ŞÇ8 bu durumu şu şekilde ifade etmiştir:

“En büyük engel bir kere terminoloji. Aynı dili konuşmuyoruz. Algılarımız farklı. Beklentilerimiz ve olmasını beklediklerimiz farklı. Açıkçası bu kadroyu ben çok doğru bulmuyorum. Keşke baştan dediğim gibi sosyal hizmet uzmanlarına bir eğitim vererek de yapılabilse.”

Katılımcıların bir kısmı da işbirliğinin önündeki engelin karşılıklı etkileşimin olmamasına bağlamışlardır. ŞÇ5 bu durumu şöyle açıklamıştır: *“Mesleki deneyimimiz Hiç olmadı. Yani birime gelmiyorlar. Belki sosyal hizmet mesleğinin ne olduğuna dair bir bilgileri yoktur diye düşünüyorum.”*

ŞÇ3 ise hem etkileşimin olmaması hem de başka meslektaşlarının dine karşı tutumunu ön plana çıkarmıştır:

“Yani birbirimizi yeterince tanımıyoruz, mesleklerimizi ne tür işler yaptığımızı pek bilmiyoruz gibi. Birbirimizle yeterince bir tanışıklığımızın olmaması, mesleklerimizi ve yapabileceklerimizi bilmeyişimiz haliyle konsültasyonları da etkiliyordur. Ayrıca benim için söz konusu olmasa da birçok meslek elemanı arkadaşım için temel engelin dine karşı olan tutumlarının olduğu kanaatindeyim. Yani dine olan hazım-

sızlıkları bence olması gereken işbirliğini ciddi anlamda olumsuz etkiliyor. Kendi dini hassasiyetleri veya hassasiyetsizlikleri ile hastaların hassasiyetini karıştırıyorlar. Meseleye hasta açısından değil kendi dünyalarından bakınca olması gereken tablo çıkmıyor ortaya tabi.”

İşbirliğinin önünde hiçbir engel olmadığını düşünen katılımcılara da rastlanılmıştır. Sosyal çalışmacılardan birinin bu konudaki görüşü şöyledir:

“Aslında çok büyük bir engel yok. Yani iş birliği güzel olur. Herkes kendi alanında kaldığı müddetçe ortak bir paydada buluşup bir çözüm noktasında herkesin eşit ve gayretli bir şekilde hareket etmesi lazım belki biraz toplumun algısı din adamlarının sağlık noktasında tıbbi noktada çok işinin olmadığını düşünebilir maneviyatın çok önemli olmadığını düşünebilir. Herhalde en büyük engel toplumsal algıdır diye düşünüyorum.” (SÇ7)

Manevi Destek Personeli ile Refere/Havale Durumu

Manevi destek personellerinin ve sosyal çalışmacıların hastalarla ortak çalışması ve hastalarını birbirlerine yönlendirmesi önemlidir. Sosyal çalışmacılar şu durumlarda hastalarını manevi destek personeline yönlendirebilir:

- Müracaatçıların yaşadığı problemlerin temelinde dini ve manevi inanç ve uygulamaların olması,
- Müracaatçıların sorunlarına dini veya manevi temelli çözümler arayışı isteği,
- Müracaatçıların hasta hakları bağlamında ibadet hakkının yerine getirilmesi için yönlendirilebilir,
- Müracaatçı MDP’ye yönlendirilmek isterse.

Tablo 5: Sosyal Çalışmacıların Refere Durumuna İlişkin Görüşleri

Soru	Evet (f)	Hayır (f)
Manevi Destek Personeline Havale Ediyor mu?	3	7
Sosyal Çalışmacıya Refere oluyor mu?	2	8

Sosyal hizmet literatüründe (Bullis, 1996; Canda ve Furman, 2010; Hodge, 2006) maneviyatın profesyonel olarak uygulanması 5 boyutundan biri, ‘manevi veya dini bir gruba/ bireye yönlendirme’ boyutudur. Bu bölümde manevi destek personeline refere (yönlendirme/havale) şeklinde düşünülmüş olup katılımcılara sorulmuştur. Tablo 5’e bakıldığında sosyal çalışmacıların 3’ü MDP’ye müracaatçıları havale ederken, 7’si sevk etmemiştir.

Sosyal çalışmacıların bu konudaki görüşleri şöyledir:

“Yani daha profesyonel bir dini destek, verebiliyorsa, biz uygun gördüğümüz vakit manevi destek birimine yönlendirebiliyoruz... Yani bu çok güzel bir çalışma bunlar bize göre çok daha profesyonel müdahale edebilecek kişiler, en azından böyle bir birim olunca da bazen onlara da sevk etme ihtiyacı hissedebiliyoruz.” (SÇ3)

“Herhangi bir müracaatçıyı manevi destek personeline sevk ettiğim olmadı. Çünkü hastaların öyle bir talebi ile karşılaşmadım.”(SÇ2)

Tablo 5’e bakıldığında 2 katılımcı kendisine yönelik MDP’den havale edildiğini ifade etmiştir. SÇ8 MDP’nin kendisine refere ettiğini şöyle dile getirmiştir:

“Bu zamana kadar iki tane oldu benim hatırladığım. Biri çocuk diğeri ise engelli idi sanırım bunlarla ilgilenmiş sonrada sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç olduğunu düşündüğü zamanda çocuğun bakımı noktasında endişelenmiş.”

Katılımcıların çoğunluğu ise kendilerine yönlendirme yapılmadığını ifade etmişlerdir. SÇ10 bu durumu şu şekilde açıklamıştır: *“Hastanemizde manevi destek birimi almakta şimdiye kadar öyle bir yönlendirme öyle bir sevk olmadı.”*

Manevi destek personelleri sağlık personelleri, psikiyatrist, psikolog ve sosyal çalışmacıyla hastaların tedavisine destek vermekle yükümlüdür. Manevi konularda destek bekleyen hastalarla görüşür. Gerekli durumlarda yönlendirmeler yapar. Örneğin patolojik bir durum varsa psikiyatr veya psikoloğa yönlendirir. Sosyal hizmetle ilgili yoksulluk, temel ihtiyaçların karşılanması, istismar vb. konularda sosyal çalışmacıya yönlendirmesi gerekmektedir. Bu türde müracaatçılar MDP’den yardım talep etse ancak kendi sınırları içerisinde yardım etmeli veya refere etmelidir. Hastanelerde var olan MDP’lerin sosyal çalışmacılarla disiplinler arası çalışmaları önemlidir. MDP’lerin gerekli durumlarda sosyal çalışmacılara yönlendirmesi gerektiği gibi aynı şekilde sosyal çalışmacılar da gerekli gördükleri durumlarda MDP’lere yönlendirme yapmalıdır.

Tablo 6: Manevi Destek Personellerinin Refere Etmesine İlişkin Görüşler

Kategoriler	Kategoriler		
1. Edebilir	f	2. Etmemeli	f
Kendi alanımız olunca mesleki sınırlar gereği	8	Gerek yok	2
Yeri geldiğinde yapmalı	4	Bilmedikleri için etmiyorlar	2
Ediyor vaka çalışmalarımız var	2		
Her birim gibi havale edilebilir	6		
İhtiyaç olması halinde	2		
Toplam	22	Toplam	4

Tablo 6'ya bakıldığında sosyal çalışanların çoğunluğu manevi destek personelinin kendilerine yönelik yönlendirmelerin olabileceği görüşünde olduğu tespit edilmiştir. Sosyal çalışanların bu konudaki görüşleri şöyledir:

"Tabii ki ihtiyaç olması halinde kendisi böyle bir şey yapabilir. Şöyle açıklıyım bu durumu; zaten bizim burada -tıbbi sosyal hizmet birimi olarak- birinin yönlendirmesiyle geliyor vakalar. Manevi destek personeli, imamlar da bu hastanelerde çalışan birer personel olduklarına göre öyle bir ihtiyaç hâsıl olduğunda tabii ki de yönlendirmelerinde herhangi bir sakınca yok." (SÇ4)

"Manevi destek personelinin havale edilmesi doğru olur. Kişinin sosyal hizmetlere ihtiyacı varsa personel farkı olmaksızın havale olmalıdır." (SÇ2)

"...Doğru olur tabi ki. Biz nasıl onlara ihtiyaç duyuyor ve yönlendirme yapıyorsak aynı şey onlar için de söz konusu." (SÇ3)

Sosyal çalışanların manevi destek personeli hakkındaki bilgi ve tecrübelerine ilişkin yaklaşımları çerçevesinde ele alınan konuların sonuncusu; müracaatçıyı manevi destek personeline sevke yönelik katılımcı görüşlerinin incelenmesidir.

Sosyal çalışanların din adamları, inanç toplulukları ve eğitimli manevi idarecilerle çalışma tesis etmesi önemlidir. Böyle bir bütüncül çalışmayla müracaatçıya ait özellikle din veya maneviyatla ilgili karmaşık meselelerde, hizmet alan bireye ilişkin en iyi yaklaşımın nasıl olabilirliği konusu danışılabilir ve müracaatçı bu doğrultuda yönlendirilebilir (Sheafor ve Horejsi, 2014). Sosyal çalışan, hastanın dinsel ve manevi tecrübelerini dikkate almalıdır. Bu süreçte sosyal çalışan, müracaatçıya yardım etmek için çalışmaya din adamlarını da dâhil edebilir. Örneğin birçok düşünür evinde, pastoral bir danışman veya din adamı ile hasta ve hastanın isteği doğrultusunda dinsel ritüelleri yürüten kadrolar vardır (Derezotes, 2006: 186) ve sosyal çalışanların da bu kadrolarla işbirliği içinde oldukları görülebilmektedir.

Tablo 7: Müracaatçıyı Manevi Destek Alabileceği Birine Sevke Yönelik Görüşler

Kategoriler	Kategoriler		
1. GÖNDERİLEBİLİR	2. GÖNDERİLEMEZ		
A. Mesleki Kaygı Gözeterek	f A. Mesleki Kaygı İle Ret	f	
Profesyonel olarak	6 Mesleğin sınırlarına ters		1
Mesleki sınırları korumak için	3 Alanlarımız farklı		3
Bilgi eksikliğinden dolayı	13 Güvenemem		6
	Uzman kendisi yardım edebilir		5

Toplam	22	Toplam	15
B. Uygulamaya ve Müracaatçıya Dönük Yön	f	B. Uygulamaya ve Müracaatçıya Dönük Yön	f
Uzmandan farklı inançlara sahip olması	5	Müracaatçının zarar görme ihtimali	8
Müracaatçı talep ederse	13	Müracaatçıyı etkileyebilirim kaygısı	1
Pragmatist bakış/Faydalı olabilir	19	Faydası olmaz	3
Dini destek alması için	3	Toplam	12
İhtiyaç olursa	10		
Müracaatçıya göre değişebilir/ İnançlı ise	12		
Baş etmesi için	3		
Palyatif bakımda etkin	6		
Toplam	71		

Tablo 7’de araştırmaya katılan sosyal çalışmacılar, müracaatçıların MDP’ye sevke yönelik görüşlerini; gönderilebilir (f=93) ve gönderilemez (f=27) olarak açıklamışlardır. Katılımcıların MDP’ye gönderilebilir şeklindeki ifadelerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Müracaatçılar sosyal hizmet uygulamasında manevi destek personeline yönlendirilebilir düşüncesinde olan katılımcılar, bu düşüncelerini; uygulamaya-müracaatçıya dönük yön (f=71) ve mesleki kaygı gözetme (f=22) ifadeleriyle dile getirmişlerdir. Burada var olan nedenler, çeşitli araştırmalar ile de destek bulmuştur (Apak, 2017; Canda ve Furman, 2010; Furman vd., 2005).

Hastaların veya hasta yakınlarının sorunlarını çözmede sahip oldukları dini ve manevi kaynakların kullanılması MDP’lere yönlendirmekle var olabilir. Hastalığın iyileşme sürecinde yapılabilecek refere (konsültasyon) tedavi sürecini olumlu anlamda etkileyebilir. Ayrıca bazı hastaların manevi destek personeline yardım talep etmesi ve yönlendirilmesi etik anlamda sosyal çalışmacının uygun müdahale alanına girebilir.

Katılımcıların bir kısmı uygulamaya-müracaatçıya dönük yön kapsamında maneviyat veya dini inanç hakkındaki bilgi eksikliklerini ön plana çıkararak; MDP’ye yönlendirme yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca sosyal çalışmacıların, yönlendirme için üstlendikleri aracı rollerini; mesleğin profesyonelliğinden ayrılmadan yerine getirmeleri gerektiği de vurgu-

lanmıştır. Mesleki kaygı çerçevesinde ise bilgi eksikliğini ön plana çıkaran SÇ10 bu durumu şöyle ifade etmiştir:

“Eğer ben bir konuda iyi değilsem zarar vermekten çekinirim. Daha iyi birileri varsa yönlendiririm... Bu konuda eksik kalabileceğim yönlerden yola çıkarak daha profesyonel bir manevi destek için yönlendiririm... Ayrıca farklı inançtan da inançma çok zıt olabilecek bir kişiye ben galiba yardım edebileceğimi düşünmüyorum.”

Streets’e (2009) göre bazı sosyal çalışmacılar; maneviyatın, mesleki uzmanlık alanının dışında olduğuna inanmakta ve manevi kaygılara sahip müracaatçıların, din adamına veya manevi destek alabileceği birilerine yönlendirilmesi gerektiği düşüncesini savunmaktadırlar.

Katılımcıların bir kısmı, mesleki kaygı güderek yönlendirmelerin yapılabileceğini ve bu yönlendirmeler yapılırken mesleki sınırlara dikkat edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. SÇ6 kodlu katılımcı, mesleki kaygı güderek yönlendirmeler yapılabileceğini ve bu yönlendirmeleri hizmet kalitesini yükselteceğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Türkiye’deki her şeyi herkes yapsıncılık bakış açısını doğru bulmuyorum. Herkes kendi eğitimi ve ilgilendiği disiplin doğrultusunda görev almalıdır. Hizmet kalitesi düşünülmeli. Her iş kendi alanındaki profesyonellerce yerine getirilmelidir. Söz konusu uygulamalar ancak bir din adamı tarafından gerçekleştirilmeli.” (SÇ6)

Maneviyata duyarlı sosyal hizmete karşı duran bir katılımcı manevi bir durumla karşılaşınca mesleğin profesyonelliği gereği MDP’lere yönlendirme yapılması gerektiğini şöyle ifade etmiştir:

“Uzman çalışma alanına girdiğinde inancını kapıda bırakmazsa farklı inançlara sahip müracaatçılara uygun hizmeti sunamaz ve objektifliğini yitirir. Fakat müracaatçı özel olarak manevi bir destek isterse ona bu hizmeti verecek dini kurumlarımıza yönlendirebiliriz. Bizler din adamı değiliz. Sadece yönlendirme yapmamız doğru olur.” (SÇ10)

Yönlendirme yapılabileceği ifadesine; sosyal hizmet uygulaması ve müracaatçı çerçevesinden yaklaşan katılımcılar da bulunmaktadır. Uygulamada müracaatçının dindar olması ve pragmatist bakışa SÇ3 şu şekilde dikkat çekmiştir: *“Evet yönlendirdiğim oluyor. Yani hastanın dini hassasiyetinin olduğunu ve dini duygularının hastalığı ile baş etmesine olumlu katkı sağlayacağına inandığım için yönlendiriyorum. Sosyal hizmet uzmanı eksikliğinden kaynaklanmıyor elbette ki.”*

Sosyal çalışmacıların bir kısmı, sosyal hizmet uygulama sürecinde; sosyal çalışmacı ile müracaatçı arasında olabilecek inanç farklılıklarının, bilgi

eksikliği ile inanç çatışmalarını doğurabileceği ihtimalini göz önüne alarak; yönlendirme yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca müdahale sürecindeki müracaatçının, din adamına veya manevi destek alabileceği birine yönlendirilme arzusu olursa sosyal çalışmacının yönlendirme yapması gerekliliğinin de altı çizilmiştir. Çünkü müracaatçılar bazen, din adamlarına veya manevi destek alabilecekleri akıl hocalarına yönlendirilmek isterler. Eğer bu durum, önemli ve başarılı bir dönüşüm sağlayacaksa sosyal çalışmacının durumu gözden geçirerek yönlendirme yapmasında sakınca yoktur (Canda ve Furman, 2010: 267).

Müracaatçıların sosyal hizmet uygulamasında manevi destek personele sevk edilme düşüncesine karşı çıkan katılımcıların en sık verdikleri yanıtlar; mesleki kaygı ile ret (f=15) ve uygulamaya ve müracaatçıya dönük yön (f=12) şeklindedir. Katılımcılar burada, müracaatçıların manevi destek personeline yönlendirmediklerini ve yönlendirmenin de uygun olmadığı görüşünde olduklarını belirtmiştir. Aşağıda katılımcıların bu konudaki görüşlerine örnekler sunulmuştur:

“Aslında imamın verebileceği şeyler kısıtlıdır, çok fazla şey veremez. Hani sadece kendi alanında bilgi verebilir ama onun dışında mesela kimsesiz bir hastaya çok fazla faydası olur mu? Emin değilim o konuda...” (SÇ1)

“Ortak çalışma, daha önce bir çalışmamız olmadığı için açıkçası o konuda bir güvenim olmaz karşıda ki meslek elemanıyla aynı dili konuşacak mıyız, arada müracaatçıyı yıpratracak mı, yıpratmayacak mı? Ama onun böyle bir talebi olduğun da uygun bir meslek elemanı hastanemizde varsa ona yönlendirmeye çalışabilirim ya da başka bir kurum da böyle birisi varsa ona yönlendirmeye çalışırım.”(SÇ5)

“Bak şöyle söyleyeyim; onların bana bir desteği, aslında gerçekten hiçbir şeyi olmayan vakalar oldu. Mesela ona göre ihtiyaç kavramıyla, bizim anladığımız ihtiyaç kavramları çok farklı. Benim çatıştığım noktalar olmuştü. Hocam bunun ihtiyacı var diyor. Diyorum ki onun kararını sen veremezsin.” (SÇ8)

“Ben yönlendirmem. Neden yönlendirmem çünkü faydası olmayacağını düşünürüm faydası olmamasının sebebi de benim düşüncemle alakalı yani faydalı olabileceğine ihtimal vermiyorum ben.” (SÇ9)

Bazı katılımcılar yönlendirme yapmadıklarını maneviyatla ilgili bir durumla karşılaştıklarında müracaatçılarına kendileri yardım ettiklerini ifade etmişlerdir. Akgün-Kostak ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da hemşirelerin MDP’ye yönlendirme yerine kendileri tarafından manevi destek sunulduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan sosyal çalışanların bir kısmı ise yönlendirmenin mesleğin sınırlarına ters olması, MDP'lerin yeterli olmaması ve onlara güvenememe vurgusunu öne çıkarak yönlendirme düşüncesine karşı çıkmaktadırlar. Bu düşüncede olan katılımcıların, yönlendirme düşüncesi fiilinden çok yönlendirilecek MDP'lere, mesleki deneyimler bağlamında eleştirel davrandıkları görülmüştür. Gotterer'e (2001) göre manevi ve dini topluluklar çoğunlukla, öfke ve gurur gibi hisleri hoş görmemekte ve bu gibi hislere neden olan unsurların araştırılmasını engelledikleri gibi hastanın tamamen duygusal hissetmelerine de engel olmaktadır. Buna benzer olarak araştırmadaki sosyal çalışanların müracaatçıların zarar görme ihtimalini ön plana çıkarmışlardır.

Manevi Destek Personeline Yönelik Öneriler

Sosyal çalışanlar ile MDP'lilerin temel hizmet sağlayıcıları olarak birbirlerinden üstünlükleri veya önem seviyeleri yoktur. Her birinin, bir bilgi ve eğitim gövdesine sahiptir ve uzmanlıklarıyla doğrudan hizmet sunarken müracaatçılarına en iyi şekilde hizmet etmeye çalışırlar (Sytner, 2018: 203).

Tablo 8: Manevi Destek Personeline Yönelik Önerilere İlişkin Görüşler

Kategoriler		Kategoriler	
1. Uygulamalarına Dönük Öneriler	f	2. Eğitimlerine Yönelik Öneriler	f
Sadece ölümlle çalışmamalı	1	İyi eğitim almaları gerekiyor	11
Sadece Kur'an okumamalı	1	Sosyal hizmet veya psikoloji eğitimi almalılar	2
Palyatife düzenli gitmeli	1	İletişim becerilerini güçlendirmeliler	5
Yoğun bakımda çalışmalı	1	Mesleklerini iyi öğrenmeli	3
Hasta haklarında ibadet haklarında faydalı olabilir	2	Toplam	21
Kendi sınırlarını iyi bilmeliler	3	3. Tanıtım Çalışmalarına Yönelik Öneriler	f
Sadece dini yardım düşünülmemeli	5	Kendilerini tanıtmalı	5
Toplam	14	Diğer meslek elemanlarıyla tanışmalı	3
		Tanıtım afişleri yapmalılar	1
4. Öneri yok	2	Hastanede daha iyi ve görünür yerleri olmalı	3
		Toplam	12

Sosyal çalışmacıların daha etkili işbirliği ve daha etkin çalışmalar yürütmeleri için manevi destek personellerine, en fazla eğitimlerine ilişkin önerilerin (f=21) ifade edildiği bunu uygulamalarına yönelik tavsiyeler (f=14) ile tanıtım çalışmalarına yönelik önerilerin (f=5) izlediği görülecektir. Ayrıca öneri sunmayan sosyal çalışmacılara da rastlanmıştır. Bu alandaki görüşlere ilişkin örnekler aşağıda verilmiştir.

“Dediğim gibi her şeyin başı kendi mesleklerini güzel bir şekilde öğrenmeleri. Yani o eğitimi iyi bir yerden almalılar. Bir de her okuldan mezun olan kişiler aynı olmuyor. Herkes sizin gibi veya başkası gibi eğitimi özveriyle almıyor. Bazıları sadece okulu bitirmek ve atanmak için o eğitimi alıyor.” (SÇ1)

“Sadece ölümü hatırlatıp kur-an okumak üzerine çalışmaları olmamalı.” (SÇ2)

“Sosyal hizmet veya psikoloji eğitimi almaları gerekiyor. Yani ne düzeyde verilir bilmiyorum ama bu eğitimi almadan bu iş olmaz. Çünkü bir görüşmede kullandığın bir kelime o kadar hayati bir önemde ki. Adamı intihara da sürükleyebilirsin ya da adam tamamen umut dolu bir şey de olur.”

SÇ7 ise MDP'lilerin çok tanınmadığı bunu aşmak için ise MDP'lilere kendilerini tanıtmak için birkaç öneri sunmaktadır:

“Kendi çalıştığım kurumdan yola çıkarsam çok dezavantajlı bir durumda bulunuyorlar. Kişilerin rahat ulaşabileceği bir yerleri yok hastane içinde. Kendileri odaları tek tek dolaşıp böyle bir hizmetin olduğunu yararlanabileceklerini anlatıyorlar. Tabii sürekli bir hasta sirkülasyonu olduğu için bunu sürekli yapması gerekiyor. Bu da ciddi bir zaman ve enerji kaybı olacak bu yüzden hastane içinde daha ulaşılabilir bir yerde olabilir odaların görüşme yapılmaya uygun olması lazım bunun dışında afiş veya broşür çalışması olabilir hastanenin belirli yerlerine manevi destek birimi ile ilgili bilgilendirici afişler asılabilir.”(SÇ7)

Bazı sosyal çalışmacılar ise, MDP'leri tanımadığı için herhangi bir öneride bulunamayacağını ifade etmiştir: *“O nokta da fazla ekleyeceğim bir şey yok çünkü dediğim gibi manevi destek personeli ile bizim fazla şu an için çalışmamız olmadı o yüzden de şöyle olmalı şeklinde herhangi bir veri olmadan da yorum yapmayı çok sağlıklı görmüyorum.” (SÇ4)*

MDP'lerin kendilerini ve hizmetlerini tanıtmaları oldukça önemlidir. Yeni başlayan uygulama da sosyal çalışmacıların MDP'lere karşı endişeleri olabilecektir. Bu endişeleri en aza indirmek için MDP'lerin kendilerini tanıtmaları, anlatmaları ve manevi desteğin detaylı ve doğru bir şekilde aktarımına ihtiyaç vardır.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmamızda hastanede çalışan sosyal çalışmacıların manevi destek görevlilerini nasıl tanımladıkları, tutumları, manevi destek görevlileriyle yaşadıkları mesleki deneyimleri, işbirliği ve refere durumu nitel çalışma ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan sosyal çalışmacıların büyük çoğunluğu hastanede çalışan manevi destek personellerini mesleki tanımlamalar, rol ve işlevleri üzerinden tanımlamışlardır. Katılımcıların en fazla kullandıkları tanımlama ‘imam’ tanımlamasıdır. Sosyal çalışmacılar hastanede var olan MDP’leri geleneksel din adamı rolleri açısından görme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Ayrıca sosyal çalışmacıların çoğunluğunun MDP’lerle ilgili olumsuz tutumlara sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Ülkemizde manevi destek personelinin görev tanımı, eğitimi, rol, işlev ve sorumlulukları konusunda problemler halen devam etmektedir. Bu durum sosyal çalışmacılarda da hissedilmektedir.

Hastanede çalışan katılımcıların büyük çoğunluğu MDP’lilerle herhangi bir deneyimi olmadığını ifade etmiştir. Bunun sebebi de MDP’leri yetersiz ve eğitimsiz olarak düşünmelerine dayanmaktadır. Ayrıca, sosyal çalışmacıların büyük bir kesimi MDP’lilere refere etmediğini ve MDP’lilerin sosyal çalışmaya yönelik refere etmesi gerektiğini dile getirmiştir. Aynı şekilde sosyal çalışmacılar gerek duyduğu noktada MDP’lilere refere edebileceklerini ifade etmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda sunulabilecek bazı öneriler şu şekildedir:

- Türkiye’de sosyal hizmet disiplini, dinî ve manevi alanda güncel eğilimleri yeterince takip etmemektedir. Bu açıdan sosyal çalışma uygulamasıyla ilgili dinî ve manevi etkilere ilişkin bilimsel literatürün oluşturulması durumunda önemli çalışmaların artacağı düşünülmektedir.
- Sosyal çalışmacıların MDP ile ilgili bilgi ve eğitim eksikliğinin giderilerek disiplinlerarası çalışmalarla eğitim ve uygulama sürecine dâhil edilmesi gerekmektedir.
- MDP’lerin eğitimlerinin eksikliğine vurgular yapılmıştır. Bu bağlamda eğitim programlarının gözden geçirilmesi ve var olan MDP’lerin eğitimlerle desteklenmesi önerilebilir.
- Sosyal çalışmacıların MDP’lere, MDP’lerin de sosyal çalışmacılara has-

taları ve yakınlarını yönlendirmesi, hem tıbbi sosyal hizmet için hem de manevi destek için önemlidir.

- Sosyal çalışmacılara manevi desteğin önemini kavramaları ve konu hakkındaki farkındalıklarının artırılmasına yönelik kurs, seminer ve hizmet içi eğitimler düzenlenebilir.
- Çalışmanın, MDP'lerin bakış açısından da derinlemesine çalışılması önerilebilir.
- Bu çalışma daha büyük bir sosyal çalışmacı örneklem grubuyla nicel olarak veya sosyal çalışmacılarla odak grup olarak yapılabilir.

Kaynakça

- Akgün-Kostak, M., Çelikalp, Ü. & Demir, M. (2010). Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 218-225.
- Altaş, N. (2012). Hastanelerde dini danışmanlık hizmetleri. N. Altaş ve M. Köylü (Ed.), *Dini danışmanlık ve din hizmetleri* İçinde (s.171-186). İstanbul: Gündüz Eğitim ve Yayınları.
- Altaş, N. (2014). Din hizmetleri ve dini danışmanlık ilişkisi. N. Altaş ve M. Köylü (Ed.), *Dini danışmanlık ve din hizmetleri* İçinde (s. 13-34). İstanbul: Ensar Neşriyat.
- Apak, H. (2017). *Sosyal hizmet ve maneviyat: Sosyal çalışmacılar üzerine bir alan araştırması* (Yayımlanmamış doktora tezi). Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yalova.
- Baldacchino, D. & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 833-841.
- Bilgin, N. (2014). *Sosyal bilimlerde içerik analizi teknikler ve örnek çalışmalar*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Bullis, R. K. (1996). *Spirituality in social work practice*. Washington: Taylor & Francis.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. & Demirel, F. (2015). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Canda, E. R. & Furman, L. D. (2010). *Spiritual diversity in social work practice* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Cascio, T. (1998). Incorporating spirituality into social work practice: a review of what to do. *Families in Society*, 79(5), 523-532.
- Derezotes, D. S. (2006). *Spiritually oriented social work practice*. Boston: Pearson.

- Doğan, M. (2017). Hastane örneği üzerinden manevî danışmanlık ve rehberlik hizmetlerine genel bir bakış. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi*, 21(2), 1267-1304.
- Duyan, V. (1996). Sağlıkta psiko-sosyal boyut (Tıbbi sosyal hizmet). Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti.
- Duyan, V., Sayar, Ö. Ö. & Özbulut, M. (2008). *Sosyal hizmeti tanımak ve anlamak*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Ekşi, H., Kaya, Ç. & Çiftçi, M.(2016). Maneviyat ve psikolojik danışma. H. Ekşi ve Ç. Kaya (Ed.), *Manevi yönelimli psikoterapi ve psikolojik danışma* İçinde (s.13-28). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Erdem, M. (2017). *Manevi destek hizmetleri ve Türkiye’de kurumsallaşması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yalova.
- Erdem, M. & Kesgin, B. (2017). Manevi destek uygulayıcılarının manevi destek hizmetlerine ilişkin görüşleri. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(15), 124-140.
- İşbilen-Esendir, N. & Kaplan, H. (2018). Sağlık çalışanlarının maneviyyat ve manevi destek algısı: İstanbul örneği. *EKEV Akademi Dergisi*, 22(73), 317-332.
- Flannelly, K. J., Galek, K., Bucchino, J., Handzo, G. F. & Tannenbaum, H. P. (2005). Department directors, perceptions of the roles and functions of hospital chaplains: A national survey. *Hospital Topics*, 83,19-27.
- Furman, L. D., Benson, P. W., Canda, E. R. & Grimwood, C. (2005). A comparative international analysis of religion and spirituality in social work: A survey of UK and US social workers. *Social Work Education: The International Journal*, 24(8), 813-839.
- Gilbert, M. (2000). Spirituality in social work groups: Practitioners speak out. *Social Work with Groups*, 22, 67-84.
- Gotterer, R. (2001). The spiritual dimension in clinical social work practice: A client perspective. *Families in Society*, 82(2), 187-193.
- Göktepe, A. (2017). Yaşlılara yönelik manevi danışmanlık ve rehberlikte yeni bir model önerisi: Hayat ağacı modeli. A. Ayten (Ed.), *Manevi danışmanlık ve rehberlik teori ve uygulama alanları* İçinde (s. 233-273). İstanbul: Dem Yayınları.
- Han, A. (2016). Diyanet İşleri Başkanlığının hastanelerde yürüttüğü manevi destek hizmetleri. A. Ayten, M. Koç ve N. Tınaz (Ed.), *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Cilt-II* İçinde (s. 91-107). İstanbul: Dem Yayınları.
- Hodge, D. R. (2005). Spiritual life maps: A client-centered pictorial instrument for spiritual assessment, planning, and intervention. *Social Work*, 50(1), 77-87.
- Hodge, D. R. (2006). Do conceptualizations of spirituality and religion affect perceptions of compliance with the ethical standards that address religion?.

- Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 25(2), 1-18.
- Kavas, E. & Kavas, N. (2015). Hastalarda manevi bakım ihtiyacı konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği. *Turkish Studies*, 10(14), 449-460.
- Kılınçer, H. (2017). Manevi danışmanlık ve rehberlik (MDR) üzerine: Psikoloji, ilahiyat, tıp alanlarında maneviyat ve MDR algısı. A. Ayten (Ed.), *Manevi danışmanlık ve rehberlik teori ve uygulama alanları* İçinde (s. 19-60). İstanbul: Dem Yayınları.
- Koç, M. (2016). Diyanet İşleri Başkanlığı'nın hastanelerdeki danışmanlık ve rehberlik hizmetleri (1995-2015): Sınırlılıklar ve bir eğitim program önerisi. A. Ayten, M. Koç ve N. Tınaz (Ed.). *Manevi danışmanlık ve rehberlik cilt-II* İçinde (s. 321-371). İstanbul: Dem Yayınları.
- Larimore, W. L., Parker, M. & Crowther, M. (2002). Should clinicians incorporate positive spirituality into their practices? What does the evidence say?. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 69-73.
- Mathews, I. (2009). *Social work and spirituality*. Exeter: Learning Matters.
- Miller, W. & Thoresen, C. (2003). Spirituality, Religion, and Health: An Emerging Research Field. *American Psychologist*, 58(1), pp.24-35.
- Ok, Ü. (2015). İnanç ve bakım danışmanlığı: Bir model geliştirme denemesi. A. Seyyar (Ed.). *Manevi sosyal hizmetler* İçinde (s. 103-140). İstanbul: Rağbet Yay.
- Özbesler, C. & İçağasıoğlu Çoban, A. (2010). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2), 31-46.
- Özkan, A. (2017). Hastanelerde sunulan manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri üzerine bir araştırma. A. Ayten (Ed.), *Manevi danışmanlık ve rehberlik teori ve uygulama alanları* içinde (s. 61-101). İstanbul: Dem Yayınları.
- Richards, P. S. & Bergin, A. E. (2011). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Saleebey, D. (1996). The Strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work*, 41(3), 296-305.
- Sheafor, B.W. & Horejsi C. J. (2014). *Sosyal hizmet uygulaması temel teknikler ve ilkeler*. (B. Çiftçi, Çev.). Ankara: Nika Yayınları.
- Sommers, L. S., Marton K. I., Barbaccia, J. C. & Randolph, J. (2000). Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1825-1833.
- Streets, F. (2009). Overcoming a fear of religion in social work education and practice. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 28(1-2), 185-199.

- Sytner, A. (2018). Social work and pastoral counseling: Empowering each other. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 37(2), 202-219.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2013). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (9. Baskı). Ankara: Seçkin Yayınları.

IV. BÖLÜM

MANEVİ DANIŞMANLIK ve REHBERLİK ve ÖNCELİKLİ UYGULAMA ALANLARI

Palyatif Bakımda Manevi Destek ve Psikolojik İyi Oluş: Hasta Yakınları Üzerinde Bir Araştırma

*Mebrure Doğan**

Giriş

Sağlık alanında hastalıkların tedavisi yönündeki gelişmelerin yanı sıra sağlık yaklaşımlarındaki değişimler, hastaya götürülecek hizmet birimlerinin sayısını artırmaktadır. Palyatif bakım, son yıllarda sağlık sistemi içerisinde yerini alan yeni hizmet alanlarından biridir. Kanseri hastalığının görülme sıklığındaki artış, kronik hastalıkların yaygınlaşması, ileri evre kanser hastaları ve yakınlarının yaşam sonu bakım gereksinimleri, palyatif bakım ihtiyacını ortaya çıkaran nedenler arasında sayılmaktadır (Uysal vd., 2015: 105). Tedavi amaçlı olmaktan çok tedavi umudu kalmamış hastaların yaşam kalitesini artırmanın hedeflendiği palyatif bakımdan sadece hastanın değil hasta yakınının da yararlanması, onu diğer sağlık hizmetlerinden ayırmaktadır. Palyatifte hastaya tıbbî, psikolojik, sosyal ve manevi destek verilirken, hasta bakımında aktif rol alan ve bu süreçte yoğun stres altında olan hasta yakınına da psikososyal ve manevi destek verilmesi esastır.

Palyatif bakımın tarihine bakıldığında kavramın ilk olarak 19. yüzyılda kullanılmaya başlandığı anlaşılmaktadır. 1967 yılında Dame Cicely Saunders tarafından İngiltere’de ilk modern hospis kurulmuş, hospis bakım hızla Amerika ve Avrupa ülkelerinde yaygınlaşmış, 1980 ortalarında ise zamanla yerini palyatif bakıma bırakmıştır (Elçigil, 2012: 329). 1896’da II. Abdulhamit tarafından yaşlılar, yoksullar ve kimsesiz çocukların barınması amacıyla

* Dr. Öğr. Üyesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi İslami İlimler Fakültesi, Din Psikolojisi Ana Bilim Dalı
mebruredogan@gmail.com

kurulan, aynı zamanda yaşlıların yaşam sonu bakımlarının yapıldığı Darülaceze'nin ülkemizde hospis ya da palyatif bakım anlayışına uygun faaliyet gösteren ilk kurum olduğu söylenebilir (Benli ve Sunay, 2017: 144). Ancak aile kurumunun oldukça değerli olduğu kültürümüzde, hasta ve yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçlarının genellikle yakın aile bireyleri tarafından evde karşılanmasının uygun görülmesi nedeniyle olsa gerek, uzunca bir dönem buna benzer kurumların sayısında herhangi bir artış görülmemiştir. Günümüzde ise teknik anlamda tıbbın gelişmesi, yaşam sonunda hastanın yaşam kalitesini artırmayı mümkün kılan sağlık hizmetlerinin tüm dünyada yaygınlaşması, terminal dönemde bazı hastaların evde karşılanması mümkün olmayan tıbbi müdahalelere ihtiyacının olması ve benzeri durumlar yaşam sonu bakımının bir sağlık kuruluşunda palyatif bakım yoluyla verilmesini zorunlu hale getirmiştir. Hatta sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir insan hakkı olması nedeniyle ülkelerin sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde palyatif bakım ve yaşam sonu bakımların yeterliliği, değerlendirme kriterleri arasına girmiştir (Who, 2018).

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinde önemli iyileşmelerin görüldüğü ülkemizde de son yıllarda palyatif bakımla ilgili gerekli girişimler gerçekleştirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında 2010 yılında Sağlık Bakanlığı Kanseri Daire Başkanlığı tarafından hayata geçirilen Pallia-Türk Projesi ile birlikte palyatif bakım, evde sağlık hizmetleri aracılığıyla başlatılmıştır. Ardından palyatif bakım birimlerinin hastanelerde kurulması için yasal düzenlemeler yapılmıştır. İlk kapsamlı palyatif bakım merkezi 2012 yılında Ankara Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde açılmış ve bu ünitenin sadece kanser hastalarına değil tüm terminal dönem hastalarına hizmet vermesi amaçlanmıştır. Bu çerçevede halen hastanelerdeki palyatif birimlerinin yanı sıra kronik hastalığı olanlara evde sağlık hizmeti aracılığıyla palyatif bakım sağlanmaktadır. Tedavisi düzenlenen ve yönlendirilen hastalar, aile hekimleri veya evde sağlık hizmet birimleri tarafından takip edilmekte, sağlık kurumuna gelemeyecek durumda olanlar evlerinde ziyaret edilmek suretiyle palyatif bakım verilmekte, hasta ve hasta yakınlarının durumu birlikte değerlendirilmektedir (Çakır, 2018: 24; Aygencel ve Türkoğlu, 2014: 3).

Palyatif Bakım

Palyatif dilimize Fransızcadan geçmiş bir sözcüktür. Fransızcada “palliatif” kelimesi, hafifletici, tahfif edici, geçiştirici anlamında kullanılmaktadır (Fransızca Sözlük, 2018). Etkisi geçici bir ilaç, kısa süreli tedaviler ve geçici bir çare (Berk ve Özdemir, 2009: 366) olarak da anlamlandırılan kelime, Osmanlıca yazılmış Fransızca bir sözlükte “Bir marazın esbabını imha etmeksizin âsârını ta’dil ve tahfif eden ilaç ve sair” biçiminde tanımlanmıştır (Şemsettin Sami, 1901: 1609). İngilizcede ise “palliative”, “hafifletmek (hastalık, zorluk), teskin etmek, yatıştırmak” anlamına gelen “Palliate” fiilinden türemiş olup, hafifletici, yatıştırıcı, dindirici, teskin edici, müsekkin gibi anlamları bulunmaktadır (Redhouse, 1993: 695). Türkçe sözlükte palyatif “hastalık belirtile-rini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten veya ortadan kaldıran ilaç veya yöntemler” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı, “yaşamlarını tehdit eden hastalıkla ilgili problemlerle karşılaşan hastanın ve ailesinin fiziksel, psikososyal, spiritüel ve diğer boyutlardaki problemlerini çözen, erken dönemde ve kursuz bir şekilde değerlendirerek ağrının rahatlatılması ve önlenmesi vasıtasıyla yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlamakta, bu tanım doğrultusunda palyatif bakımın temel ilkelerini şöyle sıralamaktadır:

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlarda rahatlama sağlar.
- Hayatı kabullenir, ölümü normal bir süreç olarak görür.
- Ölümü çabuklaştırmak veya ertelemek niyetinde değildir.
- Hasta bakımının psikolojik ve manevi yönlerini bütünleştirir.
- Hastalara ölünceye kadar imkân dâhilinde aktif olarak yaşamalarına yardımcı olacak destek sistemi sunar.
- Aileye hastanın hastalıkları ve kendi yaşlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olacak destek sistemi sunar.
- Eğer belirtilmişse yas danışmanlığı dâhil hastaların ve yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak için bir takım yaklaşımını kullanır.
- Yaşam kalitesini artıracak, hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilecek ve hastalığın seyrinde erkenden uygulanabilecek radyasyon tedavisi veya kemoterapi gibi hayatı uzatmayı amaçlayan diğer terapilerle birlikte klinik komplikasyonları daha iyi anlamak ve yönetmek için gerekli araştırmaları içerir (WHO, 2018).

Palyatif bakım, kronik hastalıkları sebebiyle tam olarak iyileşemeyen ve iyileştirici tedavilerin tükendiği hastalara, genellikle yaşamlarının son dönemlerinde bakım hizmetleri ve destek tedavileri sunan multidisipliner bir yaklaşımdır. Ağrı, bulantı, iştahsızlık, kilo kaybı, nefes darlığı ve anksiyete gibi semptomlara yönelik palyatif tedaviler sunan bu yaklaşımda, hastalara beslenme, fizyoterapi, psikoterapi desteğinin yanı sıra manevi destek de sağlanmaktadır. Hastalığın neden olduğu semptomların önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin birlikte kullanıldığı palyatif bakımda verilen bu hizmetler neticesinde hasta ve yakınlarının yaşam kaliteleri yükselmektedir. Amaç hastalığı tamamen iyileştirmek veya kronik hastalığı tedavi etmek olmasa da palyatif bakımın tedavi edici bakımı dışlayan bir seçenek olmadığı, hem kronik hastalık hem de terminal dönem hastalık süresi boyunca yararlı olduğu belirtilmektedir (Devictor ve Carnevale, 2008: 389; Taycı ve Karaaslan, 2017: 46; Kabalak ve ark. , 2013: 57).

Hastanın ölümünü çabuklaştırmak ya da geciktirmek gibi bir amacı olmamasına rağmen araştırmalarda palyatif bakımın yaşam süresini uzattığına ilişkin bulgulara rastlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde palyatif bakımın değerlendirildiği bir çalışmada, palyatif bakım alan terminal dönem hastalarının yaşam süresinin (266 gün), normal bakım alan hastalardan (227 gün) daha uzun olduğu belirlenmiştir (Fine, 2004: 261).

Ölüme kadar hastanın olabildiğince aktif olarak yaşamasına yardım etmek için destek sunan palyatif bakım, hayati tehlikesi olan her hastalık için geçerlidir. Hastaya palyatif bakımın hastalıkların teşhisinden itibaren aktif tedavi ile birlikte verilmesi, hasta yakınlarına ise hastalık sürecinde ve hastanın vefatının ardından yas sürecinde verilmesi esastır. Hastalar ve aileleri için mümkün olan en iyi yaşam kalitesini elde etmenin amaçlandığı palyatif bakımla hastanın ölüm öncesi iyilik hali sağlanırken aileye de destek sağlanmaktadır (Demir, 2016: 63; Elçigil, 2012: 331; Benli ve Sunay, 2017: 144; Devictor ve Carnevale, 2008: 389).

Modern palyatif bakım, bir hastanın bütünsel bakımı için fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi olmak üzere dört temel alanı tanımlamaktadır (Seccareccia ve Brown, 2009: 805). Biyopsikososyal-manevi model, palyatif bakım yaklaşımlarından biri olarak tüm hastalara yönelik hastanın tecrübelerinin toplamına vurgu yapan disiplinler arası bir yöntemdir. Fiziksel, duygusal, sosyal, manevi, dinî ve varoluşsal olmak üzere çeşitli boyutları olan bu modelde, sağlık çalışanlarının hastalarla bağlantı kurmaları, korkularını ve acı

deneyimlerini dinlemeleri, onları hastalıkla ilgili karar verme süreçlerine dahil etmeleri ve tam bir kişisel bakım sunmaları için çerçeve sağlamaktadır (Jafari vd., 2014: 1919).

Etkili bir palyatif bakım, multidisipliner bir yaklaşımla hasta ve hasta ailesinin gereksinimlerine odaklanmaktadır. Palyatif bakım ekibinde göğüs hastalıkları uzmanı, psikiyatrist, palyatif bakım hemşiresi, solunum terapisti, eczacı, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, avukat, din görevlisi, yardımcı personel ve gönüllü kişilerin bulunması gerekli olmakla birlikte maliyet nedeniyle tümü bir arada bulunmayabilmektedir. Ancak etkin bakım sağlanması için ekip üyelerinin her birinin alanlarında uzman ve ekip yaklaşımını benimsemiş olmaları önem taşımaktadır (Özkan, 2011: 69; Benli ve Erbesler, 2016: Elçigil, 2012: 329).

Palyatif bakımdaki bütüncül yaklaşımın yanı sıra palyatif bakım ortamının düzenlenmesi ve bakım yeri önemli konular arasındadır. Hastanın ailesiyle birlikte vakit geçirebileceği ev rahatlığını aratmayacak bir ortam, hastalığın semptomlarının rahatlatılmasına ve huzurlu bir atmosferin oluşmasına yardım edeceğinden, yaşam kalitesine doğrudan etki edebilmektedir. Diğer taraftan hastanelerdeki palyatif bakım üniteleri dışında hastaların tercihleri doğrultusunda evde palyatif bakım yapılması ise hem hasta memnuniyeti hem de sağlık ekonomisi açısından hastanede takipten daha avantajlı olduğundan son yıllarda daha fazla tercih edilmektedir (Özkaya, 2018: 35). Palyatif bakıma yönelik sağlık personeli, hasta ve ailelerini görüşlerinin incelendiği bir literatür derleme çalışmasının sonuçlarına göre tüm grupların bakım almak istedikleri yer incelendiğinde, hasta ve sağlık personelinin daha çok evde bakımı tercih ettikleri tespit edilmiştir (Terzi ve Kapucu, 2018: 123).

Bilindiği gibi tıpta palyatif bakım yaklaşımı ortaya çıkmadan önce dünyada "hospis" adı verilen terminal dönem hastalarına bakım verilen kurumlar bulunmaktaydı. Palyatif bakım ünitelerinin yanı sıra hospisler günümüzde de devam etmekte, farklı olarak ev rahatlığında bir ortam sağlayabilmek gayesiyle hastane dışında oluşturulmaktadır. Hastalığının son evresindeki hastaya geleneksel tedavi ve iyileştirici tedavi yöntemlerinden çok palyatif tedavinin verildiği kurumlar olan hospisler, yaşam kalitesinin korunduğu ve semptomların hafifletildiği yerlerdir. Bu kurumlarda hastanın rahat, huzurlu, onurlu bir şekilde son günlerini geçirmesi için multidisipliner yaklaşımla hem tıbbî hem de sosyal, psikolojik, manevi destek sağlanmaktadır. Hastanın vefatının ardından ise yasıyla başa çıkmak durumunda olan

hasta yakınlarına destek verilmeye devam edilmektedir (Uzuncu vd., 2013: 146,147). Ancak palyatif bakımdan farklı olarak ölüm sürecine odaklanılmış olan hospis sisteminde hastanın yaşam kalitesini artırmak değil ölüm sürecinde en iyi bakımı vererek sürecin kalitesini artırmak hedeflenmiştir. Oysa palyatif bakım “hospis” bakımını içerdiği gibi bundan daha fazlasını hem hasta hem de hasta yakınına vermekte ve daha kapsamlı bir bakım anlayışını temsil etmektedir (Elçigil, 2012: 331).

Palyatif Bakımda Manevi Destek

Palyatif bakım hizmetinde maneviyat boyutu, uluslararası palyatif bakım kılavuzlarında yer alan temel bakım unsurlarından biridir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar, manevi bakımın ilerlemiş hastalıklarla karşı karşıya kalan hastaların bakımının önemli bileşenlerinden biri olduğunu ve manevi desteğin, hastalığın semptomlarıyla başa çıkmada, yaşam kalitesini iyileştirmede ve yaşam sonunda tıbbî karar verme sürecini etkilemede önemli bir rol oynadığını ve sağlık bakımının sonuçlarını etkilediğini göstermektedir. Ancak tüm bunlara rağmen palyatif bakımın bir parçası olan manevi bakımın tıbbî sistem içerisinde kendisine yeterince yer bulduğu söylemek yanlış olacaktır (El Nawawi vd., 2012: 269; Puchalski, 2009: 885).

Palyatif ve destekleyici bakım gibi ağrı tıbbi ile yakından ilişkili alanlarda hasta bakımının ayrılmaz bir parçası olarak görülen maneviyatın, ağrı tıbbında da yarar sağlayacağına ilişkin görüşlere rastlanmaktadır. Ağrı yönetiminde, ağrı işleyişinde dikkat, beklenti ve duygu gibi psikolojik faktörlerin güçlü etkisini ortaya çıkarmak için biyolojik yaklaşımı içeren “biyopsikososyal” model geliştirilmiş, böylece ruh halinin ve bilişin fizyolojik işleyiş üzerindeki etkisi ve bunun sağlık ve hastalık modeline dâhil edilmesinin gerekliliği net bir biçimde ortaya koyulmuştur. Ardından son zamanlarda, içinde başka bir önemli bileşen olarak maneviyatın yer aldığı, özellikle palyatif bakımda ölüm sürecine girmiş ve yaşam sonu bakımı alan bireylerin özel ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan, “biyopsikososyal-manevi” ya da “biyopsikospiritüel” olarak isimlendirilen model geliştirilmiştir (Siddall, 2015: 51,52).

Din ve maneviyatın kapsamı hakkında literatürde farklı görüşlerin bulunması, manevi desteğin dinî içerikli mi, manevi içerikli mi olması gerektiği konusunda tartışmalara yol açmaktadır. Zaman zaman birbirinin yerine kullanılan bu kavramların gerçekte ne anlama geldiklerini net bir şekilde

ortaya koymak gerekmektedir. Zira literatür incelendiğinde sağlık alanında manevi/spiritüel destek konusunu ele alan hemen her çalışmada, din ve maneviyat kavramlarının açıklandığı görülmektedir. Aslında her iki kavram birbirinin yerine kullanıldığında Müslüman toplumlar için başlı başına bir sorun teşkil etmemektedir. İslam alimlerinin çoğu, din ve maneviyat kavramları arasında bir ayrım olmadığını, maneviyatın dinî düşünceler ve performanslar olmadan anlamsız olduğunu düşünmektedir (Jafari vd., 2014: 1919). Ancak dünya ölçeğinde düşünüldüğünde kendilerini “manevi” fakat “dindar olmayan” olarak tanımlayan insanların varlığı yadsınamaz. Dinin ve maneviyatın birbiriyle ilişkili olduğu görüşünü benimseyenler dahi bireyin maneviyatının, resmi ya da gayri resmi bir dinin dışında birçok bağlamda ifade edilebileceğini ve maneviyatın farklı insanlar için farklı anlamlar taşıdığını kabul etmektedir (Siddall vd., 2015: 52). Genellikle literatürde dinin daha fazla kurumsal ve toplumsal bir odağa sahip olma eğiliminde olduğu, maneviyatın ise daha çok anlam, bağlanma ve aşkınlık için bireysel arayış olarak değerlendirildiği görülmektedir. Diğer taraftan her ikisinin farklı felsefi bakış açılarına dayandığını, duyuşsal, davranışsal, bilişsel ve tecrübi bileşenleri ile farklı varyasyonlara sahip olduğunu savunanlar da bulunmaktadır (Nelson-Becker, 2013: 112).

İlerlemiş hastalığı olan çoğu hasta, manevi kaygılar yaşamaktadır. Bu nedenle din ve maneviyat, ilerlemiş hastalığı olan çoğu hastanın deneyimlerini şekillendiren anahtar unsurlar olarak giderek daha fazla kabul edilmektedir. Hastalar sıklıkla ilerlemiş hastalıkların stresiyle başa çıkmak için dinî başa çıkmayı kullanmakta, dinî ve manevi inançlarına güvenmektedir (Winkelman vd., 2011: 1022). Çeşitli evrelerdeki jinekolojik kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların % 76’sının hayatlarında dinin ciddi bir yere sahip olduğu, % 49’unun kanserden bu yana daha dindar olduklarını düşündükleri ve kimsenin dindarlığında düşüş olmadığı, % 93’ünün dinî bağlılığın umutlarını sürdürmesine yardımcı olduğuna inandıkları belirlenmiştir. Bu araştırmanın bulgularına göre kadınlar, hastalıkla başa çıkmak için dinî inançlarına ve tecrübelerine daha fazla güvenmektedirler (Roberts ve ark., 1997: 166).

Yapılan araştırmalar palyatif bakımda manevi bakımın önemini ve bir ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin kanser hastaları ile yapılan palyatif bakımla ilgili bir çalışmada, uygulanan ankette yer alan “Tıbbi desteğin yanında dinî destek de almak isterim” cümlesine hastaların %68’inin

olumlu cevap verdikleri belirlenmiştir (Akyüz, 2014: 42). Palyatif bakıma yönelik sağlık personeli, hasta ve hasta ailelerinin görüşlerinin incelendiği bir literatür derleme çalışmasının sonuçlarına göre ise araştırmaya katılan tüm grupların eğitimin yanı sıra duygusal ve manevi desteğin önemine vurgu yaptıkları tespit edilmiştir (Terzi ve Kapucu, 2018: 123). Pediatri yoğun bakım ünitesinde yaşamını yitirmiş çocuğa sahip 56 ebeveyn ile yapılan bir çalışmada, ebeveynler yaşam sonu bakımın altı önceliğinden birini “inanç” olarak tanımlamışlardır. Birçok ebeveyne göre inanç, Tanrıya yardım etmesi ve yol göstermesi için dua etmeyi, din görevlilerine danışabilmeyi, sosyal ve duygusal yardım almayı içermektedir (Meyer ve ark., 2006: 649; Kostak ve Akan, 2011: 189). İleri evre kanser hastalarıyla yapılan bir araştırmada hastaların spiritüel ihtiyaçları arasında ailesi ile birlikte olmak (%80,2), sık sık dua etmek (%50) yer almıştır. Hastaların %26’sı karşılanmamış en az bir spiritüel ihtiyaç belirtirken, dinî törenlere katılmak (%21,1) karşılanamayan spiritüel ihtiyaçlar arasında en sık tercih edilen ihtiyaç olmuştur. Tüm bu nedenlerle hayatının son dönemlerindeki hastalara bakım sağlayanların daha fazla dinî ve manevi alanlara odaklanmaları gerektiği belirtilmektedir (Yıldırım vd., 2013: 157).

Maneviyat, bazı bireyler ve aileleri için yaşamla mücadele ederken merkezi bir öneme sahip olduğu için, bütünsel bakımın manevi değerlendirme içermesi önemlidir. Değerlendirmede hem hastanın hem de ailesinin maneviyat geçmişinin araştırılması ve manevi yolculuklarının anlaşılması gerekmektedir. Hasta ve hasta yakınları kendilerini belli bir inançla tanımlıyorlar mı? İnançlarının gerektirdiği geleneksel ve özel ritüelleri uyguluyorlar mı? Karar verme konusunda inanç sistemleri ne kadar etkilidir? Ancak, böyle bir değerlendirme dinsel bağlılığın ötesine de gitmelidir. Stresli, endişeli veya depresif olduklarında hangi uygulamaları kullanıyorlar? Onlara manevi rahatlık ve huzur veren hikayeler, dualar veya dinî içerikli müzikler nelerdir? Bu tür yaklaşımlar, bireylerin anlam ve umut buldukları çok farklı yolların keşfine veya bireyin sahip olduğu manevi güçler ve maneviyatındaki temaların (merhamet, kader, ceza vb.) anlaşılmasına izin verebilmektedir. Manevi eğilimlerin değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, manevi danışmanlar tarafından bireyin manevi bağlarını canlandırması ve güçlendirmesi teşvik edilebilir, hasta ve hasta yakınlarının yas ve hastalık deneyimlerine özgü manevi sorularına cevap verilebilir. Böylece manevi danışmanlar bireyin hayatı tehdit eden bir hastalığa, ölüme ya da üzüntüye karşılık vermesinde destekleyici rol oynayabilirler (Doka, 2011: 106).

Maneviyat, inanç, ritüel ve kutsalla ilgili uygulamaları ifade ederken din

aynı zamanda aşkın olanla yakınlığı sağlamakta, toplu ya da bireysel olarak uygulanmaktadır. Dindarlık ve yaşam sonu karar verme arasındaki ilişkiyi inceleyen nicel araştırmalar, pozitif dinî başa çıkmayı kullananların veya dinî inançları güçlü olan hastaların, yaşam süresini uzatan tedavileri tercih etme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle manevi danışmanların hastalar ve hasta yakınlarına kendi inanç geleneklerinin ölüm hakkındaki değerlendirmelerini anlamalarını sağlayarak manevi destek vermeleri büyük önem taşımaktadır (Salgado vd., 2017: 2-3).

Palyatif bakımda manevi destek verecek danışmanların, hasta ve hasta yakınlarının hayatın anlamı ve ölüm hakkındaki sorularını, onların kaygılarını ve umutsuzluklarını giderecek bir biçimde cevaplayabilecek donanımına sahip olmaları önemlidir. Bununla birlikte yaşam sonu bakımla ilgili eğitim almaları da onlar için yararlı olabilir. Hasta ve ailesinin kültürel değerleri, inançları ve ölmekte olan kişiye yönelik ritüelleri dikkate alınarak verilecek manevi bakım, onların sıkıntılarını hafifletebilir (Özçelik, 2011: 22). Hastalıkta olduğu gibi yas döneminde de maneviyat, hasta yakınları için süreci kolaylaştırıcı etki yapabilir. Manevi inançlar merhumun artık güvende ve mutlu olduğuna ve inanmanın yanı sıra gelecekte (ahirette) yeniden birleşme olasılığı gibi bir inanca izin verebilir. Diğer taraftan dua, ibadet gibi bazı dinî uygulamalar ve ritüeller aracılığıyla ölenle manevi bağlantının sürekliliği sağlanabilir (Doka, 2011: 105).

Maneviyat, anlam ve amaç duygusu da dahil olmak üzere, tutumlar, duygular ve davranışlar üzerinde güçlü bir etkiye sahip olan aşkınlıkla bağlantıyı içeren bir deneyim olarak tanımlandığında, tedaviye nasıl dahil edileceği konusu gündeme gelmektedir. Burada manevi uygulamanın bireyde oluşturduğu etki, hareket noktasını oluşturmaktadır. Örneğin bazı insanlar için ormanda yürüyüş yapmak, aşkınla bağlantı kurmayı sağlayan derin ve güçlü bir etkiye sahip manevi bir uygulama olabilir. Bazıları için ise dinî musiki, dua aynı etkiyi meydana getirebilir. Anlam ve amaç duygusu bireyin maneviyatında merkezi konumda ise yaşam üzerine düşünmek, anlam, amaç, değerler ve öncelikler gibi konuların anlaşılmasını sağlayabilir. Bu bağlamda omurilik zedelenmesi veya kanser teşhisi alan hastalarla yapılan bir araştırmada hastaların yaşam öncelikleri ve hedeflerini yeniden değerlendirmelerinin, kabullenme ve başa çıkma kabiliyetini artıran olumlu bir deneyim olduğu belirlenmiştir (Siddall ve ark, 2015: 56). Dolayısıyla manevi destek verilirken tercih edilecek yöntemlerde bireysel farklılıkların dikkate

alınması ve farklı bireylerde farklı uygulamaların tercih edilmesi, pozitif etkilerin ortaya çıkmasını kolaylaştıran bir faktör olabilmektedir.

Palyatif bakımda manevi desteğin istemeleri halinde hastaya bakım veren sağlık personeline de verilmesi yararlı olabilir. Palyatif bakım servisinde görevli sağlık personelleri, tedavinin farklı aşamalarında hasta ve hasta yakınlarına hemen her konuda yardımcı olmaktadır. Ölmekte olan hastaya ve ailesine bakım vermek oldukça zor bir deneyimdir ve ölüm gerçeği ile yüzleşmek, gerek hasta ve hasta yakınlarında gerekse sağlık personellerinde travmatik etki oluşturabilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı korku, kaygı, yadsıma, öfke, suçluluk, depresyon, çaresizlik gibi durumları sağlık personelleri de yaşayabilmektedirler (İnci ve Öz, 2012: 180). Yalom, “ölümcül bir hastalığı olan kişilerle çalışırsam önce kendi ölüm korkumu halletmem gerektiğini anladım” demektedir (Yalom, 2017: 159). Ölüm olgusunu din ve maneviyat yaklaşımı olmadan anlamak ve anlamlandırmak zordur. Bu konularda sağlık personellerine verilecek manevi destek, kendi varoluşsal sorularına cevap bulmalarına yardımcı olabileceği gibi psikolojik iyi oluşlarını da destekleyebilir. Diğer taraftan alacakları bu destekle onlar, manevi destek görevlisi bulunmadığında hasta ve hasta yakınlarının manevi gereksinimlerini karşılayabilirler. Zira manevi/spritüel bakım, holistik yaklaşıma göre hemşirelerin görevleri arasındadır (Kostak ve Akan, 2011: 189). Genellikle araştırmalarda, sağlık personellerinin manevi desteğin gerekliliğine inandıkları, fakat manevi destek verme konusunda kendilerini yeterli görmedikleri bulgularına rastlanmaktadır (Demir, 2016: 64). Dolayısıyla sağlık personellerine manevi destek verilerek onların dinî ve manevi konulardaki bilgi eksikliklerinin giderilmesi, manevi destek verme yeterliliklerinin artmasını da sağlayabilir.

Palyatif Bakımda Hasta Yakınlarına Manevi Destek Verilmesi

Manevi desteğin palyatif bakım sürecinde hasta yakınlarına verilmesi, büyük önem taşımaktadır. Palyatif bakım hizmetlerinden yararlanan hasta yakınları, özellikle hastanın iyileşme umudunun kalmadığı ve giderek kötüleştiği terminal dönemde yoğun stres altında kaldığı gibi aynı zamanda yas sürecini yaşamaktadır. Ayrıca onlar sadece hastaya bakma yükümlülüğünün ve bir yakını kaybetme riskinin beraberinde getirdiği stresle değil, hasta tedaviyle ilgili kararlara katılamayacak durumda olduğunda, bu kararı verme sorumluluğunun beraberinde getireceği yoğun stresle de başa çık-

mak durumundadır. İşte bu aşamada manevi desteğin de içinde yer aldığı palyatif bakım, yas danışmanlığı ve güçlendirici bakım yoluyla yas yaşayan ailelerin işlevselliklerini artırdığı gibi bütünlüklerini korumalarına da yardımcı olmaktadır (Algier, 2005: 133).

Hastanın palyatif bakıma ihtiyaç duymasının hasta yakınlarında oluşturduğu stres, hastanın giderek kötüleşen durumunun bakım verenin yükünü artırması gibi sebepler, mevcut duruma psikolojik uyumu olumsuz etkilemektedir. Bakım veren bazı ailelerin bu sürecinin getirdiği problemlerle başa çıkabilmek için dinî başa çıkma yöntemlerine başvurdukları, araştırmalarda tespit edilen hususlardandır (Özdemir, 2016: 3-4; Hacıoğlu ve ark., 2010: 211). Hasta yakınları ve hemşirelerle yapılan bir araştırmada katılımcılar kendi gereksinimlerini karşılarken en azını karşılayabildiklerini (% 97), yas acısı ve hüznünü çoğu zaman dile getiremediklerini (% 85), duygularını nasıl ifade edeceklerini bilemediklerini (% 78) ve yaşama arzularının bu belirsizlik sürecinde oldukça azaldığını (% 81) belirtmişlerdir (Çetin, 2018: 56).

Son dönemlerin rahat, ağrısız ve huzur içinde geçirilmesi, hem hastanın hem de hasta yakınlarının isteklerindendir. Bu dönem, hasta ve yakınlarının manevi desteğe ihtiyaçlarının fazlaştığı bir dönemdir. Sevilen birinin ölümünün yaklaşması fikri, hasta yakınlarının kaygı ve sıkıntısını yeterince artırmaktadır (Özçelik, 2011: 65). Bununla birlikte hasta yakınları için palyatif bakımla birlikte başlayan yas sürecinin sağlıklı bir şekilde sürmesi, ölümün gerçekliğini kavrama ve kabullenmelerine bağlıdır. Vefat anında olduğu gibi vefatın ardından cenaze törenleri ve bununla ilgili ritüeller vs. hasta yakınlarının desteklenebileceği manevi konular arasındadır. Bu dönemde verilecek manevi destekle, dinî uygulama ve ritüellerin terapotik etkisinden yararlanmak, hasta yakınları için rahatlatıcı olabilmektedir.

Hasta yakınları, hastanın vefatının ardından yoğun manevi sorunlarla karşılaşabilmektedir. Kayıp yaşayan bazı bireyler, inançlarını ya da manevi sistemlerini yeniden inşa etmeye çalışabilmekte veya manevi, kozmik öfkeyle dinî ritüel ve pratiklerden uzaklaşabilmekte, inanç kaybı dahi yaşayabilmektedir. Diğer taraftan ölen kişinin ölümünün, şu anda cezalandırılan bir günah veya ahlaki kusurdan kaynaklandığını düşünen hasta yakınları “ahlaki suçluluk” duygusu yaşayabilmektedir (Doka, 2011: 105). Bu nedenle hasta yakınlarının hastanın vefatının ardından çeşitli manevi problemleri ile başa çıkabilmeleri için yas döneminde alacağı manevi destek büyük önem taşımaktadır. Ayrıca palyatif bakımda manevi destekten sorumlu din görev-

lilerinin hasta yakınlarına karşı sorumluluklarının hastanede bulundukları zamanla sınırlı olmayıp sonrasında da devam ettiğinin unutulmaması gerekmektedir.

Palyatif Bakımda Manevi Destek ve Psikolojik İyi Oluş

Palyatif bakım sadece hastalık semptomlarını azaltmayı değil aynı zamanda psikososyal ve manevi destek verilmesini gerekli kılan, hastalar ve hasta aileleri için mümkün olan en iyi yaşam kalitesini elde etmeyi amaçlayan bakım modelidir. İlerlemiş hastalıklarla karşı karşıya kalan hastaların bakımının önemli bir bileşeni olan dinî ve manevi destek, hastalığın semptomlarıyla başa çıkmada, yaşam kalitesini iyileştirmede, yaşam sonunda tıbbî karar verme sürecini etkilemede önemli bir role sahiptir. Manevi desteğin hem fiziksel hem de psiko-sosyal faydalarından söz edilmekle birlikte çeşitli araştırma sonuçlarından anlaşıldığı üzere en büyük yararı psikolojik iyi oluşadır.

Son zamanlarda gerçekleştirilen pek çok araştırma, manevi destekle ortaya çıkabilecek manevi iyi oluşun, yaşam sonu umutsuzluğuna ve depresyona karşı koruyucu bir etkiye sahip olabileceğini göstermiştir. Bu araştırmalarda manevi iyi oluş düzeyi yüksek olan hastaların terminal hastalıklar bağlamında ölümün hızlandırılması ve intihar düşüncesine daha az istek gösterdikleri, umutsuzluk hislerine daha az kapıldıkları belirlenmiştir. Ayrıca yaşam sonu bakımında manevi iyi oluşun etkisinin diğer değişkenlerden daha güçlü olduğu tespitler arasındadır (Okon, 2005: 394). Palyatif bakımda yatan hastalarla yapılan bir araştırmada, yatış sırasında hastaların %92'sinde görülen endişe semptomunun şiddetinde anlamlı bir azalmanın elde edilememesi, klinikte tam zamanlı çalışan psikolog ve sosyal hizmet uzmanı olmamasına bağlanmıştır ki buradan manevi destek görevlisinin de olmadığı sonucu çıkarılabilir. Araştırmada palyatif bakımın tıbbî desteklerle sınırlı kalmasının, hedeflenen iyilik haline ulaşılmasını engellediği belirtilmektedir (Uysal ve ark., 2015: 108). Buradan hareketle manevi desteğin verilmesinin psikolojik iyi oluşu olumlu etkileyen, verilmemesinin ise palyatif bakımın başarısını azaltan, yaşam kalitesini artırma hedefine ulaşmayı zorlaştıran bir faktör olduğu söylenebilir.

Terminal evrede bireyler genellikle üç manevi ihtiyaçla mücadele etmektedir ki bu ihtiyaçların karşılanması, psikolojik iyi oluşa pozitif etki yapabilir. Bunların ilki anlamlı bir yaşam sürmüştür. Hastalar, anlam ve amaç duygusu bulmak için hayatlarını gözden geçirebilmektedir. Bu aş-

mada bireyler tamamlanmamış görevler veya incitici davranışları için başışlanma arayışında bulunabilirler. “Yaşamı Gözden Geçirme ve Anımsama Terapisi” onların anlamlılık duygusu kazanmalarında yardımcı olabilir. İkincisi uygun bir şekilde ölmek için mücadele etmektir. Son manevi ihtiyaç ise mezarın ötesinde yani ölüm sonrası için umut bulmaktır. Bu, aynı zamanda bireyin yaşamın devam edeceği duygusuna ihtiyacı olduğu anlamına da gelmektedir (Doka, 2011: 105).

Palyatif bakımda ölüm gerçeğini anlama ve ölüm kaygısı, hasta, hasta yakını ve sağlık personelinin yaşadığı psikolojik iyi oluşu olumsuz etkileyen manevi kaygıların başında gelmektedir. Manevi / varoluşsal kaygıların giderilmesinin ise palyatif bakımın temel amacı olan yüksek yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden biri olduğu belirtilmektedir (Boston ve Mount, 2006: 13). Bu konuda yaşanan problemlerin çözümü, psikolojik iyi oluşa doğrudan yansiyabilmektedir. Ölüm konusunda dinî ve manevi inançlar, korku ve belirsizliği en aza indirirken, dinî ve manevi uygulamalar fiziksel sağlığı, benlik saygısını artırarak başa çıkmayı sağlayabilmektedir. Bu tür inançlar özellikle yaşamı tehdit eden bir hastalıkta veya kendini suçlamanın olduğu ve kendini kabul etmenin tehdit altında olduğu üzüntülerde önemli bir etkiye sahiptir (Doka, 2011: 101).

Ölüm, Müslüman toplumlarda ahiret inancı ekseninde hayatın değişmez gerçeği olarak kabul edilse de ölüm karşısında sergilenen bazı tutumlar, bu gerçeğin düşüncesinden uzaklaşıldığını göstermektedir. Örneğin Avusturya’da palyatif bakımda Müslüman örneklemine incelendiği bir araştırmada ailelerin doktorların teşhisini hastaya olduğundan farklı ilettikleri ve böylece hastanın gerçeğe uygun olmayan biçimde umutlandırıldığı tespit edilmiştir (Elibol, 2018: 84). Umut özellikle hastalık durumlarında hastanın iyileşme sürecine pozitif katkı sağlayan bir unsur olup, psikolojik iyi oluşu olumlu etkilemekle birlikte gerçekçi olmayan umut, hem inanç bakımından hem de psikolojik iyi oluş bakımından istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. “Allah’tan umut kesilmez” diyerek umut besleyip beklentisi karşılanmayan hasta ve hasta yakınının Allah’a inancının sarsılabileceğini unutmamak gerekmektedir. Diğer taraftan gerçekçi olmayan umut, “düş kurma” biçimindeki savunma mekanizması işlevi görerek bireyi geçici bir süre rahatlatılabilmekte fakat gerçeklikten uzaklaştıracağı için ölüm sürecindeki hasta ve hasta yakınının durumu kabullenmesini geciktirebilmektedir. Kabullenme geciktiğinde ise yas sürecinin uzaması ve kronikleşmesi tehlike-

si ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle diğer hastaların aksine palyatif bakım alan hastalara ve hasta yakınlarına manevi destek verilirken, gerçekçi olmayacağı için “umut” tan ziyade “kader, sabır, tevekkül, rıza” çerçevesinde yaklaşılması, umudun yalnızca ahirete yönelik beklentiler konusunda desteklenmesi onların psikolojik iyi oluşuna pozitif desteği artıracaktır.

Palyatif bakımda dinî ve manevi desteğin yararlarından biri de hayatın yanı sıra hastalığın anlamlandırılması aşamasında ortaya çıkmaktadır. Hayatı tehdit eden bir hastalık sadece tıbbî bir kriz olarak anlaşılmamakta, bir psikolojik, sosyal ve aile krizi olarak değerlendirilmektedir. Daha öteye gidildiğinde ise bu krizlere varoluşsal soruların sık sık tekrarlandığı manevi kriz eklenmektedir (Doka, 2011: 99). Yaşamı tehdit eden hastalıklarla birlikte “Hayatın anlamı nedir? Bu hastalığın benim için anlamı nedir? Hastalık Allah’ın bana bir cezası mıdır? Neden bu benim başıma geldi?” gibi sorular, çoğu hastanın tek başına çözemeyeceği manevi krizlerdir. Hastalığın pozitif anlamlandırılmasıyla gerçek manada çözülebilecek bu krizlerin çözülmesinde dinin sunduğu anlam perspektifinin kullanılması yoluyla verilecek manevi destek, hasta ve hasta yakınlarında zihinsel dinginliğe yol açabilir. Bu suretle rahatlatıcı bir etki meydana getirebilecek manevi destekle hem hasta ve yakınlarının psikolojik iyi oluşları desteklenebilir hem de palyatif bakım hizmetinin kalitesini artırılabilir. Zira varoluşsal sorularına tatmin edici cevaplar bulamayan hasta ve hasta yakınlarının huzura kavuşmaları ve psikolojik açıdan iyilik haline ulaşmaları pek mümkün görünmemektedir (Demir, 2016: 64).

Yaşamı tehdit eden bir hastalığın teşhis edilmesi, hastalığı anlamlandırma çabasıyla mücadele eden bireyin dünyaya ilişkin varsayımlarına meydan okumaktadır. Dinî ve manevi yaklaşımların hastalıkla birlikte acılarını, ölümlerini veya hayatlarını anlamlandırmayı isteyen bireylerin bu varoluşsal mücadelesinde onlara anlam sunabilecek en iyi kaynak olduğu söylenebilir. Zira din ve maneviyat, yaşamı tehdit eden hastalıkları olan hastalara, hastalıklarının anlamsız olmayıp büyük bir planın parçası olduğu veya hastalık deneyiminin kendilerine ve başkalarına bazı mesajlar verebileceği konusunda güvence verebilmektedir (Doka, 2011: 101).

Hastalığın kronik evresinde acı çekmek, sadece fiziksel bir rahatsızlık meydana getirmemekte aynı zamanda büyük bir manevi sorun haline gelebilmektedir. “Neden bu hastalıktan ve tedaviden acı çekiyorum?”, “Buna değer mi?” gibi sorular karşısında hastalar bu acıdan anlam çıkarmak için

genellikle dinî veya manevi inançlarına yönelebilmektedir. Bazı bireyler acıyı, bu hayatta ya da ölüm sonrası hayatta günahlarının karşılığı olarak görürken, bazıları şimdi acı çekmenin, ölüm sonrasında kendilerini daha iyi bir geleceğe hazırlayacak bir kefaret ya da günahlardan arındırma olduğuna inanabilmektedir. Bazısı acı çekmeye bir anlam yükleyemezken, bazıları acılarını empatiyi artıran, onları geliştiren bir öğrenme deneyimi olarak görebilmektedir. Bu tür inançlar, hastaların ağrı yönetimine karşı gösterdikleri tepkileri de güçlü bir şekilde etkileyebilmektedir (Doka, 2011: 104).

Dinî inanç ve uygulamalar, yaşamı tehdit eden hastalıkların beraberinde getirdiği varoluşsal krizlerle yüzleşmek için etkili bir başa çıkma çerçevesi sağlamak suretiyle palyatif bakımda hasta ve hasta yakınlarının sığınağı olabilmektedir. Fiziksel hastalıklarla uğraşan bireyler sıklıkla bir başa çıkma biçimi olarak duayı kullanmaktadır. Duanın palyatif bakımın amaçlarından biri olan ağrı kontrolünde non-farmakolojik yöntemlerden biri olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bibliyoterapi ile kutsal kitap okumaları, başkalarının duası, dinî musiki v.b. terminal dönemdeki hastaya ve ailesine huzur verebilmektedir. Ölüm anında ise gelenekselleşmiş bazı ritüeller (zemzem içirmek, Kur'an okumak, şehadet getirmek gibi) rahatlatıcı olabilmektedir. Kanseri hastalarıyla gerçekleştirilen bir araştırmada en önemli başa çıkma stratejisinin dua olduğu tespit edilmiştir (Doka, 2011: 107; Okon, 2005: 394,395; Özçelik, 2011: 51).

Palyatif bakımda bir taraftan hastanın iyilik halinin sürdürülmesine yardımcı olunurken diğer taraftan kontrol duygusunu kaybetmesine izin verilmemesinin gerektiği belirtilmektedir (Filiz ve Dikmen, 2017: 96). Dinî ve manevi inançlar bireyin kontrol duygusunu etkileyebilmektedir. Hayati tehlike arz eden bir hastalık döneminde, bireyler olaylar üzerinde kendilerinin kontrolünün olmadığını düşünebilmekte, hastalığın Yüce bir gücün kontrolünde olduğuna, Allah'ın onları iyileştireceğine veya onlarla birlikte olacağına inanabilmektedir. (Doka, 2011: 101,102).

Maneviyatın sadece psikolojik değil, fiziksel semptomların giderilmesinde de hastaya destek sağladığı belirtilmektedir. Güç ve destek için Allah'a yönelen ve olumlu dinî başa çıkma pratikleri kullananların ağrıya daha iyi uyum sağladıkları ve daha iyi bir zihinsel sağlık durumuna sahip oldukları belirtilmektedir. Araştırmalarda manevi-dinî uygulamaların daha düşük ağrı yoğunluğu ile ilişkili olduğu, bunun yanı sıra manevi iyi oluşun yaşam memnuniyeti dâhil olmak üzere daha yüksek düzeyde psikolojik iyi oluşla

ve daha yüksek ağrı toleransı ile güçlü bir bağlantıya sahip olduğu belirlenmiştir. Acı çeken ve Tanrı'yı affedici ve iyiliksever görenlerin daha az ağrı yoğunluğuna sahip oldukları, Tanrı'yı acımasız ve terk edici olarak değerlendirenle kıyaslandığında yaşamsal fonksiyonlarının daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Siddall vd., 2015: 54-55). Ayrıca manevi iyi oluş ve dinî başa çıkma, yaşamı tehdit eden hastalıkların düzenlenmesinde daha iyi hasta yaşam kalitesi ile ilişkilidir ve fiziksel semptomların genel yaşam kalitesi üzerindeki etkisini hafifletmektedir (Winkelman vd., 2011: 1023).

Multidisipliner yaklaşımla gerçekleştirilen palyatif bakımın hastalarda ağrı, dispne, uykusuzluk, anksiyete gibi fiziksel semptomların şiddetini azalttığı, sağkalımda artış sağladığı, psikolojik iyilik halini artırdığı belirtilmektedir (Modonesi vd, 2005: 367). Palyatif bakımda manevi desteğin ise yalnızca genel iyi oluşu değil manevi iyi oluşu da artırması beklenmektedir. Yorgunluk ve ağrı gibi belirgin semptomları olan kanser hastaları arasında, manevi iyi oluş düzeyi daha yüksek olanların yaşam kalitesinin de daha yüksek olduğu bulunmuştur (Abbas and Dein, 2011: 342). Araştırma bulgularından yola çıkılarak hasta ve hasta yakınlarına verilecek manevi desteğin manevi iyi oluş düzeylerini artırarak da psikolojik iyi oluşlarına katkı sağlayacağı söylenebilir.

Araştırmalar manevi desteğe başvurma veya iyiliksever bir Tanrı'ya inanmak gibi dinî inanç biçimlerinin daha iyi sağlık göstergeleriyle ilişkili olduğunu, cezalandırıcı bir Tanrı anlayışı ya da dinî hoşnutsuzluğun ise sağlık durumunda düşüş meydana getirdiğini göstermektedir. Ancak örneği az bulunsa da dinî yönelimlerin hasta ve hasta yakınlarında negatif sonuçlara yol açtığı durumlar yok değildir. Genellikle olumsuz sonuçlar, olumsuz dinî başa çıkmanın kullanılmasıyla ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin hasta, suçluluk ve günahkârlık duygusuyla hastalığın bir ceza olduğuna dair inanç geliştirebilmekte, bir hastalığa sahip olma veya hastalığın uygun bir zamanda ya da haksız bir şekilde geldiği konusunda Tanrı'ya öfke duyabilmektedir. Hastalık esnasında gelişen korku ve endişe, bu dünyada ve ahirette Tanrı'nın gazabından korkmak gibi dinî ya da manevi kaynaklı olabilmekte, hatta varoluşsal bir terk edilmişlik duygusu ve krizde tek başına olduğu duygusu bireyi Tanrı'ya yabancılaştırabilmektedir. Diğer taraftan bazı dinî ya da manevi inançlar, ölüm kaygısını azaltmak yerine artırmaya hizmet edebilmektedir. İlahi yargıdan korkma veya ölüm sonrası hayatla ilgili belirsizlikler, ölmekte olan hastayı huzursuz edebilmektedir. Tüm bu

durumlarda dinî ve manevi inançlar, hastalığa karşı psikolojik ve duygusal tepkilerle bir arada bulunabilmektedir (Doka, 2011: 102,103).

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı palyatif bakımda verilen manevi desteğin psikolojik iyi oluşu artıran bir faktör olup olmadığını ortaya koymaktır. Bu amaçla araştırmanın palyatif bakımda manevi destek alan ve almayan hasta yakınları üzerinde yürütülmesi planlanmıştır. Böylece manevi desteğin hastanelerde palyatif bakım servisinde tedavi gören hastaların bakım veren yakınlarının psikolojik iyi oluş düzeylerini artırıp artırmadığı belirlenmiş olacaktır. Literatür incelendiğinde palyatif bakımla ilgili çeşitli teorik ve tecrübî çalışmaların bulunduğu, ancak yaşam kalitesini artırmanın amaçlandığı palyatif bakımın psikolojik iyi oluş üzerindeki etkisini araştıran, palyatif bakımda başlı başına manevi desteği konu edinen çalışmaların sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Ülkemiz için yeni sayılabilecek uygulamalar olan hastanelerde gerek palyatif bakım gerekse manevi destekle ilgili teorik ve tecrübî araştırma sayısı da oldukça sınırlıdır. Çalışma sayısının yetersiz olmasında uygulamanın yeni olmasının yanı sıra palyatif bakımla ilgili tecrübî araştırma yapmanın zorluğunun da etkili olmuş olabileceği söylenebilir. Zira palyatif bakım genellikle yaşam sonu sürecinde devreye girdiği için hem hastanın hem de hasta yakınının durumu araştırmaya katılamayacak kadar kötüleşmiş olabilmekte, vefatla sonuçlanabilen olgular nedeniyle çalışmayı tamamlama konusunda güçlükler yaşanmaktadır. Çalışmanın bu alandaki ve gelişmekte olan bir alan olan manevi danışmanlık ve rehberlik alanındaki literatür eksikliğini gidermeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Diğer taraftan özellikle palyatif bakımın bileşenlerinden biri olan manevi desteğin psikolojik sağlık üzerinde değişiklik meydana getirip getirmediğinin belirlenmesinden manevi destek uygulamalarının düzenlenmesinde de yararlanılabilecektir. Araştırma kapsamında şu sorulara cevap aranmıştır:

1. Palyatif bakımda manevi destek almak, hasta yakınlarının psikolojik iyi oluşlarını artırmakta mıdır?
2. Palyatif bakımda manevi destek alan ve almayan hasta yakınlarının psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Araştırmanın Yöntemi

Çalışma Grubu

Araştırmanın evreni, palyatif bakım hastası olan bir yakınına bakım veren, hastanelerde ve evde bakım hizmetleri yoluyla palyatif bakım alan hasta yakınlarından oluşmaktadır. “Manevi destek alan” grubun örnekleme, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi palyatif bakım servisinde yatan hastaların yakınları ve Sakarya, Ordu, Amasya ve Merzifon’daki hastanelerin palyatif bakım servislerinde yatan hastaların yakınları içerisinde gönüllü olanlarla oluşturulmuştur. “Manevi destek almayan” grup ise bu hastanelerde palyatif bakım ünitesinde bulunup yeni geldikleri için henüz manevi destek almamış olan ve Afyonkarahisar’da evde palyatif bakım hizmeti alıp henüz manevi destek almaya başlamamış olan hasta yakınları arasından gönüllü olanlarla oluşturulmuştur.

Veri Toplama Araçları

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Araştırmada psikolojik iyi oluşu ölçmek için Carol Ryff tarafından geliştirilen psikolojik iyi oluş ölçeğinin 42 maddelik formu kullanılmıştır. Ryff’ın geliştirdiği psikolojik iyi oluş ölçeği, psikolojik iyi olmanın yapısının özelliklerini ölçen özerklik, çevresel hâkimiyet, bireysel gelişim, diğerleriyle olumlu ilişkiler, yaşam amacı, kendini kabul olmak üzere altı boyuttan oluşmaktadır. 42 maddeden oluşan likert tipi ölçekten alınan en düşük puan 42 en yüksek puan 210’dur. Ölçek 5’li (1- Hiç katılmıyorum/7- Tamamen katılıyorum) derecelendirmeye göre değerlendirilmektedir. Bireyin her bir ölçekten elde ettiği puanların yüksek olması, bireyin ilgili alt ölçeğin değerlendirdiği özelliklere sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca ölçek toplam bir psikolojik iyi olma puanı da vermektedir. Türkçeye uyarlaması Akın ve arkadaşları tarafından yapılan Psikolojik İyi Olma Ölçeğinin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ölçeğin bütünü için .87 olarak tespit edilmiştir (Akın vd, 2012: 609).

Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmada verilerin toplanması aşamasında bazı güçlüklerle karşılaşmıştır. Özellikle gereken izinlerin alınması beklenenden uzun sürmüştür. Zira

araştırma için hastanelerin izinleri yeterli olmamış, İl Sağlık Müdürlüğü'nün izni istenmiş, hastanelerde görevli manevi destek birimlerinden de çalışma için destek alındığından İl Müftülüklerinden izin alınmış ancak Diyanet İşleri Başkanlığının Göç ve Manevi Destek Hizmetleri biriminden de izin alınması istenmiştir. Diğer taraftan başlangıçta araştırmanın hastalar ve hasta yakınlarıyla yapılması planlanmıştır. Ancak palyatif bakım ünitelerinde yatan hastalar çoğunlukla ileri hastalık evresinde olup iyileşme umudu kalmamış, ölüm sürecinde olan ve bilinci kapalı hastalardan oluştuklarından yeterli sayıda hastaya ulaşılamamış, bu nedenle çalışmanın örnekleminden hastalar çıkarılmış, örneklem hasta yakınlarından oluşturulmuştur. Palyatif bakımla ilgili çalışma yapıp benzer sorunlarla karşılaşmış bazı araştırmacılar, terminal dönem hastalarla araştırma yapmanın zor olduğunu, çalışma örneklemine beklenenden çok daha küçük olabileceğini hatta bazen hastaların çalışmayı tamamlayamaması nedeniyle araştırmanın sonlandırılmasına yol açabileceğini belirtmektedir (Nahcivan, 2018: 21). Bu çalışmada da katılım asgari düzeyde sağlanmış, hedeflenen kişi sayısına ulaşılamamıştır.

Araştırmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Araştırmada “manevi destek alanlar” grubunun manevi destek alma süresi iki hafta ile bir yıl arasında değişmektedir. Daha kısa süre destek almış olanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Palyatifte bakım genellikle hastanın vefatıyla sonlandığı için hastanede kalış süreleri ve buna bağlı olarak manevi destek alma süreleri de değişmektedir. Bu nedenle süre konusunda belli bir standart oluşturulamamıştır. Ayrıca farklı hastanelerde gerçekleştirilmiş olan bu çalışmada manevi destek tabii olarak aynı kişiler tarafından verilmemiştir. Dolayısıyla manevi destek alma süresiyle birlikte manevi destek görevlilerinin mesleki bilgi, deneyim ve becerilerindeki ve verilen manevi desteğin içeriğindeki farklılıklar araştırmanın sonucunu etkilemiş olabilir.

Araştırma nicel türde betimsel bir çalışma olup gruplar arası farkı belirlemek amacıyla istatistiksel analiz yapılmıştır. Araştırmada “manevi destek alan” ve “manevi destek almayan” grup, 20 şer denekten oluşmaktadır. Verilerin analizi SPSS 17.0 bilgisayar istatistik paket programıyla yapılmıştır. Öncelikle normallik testi yapılarak hem “Kolmogorov-Smirnova” hem de “Shapiro-Wilk”e göre verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiş, grupların psikolojik iyi oluş düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek için parametrik testlerden t- testi ve one way Anova kullanılmıştır.

Bulgular ve Yorumları

Tablo 1: Demografik Değişkenler

		N	%	$\bar{X}$	
Cinsiyet	Kadın	26	65,0	156,65	t= 0,214 p= 0,77
	Erkek	14	35,0	155,35	
	Toplam	40	100,0	156,20	
Sosyo-ekonomik Düzey	Ortanın Altı	8	20,0	147,62	F= 7,735 p= 0,02 Ort. üstü- orta Ort. üstü- ort. altı
	Orta	28	70,0	154,67	
	Ortanın Üstü	4	10,0	184,00	
	Toplam	40	100,0	156,20	
Medeni Durum	Evli	28	70,0	160,00	F= 0,297 p=0,74
	Bekar	10	25,0	155,07	
	Dul	2	5,0	153,00	
	Toplam	40	100,0	156,20	
Eğitim Durumu	Okuryazar	3	7,5	147,66	F= 0,844 p= 0, 48
	İlköğretim	15	37,5	152,73	
	Lise	10	25,0	162,70	
	Üniversite	12	30,0	157,25	
	Toplam	40	100,0	156,20	
Palyatif bakımda hasta ve hasta yakınlarının manevi desteğe ihtiyacının olup olmadığı hakkındaki görüşler	Evet	36	90,0	156,13	
	Kararsızım	0	00,0		
	Hayır	4	10,0	156,65	
	Toplam	40	100,0	156,20	
Manevi desteğin palyatif bakımda hasta ve hasta yakınlarının iyi oluşlarına yarar sağlayıp sağlamadığı hakkındaki görüşler	Evet	37	92,5	157,29	
	Kararsızım	3	7,5	142,66	
	Hayır	0	00,0		
	Toplam	40	100,0	156,20	

Araştırmada katılımcıların yaşı 18 ile 79 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 43'tür. Örneklem 26'sını (%65,0) kadınlar, 14'ünü (%35,0) erkekler oluşturmaktadır. Sosyo ekonomik düzeylerine göre katılımcıların 8'i (%20,0) ortanın altı, 28'i (%70,0) orta, 4'ü (%10,0) ortanın üstü düzeydedir.

Medeni durumlarına göre örneklemin 28'i (%70,0) evli, 10'u (%25,0) bekar, 2'si (%5,0) duludur. Katılımcıların 3'ü (%7,5) okuryazar, 15'i (%37,5) ilköğretim, 10'u (%25,0) lise ve 12'si (%30,0) üniversite mezunudur.

Katılımcılarının psikolojik iyi oluş düzeylerinde cinsiyete göre bir farklılık gözlenmemiştir ($t = 0,214$, $p = 0,77$). Sosyo-ekonomik düzeye göre psikolojik iyi oluş düzeylerinin farklılaştığı ($F = 7,735$, $p = 0,02$), buna göre ortanın üstü ekonomik düzeye sahip olan hasta yakınlarının psikolojik iyi oluşlarının orta ve ortanın altındakilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu sonuçlar değerlendirilirken örneklemin küçüklüğü nedeniyle gruplardaki kişi sayısının azlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Medenî duruma göre örneklem grubunun psikolojik iyi oluş düzeylerinde anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır ($F = 0,297$, $p = 0,74$). Eğitim durumuna göre de örneklemin psikolojik iyi oluşları anlamlı derecede farklılaşmamaktadır ($F = 0,844$, $p = 0,48$).

Katılımcılara palyatif bakımda hasta ve hasta yakınlarının manevi desteğe ihtiyacının olup olmadığı konusundaki görüşleri sorulmuş, cevap olarak 36'sı (%90,0) manevi desteğe ihtiyacın olduğunu, 4'ü (%10,0) ihtiyaç olmadığını belirtmiştir. Manevi desteğin palyatif bakımda hasta ve hasta yakınlarının iyi oluşlarına yarar sağlayıp sağlamadığı hakkındaki soruya ise örneklemin 37'si (%92,5) evet cevabını verirken, 3'ü (%7,5) kararsız olduğunu bildirmiştir. Özdemir'in yaptığı bir araştırmada hasta yakınlarının %90,8'inin bakım vermeyi dinî bir yükümlülük olarak gördüğü, %67,1'inin ise bakım verme esnasında dine daha yakın olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir (Özdemir, 2016: 52). Dolayısıyla hasta yakınlarının önemli bir kısmının sürece dinî bir anlam atfettiği, bu nedenle manevi desteğe ihtiyaç duyup manevi destekten fayda beklемlerinin de bu anlamlandırmayla ilişkili olduğu söylenebilir.

Dinî başa çıkma bireyin fiziksel, psikolojik durumunun yanı sıra yaşam kalitesi üzerinde de olumlu etkiye sahiptir. Yapılan araştırmalar hasta ve hasta yakınlarının hastalıkla ilgili sorunlarıyla başa çıkarken genellikle olumlu dinî başa çıkmayı kullandıklarını göstermektedir. Örneğin yapılan bir araştırmada hasta yakınlarının %46,1'i yaşadıkları sıkıntılarla başa çıkmak için sabrı kullandıklarını belirtmiştir (Özdemir, 2016: 45). Dinî başa çıkmanın kullanılması ise hasta ve hasta yakınlarının sıkıntılarıyla başa çıkmasına, psikolojik iyilik hallerini korumalarına ve geliştirmelerine yardım edebilmektedir. Palyatif bakımda alınacak manevi destekle hasta ve yakınlarının olumlu

dinî başa çıkmayı kullanmaları ve yaşadıklarını pozitif değerlendirmeleri sağlanabilir. Yaşadıklarına sabır göstermek, daha kötü durumda olanları düşünmek suretiyle şükretmek, ahiret inancına dayanarak ölümün bir yok oluş olmadığını, ölümle meydana gelebilecek ayrılığın ebedi ayrılık olmadığını düşünmek, her şeyin kaderle belirlendiğini kabul edip Allah'tan gelene rıza göstermek, manevi destekle sağlanabilecek olumlu dinî başa çıkmaya örneklerdir. Böylece hasta yakınlarının olumlu dinî başa çıkmayı kullanması suretiyle, yaşam memnuniyeti ve mutluluktan ziyade genel ruh halinin pozitif oluşunu ifade eden psikolojik iyi oluş düzeyleri artırılabilir.

Tablo 2: Manevi Destek Almayan ve Manevi Destek Alan Grubun Psikolojik İyi Oluşlarına İlişkin t-Testi Sonuçları

	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Manevi Destek Almayan	20	155,3	16,75	-,312	*,412
Manevi Destek Alan	20	157,1	19,64		
Toplam	40	156,20	18,20		

*p>.05

Araştırma bulguları incelendiğinde palyatif bakımda manevi destek almanın hasta yakınlarının psikolojik iyi oluş düzeylerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir. Manevi destek alan grubun puan ortalaması ($\bar{X}$ =157,1), manevi destek almamış grubun puan ortalamasından ($\bar{X}$ =155,3) daha yüksektir. Ancak yapılan analizde iki grubun psikolojik iyi oluş puanları arasındaki farklılığın anlamlılık düzeyine ulaşmadığı (t= -,312, p= ,412) belirlenmiştir.

Din ve maneviyat ile bakıcı iyi oluşu arasındaki ilişkileri ele alan 83 makalenin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında araştırmaların çoğunluğunda (%86), bu araştırmanın bulgularına benzer şekilde din ve maneviyyatın bakıcıların iyi oluşu üzerindeki etkilerinin belirsiz olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada maneviyatla iyi oluş arasında ya karışık bir ilişki (pozitif, negatif ya da anlamlı olmayan sonuçların bir kombinasyonu) tespit edilmiş ya da hiç ilişkiye rastlanmamıştır. Sonuçlardaki belirsizlik dindarlık ve maneviyyatın çok boyutlu olmasına, incelenen iyi oluş sonuçlarının da çeşitliliğine dayandırılmıştır. Ayrıca çalışmalarda bu konuyu incelemek için teorik olmayan yaklaşımların sıklıkla kullanılmasının ve kullanılan dindarlık/maneviyat ölçeklerinin rafine edilmemiş olmasının bu sonuçlarda etkili olmuş olabileceği belirtilmiştir (Herbert vd., 2006: 497). Bu çalışmada da

psikolojik iyi oluşu desteklemesi beklenen manevi desteğin yeterli düzeyde verilememiş olmasının, gruplar arası farklılığın anlamlılık düzeyine ulaşmamasında belirleyici faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir.

Dindarlık ve maneviyatın bedensel sağlığa yönelik yararları konusunda literatürde neredeyse bir konsensüs bulunmaktadır. Bu nedenle sağlıkta hastaya bakım hizmeti verilen alanlarda maneviyat, bütüncül bakımın bileşenleri arasında yer almıştır. Palyatif bakımda ise manevi destek, hasta ve hasta yakınları için bir ihtiyaç olarak görülmektedir. Manevi ihtiyaçların karşılanmaması halinde ise hasta ve hasta yakınlarının önemli bir gereksinimi ihmal edilmiş olmaktadır (Puchalski, 2009: 891).

Yaşamın sonunda ölümcül hastalıklardan muzdarip hastalar, genellikle bilişsel, fiziksel ve ruhsal açıdan uyumsuzluklar yaşamaktadırlar. Hem hastalar hem de hasta yakınları sıklıkla öfke, üzüntü, suçluluk, endişe ve umutsuzluk duygularıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Hastalar hastalığın etkisiyle kendilerini bakım verenlerden, aileden ve sevilenlerden kopuk hissedebilmektedirler. Genellikle bireyler duygusal bir stres veya fiziksel bir hastalıkla karşılaştığı, ölümle yüzleştiği veya sevdiği bir yakını kaybettiğinde manevi konulara daha fazla ilgi duymaya başlamaktadır. Örneğin yaşam sonu bakım sürecinde olan hastaların yakınlarıyla gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcılar, yaşadıklarının manevi duygularında artışa yol açtığını belirtmişlerdir (Özer, 2017: 105,106). Bu aşamada bazı bireyler için manevi destek ihtiyacı daha da belirginleşmektedir. İnanç, umut, sevgi, anlam ve amaç duygusu, güven, affetme ve dinî/manevi tecrübeler gibi manevi ihtiyaçlar manevi destek yoluyla karşılanabilmektedir. Yaşanan sorunların hafifletilmesi ve manevi ihtiyaçların giderilmesiyle sağlanabilecek manevi iyi oluş, genel iyi oluşu etkileyen psikolojik faktörler arasında görülmektedir (Narayanasamy, 2007: 32,41).

Verilecek manevi desteğin manevi iyi oluş düzeylerine olumlu yansıması, manevi iyi oluşun artmasının ise hasta ve hasta yakınlarının psikolojik iyi oluş düzeyleri ile pozitif yönde ilişkili olması beklenen bir sonuçtur. 1610 kanser hastası ile yapılan bir araştırmada yaşam kalitesi için diğer yordayıcılar kontrol edildikten sonra daha yüksek düzeyde hasta manevi iyi oluşunun daha gelişmiş hasta yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmada manevi iyi oluş düzeyi daha düşük olanlarla karşılaştırıldığında, daha yüksek düzeyde manevi iyi oluş bildiren hastaların yaşam kalitesi, ağrı gibi yüksek bir fiziksel semptom anında dahi daha iyi bulunmuş,

“biyo-psiko-sosyal-spiritüel” bakım modelinin onkolojide yaşam kalitesini sağlamak amacıyla desteklenmesinin gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Brady ve ark., 1999: 418).

7’si Müslüman, 3’ü Hristiyan, 5’i Uzakdoğu dinlerinden olmak üzere 15 palyatif bakım hastasıyla mülakata dayalı yapılan bir araştırmada birçok hasta dinî inançlarının kendilerine yaşama gücü verdiğini, sakinleşmelerine, daha az endişelenmelerine ve hastalıklarını daha az düşünmelerine yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Böylece kendilerini daha güvende hissettiklerini belirten hastalar yalnızlık hissetmediklerini, inançlarının durumlarının gerçekliğini kabul etmelerine yardımcı olduğunu, umutlarını beslediğini ifade etmişlerdir. Kendilerine yardımcı olan inanç pratiklerini ise sevgi ve şefkat geliştirmek, başkalarına yardım etmek, dua etmek, dinî metin okumak, Tanrı’yı hatırlamak ve Tanrı’dan affedilmeyi istemek şeklinde sıralamışlardır. Birçok hasta, inançlarının hastalıkları yoluyla kendilerini güçlendiğini söylemişlerdir (Beng vd., 2015: 495,496). Palyatif bakımda hasta yakınları hastanın yaşadıklarına tanıklık ettikleri gibi kendileri de benzer süreçlerden geçmektedirler. Dolayısıyla bu araştırmanın sonuçlarından yola çıkılarak dinî inançlar ve maneviyatın hasta yakınlarında da benzer etkiler meydana getireceği, psikolojik anlamda iyileşmesini sağlayacağı söylenebilir.

Gerek palyatif bakım hizmetlerinin ülkemiz sağlık hizmetleri içerisinde yeni bir alan olmasının gerekse manevi destek birimlerinin hastanelerde pilot uygulama şeklinde bazı sağlık kuruluşlarında son birkaç yıldır uygulanıyor olmasının araştırmanın sonucu üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Palyatif bakımda manevi destek boyutunun öneminin yeterince anlaşılamamış olması, manevi desteğin sadece ölüm anı ritüellerini gerçekleştirmek için var olduğu biçimindeki yanlış düşünceler, manevi destek görevlilerinin hastane personeli olmayışı nedeniyle hastane içerisindeki pozisyonlarının belirsizliği, manevi destek verecek uzmanların eğitimi konusundaki problemlerin sahaya yansması gibi birçok neden bu sonuçların ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir. Manevi destek veren kişilerin farklılığına bağlı olarak manevi destek içeriğinin ve yeterliliğinin farklılaşması, sonuçları etkileyen diğer bir faktör olabilir. Bu gibi problemlere rağmen farklılık anlamlılık düzeyine ulaşmamış olsa da manevi destek alan grubun puanlarının manevi destek almayan grubun puanlarından bir miktar yüksek olması, manevi desteğin hasta yakınlarının psikolojik iyi oluşlarına yarar sağladığı biçiminde yorumlanabilir. İlerleyen yıllarda bu problemlerin azalması ve palyatif bakımın içe-

riğindeki manevi desteğin profesyonel bir yaklaşımla verilmesiyle birlikte hasta ve hasta yakınlarının psikolojik iyi oluşlarına daha fazla pozitif katkı sağlanacağı söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı “yaşamlarını tehdit eden hastalıkla ilgili problemlerle karşılaşan hastanın ve ailesinin fiziksel, psikososyal, manevi ve diğer boyutlardaki problemlerini çözen, erken dönemde ve kusursuz bir şekilde değerlendirerek ağrının rahatlatılması ve önlenmesi vasıtasıyla yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının dinî ve manevi konulardaki sorunlarını çözmek, palyatif bakımın boyutlarından birini oluşturmaktadır. Son yıllarda tüm dünyada palyatif bakımın yaygınlaştığı görülmektedir. Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programı kapsamında 2010 yılında hayata geçirilen Pallia-Türk Projesi ile evde sağlık hizmetleri kapsamında palyatif bakım başlatılmış, palyatif bakım birimlerinin hastanelerde kurulması için yasal düzenlemeler yapılmış, ilk palyatif bakım merkezi 2012 yılında Ankara’da açılmış, giderek tüm ülkede yaygınlaşmıştır.

Palyatif bakımda verilen manevi desteğin hasta yakınlarının psikolojik iyi oluş düzeylerinde farklılaşmaya yol açıp açmadığını tespit etmenin amaçlandığı araştırmaya palyatif bakımda manevi destek almış 20 hasta yakını ve henüz manevi destek almamış 20 hasta yakını gönüllü olarak katılmıştır. Bulgular incelenmiş, manevi destek almış grubun psikolojik iyi oluş puanlarının manevi destek almamış grubun puanlarından bir miktar yüksek olduğu fakat farklılığın anlamlılık düzeyine ulaşmadığı görülmüştür. Buna göre palyatif bakımda manevi destek almanın hasta yakınlarının psikolojik iyi oluş düzeylerinde belirgin bir artışa yol açmadığı söylenebilir.

Hastanelerde manevi danışmanlık hizmeti 2015 yılında Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında yapılan bir protokolle 6 il ve 12 sağlık kuruluşunda uygulanmaya başlanmış, zaman içerisinde bu sayı artmıştır (Bkz. Sağlık Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan işbirliği protokolü). Hastanelerde manevi danışmanlık için başlangıçta din psikolojisi, din sosyolojisi, din eğitimi, manevi danışmanlık gibi alanlarda lisansüstü eğitim almış olma şartı aranmış, hastane sayısı arttıkça lisans mezunu olup hizmet içi eğitim almayı isteyenlere eğitim verilmek suretiyle görevlendirmeler yapılmıştır. Ancak Batıda manevi danışmanlık yapabilmek

için gerekli asgari şartlar göz önüne alındığında sadece bu eğitimlerle manevi desteği profesyonel anlamda verebilecek elemanları yetiştirmenin mümkün olmadığı görülmektedir. Bu durumun araştırmanın sonucunu etkilediği düşünülmektedir.

Diğer bir konu manevi desteğin içeriği ile ilgilidir. Palyatif bakım bilindiği üzere çoğunlukla terminal dönem hastaları ve hasta yakınlarına verilmektedir. Yaşam sonunda bireylerin manevi/dinî krizler yaşaması olağan bir durumdur. Özellikle hayatın anlamı, yaşananların anlamlandırılması, ölüm anının ve ölüm sonrası hayatın hasta açısından belirsizliği, hasta ve hasta yakınlarının kendi başlarına çözmekte zorlandıkları, manevi/dinî desteğe ihtiyaç duydukları konular arasındadır. Ölüm ve hayatı anlamlandırma ile ilgili problemler bilişsel anlamda çözümlenmesi gereken inanç problemleridir. Maneviyatın ölüm kaygısını azaltarak rahatlama sağladığı ve ölümcül hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarında ölüme pozitif bakış açısını artırdığı belirtilmektedir (Narayanasamy, 2007: 32,41). Manevi danışmanların eğitiminde bu konulara ağırlık verilmesi, palyatif bakımda verilecek manevi desteğin kalitesini artıracığı gibi hasta ve hasta yakınlarının psikolojik iyi oluşlarına pozitif etki yapabilir.

Palyatif bakım teorikte hastanın vefatıyla son bulmamakta, hasta yakınlarına desteğin vefat sonrasında da devam etmesi gerekmektedir. Ancak pratikte vefat sonrası destek başsağlığından öteye gitmemektedir. Oysa palyatif bakımda manevi destek verilen hasta yakınlarına, hastanın vefatının ardından bir yıl içerisinde periyodik ziyaretler yapılarak manevi destek verilmesi, hasta yakınlarının psikolojik iyi oluşlarını olumlu etkileyebilir. Bu konuda en önemli görev psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ile birlikte manevi danışmanlara düşmektedir.

Palyatif bakımda manevi destek konusunda yapılmış çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Bu nedenle manevi destek programları düzenlenirken psikolojik iyi oluşun artırılmasına yönelik hedeflerin oluşturulmasında bu çalışmadan elde edilen sonuçların yararlı olacağı düşünülmektedir. Araştırma yapılırken palyatif bakımda manevi destekle ilgili problem alanlarını belirlemeye yönelik çalışmaların olmadığı, hasta ve hasta yakınlarının manevi destekten genellikle neler beklediklerinin yanı sıra manevi desteğin sonuçlarına yönelik araştırmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu belirlenmiştir. Bu konularda yapılacak çalışmalar, verilecek hizmetin kalitesini artırmak için gereken bilgiyi sağlayabilir.

Hastanelerde uygulanacak manevi desteğin daha profesyonel bir şekilde verilebilmesi için manevi danışmanlığın meslek tanımının yapılması başta olmak üzere yükseköğretimde manevi danışmanlıkla ilgili lisans düzeyinde bir bölümün açılması gibi düzenlemelerin manevi destekten beklenen yararları artırabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın konusunu oluşturan psikolojik iyi oluşun manevi desteğin veriliş biçimi, manevi desteği veren personelin yeterliliği, manevi desteğin içeriği ile ilişkili olduğu, dolayısıyla bu konudaki iyileşmelerin palyatif bakımın temel hedefi olan yaşam kalitesini ve palyatif bakımdan hizmet alanların psikolojik iyi oluşlarını artırmaya yardımcı olacağı söylenebilir.

Kaynakça

- Abbas, S.Q. and Dein S. (2011). The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: A qualitative study. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(4), 341–352.
- Akın, A., Demirci, İ., Yıldız, E., Gediksiz, E. ve Eroğlu, N. (2012). The short form of the scales of psychological well-being (SPWB-42): The validity and reliability of the Turkish version. *Psikoloji ve Eğitimde Kullanılan Güncel Ölçme Araçları*, (Ed. Ahmet Akın). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Akyüz, S. (2014). *Kanser hastalarına uygulanacak palyatif bakım uygulamalarına ilişkin bir araştırma*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Algier, L. (2005). Çocuklarda palyatif bakım. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58, 132-135.
- Aygençel, G., Türkoğlu, M. (2014). Bir dâhili yoğun bakım ünitesindeki terminal dönem hastaların genel özellikleri ve maliyetleri. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5, 1-4.
- Beng, T., S., Chin, L., E., Guan, N., C., Ann, Y., H., Wu, C., Kuan, W., S., Jane, L., E., Khee, S., S. and Meng, C. B. C. (2015). The experiences of well-being of palliative care patients in Malaysia: A thematic analysis. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(5), 490-503.
- Benli, A. R., Erbesler, Z. A. (2016). Türkiye’de palyatif bakımda uygulama ve anlayış farklılıkları, *Türk Aile Hek Dergisi*, 20(1), 5-6.
- Benli, A. R., Sunay, D. (2017). Palyatif bakım merkezi ve evde sağlık hizmetlerinin birlikte çalışması örneği: Karabük, *Ankara Med J*, 17(3), 143-50.
- Berk, C., Bozdemir, M. (2009). *Fransızca-Türkçe genel sözlük*. İstanbul: Doğu Kütüphanesi Yayınları.

- Boston, P., Mount, B. (2006). The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(1), 13-26.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M. and Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology*, 8, 417-428.
- Çakır, F. B.(2018). Türkiye'de pediatrik palyatif bakım. *Uluslararası katılımlı palyatif bakım ve hospis kongresi kongre kitapçığı* (2018, Ekim 25). Erişim adresi: <http://www.palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf>
- Çetin, H. (2018). Kayıp Yaşarken Fonksiyon Kaybı Tüm Acılarımızın Nedeni. *Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi Kongre Kitapçığı* (2018, Ekim 25). Erişim adresi: <https://www.palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf>
- Demir, M. (2016). Palyatif bakım etiği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 7, 62-66.
- Devictor, D., Carnevale, F. (2008). Improving end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Therapy*, 5(4), 387-390.
- Doka, K. J. (2011). Religion and spirituality: Assessment and intervention. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7, 99-109.
- Elçigil, A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 329-334.
- Elibol, Z. (2018). Avusturya örneğinde palyatif bakımda ve hospiste kültürel farklılıkların etkileri ve önemi. *Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi Kongre Kitapçığı* (2018, 25 Ekim). Erişim adresi: <http://www.palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf>
- Filiz, N. Y., Dikmen, Y. (2017). Yaşam sonu bakım uygulamalarında hasta savunuculuğu. *Journal of Human Rhythm*, 2, 95-100.
- Fine, R. L. (2004). The imperative for hospital-based palliative care: Patient, institutional, and societal benefits. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 17(3), 259-64.
- Hacialioglu, N., Özer, N., Yılmaz, K. E., Erdem, N., Erci, B. (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the east of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 4, 211-217.
- Herbert, R. S., Weinstein, E., Martire, L. M., Schulz, R. (2006). Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: A review, critique, and research prospectus. *Aging and Mental Health*, 10(5), 497-520.
- İnci, F., Öz, F. (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 178-187.
- Jafari, N., Loghmani, A. and Puchalski, C. M. (2014). Spirituality and health care in Iran: time to reconsider. *J Relig Health*, 53, 1918-1922.

- Kabalak, A. A., Öztürk, H., Çağıl, H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11, 56-70.
- Kostak, M. A., Akan, M. (2011). Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı, *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4), 182-192.
- Meyer EC, Ritholz MD, Burns JP, Truog RD. (2006). Improving the quality of end-of-life care in the pediatric intensive care unit: Parents priorities and recommendations. *Pediatrics*, 117(3), 649-57.
- Modonesi, C., Scarpi, E., Maltoni, M., Derni, S., Fabbri, L., Martini, F., et al. (2005). Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the edmonton symptom assessment System. *J Pain Symptom Manage*, 30(4), 367-373.
- Nahçıvan, N. (2018). Palyatif Bakımda Araştırma: Sorunlar ve Stratejiler. *Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi Kongre Kitapçığı* (2018, Ekim 25). Erişim adresi: <http://www.palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf>
- Narayanasamy, A. (2007). Palliative care and spirituality. *Indian Journal of Palliative Care*, 13(2), 32-41.
- Nelson-Becker, H. (2013). Spirituality in end-of-life and palliative care: What matters? *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 9, 112-116.
- Özçelik, H. (2011). *Kanser hastasının palyatif bakımında vak'a yönetimi modelinin hasta sonuçlarına etkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Özdemir, F. (2016). *Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Özer, H., P. (2017). *Yaşam sonu bakım sürecinde hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların saptanması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Özkan, S. (2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOA) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(1), 69-74.
- Özkaya, H. (2018). Palyatif Bakımın Evde Bakıma Entegrasyonu. *Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi Kongre Kitapçığı* (2018, Ekim 25). Erişim adresi: <http://www.palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf>
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K. and Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904.

- (1993). *Redhouse İngilizce-Türkçe sözlük* (20. Baskı). İstanbul: Redhouse Yayınevi.
- Roberts, J.A., Brown, D., Elkins, T., Larson, D.B. (1997). Factors influencing the views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *Am J Obstet Gynecol*, 176, 166-172.
- Sağlık Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan iş birliği protokolü (2017, Kasım 28) Erişim adresi: <http://www2.diyamet.gov.tr/DinHizmetleriGenelMudurlugu/SosyalKulturelIsbirligiProtokolleri/Sa%C4%9F1%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Protokol%C3%BC.pdf>
- Salgado, A. P., Mader, P., O'Callaghan, C., Boyd, L. and Staples, M. (2017). Religious leaders perceptions of advance care planning: a secondary analysis of interviews with Buddhist, Christian, Hindu, Islamic, Jewish, Sikh and Bahá'í leaders. *BMC Palliative Care*, 16(79), 1-10.
- Seccareccia, D. and Brown, J. B. (2009). Impact of spirituality on palliative care physicians: personally and professionally. *Journal of Palliative Medicine*, 12(9), 805-809.
- Siddall, P. J., Lovell, M. and MacLeod, R. (2015). Spirituality: What is its role in pain medicine? *Pain Medicine*, 16, 51-60.
- Şemsettin, S. (1901). *Fransızca-Türkçe sözlük* (3.Baskı). İstanbul: Mihran Matbaası.
- Terzi, K., Kapucu, S. (2018). Yaşam sonu bakıma yönelik sağlık personeli, hasta ve aile yakınlarının görüşleri: Literatür derleme. *Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi Kongre Kitapçığı* (2018, Ekim 25). Erişim adresi: <https://www.palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf>
- Taycı, İ., Karaaslan, E. (2017). Palyatif bakımda yeniden kemoterapi başlanan metastatik akciğer küçük hücreli karsinomlu hasta olgu sunumu. *Uluslararası Palyatif Bakım Kongresi Kitapçığı Hospis Kongresi Kongre Kitapçığı* (2018, Ekim 25). Erişim adresi: <https://www.palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf>
- Uysal, N., Şenel, G., Karaca, Ş., Kadioğulları, N., Koçak, N., Oğuz, G. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Ağrı*, 27(2), 104-110.
- Uzuncu, H. B., Buyruk, H., Alnak, E. ve Yıldırım, G. (2013). Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım önerisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35, 143-51.
- Winkelman, W.D., Lauderdale, K., Balboni, M.J., et al. (2011). The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: Preliminary findings. *Journal of Palliative Medicine*, 14(9), 1022-1028.

- Yalom, I. (2017). *Günübirlik hayatlar-gerçek psikoterapi öyküleri*. İstanbul: Pegasus Yayınları.
- Yıldırım, N. K., Kaçmaz, N., Özkan, M. (2013). İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 153-158.
- Yıldızeli, Ş. O. (2018). İleri ve son evre akciğer hastalığına ikincil solunum yetmezliği olan hastalarda bakım verici yükü ve depresyon ilişkisi. *Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi Kongre Kitapçığı Hospis Kongresi Kongre Kitapçığı* (2018, Ekim 25). Erişim adresi: <https://www.palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf>
- World Health Organisation (WHO), *Palliative Care* (2018, Ekim 25). Erişim adresi: <http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/>

Onkoloji Servislerinde Tedavi Gören Hastaların ve Yakınlarının Hastalığı Kabul, Anlamlandırma ve Yorumlamada Manevi Danışmanlık ve Rehberliğin Rolü

*Orhan Gürsu**

*Salihanur İnal***

Giriş

Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal bir şekilde yayılması ile karakterize olmuş, insanı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları ile tehdit eden önemli bir hastalıktır. Adı neredeyse ölümle birlikte anılan bu hastalık, insan hayatının genel seyrini bozmakta ve sosyal rollerin değişmesi, bir başkasına bağımlı yaşama, uzuv kaybı veya saç kaybı gibi beden imajının verdiği değişiklik, tedavi süreci ve sonrasındaki belirsizlik vb. durumlarının yaşanmasıyla stres ve kaygıya neden olmaktadır (Bahar, 2007). Günümüzde fizyolojik rahatsızlıkların bir kısmının psikolojik, psikolojik rahatsızlıkların bir kısmının da fizyolojik nedenlerle açıklanmasıyla kanser hastalığı da stres ve depresyonun hem sebebi hem de sonucu olabilmektedir (Köylü, 2017). Bernie Siegel (1998), uzun zaman süren deneyimlerinden sonra, kanser ve hemen hemen diğer tüm hastalıkların ruhsal kökenli olduğu kanaatine vardı. Zihin ve beden sürekli bir iletişim içerisinde. Fakat bu iletişimin büyük bir bölümü bilinçaltı bir düzeyde olur. Birey ancak iç huzuruna erdiğinde kanseri ve diğer hastalıkları yenebilir. Önemli olan pozitif bir psikolojiye sahip olmak ya da başka bir deyişle iyimser olmaktır (Akt: Cufta, 2014).

* Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi.

** Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Psikolojisi Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi.

Kanserle karşı karşıya gelen hasta kişi veya yakını ilaçla tedavi sürecinde ve sonrasında denge durumu bozulan ruh dünyasının mevcut durumu kabullenmede ve anlamlandırmada bir uzman tarafından psikolojik destek alma ihtiyacı hissedebilmektedir. Psikolojik destek kimileri için yeterli olmakla birlikte kimilerine göre yetersiz olup dini inanç ve değerleri insanın anlam dünyasına daha kuşatıcı olarak görmektedir. İnsanın gücünü aşan, acz ve çaresizlik içinde bırakan tehlikeler ve felaketler karşısında çoğu insanda tabiatüstü bir kurtarıcı ve ilahi yardıma başvurma eğiliminin kendiliğinden uyanması sık sık müşahade edilen bir durumdur (Hökelekli, 2013: 87).

Musick ve arkadaşları (1986-1989) yıllarında toplam 4162 kanserli yaşlıya ilişkin yaptıkları bir araştırmada, kanserli kişilerin kanserli olmayan kişilere kıyasla daha fazla dini ibadetlere katıldıklarını ve bu dini katılımın da kanserli hastalarda depresif belirtileri azalttığını bulmuşlardır. Ayrıca araştırmacılar burada, hastaların kendi duaları ve dini ibadetlere katılımı kadar, kilisede görev yapan din adamlarının da önemli desteklerinin olduğunu vurgulamaktadırlar (Akt: Köylü, 2017: 112).

Türkiye’de Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında 2015 yılında imzalanan protokolle birlikte hastanelerde Manevi Danışmanlık ve Rehberlik hizmeti verilmeye başlanmıştır. Batıda sistematik bir hale gelen ve geçmişte olan Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Türkiye de henüz yeni bir çalışma alanı olması nedeniyle teoride ve bu uygulamanın pratikte nasıl olduğu, farklı kurumlarda nasıl sürdürüldüğü ve neye ihtiyaç olduğu araştırılması gereken önemli hususlardandır. Bu çalışma da kişilerin hayatını derinden sarsan onkoloji servislerinde tedavi gören hastaların ve yakınlarının hastalığı kabul ve anlamlandırmada, kişinin güven duygusu üzerinde, tedavi sürecine, hastalık sonrası dini duygu ve düşüncelerin değişmesinde manevi danışmanlık ve rehberliğin nasıl bir etkide bulunduğu, yeri ve önemini incelemektir. Alanyazında yapılan çalışmalar incelendiğinde manevi danışmanlık ve rehberlik bağlamında kanser hastaları ve yakınlarına yönelik çalışmaların kısıtlı olması bizi bu çalışmaya yönlendirmiştir. Yapılan bu çalışma ile hastanelerin onkoloji servislerinde isteğe bağlı olarak verilen manevi danışmanlık hizmetlerinin hasta ve yakınlarına bu zorlu süreçte nasıl bir etkisi olduğu incelenerek hem sahada çalışanlara hemde alanyazına katkı sağlanamaması hedeflenmektedir.

İnsan Bütünlüğünün Bozulması Açısından Kanser

İnsan, bedensel ve ruhsal yapısıyla bir bütündür. Fiziksel yapının bozulması ruhsal durumu etkilerken, ruhsal çatışma da fiziksel yapıyı bozabilmektedir. Birbiriyle sıkı bir ilişki içerisinde olan beden ve ruh sağlığının birisinde denge-sizlik oluşması durumunda insan hayatını tehdit edici noktaya getirebilmek-tedir. “Çağın vebası” olarak ifade edilen, duyulduğunda zihinlerde ağrı ve acı içinde ölümlle birlikte ilişkilendirilen kanser tanısı hasta ve hasta yakınlarına üzüntü, stres, kaygı, çaresizlik, depresyon gibi ciddi psikososyal sorunlara se-bep olmaktadır (Bağ, 2013). Tüm bunlar sonucunda fiziksel ve ruhsal denge-sizliklerin meydana gelmesiyle insan bütünlüğü bozulmaktadır.

Çağımızın en karmaşık hastalıklarının başında gelen, dünyada ve ülke-mizde görülme sıklığı hızla artan kanser; sınırsız hücre bölünmesi özelliği gösteren malign bir hücre hastalığıdır (Altınova ve Duyan, 2013: 40). Kelime anlamı olarak kanser, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü urlara denir. Genel anlamda ise kanser vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan 100’den fazla hastalık grubudur. Çok çeşitli kanser tipleri olmasına rağmen, hepsi anormal hücrelerin kontrol dışı çoğalması ile başlar.⁴ Başka bir tanıma göre ise kanser, kontrol edilemeyen hücre bölünmesi ve yayılımı ile insanı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları ile tehdit eden bir hastalıktır (Aksuoğlu, 2015). İki yüzden fazla değişik tipte kanser hücrelerinden bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Ortak özelliklerinin kontrolsüz ve hızlı bir şekilde büyümesi olan bu hücrelerin vücutta çok fazla üreyip kontrol altına alınamadığında normal hücrelere veya bağışıklık sistemine zarar vererek kişiyi ölüme sürüklemektedir. Kanser tedavi edilebilir olmak-la birlikte bu her zaman mümkün olmayabilir. Ölüm nedeni istatistikleri incelendiğinde; kanser tüm ölümlerin yaklaşık %20 civarını oluşturmaktadır. Kanser, 2015 yılı içerisinde 49.946 erkek, 27.022 kadının ölümüne neden olmuştur. Gırtlak, soluk borusu, bronş ve akciğerin kötü huylu tümörü erkeklerde 20.388 kişi ile en fazla ölüme neden olurken, kadınlarda ise meme kanseri 3.853 kişi ile en yüksek sayıda ölüme neden olmuştur (Tüik).

Kanserin oluşma nedenine ilişkin görüşler ele alındığında üzerinde karar kılınmış bir nedenin olmayıp, alkol, sigara, kimyasal madde, hava kirliliği, radyasyona maruz kalma, kötü beslenme, stres vb. gibi çevresel faktörlerle ve kalıtsal faktörlerle açıklanmaktadır. Böylece kanserin risk faktörü

4 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri>

kişiye, cinsiyete ve yaşa göre farklılık arz etmektedir. Kanserin evresi, çeşidi ve hasta kişinin durumuna göre cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hedefe yönelik tedavi, hormonal, biyolojik gibi yöntemlerle tedavi uygulanmaktadır. Bunlarla birlikte tıbbi tedaviyi tamamlayıcı/alternatif tıp yöntemleri kullanılmaktadır.⁵ Bu bağlamda Manevi Danışmanlık ve Rehberlikte hasta kişi ve yakının tıbbi tedavi sürecinin yanında destek amaçlı hizmet vermektedir.

Kanserin Hasta Kişi ve Yakını Üzerindeki Psikolojik Etkileri

Fiziksel hastalıklar içerisinde kanserin özel bir yeri bulunmaktadır. Akut hastalığın tedavisinde olumlu ya da olumsuz belirgin bir sonuç ortaya çıkarken, kanser gibi kronik bir hastalığın tedavisinde sonuç çoğu zaman daha az belirgindir. Bu nedenle kanser tanısı alan bireyin yaşadığı duygular daha travmatik bir niteliğe sahiptir (Canlı ve Turan, 2014: 156).

Kanser hastaları tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemlerde çeşitli ve değişik duygusal, ruhsal, davranışsal tepkiler gösterirler. Tanıyı takiben şok hali, inanamama, inkâr, kızgınlık, depresif duygu durum, uyku, iştah ve günlük faaliyetlerde bozulma gelişir. Aslında şok, tepki, direnme ve uyum süreçleri tüm dönemlerde yeniden yaşanmaktadır. Kanser tanısına normal yanıt, endişe, gerginlik, kaybedilen sağlık için keder ve üzüntüden hastalığın önemini yadsıma, bu süreci bir savaş gibi algılama ya da kadercı bir kabullenmeye kadar değişir. Ross (2010) ise kanserde ortaya çıkan psikososyal aşamaları inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olmak üzere beş aşamada tanımlamıştır (Akt: Ülger vd., 2014). Ayrıca tanı evresinde ailenin hastayı koruma isteği, ne söyleyeceğini bilememe ya da hastanın tepkisi ile yüzleşmekten korkma, tanıyı hastadan gizlemesine neden olabilmektedir. Aile bireyleri arasındaki konuşmama tepkisi de karşılıklı yabancılaşma ve uzaklaşma duygusunu artırmaktadır (Canlı ve Turan, 2014: 156). Kanser tanısı almış kişilerde ve yakınlarında anksiyetenin artışına neden olan önemli unsurlardan birisi de hastanın tanı almasıyla şimdinin ve gelecek planların alt-üst olması, kaybetme ve ölüm korkusudur. Bunların yansısı kanser hastalarının kullandığı bazı ilaçların anksiyeteye yol açtığı da unutulmamalıdır (Arıkan, 2003).

Yaşamı tehdit eden hastalıkla mücadelede başa çıkma sürecinde sadece hastanın mücadelesi, psikolojik durumu yeterli değildir. Bu tür hastalıklar tek bir kişinin hastalığı değil bütün ailenin hastalığı olarak kabul edilmek-

5 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir.html>

tedir (Cufta, 2014). Bu gerekçeyle hastanın ruh sağlığı durumu kadar hasta yakınının ruh sağlığı da önemlidir. Tedavi süreci ve sonrasında hastanın her anına yakından tanıklık eden yakını için de anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi durumlarından olumsuz olarak etkilenmek söz konusu olabilmektedir. Mesela meme kanserli kadınlarda postravmatik stres ve kızların durumu ile ilgili yapılan bir araştırmada, kanser teşhisi konduktan sonra kadınların yaşamış olduğu stres ve kriz, kızların üzerinde doğrudan etkili olduğu görülmüştür. Hatta kızların yaşamış olduğu stres annelerin yaşamış olduğu stresten daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Annelerin bu postravmatik darbe sonraki nesil kadınları da etkilemektedir. Bir araştırmada, 133 meme kanserli kadınların 64 kızının aynı hastalığa yakalandığı tespit edilmiştir. Dolaysı ile kanser hastalığı bütün aileyi doğrudan etkilemektedir (Cufta, 2014: 40). Bu nedenle tedavi süreci ve sonrası ağır aynı zamanda uzun bir dönem içerdiği için hastaların ve yakınlarının psiko-sosyal açıdan destek alması ruh sağlıklarının korunması ve hastalıkla baş etme becerilerinin gelişmesinde önemlidir (Ülger vd., 2014).

Kanserle Başa Çıkma Din ve Manevi Danışmanlık ve Rehberlik

Son zamanlarda yapılan araştırmalar kanserle başa çıkma dinin oldukça önemli bir yeri olduğunu ortaya koymaktadır (Köylü, 2017). Genel olarak hastalıklar; bireylerin fiziksel, emosyonel, ruhsal ve sosyal gereksinimleri yanısıra manevi gereksinimlerini de artırır. Kanser gibi tedavisi uzun süreli olan, yaşam kalitesini azaltan durumlarda hastanın sosyal ve manevi desteğe olan gereksinimi daha da artar (Bostancı ve Buzlu, 2007). Bireyler yaşamlarında dine fazla yer vermemiş olsalar dahi, kronik bir hastalık durumunda yardım alma amacıyla, umut ve güç kaynağı olduğuna inandıkları dinlerine daha çok sarılabirirler (Tuncay, 2007). Musick ve arkadaşları, kanserle başa çıkma farklı mekanizmalar kullanılabileceğini, ancak bunlardan pek azının din kadar faydalı olabileceğini ileri sürmektedirler. Musick ve arkadaşları şu değerlendirmeyi yapmaktadırlar: Bireyler başlarına gelen her hangi bir olaya karşı üç tür değerlendirme yapabilir. Ya başlarına gelen olayın onlar üzerinde bir etkisi yoktur, ya faydalı yanı vardır, ya da zararlı yönü vardır. Dini değerlendirme açısından baktığımızda, din hastalığın daha az zararlı algılanmasını sağlayabilir. Kutsal kitaplardaki birçok kıssa, zorluk ve sıkıntı zamanlarında güçlü bir inancın önemini ortaya koymaktadır (Köylü, 2017: 113). Cotton ve arkadaşlarının (1999) meme kanseri

hastalarıyla yaptıkları çalışma sonucunda; hastaların manevi iyi oluşları, yaşam kaliteleri ve özellikle kanser uyum düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Manevi iyi oluş ve kanser uyum düzeylerinden savaşma ruhu ve kadercilik alt boyutları arasında pozitif bir ilişki görülürken; çaresizlik/ umutsuzluk, anksiyeteli bekleyiş ve inkâr alt boyutları arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışma sonucunda meme kanseri olan kadınların %88'i inancın önemli olduğunu ve %85'i başetmelerinde yardımcı olduğunu belirtmiştir. Yine benzer olarak meme kanseri olan kadınların tanı sırasında başetmek için %76'sının dua etmeyi tercih ettikleri görülmüştür (Bostancı ve Buzlu, 2007: 76)

Bir kişinin stres yaratan durumlarla uğraşma sürecine başa çıkma denir. Kişinin kaynaklarını aşan veya zorlayan olarak değerlendirilen belirli dışsal ve/veya içsel isteklerle mücadele etmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabaları olarak tanımlanabilir (Ekşi, 2001: 19). Pargament'e göre sıkıntılarla karşılaşan insanoğlu bu sıkıntıların sebebine dair bir sorgulama içerisine girer ve nedensel yüklemelerde bulunur. Sıkıntılarla başa çıkabilmek için de dini ve manevi değerlerden destek alır. İşte bu sürece dini başa çıkma adı verilir. Dini başa çıkma kavramı; kişinin karşılaştığı stres verici olaylar karşısında inanç dünyasını kullanma yolu olarak tarif edilebilir (Murat, 2018). Başa çıkma ile dini başa çıkma işlev olarak aynı olmakla birlikte dini başa çıkma; inanç, ibadet, dua gibi kutsal referanslara dayanmaktadır. Bu süreçte bireylerin başa çıkma veya dini başa çıkmayı tercih etmesi dünya görüşüne göre değişmektedir. Bir dine mensup olan, kendilerini *dindarım* veya *inançlı fakat dindar değilim* diyen kişilerin stres ve sıkıntılı dönemlerinde dini başa çıkma yöntemleri kullandığı görülmektedir. Bu sürece dini başa çıkma çoğu zaman olumlu, destekleyici etkilerde bulunmasına rağmen her zaman aynı etki olmamaktadır. Olumsuz dini başa çıkmada kişi *'bu benim başıma neden geldi? Bu bana Allah'ın bir cezası mı? Ben kötü birisi değilim eğer Allah adilse neden ben?'* gibi söylemler geliştirebilmektedir. İşte tam bu noktada olayları anlamlandırmada başvuru alan imtihan ve kader' in, olaylardaki olumsuz duyguları kontrol etmede ve sıkıntıları aşmada başvuru alan sabır, şükür, merhamet, affedicilik ve emanet gibi dini kavramların anlam alanı yeniden ve doğru bir şekilde anlaşılması noktasında manevi danışmanlık ve rehberlik önemli bir yere sahiptir (Kula, 2016).

Yaşamın belirsizliklerine karşı dinin vermiş olduğu güven duygusu, insanın mücadele azmini artırmakta, kaza, afet ve ölüm gibi hayatın önemli

olayları karşısında hayata yeniden sarılmayı sağlama gibi bir işlev görmektedir. İnsanın dinin bu fonksiyonlarından faydalanmak için gerçekleştirmiş olduğu eylem ise “dua” olarak adlandırılmaktadır. Duanın insan psikolojisi üzerindeki etkilerini başa çıkma yöntemi bağlamında değerlendiren Levine, dua etmenin problemlerle başa çıkmada pasif bir başa çıkma metodu olarak görülse de aslında pek çok durumda aktif bir metot olduğunu savunmaktadır. Kişi dua ettikten sonra problemin yükünün üzerinden kalktığına ve şimdi artık problemin “Tanrı’nın elinde olduğuna” inandığında aslında problemi bir süreliğine askıya almış olur. Dua etmek durumu değiştirmese de kişinin durumu kavramsallaştırmasını değiştirir (başa çıkmada ikincil kontrol). Problemi Tanrı’ya havale eden kişi duygusal bir mola alarak problemi başka bir biliş seviyesinde çözmek için ortam sağlamış olur (Baş, 2017).

Sıralanan bu bilgiler ışığında dinin işlevsel olarak fiziksel ve ruhsal açıdan sorun yaşayan bireylere dayanma ve iyileşme gücü verdiği söylenebilir.

Yöntem

Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, nitel araştırma modeline uygun bir olgubilim çalışmasıdır. Olgubilim örneklemeleri genellikle belirli bir karakteristik özelliği olan grup içinden seçilmektedir. Olgubilim araştırmalarında ölçüt temelli yöntemle seçilen örneklem, incelenen olguya ilişkin tecrübelerle sahip bireyleri temsil etmektedir (Baltacı, 2018: 263).

Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanan, 2-8 Mayıs 2018 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Manevi Destek biriminden tedavi sürecinde ve sonrasında yardım almış amaçlı rasgele örnekleme yöntemiyle 8 kanser hastası ve 7 hasta yakını olmak üzere toplamda 15 kişi ile derinlemesine yarı yapılandırılmış mülakat yoluyla toplanmıştır. Mülakatta katılımcılara 14 açık uçlu soru sorulmuştur;

1. *Kendinizin/yakınınızın kanser hastası olduğunu duyduğunuzda ilk tepkiniz ne oldu?*
2. *Hastalığın arka planında sizce ne var? Kendinizin/yakınınızın neden kanser olduğunu düşünüyor musunuz?*

3. *Kendinizin/yakınınızın hastalıkla başa çıkmanızı olanaklı kılan unsurlar nelerdir? Kanser hastalığını yenmek için neler yapıyorsunuz?*
4. *Kendinizin/yakınınızın kanser hastası olduğunuzu öğrendikten sonra dini duygu ve düşüncelerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?*
5. *Hastaların fiziksel iyileşmesi için ruhî iyileşmesinin de gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?*
6. *Çeşitli ibadetler veya dua kanser hastalığıyla başa çıkmada etkili midir?*
7. *Hastaların ve yakınlarının tedavi sürecinde manevi moral desteğe ihtiyaçları olduğunu düşünüyor musunuz?*
8. *Manevi desteğin, hastalarda ve yakınlarında yaşama direncini arttıracaklarını düşünüyor musunuz?*
9. *Manevi desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviye katkı sağladığını düşünüyor musunuz?*
10. *Manevi desteğin, hastalarda fiziki iyileşmeye de destek olduğunu düşünüyor musunuz?*
11. *Manevi desteğin, hastalık döneminde kişinin güven duygusu üzerinde bir etkisi var mıdır?*
12. *Manevi destek hizmeti almadan önceki süreçte kendinizin/yakınınızın hastalığına yaklaşımınızla şu an ki düşünceleriniz arasında fark var mı? Bu süreci nasıl değerlendiriyorsunuz?*
13. *Hastanede, her türlü dinî ve manevi sorunların danışılabilceği bir uzmanın olması gerekli midir?*
14. *Hastalığınızı kabullenebildiniz mi? Kabullendiyseniz bunda dini, manevi süreçlerin etkisi oldu mu?*

Sözlü olarak yapılan görüşmelerde ses kayıt cihazı kullanılmış, sözlü olmayan görüşmelerde ise yanıtlar kişilerin kendileri tarafından yazılarak alınmıştır. Ses kayıt cihazı kullanılan görüşmeler doğrudan katılımcının ifadelerine yer verilerek yazıya geçirilmiştir.

Verilerin çözümlenmesi sonucu, bulgular kendi içinde tutarlı, anlamlı ve daha önceden oluşturulan kavramsal çerçeve ve kuramlarla uyumlu şekilde çıkmıştır. Nitel araştırmada “geçerlik”, araştırmacının araştırdığı olguyu olduğu biçimiyle ve olabildiğince yansız gözlemesi ile ilgiliyken “güvenirlilik” bilimsel bulguların tekrarlanabilirliği ile ilgilidir (akt. Yıldırım & Şimşek, 2011).

Araştırmanın iç geçerliğini artırmak için öncelikle alanyazın taraması yapılmış, konu ile ilgili kavramsal bir çerçeve oluşturulduktan sonra görüşme formu geliştirilmiştir. Görüşme sonrası hastanede çalışan MDR uzmanlarının ifadeleri yazılı hâle dönüştürülmüş ve böylece katılımcı teyidi alınmıştır. Araştırmanın dış geçerliğini artırmak için araştırma süreci ve bu süreçte yapılanlar ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. Bu bağlamda, araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama aracı, veri toplama süreci, verilerin çözümlemesi ve yorumlanması ayrıntılı bir biçimde tanımlanmıştır. Araştırmanın iç güvenilirliğini artırmak için bulguların tamamı yorum yapılmadan doğrudan verilmiştir. Bu çalışmada ilgili denek grubunun kimlerden oluşacağını açıkça ifade edilmiş olması da, araştırmanın dış güvenilirliğini artırıcı bir etkiye sahiptir. Ayrıca, süreçte yapılanlar detaylı bir şekilde tanımlanmıştır.

Bulgular

Araştırmamızda onkoloji servisinde tedavi gören hasta ve yakınlarının hastalığın nedeni, anlamlandırma ve açıklama şekilleri, moral motivasyonun hastalığa etkisi, dini duygu ve düşüncelerine ilişkin görüşler incelenmiş olup Manevi Danışmanlık ve Rehberliğin bu süreçte gerekliliğine ilişkin görüşler ele alınmıştır Katılımcıların görüşleri isim ve yaşları belirtilerek verilmiştir.

Hasta Kişi ve Yakınlarının Kansere Olma Nedenine İlişkin Düşünceleri: Hastalığı Kabul, Anlamlandırma ve Açıklama

Katılımcılara *Hastalığın arka planında sizce ne var? Kendinizin/yakınınızın neden kanser olduğunuzu düşünüyor musunuz?* Sorusuna kanser hastası ve yakını katılımcıların verdiği yanıtlar şu şekilde olmuştur;

Genetik olarak bir etki söz konusu değil fakat strese bağlı olduğunu düşünüyorum (Jale, 40 yaş, hasta kişi).

Düşünmedim, çünkü çok dengeli ve sağlıklı beslenen birisiyim hazır gıda tüketmem kendim yapardım hep iş yerime bile kendim hazırlayıp götürürdüm. Eğlenceli arkadaşlarım da vardı. Niye oldu? Bence geçmişin yükünü hep sırtımda taşıdığım için oluyor, stresten kaynaklandığını düşünüyorum (Ayten, yaş: 46, hasta kişi).

Hasta yakını olan katılımcılardan ise yakının hastalığının nedenine ilişkin görüşleri şu şekildedir;

Ailemde aynı hastalıktan birbiri ardına babaannem ve annemi kaybettim. Son olarak ağabeyim yine aynı hastalıkla vefat etti. Yaşadığımız bölge kanserin yoğun olarak görüldüğü ve Çernobilin olumsuz etkileri en önemli sebep bence bunun ya-

nında yaşam koşulları hayatta karşılaştığımız olumsuzluklar yaşam direncimizi kırmakta (Hakan, yaş: 37, hasta yakını).

Stresten ve uzun süre yalnız yaşamamanın getirdiği bir rahatsızlık olduğunu düşünüyorum (Esra, yaş: 35, hasta yakını).

Babamın 25 yıldır böbrek rahatsızlığı var. Bu hastalığın nüksetmesi de böbrek yetmezliğinden oldu (Emine, yaş: 25, hasta yakını).

Hastalığın kabullenilmesine dair **Kendinizin/yakınınızın hastalığı kabullenebildiniz mi? Kabullendiyseniz bunda dini, manevi süreçlerin etkisi oldu mu?** sorusuna verilen yanıtlar ise şu şekildedir;

Başta duyduğumda üzülüm gerçekten ağladım. Bir anda doktorunuz arıyor ve tüm yaşıntınız alt üst oluyor. İlk başlarda korktum beni neyin beklediğini süreç nasıl ilerleyeceğini bilmiyordum. Ama bir yerden başlamalıydım tedaviye başladım, kabullendim Allahtan geldi. Derdi veren Allah dermanı da verir dedim. Hayatın sağlığın kıymetini fark ettim. Her şeye üzülmemek gerektiğini, kafaya takmamak gerektiğini, insanları anlamayı onlarla daha iyi geçinmek gerektiğini fark ettim. Her şerde bir hayır var onu da görmüş oldum (Veli, yaş: 23, hasta kişi).

Babamda aynı hastalığa yakalandığı ve 7 yıl tedavi gördüğü için oradan gelen bir teslimiyet oldu. Bu hastalığı babamdan bir hediye olarak kabul ettim. 5 yıldır her halükârda rabbime hamd ettim şükretti (Esmâ, yaş: 55, hasta kişi).

Kabullenmekten başka ne yapabildik ki? (Canan, yaş: 58, hasta yakını).

Şu an kabullendim ilk zamanlar çok zorlandım. Savaş veriyordum resmen. Ama şu an kabullendim. Çocukluğumdan öğrendiğim bir şey var dert kuldan kula gelmez Allahtan gelir. Sınavındır, imtihanındır önemli olan onu nasıl karşıladığın. Ben derdin paranın her şeyin Allah tarafından geldiğine inanıyorum (Esra, yaş: 35, hasta yakını).

Kanserin Hasta Kişi ve Yakınlarının Dini Duygu ve Düşüncelerinde Meydana Getirdiği Değişiklikler.

Kanserin dini duygu ve düşünce üzerindeki değişikliğine dair hasta kişi veya hasta yakınına **Kendinizin/yakınınızın kanser hastası olduğunuzu öğrendikten sonra dini duygu ve düşüncelerinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?** Sorusu sorulmuş hasta ve hasta yakınlarından ise şu yanıtlar alınmıştır.

Tabi daha fazla tevekkül ediyorsun. Yolun sonuna geldim diğer dünya içinde hazırlık yapmam gerek eksikliklerimi tamamlayım diyorum. Eşimi çocuklarımı kendimi ölümüne hazırlamam gerektiğini düşündüm (Ayten, yaş: 46 hasta kişi)

İbadetlerimi daha fazla yapıyorum, daha fazla tevekkül ediyorum bazı şeyleri daha iyi anlıyorum. Olumlu yönde bir değişiklik oldu (Emine, yaş: 44 hasta kişi).

İsyan etme gibi bir durumum olmadı bu alanda çalıştığım için daha kötülerini de gördüğüm için fakat daha çok dua ediyordum babam 4. evrede ve tıbbi olarak son nokta Allahtan dua etmekten başka yapabileceğimiz bir şey yok. (Emine, yaş: 24, hasta yakını).

Kendimi daha fazla sorgulamama ve bu yaşadıklarım var olma nedenimizi daha iyi anlamama neden oldu. İnsanlar hayatın telaşından ve dünyanın güzellikleri ile sonsuza kadar var olacağını zannederken bu tür sıkıntılarla karşılaştıklarında sığınacak bir liman arıyor. Ancak dünyada karşılığı olmayınca bizi yaratan yüce Allaha sığınmaktan başka çare kalmadığını er geç anlıyor. Keşke bunun her anımızda farkında olabilsek (Hakan, yaş: 37, hasta yakını).

Manevi Danışmanlık ve Rehberliğin Yaşama Direnci ve Moral-Motivasyon Üzerindeki Etkisi

Hasta kişi veya hasta yakınına *Manevi desteğin, hastalarda ve hasta yakınların da yaşama direncini arttıracaklarını düşünüyor musunuz?* sorusu sorulmuş ve şu yanıtlar alınmıştır;

Tabi ki benim ailem hastalığım hususunda çok tedirgindi ve bunu bana yansıtıyorlardı. Destek tabi ki oluyorlardı ama benden daha çok tedirginlerdi ve bu süreçte manevi destek bana güç kattı ailemin kaygılarından korkularından ötürü farkına varamadan veremedikleri desteği ben manevi destek hizmetinde buldum ve böyle bir birimin olmasından mutluluk duyuyorum. Tıbbi tedavi bedenim, sağlığım için tabiki gerekli. Manevi destek ise manevi sağlığım ruh sağlığım için gerekli diyebilirim (Veli, yaş: 23, hasta kişi).

Ben manevi destek alanlardan biriyim. Benim birtakım problemlerim ve ailemle yaşadığım sorunlarım ve işin içinden çıkamadığım durumlar oldu. Umutsuzluğa kapıldım, kendimi yalnız hissettim ve rabbimden uzaklaştığımı hissettiğim dönemlerde ben manevi destekle tanıştım. Çoğu korkumu sıkıntımı ben bu vesileyle yendim. Mesela kanser hastalarının en çok karşılaştığı ölüm korkusu. Ben bu korkuyu 14 yıl boyunca yaşamadım ama 15. yılımda karşıma çıktı. Herhâlde boş bir anıma denk geldi, gafil avlandım ama manevi destek sayesinde şu anda %98 bu korkuları atmış durumdayım (Emine, yaş: 44, hasta kişi).

Odaya gelip bugün nasılsınız dediklerinde eşimin kısa bir süre olsa da kendini daha iyi hissettiğini gördüm (Canan, yaş: 58, hasta yakını).

Evet, çünkü hastalığı kabul etmek ve atlatmak için inanç ve moral motivasyonun önemli olduğunu düşünüyorum. İnancı ve manevi yönden güçlü kimseler zorluklar karşısında daha dirençli ve hayat dolu olduğunu görev yaptığım serviste ve hayatımda gözlemliyorum (Asuman, yaş: 35, hasta yakını).

Hastanelerde Her Türlü Dinî ve Manevi Sorunların Danışılabilirliği Bir Manevi Destek Uzmanının Olması Gerekliliğine İlişkin Katılımcıların Görüşleri

Araştırmamıza katılım sağlayan manevi destek biriminden yardım almış hasta kişi veya hasta yakınına *Hastanede, her türlü dinî ve manevi sorunların danışılabilirliği bir uzman olması gerekli midir?* sorusu sorulmuş ve şu şekilde yanıtlar alınmıştır;

Tabi ki evet. Bu hastalanmadan önce de vardı. Manevi desteği ben şu yönden çok önemsiyorum. Doğru bilgiye doğru kaynaktan ulaşıyoruz. Doğru bilgiye doğru kaynaktan ulaşmazsak karşımıza kendisini hoca olarak tanıtan fakat ne olduğunu bilmediğimiz kişilere inanıyor ve güveniyoruz. Bu yüzden manevi destek uzmanlarının sayısının artırılması gerek bizim hastanemizde iki kişi var mesela ben az olduğunu düşünüyorum. Hatta manevi destek birimlerinin sadece hastanelerde değil AMATEM ve huzur evlerinde hatta mahallelerde bile ulaşabileceğimiz manevi destek uzmanları olmalı. Yanlış yerden yanlış şeyleri öğrenmeyelim. Aramızda İncil dağıtanlar Tevrat dağıtanların olduğu, gençlerimizin ona yöneldiği bir dönemde ben kendi dinimin öğretilmesini istiyorum, kendi çocuklarıma da bunun öğretilmesi istiyorum. Bizler anne baba olarak yetersiziz (Emine, yaş: 44, hasta kişi).

Tabi ki olmalı (Murat, yaş: 58, hasta kişi).

Şöyle ki, hastalığının ilk dönemlerinde kendi işimi yapabiliyor gezmeye gidebiliyordum ve yalnız değildim ziyarete gelenler oluyordu fakat kemoterapi almaya başladığımda çok fazla ziyaretime gelen yoktu bir müddet yalnız kaldığımı hissettim Manevi destekle de o zaman tanıştım. O zaman diliminde kuran kursuna gittim o bana çok destek oldu (Ayten, yaş: 46, hasta kişi).

Evet, bu yaygınlaştırılmalı. Bir hemşire olarak bunu gerekli görüyorum babamın dini altyapısı vardı ve kendini bırakmadı fakat bilmeyenler ve ihtiyacı olanlar için sabit bir birimin olması gerekli (Emine, yaş: 24, hasta yakını).

Bir sağlık personeli olarak bunu sadece hasta ve hasta yakınları için gerekli değil biz personeller içinde gerekli olduğunu düşünüyorum. Zaman zaman bu birimden bende istifade ediyorum. Çünkü çalıştığınız ortamda hep olumsuz vakalar üzerine çalışıyoruz ve ister istemez etkilenebiliyoruz (Asuman, yaş: 35, hasta yakını).

Tartışma ve Sonuç

Türkiye’de Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında 2015 yılında imzalanan protokolle birlikte hastanelerde Manevi Danışmanlık ve Rehberlik hizmeti verilmeye başlanmıştır. Protokolün imzalanmasıyla birlikte bu hizmetin ne olduğu, kimler tarafından verileceği, sınırlılıkları ve gerekliliği üzerine pek çok tartışmalar gündeme gelmiştir. Batı da sistematik bir hale gelen ve geçmişte olan Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Türkiye de henüz yeni bir çalışma alanı olması nedeniyle bu alanda çalışmak isteyen akademisyenlerin hem teorik hem pratik açıdan ilgisine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışma hastanelerde verilen MDR hizmetinin yararlı olup olmadığının, onkoloji servislerinde tedavi gören hasta ve yakınlarına nasıl destek sağladığının incelenmesi aynı zamanda alanyazında teorik ve pratikte yapılacak çalışmalara katkı sağlamayı amaçlamıştır.

Gelişen teknoloji ve *modern yaşam* insan hayatına birçok yenilik ve kolaylık sağlamakla birlikte stres, kaygı, bozulan doğal yaşam koşulları, canlı yaşamına zarar veren kimyasal madde ve hava kirliliği vb. gibi çeşitli olumsuzlukları da oluşturabilmektedir. Buna bağlı olarak içinde bulunduğumuz yüzyıl hem ülkemizde hem de dünya genelinde insan yaşamının seyrini bozan kanser vakalarında ciddi artış görülmektedir.⁶ Kanser beraberinde taşıdığı fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra sosyal, maddi ve manevi yönleri ile mücadelesi zor bir hastalıktır. Nedenine yönelik ortak bir görüş olmamakla birlikte genetik faktörler, olumsuz yaşam koşulları, stres, alkol, sigara, radyasyon, hava kirliliği gibi nedenlerle olduğu açıklanmaktadır.⁷ Nitekim araştırmamız da katılımcıların hastalığın nedenine ilişkin yanıtları incelendiğinde çoğunluğun stres ve sıkıntıdan kaynaklı ifade etmesiyle birlikte çevre koşulları, genetik faktör, yalnızlık olarak ifade etmişlerdir. 21.yy’da kanser konusunda en önemli kontrol stratejisinin korunma ve erken teşhis olduğu bilinen bir gerçektir. Bu nedenle, kanserojen maddelerin tespiti ve gerekli önlemlerin zamanında alınması ve halkın bu konuda bilinçlendirilmesi oldukça önemlidir.

Kanser, tanı ve sonuçlarıyla ciddi ruhsal problemlere yol açabilmektedir. Kanser deneyiminde genel olarak bakıldığı zaman, tıbbi fiziksel bir hastalık olduğu kadar ruhsal ve psikososyal bir hastalık da olduğu anlaşılmaktadır. Çünkü kanser hastalığı hastanın psikolojik dengesinde krize neden olan bir hastalıktır. Kanser; psikolojik güçlük ve bozukluklara yol açma potansiyeli

6 <http://www.turkkanser.org/icerik/18> E.T. 06.04.2019.

7 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir.html> E.T. 06.04.2019.

en yüksek olan hastalık gruplarındandır. Bu yüzden bireyin ruh sağlığını derinden etkilemektedir(Siegel, 1998. Akt: Cufta, 2014: 31). İnsan başına gelen veya çevresinde cereyan eden olayları anlamak ve anlamlandırmak ister. Bunun neticesinde insan kendi hayatını kontrol etme, olaylara yön verme veya en azından olabilecek tahmin edebilmek ister (Köse ve Küçükcan, 2000: 63). Bu süreci kabullenme ve anlamlandırma da hasta ve yakınları tıbbi destekle birlikte mensup olduğu dinin veya değerlerin kaynaklarına da başvurabilmektedir. Araştırmamızda kanser hastalığını anlama ve algılamada katılımcıların verdiği yanıtlara göre dini içerikli algılama ve açıklamada imtihan, kader gibi kavramlar kullanmışlardır. Bu kavramla birey yaşadığı olumsuz durumun Allah tarafından kendisi için bir imtihan olduğunu düşünerek, mevcut durumu anlamlandırmada imtihan kavramını kullanmıştır (Kula, 2016). Çevresel algılama da ise stres, sıkıntı, kimyasal madde kavramlarını, hem çevresel hem de dini açıklamada ise stresle birlikte Allah'ın takdiri gibi ifadeler sıkça kullanıldığı görülmektedir. Başa çıkma süreçlerinde dini başa çıkma ifadeleri olan imtihan, kader, sabır gibi dini kavramları kullandıkları görülmüştür. Spilka ve David tarafından 1992 yılında 50 kanserli hastalar üzerine yapılan bir araştırmada, hastaların %85'i dinin hastalığı ile başa çıkma-larında yardımcı olduğunu ifade etmiştir (Pargament, Akt: Cufta, 2014).

Dinî ve manevi inançlar bireylerin hastalığın tanı ve tedavi sürecinde alınacak kararlarda etkili olması ve hastalık ve sakatlıkla başa çıkma-larında bireylere yardımcı olması sebebiyle sağlık hizmeti sunan uzmanların, hasta ve yakınlarının bu ihtiyaçlarını göz önünde bulundurması önemli bir husustur. Dinin ruh ve beden sağlığı üzerinde doğrudan ve dolaylı olmak üzere çeşitli etkileri olduğunu düşünen Koenig'e göre, bir dini inancı benimsemek her şeyden önce bireye ait olma hissi, yüce bir güç tarafında korunuyor olma hissi verir ki Koenig bu hissin terapi etkisi yarattığını vurgular (Çiftçi, 2007). İnsan zor ve çaresizlik içerisinde olduğu durumlarda aşkın bir varlığa, güce inanma, sığınma eğilimi göstermektedir. Kanser hastalığının verdiği belirsizlik ve korku duyguları ölüm düşüncesini uyandırmaktadır. Böyle durumlarda ölüm korkusu ve ruhsal gerilimlerle başa çıkmada din ve dinî inancın büyük bir rolü vardır. Din çeşitli problemlerin çözümüne yönelik bir çıkış yolu sağlayarak, çaresiz ve zor durumları anlamlandırmakla insanın en temel ihtiyaçlarından birisini karşılamaktadır (Cufta , 2014).

Araştırmamızda hasta ve hasta yakınlarına *Yakınız/ kendiniz kanser hastası olduğunuzu öğrendikten sonra dini duygu ve düşüncelerinizde herhangi bir*

değişiklik oldu mu? sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında kişilerin Allah'a olan teslimiyet duygusunda, dua ve ibadetlerinde kanserle karşılaşmadan önceki yaşamlarına göre artış görülmüş ve hayatın gerçekliği, anlamı ölüm üzerine sorgulamalar fazlaşmıştır. Kanser hastalarında yapılan birçok çalışma din ve maneviyatın, hastalığa uzun süreli uyum göstermede, benlik saygısı, emosyonel destek, anlam ve amaç duygusunun kazanılmasında, optimizm ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermiştir. Ayrıca dini grup ve cemaatin sağladığı sosyal desteğin de hastaların psikolojik fonksiyonları ve genel sağlık algıları üzerinde iyileştirici fonksiyonu olduğu belirlenmiştir (Kurt, 2017: 198). Musick ve arkadaşları 1986-89 yıllarında toplam 4162 kanserli yaşlıya ilişkin yaptıkları bir araştırmada, kanserli kişilerin kanserli olmayan kişilere kıyasla daha fazla dini ibadetlere katıldıklarını ve bu dini katılımın da kanserli hastalarda depresif semptomları azalttığını bulmuşlardır. Ayrıca araştırmacılar burada, hastaların kendi duaları ve dini ibadetleri katılımı kadar, kilisede görev yapan din adamlarının da önemli desteklerinin olduğunu vurgulamaktadırlar (Köylü, 2017: 112).

Türk Dil Kurumu (TDK) morali *Bir insanın ruhsal gücü, manevi güç, maneviyat* olarak tanımlamaktadır. Moral, kişiyi hayata bağlar ve karşılaştığı zorluklarla, hastalıklarla mücadele etme azmini artırır, umudun devamlılığını sağlayarak hastalığın seyrini etkiler. Tersine ise, kişiyi mücadeleden uzaklaştırır. Özellikle ciddi hastalıklarda moralin oldukça önemli olduğu aşikardır. Söz konusu olan yüksek moralin tedaviye daha iyi sarılma, iyileşme için daha çok gayret ve sabır göstermeye yol açıyor olmasıdır. Hayatını ciddi derecede etkileyen olumsuz durumlarla karşılaşan çoğu insanın çevresinden beklenti duyduğu ilk şey kendisine pozitif yönde davranması ve onu motive etmesidir. Bu durum özellikle güçlü bir destek ve moral kaynağı olarak görülen fakat aynı zamanda onlarında moral ve desteğe ihtiyaç duyduğu hasta yakınları için çok daha zorlu bir süreçtir. Hasta yakınlarının da moral ve motivasyona ihtiyaç duyduğu bu zorlu kriz döneminde manevi destek uzmanı hastaların ve yakınlarının dinî ihtiyaçlarını karşılamak, iyileşme süreçlerini desteklemek, hissiyatlarını dinlemek ve onlara tesellide bulunmak ve taşıdıkları yükü hafifletmek adına bir motivasyon sağlamaktadır.

Katılımcılara *Manevi desteğin, hastalarda ve hasta yakınların da yaşama direncini arttıracığını düşünüyor musunuz?* sorusu sorulmuş ve alınan yanıtlar incelendiğinde manevi desteğin bu süreçte güç ve moral motivasyon olduğu ifade edilerek tedavi sürecine manevi desteğin önemli olduğunu vurgula-

mıştır. Manevi destek uzmanları, hasta kişi ve yakınlarının sıkıntılı ve zorlu süreçlerinde kendilerini yalnız hissetmemelerini sağlayarak dinin sunmuş olduğu sabır, fedakârlık, mücadele gibi motive edici hususlarını görüşme esnasında hatırlatan ve her açıdan destek olmaya çalışarak bu kişilere moral motivasyon umut kaynağı oldukları ve kişilere pozitif etkileri olduğu anlaşılmaktadır. Moadel ve meslektaşları 248 kanserli hasta ile yapmış oldukları çalışmada hastaların %40'ı manevi ihtiyaçlarının karşılanması ile korkularını atlattıklarını, umutlarının arttığını ve rahatlık hissettiklerini ifade etmişlerdir (Uğurlu, 2014: 188). Romero ve arkadaşlarının (2006) meme kanserli hastalarda kendilerini affetme, maneviyat ve psikolojik uyumu değerlendirme amaçlı yaptıkları çalışma sonucunda; maneviyat ile duygu durum bozuklukları arasında negatif bir ilişki belirlenirken, maneviyat ile yaşam kalitesi ile arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir (Bostancı, Buzlu, 2010: 76). Ayten ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların, manevi ve dini yöneliminin hasta yakını ve sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların hastalık sürecinde kullanmış oldukları olumlu dini başa çıkma etkinlikleri şu şekildedir; dua ve ibadetler ile Allah'a yaklaşma, din görevlileri ile görüşmeler gerçekleştirme, hastalık sürecinde yaşanan zorlukların hayra yorulması ve kendilerini olgunlaştıracığını düşünme, sabır, şükür ve tefekkür gibi dini temaların kullanılması vb. (Ayten, Göçen, Sevinç ve Öztürk, 2012). Meme kanseri ile başa çıkma ile ilgili yapılan başka bir araştırma da maneviyatın meme kanseri ile başa çıkmada önemli bir yere sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların verdiği cevaplar incelendiğinde hastalıkla başa çıkmada maneviyata üç farklı şekilde yer verdikleri gözlenmektedir. Bunlar; Tanrı'nın iyileşme için bir kaynak olarak görülmesi, hastalıklarını içeren dualar etmeleri ve meme kanserini tecrübesini anlamlandırılmasıdır (Hiçdurmaz ve Öz, 2013: 52).

Maneviyat, sağlık hizmetlerinde bütüncül ve birleştirici rol üstlenerek hastanın iyileşmesini, bu mümkün değilse durumu kabullenmek suretiyle mevcut durumuyla barışık olmasını veya hayata bağlılığının devam etmesini sağlamaktadır. Ayrıca hastanelerde "manevi destek" sağlıkta bütüncül yaklaşımın bir parçası olarak görülmekte, hasta hakları yönetmeliğinin 38. maddesinde⁸ sağlık hizmetlerini aksatmayacak şekilde manevi destek taleplerinin karşılanması, hastaların haklarından biri olarak kabul edilmektedir (Doğan, 2017: 1283). Günümüzde konu ile ilgili araştırma, eğitim ve pilot uygulamalar var olsa da Manevi Danışmanlık ve Rehberliğin gerekliliğine ve

⁸ <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeli.html>. E.T. 08.04.2019.

uygulamanın devamına ilişkin tartışmalar hem bilimsel çevre hem de halk tarafından tartışılmaya devam etmektedir (Çifçi, 2007). Batı’da 20. y.y. başlarından beri sistemli bir şekilde sürdürülen bir uygulama olmasına rağmen ülkemizde henüz sistemli bir uygulamadan söz etmek mümkün değildir. 2015 yılında Sağlık Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında protokol imzalanıp Manevi Danışmanlık ve Rehberlik uygulamaları resmi bir zemine dayandırılmış ve pilot uygulamalar başlatılmıştır. Mevcut uygulamanın daha sistematik bir hale getirilerek Türkiye genelindeki tüm hastanelerde yaygın hale getirilmesi de bu sürecin kurumsallaşmasına ivme kazandıracaktır. Dinin daha tatminkâr bir bakış açısı sunması, dua ve ibadetlerin psikolojik hastalıkların iyileştirilmesinde etkin bir rol oynaması, depresyon ve kaygıyı gidermesi vb. katkılar (Gürsu, 2017) aynı zamanda katılımcıların *Hastanede, her türlü dinî ve manevi sorunların danışılabilceği bir uzmanın olması gerekli midir?* sorusuna verdiği yanıtlar düşünüldüğünde insanların kendi değer ve inançlarından besleneceği kültüre ve dine duyarlı hem psikoloji hem de ilahiyat alanında uzman kişiler tarafından hastanelerde ve diğer kurumlarda insanların her türlü dini, manevi sorularını rahatça sorarak paylaşabileceği bir manevi destek uzmanlarının olması zaruri bir ihtiyaçtır. Böylece hastanın kültürünü ve bu kültürü şekillendiren dini kaynakları bilerek hasta-hekim arasında iletişim sağlama görevini üstlenecek bir dini danışman, sağlık hizmetlerinde olumlu ve önemli bir rol oynayacaktır (Söylev, 2014: 153).

Araştırmamızın temel amacı ülkemizde manevi danışmanlık ve rehberliğin teoride yapılan çalışmalara ek olarak hastanelerde özellikle onkoloji servislerinde uygulamalı pratikte nasıl olduğu, hasta ve yakınlarına nasıl bir fayda sağladığı, yapılan uygulamaların tedavi sürecine olumlu ya da olumsuz nasıl bir etkide bulunduğu, Manevi Danışmanlık ve Rehberlik hizmetinin ihtiyaç duyulup duyulmamasına yönelik bir saha çalışmasının olmayışı böyle bir araştırmanın ihtiyaç olmasına yönelik ele alınmıştır. Araştırma verileri 2-8 Mayıs 2018 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Manevi Destek biriminden tedavi sürecinde yardım almış 8 kanser hastası ve 7 hasta yakını olmak üzere toplamda 15 kişi ile gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış mülakat yoluyla toplanmıştır. Araştırmanın sadece Samsun ilinde olması ve toplamda 15 kişi ile gerçekleştirilmesi bu araştırmanın sınırlılıklarıdır, genellenemez. Bu süreç boyunca Manevi Danışmanlık ve Rehberlik birimi olan hastanelerde gözlemlediğimiz bir durum olan bu hizmetin halk tarafından ve hastane personelleri tarafından yeterince haber-

dar olunmadığı gözlemlenmiştir. Bu durum araştırmaya katılım sağlayacak kişilere ulaşmada süreci zorlaştırmıştır. Bu hizmetin varlığından haberdar olunmasına ve yaygınlaşmasına yönelik broşür, kamu spotu, bilgilendirme seminerleri gibi tanıtım faaliyetlerinin düzenlenmesi bu birimden haberdar olunmasında fayda sağlayacaktır.

Kaynakça

- Aksuoğlu, A. (2015). *Kanser Hastaları İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerlilik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi*. Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.
- Altınova, H. H., Duyan, V., (2013) Onkolojik sosyal hizmet. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 7, 3.
- Arıkan, K. (2003, Aralık). Kanserde psikolojik destek. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. *Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi*, 37.
- Ayten, A., Göçen, G., Sevinç, K. ve Öztürk, E. E. (2012). Dini başa çıkma, şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi: Hastalar, hasta yakınları ve hastane çalışanları üzerine bir araştırma, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 12(2).
- Bag, B. (2013). Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*.
- Bahar, A., (2007), Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10.
- Baltacı, A., (2018), Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme, *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1).
- Bostancı, N.,D.,Buzlu, S. (2010), Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1).
- Baş, S. (2017). Manevi danışmanlıkta duanın bir destekleme metodu olarak kullanımı. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 161-198.
- Canlı Özer, Z., Turan Kavrıdım, S. (2014). Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 154-164.
- Cuhta, M. (2014). *Kanser hastalığı ile başa çıkmada dini inanç ve tutumların rolü* (Yayınlanmamış doktora tezi). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

- Çifçi, A. (2007). *Ağır hastalıklarla başa çıkmada dinin rolü(kanser hastalığı örneği)* (Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ekşi, H. (2001). *Başaçıkma, Dini Başaçıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma Eğitim, İlahiyat ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Karşılaştırılması* (Yayımlanmamış doktora tezi). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Gürsu, O. (2017). Madde bağımlılığı ile mücadelede inanç eksenli yaklaşım: Sincan örneği (Ed. Hayati Hökelekli). *Din, Değerler ve Sağlık İçinde* (s. 209-230). İstanbul: Ensar Neşriyat.
- Hiçdurmaz, D., Öz, F. (2013). Stresle başetmenin bir boyutu olarak spiritualite, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 1.
- Hökelekli, H. (2013). *Din psikolojisi*. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı.
- Köse, A., Küçükcan, T. (2000). *Doğal afetler ve din: Marmara depremi üzerine psiko-sosyolojik bir inceleme*. İstanbul: İSAM Yayınları.
- Köylü, M. (2017). Dinin ruh ve beden sağlığı üzerindeki etkisi (Ed. M. Köylü, & N. Altaş) *Dini Danışmanlık ve Din Hizmetleri içinde* (s.101-117). İstanbul: Ensar neşriyat.
- Kula, N. (2016). Manevi danışmanlıkta kullanılan bazı dini kavramların anlam alanı ve fonksiyonelliği. *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Cilt-1 İçinde* (s.45-61). İstanbul: Dem Yayınları.
- Kurt, E. (2017). Kanser hastalarında depresyon, yaşam kalitesi ve dindarlık. (Ed. H. Hökelekli), *Din, Değerler ve Sağlık İçinde* (s.172-208). İstanbul: Ensar Neşriyat.
- Murat, A. (2018). *Yas ve dini başa çıkma: bir klinik örneklem değerlendirmesi* (Yayımlanmamış doktora tezi). Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rize.
- Siegel B. (1998), *Kanser tıp ve mucizeler* (Adalet Çelbiş Çev.). İstanbul: Kaya Matbaacılık.
- TÜİK (2018). Kanser istatistikleri (2018, Ekim 14). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0>
- Uğurlu, E. S. (2014), Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5, 3.
- Ülger, E., Alacioğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., & Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Dergisi*, 85-92.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (8. Basım). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

----- (2019, Nisan 8). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeligi.html>

----- (2019, Eylül 8). Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-den-korunma/kanserden-korunmalist/436-kanser-%C3%B6nleme-%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fmalar%C4%B1.html>

----- (2019, Nisan 6). Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-te-davisi/kanser-tedavisi-nelerdir.html>

----- (2019, Nisan 6). Erişim adresi: <http://www.turkkanser.org/icerik/18>

Palyatif Bakım'da Manevi Destek (Vaka Örnekleri ile)

Serap Tursun*

Giriş

Son yıllarda sağlık alanında holistik yaklaşıma daha fazla önem verilmesi ve bu bağlamdada insanın beden-akıl-ruh bütünlüğü içinde değerlendirilmeye başlanması (Özdoğan, 2009), özellikle hastalık süreci yaşayan bireylerin yaşam kalitesine büyük katkılar sağlamaktadır.

Ülkemizde geçmişte uygulama örnekleri olsada, çeşitli nedenlerle devam ettirilememiş olan "Hastanelerde Manevi Destek " hizmeti 7 Ocak 2015 yılında Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan protokolle yeniden hayata geçirilmiş (Han, 2016) ve kısa surede, gerek hasta memnuniyeti gerekse hastane personelinin olumlu bakışı sayesinde kabul gören bir hizmet haline gelmiştir. 2015 yılından bu yana alana yakınlığı nedeniyle Diyanet İşleri Başkanlığı personeli arasından seçilen, tamamı İlahiyat fakültesi mezunu, büyük bölümü Din Psikolojisi, Dini/Manevi Danışmanlık ve Rehberlik, Din Sosyolojisi v.b. gibi alanlarda yüksek lisans yapmış, halen doktora çalışmalarına devam eden personel arasından seçilmiş kişilerden oluşmaktadır. Türkiye genelinde 37 ilde 130 kişilik personeliyle hizmet vermektedir.

Sağlık hizmetleri, uzun süreli yatış gerektiren yada tedavi süreci zorlu ve sıkıntılı geçen hastalık süreçlerinde, fiziksel tedavinin yanında manevi

* Necmettin Erbakan Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Dini Danışmanlık ve Rehberlik (Tezsiz Yüksek Lisans) tursunserap9@gmail.com

yöndende desteklenmesiyle çok daha verimli bir hal almaktadır. Özellikle hasta memnuniyetinin esas alındığı, evde bakımı mümkün olmayan hastaların, Palyatif Bakım sürecinde, multidisipliner bir yaklaşımla hizmet veren Palyatif Bakım ekibinin içerisinde “Manevi Destek” tamamlayıcı bir öneme sahip olmaktadır. Bu süreçte özellikle bilinci açık olan hastaların kendi maneviyat tanımlaması ve dini ritüellere ne ölçüde bağlı olduğu gözlenerek yine onlardan gelecek talep doğrultusunda manevi yönden destek olunması, hastaya pozitif yönde katkılar sağlamaktadır. Hastanın bilincinin kapalı olduğu yada çeşitli nedenlerle görüşülemeyen hastaların, refakat eden yakınları ile görüşmeler yapılması, özellikle sürecin uzadığı durumlarda yada refakatçinin hastayla olan duygusal ve fiziksel bağı ile ortaya çıkan üzüntü ve stres halini azaltmaya katkı sağlamaktadır.

İnsanlar, diğer ülkelerde örneklerini sıkça gördüğümüz gibi yalnızlığa itilmeye çalışılmaktadır. Hastanelerde yanlarında hiçbir yakınları olmadan tek başlarına ölmektedirler. Ülkemizde bu oran daha az olsada küreselleşen dünyada ülkemiz insanı içinde aynı tehlike söz konusudur. İnsan her ne kadar sağlıklı yerindeyken kendine yetebileceğini düşünsede, bir felaket, bir hastalık, ya da kayıp gibi varlığını bedenen ve ruhen sarsacak bir durum yaşadığında muhakkak kendisine uzanacak merhametli bir ele ihtiyaç duyar. Latince bir atasözü; “İnsan insanın kurdudur” der, bizim medeniyetimiz ise; “insan insanın yududur” der. Hz. Rasul; “Kendisi için istediğini başkası için istemedikçe kişi tam, kamil manasıyla iman etmiş olmaz” buyurur. (Sayar, 2011)

Ülkemizde Palyatif Bakım Merkezleri adeta toplumumuzun bir aynası niteliğindedir. Orada geçirdikleri günlerin bir kısmına şahit olduğumuz kişilere aileleri, ziyaretçileri, belkide son günlerini geçirdikleri hayat yolunda, yaşamlarına, yüreklerine son dokunuşları yapan kişiler olarak görülmekte. Yaşamlarının bu anlarında yüreklerine bir manevi atmosfer sunabilmek, gönüllerini ferahlatabilmek, merhamet merhemiyile sarmaya çalışmak, bir Manevi Destek görevlisi için unutulmaz tecrübelerle sahne olmaktadır. Bazan zayıflamış aile bağlarının güçlenmesine, hayata daha anlamlı, daha dingin bakabilmelerine yardımcı olduğumuz hasta ve yakınlarına, yaşanan anın farkına varıp değerlendirilmesi konusunda rehberlik etmek, mutlu ve huzurlu zamanlar geçirmelerine katkı sağlayabilmek, Manevi Destek Hizmetinin en güzel yanlarından birini oluşturmaktadır.

Çalışmamız; Palyatif Bakım ve Manevi Destek birlikteliği, Palyatif Bakımda Manevi Destek Biriminin gerekliliği, Manevi Destek görevlisinin sa-

hip olması gereken bazı yeterlilikler, dua ve dini ritüellerin önemi, örnek vakalar, Palyatif Bakım personelinin görüşleri, değerlendirmeler ve sonuç bölümünden oluşmaktadır.

Palyatif Bakım ve Manevi Destek

Palyatif bakım; mevcut hastalıkları nedeniyle tam olarak iyileşmeyen veya yaşam sonunda desteğe ihtiyacı olan hastalara yardım etmeyi amaçlayan bir Tıp alanıdır, aynı zamanda destekleyici bakım olarak da bilinir Hastanın acı çekmesinin giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına odaklı bir bakım şeklidir, amaç hastaların yaşamına yıllar değil, yıllarına yaşam katmaktır. Her hastanın yaşamının son günlerini belli bir kalite ve huzur içerisinde geçirmeye hakkı vardır. Bu nedenle günümüzde insan hakları değerleri arasında sayılmaktadır, hasta yakınlarıyla iletişim ölümün doğal bir süreç olarak algılanması, hastanın kararlarına ve seçimlerine saygı duyma, yas sürecinde aileye destek sağlama, bakım ilkeleri arasındadır. (Demir B.)

Palyatif Bakım hizmet ekibi;

- Doktor
- Hemşire, hasta / yaşlı bakım elemanı,
- Terapist (fizyoterapist, psikoterapist, ergiyoterapist, konuşma terapisti, meslek terapisti)
- Eczacı,
- Psikolog, onkopsikolog,
- Diyetisyen,
- Sosyal hizmet uzmanı,
- Manevi bakım uzmanı , din psikoloğu, din adamı,
- Gönüllüler ve sivil toplum kuruluşlarından oluşur.

Terminal dönemde hasta, hastalığı ile savaşıma çabasıdayken zorunlu olarak birçok aşamadan geçer;

- İnkâr,
- Öfke,
- Pazarlık,
- Depresyon,
- Kabullenme olarak sıralanmıştır. (2018. Uluslararası Katılımlı, Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi)

Aşamalar, kişiye göre; hastalığı algılama, sosyal çevresi, inançları gibi olgularla değişiklik gösterebilir. Örneğin; inkar, öfke, pazarlık ve depresyon gibi aşamalar çok daha hafif veya hiç yaşanmadan doğrudan kabullenmeye doğru gidebilir. Bu tür durumlarda bile, zamanla sürecin sıkıntıya uğraması, hastalığın evrelerinin farklı yansımaları, sonradan hasta veya yakınının çöküntüye uğramasına sebep olabilmekte, hatta inançla ilgili sorgulamalara kadar gidebilmektedir.

Başlangıçta hasta ve yakını, durumu anlamış ve kabullenmiş görünse de, hastalığın seyri sırasında çok farklı yansımaları olabilir, bu sebeple kendilerini yalnız ve desteksiz hissetmeleri ,sorularına uygun cevaplar alabilmeleri, hastalık ve süreçle ilgili tatmin edici cevaplar bulabilmeleri büyük önem taşır.

Palyatif bakımın belirlediği hedefler arasında;

- 1- Ağrı yönetimi ve semptomların kontrolü
- 2- Psikososyal semptomların kontrolü
- 3- Manevi destek
- 4- Rehabilitasyon ve hasta eğitimi
- 5- Yaşam kalitesi
- 6- Evde bakım /son dönem aktif ölüm sürecindeki hasta bakımı
- 7- Maliyet-etkinlik sayılabilir. (2018. Uluslararası Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi)

Türkiye’de hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek “Hospis” kavramına yakın ilk kuruluş; Türk Onkoloji Vakfı’nın İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” adı ile 1993-1997 yıllarında hizmete soktuğu kuruluştur.

Daha sonra; “TC Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmeti” 2010 yılında başlatılmıştır. Palyatif Bakımın hastane ayağı ise, ilk kapsamlı palyatif Bakım Merkezi, S.B. Ulus Devlet Hastanesi’nde açılmıştır. Türkiye’ bugün 81 il kamu hastanelerinde, 314 Palyatif Bakım Merkezi, 401 yatak sayısı ile hizmet vermektedir ve bu sayı her geçen gün artmaktadır.

Ülkemizde ölümlerinlerin % 40’ı evde olmakta, kanserli hastaların yüzde altmışı hastanede ölmektedir. (Kabalak A.A. Turkiyede Palyatif Bakım) özellikle terminal dönemde evde bakımın zorlaşması, ağrıların gittikçe artması, palyatif bakım merkezlerine olan ihtiyacı arttırmaktadır. Palyatif Bakım merkezlerinde yoğun bakım ünitelerinden farklı olarak, ailesi ile iletişiminin devam etmesi ziyaretlerin kolaylığının sağlanması, hastaya ve

yakınlarına güvenli görüşmeye uygun mekanların sağlanması, hasta ve hasta yakını memnuniyetini arttırmaktadır.

Çoğunluğu kanser hastalığı olmak üzere, yaşlılık, Alzaymır veya kaza ve kalp krizi sonucu yatağa bağımlı yaşayan hastaların, hizmet aldığı palyatif bakım merkezleri, hasta ve hasta yakını memnuniyeti ile kişilere yaşamlarının bu zorlu günlerinde adeta bir nefes penceresi açmakta, multidisipliner bir yaklaşımla farklı ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak, güzel bir hizmet sunmaktadır. İlerleyen yıllarda palyatif bakım merkezlerinin sayısının artması ve daha fazla bu merkezlerde bakıma ihtiyaç duyan kişilere yardımcı olunması kaçınılmazdır.

Bu anlamda, kuruluş amacı belli olan Palyatif Bakım Merkezlerinin amacına uygun olarak hizmet vermeye devam edebilmesi için doğru anlaşılması gereklidir. Hem hasta hem de hasta yakınlarına gerekli bilgilendirmeler yapıp, sürecin doğru yönetilmesi ve hastanın yaşamına yıllar katılması değil yıllarına yaşam katılması ilkesi benimsenerek, mevcut durumunun tedaviye, bakıma ve hastalık sürecine uyumlu hale getirilmesi için çabalanmaktadır. Bütün bu süreç içerisinde manevi desteğin devreye girmesi de adeta Palyatif Bakım sürecini tamamlayıcı bir etki sunmaktadır. Hastalığın anlamlandırılması, "neden ben?" sorusu, hastanın ve ailesinin hastalığı anlamlandırması; sabır, dua şükür ve tevekkül gibi kavramları, geçmişte yaşanan pişmanlıklar, sağlıklı günlerinde yaptıkları ya da yapmak isteyip de yapamadıkları, bugünkü mevcut durumu hakkında kendi düşünceleri v.s. gibi durumlar bu süreçte karşılaşılan manevi sorunların başında gelmektedir, işin uzmanından tatmin edici cevaplar alındığında ise, tavsiyelere de açık hale gelmeye başlamaktadır. Sonrasında ise, iletişim çok daha kolay ve etkili hale gelebilmektedir. Hayatının belki de son günleri olan bu zaman diliminde, kişisel huzura kavuşması, Allah ile yakınlaşması ve hastalığının belkide affına ve ahiretin güzelliğine vesile olması, Allah'tan hiçbir durumda umudun kesilmemesi gerektiği, hastanın talebi olursa Kuran-ı Kerim okunması, ne okunduğunun anlatılması büyük memnuniyet meydana getirmektedir. Güler yüz ve samimiyetle yapılan bu şekilde bir yol arkadaşlığı, görüşmelerde bulunduğumuz hastalar, yakınları ve personelin tamamı tarafından olumlu şekillerde karşılanmaktadır.

Hastalığın ve tedavi sürecinin uzun ve zorlu geçmesi, hem hasta hem de hasta yakınları üzerinde yoğun bir tükenmişlik hali oluşturabilmektedir. Mevcut durumunda iyileşme yönünde bir değişiklik olmaması, hastanın artan ağrı ve şikayetleri, tüm çabalara rağmen tedavinin yanıt vermemesi gibi

durumlar, hastalarda bir korku ve ümitsizlik haline dönüşebilmekte ve hasta yakını her ne kadar özveri ve merhametle refakat işini yapsada, zamanla yoğun bir tükenmişlik hali kendini gösterebilmektedir.

Eşduyum (empati); bir kişinin kendini karşıdaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması hissetmesi ve bu durumu ona iletme süreci olarak tanımlanmaktadır. (Hiçdurmaz D., İnci FA. Compassion Fatigue Causes and Prevention, Current Approaches in Psigchiatry 2015). Bu tanıma göre uygulanan doğru empati kurma özelliğinin hasta yakınlarında olumlu yönü inkar edilemez, fakat tamamen kendini hastaya adanmak, kendini unutmak, ya da tam tersi hasta ile geçmişinde yaşadığı olumsuz durumların etkisiyle hasta ya karşı merhamet hissetmeme, onu bir yük olarak görme, hem hasta hem de hasta yakını için durumu çok daha zorlaştırabilmektedir. Palyatif Bakım merkezinde görüşmeler yaptığımız bazı hasta ve yakınları arasında bu tarz durumlarla karşılaştık, kayınvalidesine kızgınlığı olan, anneleriyle evlat-anne olarak güzel bir ilişkisi olmamış ya da küçükken kendilerini terk etmiş olan babalarını yıllar sonra bulup, yeniden bir baba-kız ilişkisi oluşturmaya henüz başlamışken, babasının hastalığa yakalanması ve palayatif bakım merkezine yatırılması sonucu, yıllar sonra başlayan ilişkilerine çok daha farklı bir yön kazandırmaya başlamış olması, tam da bu duygu karmaşıklığı ve hassasiyeti yaşadıkları dönemde, tıbbi tedavi ile beraber, bir psikolog, sosyal hizmet desteği ve manevi destek hizmeti, sürece çok daha sürdürülebilir ve aşılabilir bir yön kazandırmaktadır.

Bazen birbirlerine söylemek isteyip de söyleyemedikleri, yıllarca hiç kimseye anlatamadıkları pişmanlıkları, soruları ve en çok da kendileriyle yeniden barışmaları, duygularını örtmek ve inkar etmek yerine, yepyeni bakış açıları kazanmalarında manevi desteğin rolü büyük önem arz etmektedir. Kınamadan, koşulsuz sevgiyle, saygıyla ve merhametle sunulan etkin bir dinleme, gözle görülür düzeyde kendilerini iyi hissetmelerine sebep olmaktadır. Dini konularda da doğru bilinen yanlışlar, maalesef bu süreçte hasta ve yakını açısından süreci daha karmaşık hale getirebilmektedir, dinin hastalığa bakışı, hastalığı anlamlandırması, hastalığın insana kattıkları, rahatlatan, ferahlatan aydınlatan yönü, güzel bir şekilde anlatıldığında yaşam kalitesi, mutlu ve hoşnut olma adına çok güzel sonuçlar almamıza neden olmaktadır. Hastanın talebine göre Kuran-ı Kerim okunması, birlikte dua yapılması, okunan yerlerin anlatılması, hasta ve yakınına oldukça mutlu etmekte ve büyük memnuniyetle karşılanmaktadır.

Aşağıda sunacağınız vaka örnekleri, İstanbul Beylikdüzü Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'ndeki gözlem ve görüşmelerimize dayanmaktadır. Hasta, hasta yakını ve Palyatif Bakım Merkezi servisindeki personel üzerinden değerlendirmeler içermektedir.

Vaka Örneği 1

2 yıl önce geçirdiği bir kaza sonucu vücudunun tamamı felçli, sadece başını oynatabilen, zihinsel fonksiyonları açık, kırk beş yaşlarında bir beyefendi Murat Bey. Durumu stabil, ilk görüşmelerimizde pek konuşmak istemedi, bizde sadece kendimizi tanıtp, geçmiş olsun dileklerimizi ilettik, İlerleyen zamanlarda bizi güleryüzle karşılamaya, kısık sesiyle konuşmalarımıza katılmaya başladı, gırtlakına takılı olan cihaz nedeniyle, yüksek sesle konuşmasada meramını anlatabiliyordu. On beş ve ondokuz yaşlarında İki oğlu var, babalarına olan düşkünlükleri her hallerinden belliydi, yanına geldiklerinde babalarına moral vermeye ve ellerinden geldiğince hizmet etmeye oldukça özen gösteriyorlardı.

Murat bey ile görüşmelerimiz mevcut durumu nedeniyle çok uzun sürmese de, bizi tanıyor ve ziyaretimizden memnuniyetini her fırsatta dile getiriyordu.

Eşi Sevdâ hanım 43 yaşında sevgi dolu eşi için canla başla çırpınan fedakar bir hanımefendi daha ilk Tanışmamızda görevimizi ve neden geldiğimizi anlattığımız da gözleri dolarak; "Rabbimin beni yalnız bırakmayacağını biliyordum" diyerek söze başladı önce, eşinin kaza sürecini ve sonrasında yaşadıklarını maddi manevi zorlukları ve bu zorlukları tek başına göğüslemek zorunda kaldığını, özellikle eşinin akrabalarından kayda değer bir destek görmediklerini, iki yıldır kesintisiz hastanelerde eşiyle tek başına ilgilenmek zorunda kaldığını anlattı, büyük oğlu eşi kaza geçirmeden önce lösemi teşhisi ile tedavi görüyormuş, tam iyileşme sürecine girerken bu kaza olmuş. "Rabbime olan inancım ve sevgim beni ayakta tutuyor" diyor ve ekliyor; "ama tükendim, dayanacak gücümün bittiğini hissediyordum ve ben tam bu haldeyken siz geliverdiniz, beni resmen (eliyle de göstererek) ta diplerden tutup çıkardınız, İyi ki varsınız, kendimi çok daha güçlü hissetmeye başladım, tekrar bana umut oldunuz" diyor.

Kendisi ile görüşmelerimiz devam ediyor, uzun uzun anlatıyor duygularını kimseye anlatamadığı yaşadıklarını... İlk önce "Allah çekemeyeceği yükü yüklemeyiz", ifadesiyle başladık, sonra Eyüp peygamberden örnekler

verdik, hastalıkla ilgili öğretilerinden.. Çevresinden duyduğu din adına yapılan büyük yanlışlardan, hastalığın ceza değil bir mükafat ve arınma süreci olduğundan konuştuk ve bu süreçte kendini ihmal etmemesi, bedeninin onun üzerinde hakkı olduğunu konuştuk, görüşmelerimiz güzel bir yönde devam ediyor. “Arkadaşlarıma anlatıyorum sizi, o kadar özeniyorlar ki, biz de gelsek bizimlede görüşür mü? diyorlar” diyor. “Perşembe günlerini sabırsızlıkla bekliyorum, siz adeta beni derin bir kuyudan elimi tutup çıkardınız” diyor.

Vaka Örneği 2

Yusuf amca 70 yaşlarında hastalığının ilerlemesi nedeniyle solunum güçlüğü çeken her daim kibar ve mütebessim çehre de bir beyefendiydi, hastalık onu çok yormuştu, ilk görüşmelerimizde çok fazla konuşmadı, sık sık teşekkür ederdi, eşi ile görüşürken evde 42 yaşında bir engelli kızları olduğunu, tıpkı küçük bir bebek gibi onunla ilgilendiklerini, şimdi ise burada olduklarından dolayı onu düşünmeden edemediklerinden bahsetti. “Size Kur’an okumamı ister misiniz? dedim, ikisinin de sevinçle gözleri parladı; “istemez miyiz, isteriz tabi, biz ikimiz de öğrenemedik Kur’an okumayı, çok seviniriz ,bizim için okur musunuz?” dediler. Kısa bir bölüm okudum, ne okuduğumu anlattım, ardından kısa bir dua yaptık. Orhan amca gözleri dolarak teşekkür etti o gün. Sonraki hafta gittiğimde Orhan amca gayet iyi görünüyordu, yatakta oturmuş, solunum cihazını çıkarmışlar, eşi de masada meyveler hazırlamış beni beklemişler, kapıdan girip selam verdiğimde yüksek sesle; “kızım gelmiş!!” diye seslendi. O gün uzun uzun hayatını anlattı; “keşke kızım o kadar dünya telaşı içindeyken, Allah’ın kitabınıda öğrenseydim” dedi. O gün de Kur’an okudum, dua ettik beraberce, ayrılırken arkamdan seslendi; “kızım Hızır Aleyhisselam yoldaşın olsun, bize bu hastanede bir Kuran oku yacak, birlikte böyle güzel sohbet edeceğimiz kimse yoktu, sen bize geldin ya Allah senden razı olsun” dedi. Orhan amca ertesi gün vefat etmiş ve ben Orhan amcaı o son gördüğüm mutlu ve memnun haliyle hatırlayacağım

Vaka Örneği 3

Nazime hanım ve eşi 55-60 yaşlarında bir çift, eşinin ağabeyi olan Süleyman Bey’e refakat ediyorlar. Süleyman Bey yatağa bağımlı, yaşı ilerlediği için de hastalıktan dolayı oldukça yıpranmış, bilinci açık değil, görüşmelerimiz yakınları olan Nazime hanım ve eşi ile gerçekleşti. Süleyman Bey hiç evlenme-

miş çoğunlukla gelini olan Nazime hanım ve ailesi ile yaşamış, çok sevilen sayılan biriymiş, hastalığı bütün aileyi üzmüş, Palyatif Bakım Merkezinde de uzun bir süredir yatıyor. Nazime Hanım ve eşi tıpkı küçük bir bebeğe bakar gibi bakıyorlar Süleyman beye, çoğu zaman temizliğini onlar yapıyor. Nazime hanım; “normalde sokakta yerlere tüküren birini görsem çok tiksindiririm, ama Ondan hiç tiksiniyorum, severek yapıyorum hizmetini, sadece çevremdeki bazı tanıdıklarından sen neden bakıyorsun, mecbur değilsin, hem senin öz abin değil, bakman doğru değil gibi sözler duyuyorum ve duyunca da çok üzülüyorum”. Görüşmelerimiz oldukça güzel geçti, sorularını cevapladık, uzun uzun dinledik. “Uzun süredir buradaydık, yakınlarımız da ziyarete geliyor fakat sizin ziyaretiniz bize güç verdi, kendimizi çok daha toparlanmış hissediyoruz sizinle görüşünce” diyor, Nazime Hanım.

Vaka Örneği 4

Hayrunnisa hanım 34 yaşında genç bir hanımefendi, eşi bir yıl önce memleketinde geçirdiği kalp krizi sonucu yatağa bağımlı hale gelmiş, bulundukları yerde tüm tedaviler denenmiş, fakat sonuç vermeyince İstanbul’da bir hastanede butür hastalara bir tedavi uygulandığını öğrenince eşini de alıp bir umut İstanbul’a gelmiş, tedaviler uygulanmış şimdi büyük bir umutla eşinin tedaviye cevap vermesini bekliyor.

Evlatları memleketinde, hem onların hasreti hem eşinin durumu, sürecin uzaması, tedavinin cevap verip vermeyeceği endişesi onu bir hayli yıpratmış. Bu süreci yaşarken çevresinden destek görmemesi, tedaviye onun gibi inanmamaları duygusal olarak çok üzmüş onu. “Onu böyle görmek beni çok üzüyor, iyileşeceğine kesinlikle inanıyorum, herkesi karşıma alıp onu buraya İstanbul’a getirdim, onlar inanmadı ama ben inandım, eşim iyileşecek” diyor.

Görüşmelerimizde hem güçlü durmaya çalışan, hem de tükenme aşamasına gelen bir görüntüsü vardı. “Sizi Rabbim karşıma çıkardı” diyor her seferinde, “siz bana inanıyorsunuz değil mi? eşim iyileşecek” diyor. Onun bu kararlılığı umudu çabası takdir edilecek seviyede, uzun uzun anlatır duygularını, bazen gözyaşlarıyla bazen gülüşmelerle geçer konuşmalarımız. “Ben bunalıma girmek üzereyken imdadıma yetiştiniz, iyi ki varsınız” diyor Hayrunnisa hanım. Daha sonra farklı bir hastaneye nakledildi, görüşmelerimiz telefonla devam ediyor.

Vaka Örneği

Ziya bey 65-70 yaşlarında cezaevinden hastalığının ağırlaşması nedeniyle Palyatif Bakıma getirilen bir hasta, akciğer rahatsızlığı nedeniyle solunum tüpüne bağlı yaşıyor, aralıklı olarak kendini iyi hissettiğinde solunumu rahatlıyor, kendisiyle ilk tanıştığımızda Manevi Desteği anlatırken sevincini o kadar belli etti ki yerinden doğruldu; “Gerçekten mi, böyle bir hizmet de mi varmış” diyerek defalarca teşekkür etti. Konuşurken kelimelerini özenle seçiyor, aralarda en ufak bir kaba bir sözünde bile; “Af buyurun” diye tekrarlıyordu, uzun uzun ailesinden kızlarından torunlarından eşinden bahsetti önceleri, ara ara ziyaretine geldiklerini burada daha rahat bir ortamda görüşebildiklerini söylüyor. Sonraki görüşmelerimizde uzun uzun hayatını anlattı, ayakkabı ustasıymış, ustası ona çok şey öğretmiş, “en iyi ayakkabıları biz yapardık” diyor, “biliyor musunuz gençken namaz kıldırmaşlığım bile olmuştu, ezanda okumuştum bir keresinde, daha sonra öfkemin kurbanı oldum ciddi bir suçtan mahkum oldum, ama ben daha ilk yaptıktan sonra çok pişman olmuşum, hapisteyken çok tövbe ettim 12 yılım geçti içeride, hapisten çıktığımda ilk işim yaraladığım adamı görmeye gitmek oldu, çok şükür onu buldum, özür dilerim çok pişmanım dedim”... Şimdiki cezası işyerindeki bir sigorta davasından olmuş “çok üzüldüm suçum yoktu benim, çıkmama kısa bir süre kala bu hastalığa yakalandım, uzun süredir hastanedeyim, cezanın bitmesine az bir zaman var, evime eşimin torunlarımın yanına gideceğim” diyor gözleri dolarak, bir tek oğlu varmış onun da ciddi sıkıntıları varmış; “Beni en çok o yaralıyor diyor, keşke daha fazla yanında olabilseydim, elinden tutup yardım edebilseydim” derken gözleri doluyor Ziya amcanın. “Ben kötü bir insan değilim, hep ailem için çalıştım çabaladım ama yine de istemediğim hatalar yapmaktan kurtulamadım. Şimdi çok pişmanım ama ömür geçti” diyor...

Zeki amca ile güzel görüşmelerimiz oldu, ona Kuranı Kerim’den örnek dualar tavsiye ettim, mealı Kuran’ı Kerim istedi benden, ulaştırdım kendisine çok mutlu oldu, her görüşmede neler okuduğunu gösteriyor, ben de ona okuması için bazı kıssalar ve dua örnekleri gösteriyordum. Bakımı ve tedavisi sürüyor Zeki bey’in, af, pişmanlık ve tevbe üzerine konuştuk, Allah’ın merhametinden bahsettik, hiçbir şey için geç kalmadığını, bundan sonrası için neler yapabileceğini beraber konuştuk, “çok mutlu oldum bu hizmetinizden, buradan ayrılırsam en çok da sizi bir daha göremeyeceğim için üzülürüm” diyor. Dua ve desteğimizin hep beraber olacağını söylüyoruz kendisine..

Vaka Örneği 6

Eda 15 yaşında Lösemi teşhisi ile tedavi görmüştü uzun süredir, doktorlarının artık yapabilecek bir şey yok diyerek yoğun ağrılarının daha az hissedilebilir olması ve yaşam kalitesinin daha iyi seviyede olabilmesi için palyatif bakıma göndermişler. Eda ile hematoloji servisinde tanışmıştık kemoterapi tedavisi görürken, güleryüzlü naif sessiz bir kızımızdı, annesine de hiç zorluk çıkarmıyor, ağrıları çok fazla olmadıkça sakin bir şekilde geçiriyordu günlerini. Ne var ki hastalık metastaz yapınca evde bakımı çok zorlaşmış, daha sonra Palyatif Bakım a göndermişler. Yatırıldığı ilk gün yatakta oturuyordu, beni önceden de tanıdığı için orada da ziyaretine gidince çok sevindi, çok yorgun düşmüştü bedeni annesiyle uzun uzun konuştuk, durumun farkında olmasına rağmen sık sık ağlarken bulurdum onu, konuşurduk rahatları beraber dua okuduk onun isteği üzerine, hastalığın önceki zamanlarında da tanışmış olmamız kendini daha yakın hissetmesine neden oluyordu, son görüşmeye gittiğimde Eda'nın durumu iyice ağırlaşmıştı, annesi yalnız bırakmadık, Sağlık ekibi ve orada yatan diğer hasta yakınları ile beraber her açıdan destek olduk. Aynı gün Eda akşam saatlerinde vefat etti.

Vaka Örneği 7

Şükriye teyze 80 li yaşlarda bakıcı eşliğinde orada kalan bir teyzemizdi, bizi ilk tanıştıran hemşiremiz Serpil hanım; “Şükriye teyze dua etmeyi, beraber salavat getirmeyi çok sever, ben de yanında her geldiğimde elini tutarım beraberce salavat getiririz, ona çok iyi gelir, çok mutlu oluyor” dedi. Şükriye teyze Serpil hemşireyi görür görmez heyecanlandı sevindi elini kaldırdı, Serpil hemşirede ona beni gösterip; “bak artık seninle bol bol dua yapacak birini getirdim sana, ben yoğunluktan seninle fazla ilgilenemiyorum, Serap Hanım seninle konuşacak beraber dua edeceksiniz” dedi. Şükriye teyze çok sevindi o gün, tekrar görüştüğümüzde durumu ağırlaşmıştı çok fazla konuşamıyordu, yanına gittim, elini tuttum görünce sevindi, “İsterseniz size Kur'an okuyabilirim” dedim, sevinçle kafasını salladı, bende kısa bir bölüm okudum, dua yaptım, tam yanından ayrılacaktımki Şükriye teyze yalvarır gibi ağlamaya başladı, okumaya devam etmemi istiyordu, hemen oturup okumaya devam ettim sakinleşti, uyur gibi olunca dua yapıp ayrıldım yanından, çıkarken tekrar göz göze geldik tebessüm ediyordu, teşekkür eder gibi başını salladı, ertesi gün vefat etmiş Şükriye teyze, o müteşekkik bakışıyla hatırlayacağım o gül yüzlü teyzeyi.

Vaka Örneği 8

Sibel Hanım 26 yaşında ,ben başka bir hasta yakını ile görüşürken yanıma gelip; “size bir şey sormak istiyorum, ben babamı eğer buradan çıkarırlarsa bir bakım evine yatırmak zorundayım, bunun günahı var mıdır” diye sormuştu. Ben de diğer hanımefendi ile görüşmemiz bitince onunla bu konuda konuşabileceğimi söyledim. Daha sonra görüşmemizde babasını neden bir bakım evine yatırmak zorunda olduğunu anlattı.

Babası Sibel Hanım çok küçükken evden ayrılmış, annesiyle yaşamışlar, zor günler geçirmişler, babası geri dönmediği gibi yıllarca arayıp sormamış, Sibel Hanım’da yıllar sonra evlenip çoluk çocuk sahibi olunca babasını arayıp bulmaya karar vermiş ve bulmuş. Babası yıllarca yurt dışında kalmış, orada ikinci evliliğini yapmış, hatta çocukları olmuş, daha sonra o evliliğinden de ayrılıp Türkiye’ye dönmüş... “Onu buldum, Baba ben seninle görüşmek istiyorum, istersen evime gelebilirsin, torunlarını görebilirsin demiş. Babası da o günden sonra kızı ile görüşmeye başlamış, kısa zaman önce de ağır hastalığının olduğu ortaya çıkmış ve Palyatif Bakım Merkezine yatırılmış ,yanında kalacak kimsesi olmadığı için ve bakıcı tutacak parası da olmadığı için babasına Sibel hanım refakat ediyor, iki küçük çocuğu var ve eşi onlara bakabilmek için işinden ayrılmış, maddi olarak zor durumdalar. “Babamın iyi bakılması gerek, biz ailece zor geçiniyoruz, bakımevinde her açıdan rahat ve güzel bakılacağını düşünüyorum, fakat yine de onu yıllar sonra bulmuşken bakım evine yatırmak zoruma gidiyor” diyor. Bunları konuşurken sık sık gözleri doluyor... Sibel Hanım’la bir kez birkaç kez görüşme imkanımız oldu, babasına olan samimi davranışının duygularının ne kadar değerli olduğunu bakımevine yatırsada ara sıra ziyaretine gidip, kalan zamanlarını en güzel şekilde değerlendirebilecek lerini, elimizden gelen her şeyi yaptıktan sonra tevekküle sarılmanın önemini konuştuk, annesi ve diğer kardeşleri babaları ile görüşmek istemezken Onun bu güzel davranışının hem Allah katında hem dünya hemde ahirette karşılığının en güzel şekilde verileceğini konuştuk. Her görüşmemizde daha güler yüzlü, daha toparlanmış görünmeye başladık.

Vaka Örneği 9

Güldane teyze 98 yaşında evde hastalığı nedeniyle yatak yaraları iyileşmediğinden ve ağrıları şiddetlendiğinden Palyatif Bakım Merkezine yatırılmış, onunla ilk görüştüğümüzde (bilinci açıkken) selam verip yanına yaklaştım,

eliyle işaret edip yaklaşmamı istedi, kısık sesle konuşuyordu, eğildim; “bu-yur teyzeciğim” dedim; “kızım Allah kimseyi kimsenin eline düşürmesin” dedi... O an teselli etmeye çalışarak; “Üzülmeyin siz daha iyi olan olun diye sizi buraya getirmişler, şifa bulmanız için buradasınız” dedim.. Yanında iki evladı bir de annelerine bakması için getirdikleri bakıcı hanım vardı... Tam 11 evladı varmış Güldane teyze nin, ilk görüşmemiz de fazla konuşmadı... Daha sonraki görüşmelerimizde aralarda ziyaretlerine gelen çocuklarıyla görüşme fırsatımız oldu; “Annem çok disiplinli otoriter bir kadındır, hep onun dediği olsun ister, bir iş anlaşması yaparken bile ona sormadan iş yapamayız” diyor oğlu, kızı da ekliyor; “Annem hep öfkeli sert bir anneydi, bizlere de, geline de karşı hep sert davranırdı” diyor.

Onlarla her görüşmemizde anne ve babalarımızı sorgulama hakkımızın olmadığını, bazen onları oldukları gibi kabul etmenin onlara karşı merhametli ve sabırlı olmanın en çok bize birşeyler kazandıracağını konuştuk, özellikle Anneleri böyle bakıma muhtaçken, merhametle, geçmişe dair bütün yaraların sarılabileceğini, ne yaşanmış olursa olsun bu zor günleride yine beraberce sevgiyle alatabileceklerini konuştuk, görüşmeleriniz oldukça güzel geçti, süreci çok daha olumlu geçirdiler, Güldane teyze birkaç hafta sonra vefat etti.

Vaka Örneği 10

Serpil Hanım 38 yaşında, iki evladı var, Annesi Palyatif Bakım Servisinde yatıyor, r hemen her gün hastaneye gelip anne ve babasıyla beraber vakit geçiriyor, babası annesine refakat ediyor, annesi tam 17 yıldır bu hastalıkla mücadele ediyormuş... “Annem çok güçlüdür” diyor, “hepimize o destek olur, ben ne zaman kendimi kötü hissetsem onu ararım bir sözülle kendime gelirim, beni ve kardeşlerimi babamla beraber çok güzel yetiştirdiler” derken gözleri doluyor bir an... Serpil hanımında ciddi sağlık problemleri var, ailece birbirlerinin gözlerine bakarken sevgi ve saygıları gözlerinden okunuyor... “Onsuz bir hayat nasıl olacak hiç düşünemiyorum, bakın o kadar sıkıntısı varken bile biz üzülmeylem diye güçlü görünmeye çalışıyor” diyor.

“Sahi siz nereden geldiniz, böyle bir anımızda hayatımıza giren melekler gibisiniz, sizinle konuşmak buradaki varlığınız, bana, babama, anneme nasıl güç veriyor anlatamam, siz burdan ayrıldıktan sonra bile sizden bahsediyoruz birbirimize” diyor Serpil Hanım. Kendisiyle birkaç hafta görüş-

me şansımız oldu, son görüşmeye gittiğim gün Serpil Hanım yoktu, o gün beyninden bir operasyon geçirmek için hastaneye yatmış, annesi ve babası başka bir durgunlardı o gün.. Annesi Hasibe hanımla sohbet ettik, biraz olsun yüzünü güldürmekdi amacım, başardım da; "bugün bizim kızımız sen oldun, çok teşekkür ediyoruz" dediler.. Bu son görüşmemiz oldu Hasibe hanımla, birkaç gün sonra vefat etmiş ,vefatından sonra Serpil hanımla görüşmelerimiz devam etti, neler hissettiğini bu süreçte neler yaşadıklarını ve annesinin ne kadar mükemmel bir anne olduğunu anlatıyor...Kendisine yas sürecinde de desteğimiz sürüyor... "Siz olmasaydınız bu acıya katlanmak çok zor olacaktı,canım annem sayesinde sizin gibi birini tanıdığım için çok mutluyum, iyi ki varsınız böyle bir hizmeti başlatanlardan Allah razı olsun" diyor.

Vaka Örnekleri Üzerine

Palyatif bakım sürecinde hasta ve hasta yakınları üzerinde gözlemlediğimiz; kendini yalnız hissetme, artan ağrılar, hareket kısıtlılığı süreci uzadıkça, yatan hasta için de onlara bakmakla yükümlü olan yakınları için de daha zor bir hale gelmesi, hem psikolojik, hem fiziksel, hem de manevi ihtiyaçların belirgin bir şekilde artmasına neden olmaktadır. Ayrıca ölüm hadisesinin insanın kaçınılmaz bir son olmasına ve aklın bunu tabii,normal bir olay olarak kabul etmesine rağmen, insan duygusal olarak ölüm olayına alışamamıştır. Onun için, ölüm korkutucu bir olay olarak, yok olma korkusunun baş kaynağıdır. (Öner, 2002)

Hastalara refakat eden, ailesinden birileri olduğu gibi çoğunluğu yabancı uyruklu hasta bakıcılar da olabilmekte. Dışarıdan ziyaretçilerin belirlenen saatlerde rahatlıkla ziyaret edebileceği ortamlar oluşturulmuş. Bu hastanın ve refakat eden eden yakınlarının moralini oldukça yüksek tutmak da. Bununla beraber, bu ortam içerisinde, ailesiyle bile konuşamadıkları, geçmişe dair pişmanlıkları, hayata dair beklenti ve özlemlerini, kendilerini yargılamadan sevgi ve şefkatle dinleyecek, bugüne kadar doğru bilerek yaşadıkları kafalarına takılan soru ve sorunlarına ışık tutacak güvenilir bir manevi desteğe büyük ihtiyaç hissetmektedirler.

Çoğunluğunu yaşlı hastaların oluşturduğu Palyatif Bakım Merkezlerinde, hastanın yakınlarının hastaya bakışı, hastanın ailesine bakışı, birbirleriyle olan ilişkileri, geçmişe dair olumlu ya da olumsuz yaşadıkları, bu sürecin daha sürdürülebilir ve anlamlı hale gelmesi için büyük önem taşımaktadır.

Tam da böyle bir aşamada Manevi Destek hizmetinin verimliliği açısından şu beş temel unsur görüşmelerin olumlu sonuç vermesi açısından önemlidir:

1. Danışanın manevi ihtiyaçlarını tanımak ve değerlendirmek,
2. Danışan ile güvenli bir ilişki geliştirmek ve danışana empati sergilemek,
3. Diğer profesyonellerden Danışanın problemi hakkında konsültasyon almak,
4. Danışanın kendini ifade etmesine uygun ortam oluşturmak ve hazır olduğu zamanı beklemek.,
5. Danışanın anlam arayışını desteklemek (Carroll, 2001).

Manevi Danışmanlık ve Rehberlikte, bu hizmeti sunarken uygulanması gereken ilkeler bir araştırma sonucunda şöyle sıralanmıştır:

1. Danışanın mutlu olması ve anlamlı bulması için pisişik ihtiyaçlarına saygı duymak,
2. Danışanı anlayışlı bir biçimde dinleyip sorular sorarak Danışanın hayat hikayesini anlatmasını kolaylaştırmak,
3. Danışanın duygularını dikkate almak,
4. Danışanın saygınlığını desteklemek,
5. Danışana dokunma konusunda hassasiyet göstermek, Şimdi ve burada Danışan ile beraber olabilmek,
6. Dini ritüeller,
7. Aileyi desteklemek,
8. Sağlık çalışanları ve sosyal çalışmacıların manevi danışmanlık gerekliliği konusunda bilgilendirilmesi şeklinde ele alınmıştır (Reed, 2016).

Amerika Birleşik Devletleri'nde maneviyat ve manevi bakım konusunda geliştirilen alternatif rahatlatıcı çevre oluşturma kabinesi (ARÇOK) palyatif bakım hizmetlerinde hastaların ve bakıcıların manevi ve psiko-sosyal ihtiyaçlarına yönelik bir model oluşturulmuştur Bu modelde hastalara aromaterapi, manevi içerikli broşürler, müzik, doğa sesleri, kitap (İncil) gibi araçlardan yararlanılmış, çeşitli sosyal faaliyetlerle desteklenmiştir. Pastoral bakım veren ve gönüllüler arasında manevi diyaloglar oluşmasına imkan tanınmış ve bu diyalogların kuvvetli bir biçimde pozitif sonuçlara yol açtığını belirtmiştir (Heiser vd., 2004)

Ülkemizde dini seviyesi ne olursa olsun özellikle hastalık, ümitsizlik ve sıkıntılı durumlarda kutsala yönelme ve sığınma, bildiği, öğrendiği, duy-

duğu kadarıyla dini ritüeller den yararlanma moral ve motivasyon kaynağı olarak ilk sıralardadır. Aile desteği, yaşamında anlam bulma, birileri tarafından ilgi görme, koşulsuz dinlenilme , saygı ve sevgi görme isteği temel de her insanın arzu ettiği şeylerdir. Bilgisine desteğine güven duyduğu bir Manevi destek uzmanından yardım almak, zor zamanları daha dingin ve mutlu halde geçirmesine sebep olabilmektedir.Yapılan araştırmalar özellikle yaşamı tehdit eden ağır hastalık süreçlerinde hastaların umut, sevilme dinsel uygulamalar ve konuşma gibi bir takım manevi ihtiyaçlarının ortaya çıktığını göstermektedir.(Koç. M., 2016)

Hasta ve Hasta Yakınlarının Dine ve Dini Ritüellere Bakışı

1-12-18 Haziran 2017 tarihleri arasında MAK danışmanlık tarafından "Türkiye'de Toplumun Dine ve Dini Değerlere Bakışı" konusunda bir araştırma yapıldı. Araştırma kapsamında 30 Büyükşehir 23 il 164 ilçede 5400 kişi ile yüz yüze görüşüldü, araştırmada belli sorular soruldu ve cevaplar kaydedildi, sorulardan bazılarının cevapları oldukça ilginçti;

"Cennete Gideceğiniz kesin olsa şu an cennete gitmek için ölmeyi düşünür müsünüz?" sorusuna katılımcılardan sadece yüzde 15'i evet dedi, yüzde 65 ise hayır dedi. kendilerini muhafazakar dindar olarak tanımlayan kişilerin dahi bu soruya verdikleri cevap duygu ve düşüncelerini hangi minvalde etkilediğini göstermektedir (Tuncer f.)

Amerikalı pedagog ve aktivist Helen Keller, bebeklik çağından beri kör sağır ve dilsiz olduğu halde hayatına en güzel şekilde anlamlandırmış ve engellere rağmen başarısıyla efsanevi bir şahsiyet haline gelmiştir. "Yalnızca üç gün daha görebileceğinizi düşünün, nasılda tüm ayrıntıları gördüğünüzü anlayacaksınız, üç gün daha işitebildiğinizi düşünün, her bir sesin her bir notanın nasıl özlemle ruhunuza dolduğunu göreceksiniz, yaşanacak üç gününüz kaldığını düşünün, yaşamın tüm sahnelerini nasıl özlemle yaşadığınızı göreceksiniz" sözleriyle yaşama, yaşarken bir amaca sarılmaya ve yaşanılan her saniyenin her anın ne kadar kıymetli olduğuna vurgu yapmaktadır.

Yaşanılan anın değerlendirilmesi, güzelleştirilmesi hangi yaşta ve ne durumda olunursa olunsun faydalı olmak ve bir şeyler yapabilmek için hiçbir zaman geç olmadığı, hastalar ve yakınları için motive edici bir güç oluşturmakta, Kuranı Kerim'de Asr suresinde; "Asra andolsun ki, insan hüsrandır, birbirlerine hakkı ve sabrı tavsiye edenler müstesna" (Asr suresi,

103/1-2-3) ayetiyle, aslında her daim insanların birbirleriyle iletişim halinde olmasının gerekliliği ve güzel söz ve tavsiyelerle hüsrân zamanlarının en verimli şekilde atlatılacağı öğretilmektedir. Din, her bireyin din ile ilgili kanaatini kendisinin oluşturmasını öngörür. Çünkü her birey Tanrıya giden yolun yolcusudur. (Altaş, 2016)

Ülkemizde yakın zamanda yapılmış örnek çalışmalardan biri olan Yardımcı Doçent Doktor Turgay Şirin İ.H.S.A.N. modeli çalışmasında kullanılan dini teknik ve uygulamalarında;

- Tövbe,
- Zikir,
- Tefekkür
- İmanın bütünleştirilmesi,
- Nefis Muhasebesi,
- Kur'an okumaları,
- Dini tebliğ ve telkinler,
- Olumlu dini başa çıkmanın güçlendirilmesi,
- Dini hikaye anlatma,
- Dua,
- İbadet,
- Grup cemaat çalışmaları (Şirin. T., 2016) özellikle palyatif bakım sürecindeki hasta ve hasta yakınına ihtiyaç duyduğu manevi atmosferin oluşturulması, hem yaşam kalitesini hem de geçirilen zamanın en mutlu en iyi şekilde geçirilmesine olanak sağlamaktadır. Dinin rahatlatıcı, güven verici, huzura ve mutluluğa erdirici fonksiyonu gözle görülür farkedilebilir derecede ortaya çıkarmaktadır.

Manevi Destek Görevlisinin Yeterliliği

2007 yılında gerçekleştirilen; "Mevlana ve İnsan Sempozyumu"nın açılış konuşmasında, o dönemde DİB Başkan Yardımcısı olan Profesör Doktor Mehmet Görmez; "dinin manevi yönünün insan ve toplum hayatındaki önemini ve mevcut din hizmetlerinde bu boyutunun ihmaline dair önemli tespitlerde bulunmuştur" Bahsi geçen konuşmasının bir bölümünde; "Ben Hoca, bir İlahiyatçı olarak bir itirafta bulunmak istiyorum, biz özellikle 80.000 camimizde gönül dilini kaybettik. Cami içinde ve dışında yürüttü-

gümüz hizmetlerde insanlığı din konusunda aydınlatırken o gönül dilini kaybettik ,Anadolu'daki İrfan geleneğine dayanan gönül dilini, yeniden diriltmedikçe, kavgalı bir dindarlığı geride bırakıp insanlığın gönül dünyasına hitap eden bir dindarlığı inşa edemeyiz" (Görmez, 2008: 19) Din eğitiminde temelden başlayarak manevi derinleşmeye daha fazla önem verilmeli, din hizmetlerinde de dini danışmanlığın olmazsa olmazı olarak hak ettiği yerine oturtulmalıdır (Meydan H., 2005).

Dini iletişimde esas olan samimi bir tavırla, sevgi ,umut ve güven gibi olumlu duygular, duygusal motifleri ön plana çıkartmaktır. Bu samimi durumu sağlayacak olansa Öncelikle din görevlisinin kendi manevi nitelikleridir, kendi manevi duygularından emin olmamış din ve maneviyatı içselleştirememiş bir manevi danışman, muhatabına bir şeyler veremez, dinin güven veren pozisyonunun, maneviyatın iç huzuru sağlayan yönünü doğru aktaramayan bir danışan, muhatabına onu rahatlatmak, kaygılarını gidermek adına bir şeyler veremez. Samimi, içten, merhametli, konuştuğunun, anlattığın farkında olan, bir danışan, hasta, hasta yakını ve hastane personelinin de güven ve sevgi duyduğu bir gönül insanı haline gelir. Böylelikle ilk karşılaşıldığı anlarda bile insanlara sevginin, umudun, ümitvar olmanın sevincinin yaşanmasına vesile olur.

Karşısındakini yargılamadan, önemseyerek, koşulsuz sevgi vererek, can kulağı ile dinleyebilen bir manevi destek uzmanı, hastanın, hasta yakınının ve de hastane personelinin güvenini kazanır, kendilerini huzursuz eden, belki de daha önce hiç kimseye paylaşmadıkları iç dünyalarının kapılarını açmakta, daha önce hiç bakmadıkları kadar farklı açılardan hayata bakabilmelerine de yardımcı olabilmektedir.

Günümüzde din görevlilerinin psikolojik sağlığı yerinde olan bireylere sunacakları hizmetlere yönelik yeterlilikleri üzerine birçok tartışma yapılmış ve birçok alan araştırması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar sonunda özellikle MDR hizmetlerinde kapsayan temel nitelik ve yeterliliklerin, şu başlıklar altında toplanmasının uygun olacağı düşünülmüştür;

- Mesleki yeterlilikler,
- Dini bilgi yeterlilikleri,
- İletişim yeterlilikleri,
- Hoşgörü yeterlilikleri,
- MDR süreci yeterlilikleri,

- Eğitsel yeterlilikler,
- Kişilik yeterlilikleri,

Öncelikle mdr süreci yeterlikleri olarak belirlenen;

- İnsanları tavırları ile rahatlatabilmesi,
- Dikkatli, etkin ve aktif dinleme becerisine sahip olması,
- Problem çözme becerisine sahip olması,
- Kendi kişisel sorunları ile başa çıkabilmesi,
- Sorulan sorulara doğru dini cevaplar verebilmesi,
- Yerinde soru sorma becerisine sahip olması,
- MDR tekniklerini bilmesi,
- Danışma görüşme sürecindeki rolünü ve sorumluluklarını bilmesi,
- Yeterli uygulamaya tecrübeye sahip olması,
- İnsanlarla çalışma becerisine sahip olması,
- Empatik düşünme ve davranma becerisine sahip olması,
- Beden dilini yerinde kullanabilmesi,
- Gözlem yapma becerilerine sahip olması,
- İnsanlara herhangi bir baskı uygulamaması,
- Sır saklama becerisine sahip olması,
- Gerektiğinde danışanı kime yönlendirecek edebilmesi,
- Planlı çalışabilmesi gibi sıralanan yeterliliklerdir.

Ayrıca kişisel yeterliklerden olan;

- Kendi dini değerlerinin farkında olması,
- Güler yüzlü olması,
- Kılık kıyafetine dikkat etmesi,
- Azimle sabırla yardımsever ve fedakar olması,
- Söz ve davranışlarında tutarlı olması,
- İşbirliği yapmaya yatkın olması,
- Dini bilgileri hayata geçirme becerisine sahip olması,
- Mantıklı olması,

- Yeteneklerinin farkında olması,
- Araştırmacı gelişmeye açık ve Gerçekçi olması gibi yeterlilikler de bir mdr uzmanının görevinde başarılı olabilmesi insanlarla doğru iletişim kurabilmesi için gerekli özelliklerdendir (Topuz.İ., 2016)

İbadet ve Duanın İtileştirici ve Mutlu Eden Gücü

Yüce varlıkla kurulan ilişki bağlamında en canlı en coşkulu ibadet şekillerinden biri kuşkusuz duadır, evrensel bir niteliğe sahiptir.(Bahadır.A., 2011) İbadet- mutluluk ilişkisini konu alan bir araştırmaya göre; dua ve ibadetlerine devam edenlerin ,etmeyenlere göre daha mutlu, anlamlı ve sağlıklı bir hayata sahip oldukları tespit edilmiştir (Grom, Macht Religion Kronk) Hatta duanın tedavi gücünün göstergesi olarak tüm dünyada isminden söz ettiren Louders tıpmerkezi, Christy brown'un kendi hikayesini anlattığı 'Sol Ayağım' isimli kitabında da efsanevi bir şekilde anlatılmaktadır.

Özellikle Palyatif Bakım Merkezleri gibi uzun süreli yatış gerektiren durumlarda endişeli bekleyişin ne kadar süreceğinin belirsizliğinin, ev ortamının mecburi nedenle dışına çıkılmasının verdiği huzursuzluk, bazen yerini hüznünlü bir bekleyişe bırakmaktadır, hasta ve yakınları bu bekleyişi yaşarken kendilerine bu süreçte sevgi, şefkat, saygı çerçevesinde dini bilgisi ile rehberlik edecek, yalnız olmadıklarını hissettirecek, tüm yaşananların bir anlamı olduğunu sabır tevekkül ve duaya sarılmanın gücünü hatırlatacak, bazen evlat, bazen arkadaş, bazen anne- baba şefkati ve ilgisiyle moral verecek bir Manevi Destek Uzmanının varlığı, orada geçirdikleri günleri çok daha mutlu ve huzurlu geçirmelerine sebep olmaktadır. Çünkü din, ölüme hazırlık sürecinde kişiye yardımcı olabilecek motivasyonlar içermektedir. (Ayten, 2018)

Ülkemizde hasta ziyareti, kişisel olarak ibadet ve dua yapabilme ,insanımız arasında yaygın olmasına rağmen, duygularını ifade edebilecekleri, kendilerini anlayacak, inanç ve dua ile ilgili sorularına tatmin edici cevaplar verebilecek, güven vererek, yanında olduğunu hissettirecek bir uzmana her daim ihtiyaç vardır. Bugün dünyada yalnızlıklarına çare olabileceğini düşünerek, Yalnızlık Bakanlığı kuran ülkeler var ve bizim ülkemizde de maalesef insanımız yalnızlaşma ya, yalnızlaştırılmaya doğru ilerleyebiliyor, özellikle hastanelerde yakını olan hastalar olabildiği gibi, yakını olduğu halde yalnız bırakılan veya gerçekten hiçbir yakını olmayan kişilerde, hastanede yatış sürecini yaşarken ,yalnızlık duygusuyla yatış sürecini çok daha zor geçirebili-

yor. Dolayısıyla “yalnız değilsiniz” diyerek, hiçbir ön yargı ve ayırıma tabi tutmadan, dini görüşü, dış görünüşü cinsiyeti ne olursa olsun, koşulsuz sevgi ile yüreklerine dokunan bir ele her daim ihtiyaç vardır, böyle bir görevi de öncelikle dinin güzel öğretilerini kendi benimsemiş, her haliyle huzur veren, samimiyetini hissettiren, bu alanda yetkinliği olan bir Manevi Destek Uzmanının yapabileceği düşünülmektedir. Bireyin dini hayatı doğumundan ölümüne kadar farklı özellikler gösterir. Dini yaşantı yetişkinlikle birlikte artar ve bu artış yaşlılık döneminde istikrar kazanır. (Ayten, Köse, 2017) Dolayısıyla hayatla ilgili bir muhasebe ,geçmişe dönük bir sorgulama dönemi başlar.

İnanan ve Yaratıcı arasında aktif bir iletişim söz konusudur. Bu iletişim ibadet dua ,tevbe gibi unsurlar içerisinde vucud bulur. Bu iletişime bağlı olarak kişi inancıyla ilgili tutum ve kanaatlerini günlük hayatına davranış olarak yansıtır. (Ayten ve Köse, 2017) Özellikle zor ve sıkıntılı zamanlar, kişinin en çok duaya sarıldığı ,yüce varlığa daha çok bağlandığı dönemlerdir. Kimi zaman inaçla ilgili sorgulamaya götürebilsede süreç içinde tekrar dua ve ibadetin güven veren yönüne sarılabilmektedir.

Palyatif Bakım Personeli Açısından Manevi Destek

Görüşmelerimizi sürdürdüğümüz Beylikdüzü Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi personellerinden, başta sorumlu hemşire Şenay hanım olmak üzere ,Asuman hemşire, Birsen hemşire, Serpil hemşire , Meysun hemşire ve diğer personellerden Tülay Hanım ,Palyatif Bakımda Manevi Destek hakkındaki görüşlerini ve de kendilerinin Palyatif Bakım sürecinde çalışırken neler hissettiklerini, diğer bölümlerden, özellikle Yoğun Bakım Ünitelerinden farklılığını anlattılar.

Şenay hanım merkezin oluşumunda büyük emek sarf etmiş, kendisi amirleri tarafından böyle bir görev için yatkınlığı ve tecrübesine binaen bu bölümde görevlendirilmiş, hem beraber çalıştığı personeliyle, hem de servisteki hasta ve yakınları ile son derece seviyeli, sevgi ve saygı dolu bir ilişkisi var, servis için gerekli olan şeyleri bir bir düşünmüş, hala büyük eksikliklerin olduğunun, hep beraber nasıl daha iyi hale getirilebilir sorusuna sürekli cevaplar ve çareler aradığını belirtiyor. Palyatif Bakım Merkezi için Psikolog, psikiyatrist, fizik tedavi ve Sosyal Hizmetler gibi yoğun İhtiyaç hissedilen personel isteğinde bulunmuş. Biz orada görevlendirilene kadar Manevi Destek Biriminden haberdar değilmiş. Kendilerine, hastalar ve yakınlarına ayrıca tüm personele manevi yönden moral ve motivasyon desteği

için orada bulunduğumuzu anlattığımızda büyük memnuniyet ve sevinçle karşıladı. “Manevi Destek Birimi, tüm hastanelerde ve tüm Palyatif Bakım Merkezlerinde muhakkak olmalı” diyor ve ekibin güzel bir tamamlayıcısı olduğumuzu belirtirken; “burada size çok ihtiyaç var , bizlerle de vakit buldukça ilgilenmeniz, konuşmanız bize güç veriyor” diyor.

Serpil hanım, özellikle bazı hastaların dini hassasiyetlerinin çok yüksek olduğunu, vakit el verdikçe onlara bu konuda yardımcı olmaya çalıştığını fakat ilgilenmesi gereken başka hastalarda olduğu için geniş zaman ayırmasının mümkün olmadığını söylüyor, ayrıca uzman kişiler tarafından böyle bir hizmetin verilmesine, sorulan sorulara (özellikle inançla ilgili sorulara) güven veren, alanına hakim bir Manevi destek uzmanının cevaplar verebilmesinin, rahatlatıcı, teselli edici konuşmalarının hasta ve hasta yakını memnuniyetini ve yaşam kalitesini arttırdığını söylüyor.

Asuman hemşire, Meysun hemşire ve Birsen hemşire de benzer görüşlerle ve Manevi desteğin palyatif bakımın adeta bir tamamlayıcısı olduğunu, hasta ve hasta yakını memnuniyetinin gözle görülür derecede yüksek olduğunu belirtiyorlar.

Ayrıca; Palyatif bakım merkezinde çalışmanın, başlarda zor gibi görünse de, zamanla hasta ve hasta yakınlarına sağladığı faydalar göz önüne alındığında, görevlerini severek yaptıklarını, mutlu ve huzurlu ölüme fayda sağladığını, yakınları Palyatif Bakımda vefat eden hasta yakınlarının sonraki süreçte de teşekkür için ziyaretlerine geldiklerini, görevlerini en iyi şekilde yapmaya çalışmanın bilinciyle hareket ettiklerini belirtiyorlar. “Bizim gayemiz görevimizi en güzel şekilde yapmak ve insanlara faydalı olmak” diyorlar.

Palyatif bakım servisi geniş aydınlık, her türlü ihtiyaç düşünülerek hazırlanmış, rahatlıkla hasta ve yakınının uzun süre de olsa kalabileceği, ziyaretçilerinin belli süre ve saat dilimlerinde hastalarını rahatlıkla ziyaret edebilecekleri ,bir veya iki hasta alacak şekilde hazırlanmış. Ortamın bu şekilde hazırlanmış olması, hasta ve yakınları için büyük moral kaynağı olmaktadır. Bizim görüşmelerimiz açısından, rahat bir ortamda gerçekleşmesi ,hasta ve hasta yakını memnuniyeti arttırmaktadır. Beylikdüzü Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi özenle hazırlanmış, odaları, temizliği, personelinin özverili ve güleryüzlü çalışması -onlarında deyimiyle- eksiklikleri olsa da palyatif bakım merkezi olarak örnek teşkil edecek niteliktedir.

Sonuç ve Öneriler

İnsan doğası gereği her yaşta, her dönemde çevresiyle ve diğer insanlarla iletişim halinde olmak zorundadır. Özellikle hastalık, sıkıntı ve zorluk yaşadığı günlerde çevresinden maddi-manevi destek görmek, hayata daha iyi tutunabilmesi ve yaşadığı her durumdan bir anlam çıkarabilmesine ortam hazırlamaktadır. Tedavi sürecinde, fiziksel önlemlerin ve ilaçların yanısıra ,tedaviye inancını güçlendirecek, süreci daha aşılabılır hale getirecek sosyal ve psikolojik destek yanında, manevi bağlarını hatırlatıp kuvvetlendirecek ,içindeki manevi gücün harekete geçmesine rehberlik edecek ,alanında uzman bir Manevi Destek görevlisine ihtiyacı kaçınılmazdır. Doğru tekniklerle yerinde bir manevi destek yaklaşımı, hastanede tedavinin devam ettiği sürede ve sonrasında danışanın hayatında kalıcı olumlu değişimlere sebep olabilmektedir.

Palyatif bakım sürecinde hastalığın getirdiği fiziksel ağrı ve semptomların en aza indirgenmeye çalışılmasının yanında onlara manevi açıdan destek olabilecek, soru ve sorunlarına rehberlik edecek, açık yüreklilik ve samimiyetle dinleyecek, hasta ve yakınının talebine göre dini ritüellerini yerine getirmesine yardımcı olabilecek bir Manevi Destek Uzmanı, süreci büyük ölçüde rahatlatmakta dolayısıyla hasta ve yakını mutlu etmektedir.

Gerek Palyatif Bakım Merkezlerinde, gerekse hastanenin diğer uzun süreli yatan hasta potansiyeline sahip servislerinde, Manevi Destek Biriminden haberdar olma ve tanıtımı yönünde zayıflıklar olmakla beraber, tam olarak amacı ve etkinliği anlaşıldığında, hem personel hem hasta hem de hasta yakınları tarafından, Manevi Destek hizmeti büyük memnuniyetle karşılanmaktadır. Hastanın kendisinin veya yakınının talebi ya da sağlık profesyonellerinin yönlendirmesi ile gerçekleşen manevi destek görüşmeleri, talebe göre hasta odası, ortak alanlar veya manevi destek birimi odasında gerçekleştirilmektedir. Düzenli periyotlarla yapılan görüşmelerde, hasta mahremiyetinin korunması, görüşme konularının gizliliğine dikkat edilmekte ve hastadan sorumlu olan doktor ve hemşireler ve diğer personellerle multidisipliner bir anlayış içinde yürütülmektedir.

Ülkemizde Hastanelerde Manevi Destek hizmeti altı aylık görevlendirmeler ile bu alanda görev yapmak üzere eğitim almış, tamamı İlahiyat Fakültesi mezunu, büyük bölümü alanında yüksek lisans yapmış, bir bölümde Doktora çalışmaları devam eden, Diyanet İşleri Başkanlığı personellerinden oluşmaktadır. Eksiklikleri olmakla birlikte Manevi Destek Hizmeti, memnuniyet verici bir çerçevede hizmetini sürdürmektedir. Tıpkı manevi

Destek Hizmetleri gibi Henüz yeni yeni kurulan palyatif bakım merkezleri de daha doğru anlaşılabilmesi, eksikliklerin tamamlanması ile birlikte hasta memnuniyeti açısından daha büyük yeniliklere kapı açacaktır.

Manevi Destek Hizmetinin daha verimli hale gelebilmesi için, sağlık profesyonellerinin hastaların manevi ihtiyaçlarını tespit edip gerekli yönlendirmeleri yapması büyük önem arz etmektedir. Bu aşamada sağlık çalışanları ile ortak çalıştaylar düzenlenmeli, manevi destek birimi faaliyetleri görev alanı gibi konularda tanıtıcı bilgilendirici sunumlar yapılmalı, aynı şekilde Manevi Destek Birimine de Palyatif Bakım süreci konusunda gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır. Zamanla doğru değerlendirme ve tanıtımlar ile manevi destek hizmetleri sağlık alanında tedaviye yardımcı ve katkı sağlayıcı, personel açısından da kendilerine moral ve motivasyon kaynağı olabilecek ayrıca sağlık hizmetleri alanına güçlü bir soluk getirecektir.

Kaynakça

- Ayten, A. (2018). *Din ve sağlık*. İstanbul: Marmara Akademi Yayınları.
- Ayten, A.ve Köse A. (2017). *Din psikolojisi*. İstanbul: Timaş yayınları.
- Ayten, A. (2017). Manevi danışmanlık ve rehberlik teori ve uygulama alanları. İstanbul: Dem Yayınları.
- Ayten, A., Koç, M., Tınaz, N. (2016). *Manevi danışmanlık ve rehberlik cilt-II*. İstanbul: Dem Yayınları.
- Altaş, N. (2016). *Müslüman bir toplumda dini danışmanlık için anlam ve teoloji inşa etmek: Dini danışmanlık kavramının vahiy kültürüne dayalı bir anlamı ve yöntemi mümkün mü?*. (Ed. Ali Ayten, Mustafa Koç, Nuri Tınaz) *Manevi danışmanlık ve rehberlik cilt-II İçinde* (s.101-120). İstanbul: Dem Yayınları.
- Bahadır A. (2011). *İnsanın anlam arayışı ve din*. İstanbul: İnsan Yayınları.
- Bilge Şencan, D. (2018). Palyatif Bakım Nedir? Palyatif Bakıma Kimler İhtiyaç Duyar? Palyatif Bakım Hangi Tedavi ve Destekleri Kapsar? (2018, Ocak 9). Erişim adresi: <https://www.emetdh.saglik.gov.tr>
- Koç, M. (2016). *DİB hastanelerdeki manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri (1995-2015)* (Ed. Ali Ayten, Mustafa Koç, Nuri Tınaz). *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik cilt-I İçinde* (321-361). İstanbul: Dem Yayınları.
- Meydan H. (2016). Bireyin manevi potansiyel ve ihtiyaçlarını dikkate alan bir din eğitimi anlayışı üzerine değerlendirmeler (Ed. Ali Ayten, Mustafa Koç, Nuri Tınaz). *Manevi danışmanlık ve rehberlik cilt-I İçinde* (s. 213-233). İstanbul: Dem Yayınları.

- Meydan H. (2005). *Din eğitiminde manevi boyut*. İstanbul: Dem Yayınları.
- Öner N. (2002). *Stres ve dini inanç*. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları.
- Özdoğan Ö. (2010). *Aşkın yarımız maneviyat*. Ankara: Özdenöze Yayınları.
- Sayar, K . (2011). *Kutlu doğun haftası açılış konuşması*. Ankara.
- Şirin T. (2016) Manevi danışmanlık ve rehberlikte yeni bir model önerisi: İ.H.S.A.N modeli ve vaka sunumu (Ed. Ali Ayten, Mustafa Koç, Nuri Tınaz). *manevi danışmanlık ve rehberlik cilt-I İçinde* (s. 187-211). İstanbul: Dem Yayınları
- Uluslararası Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi (9-11 Mart 2018). İstanbul. Erişim adresi: www.palyatifbakim.org

V. BÖLÜM

PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK ve MANEVİ DANIŞMANLIK ve REHBERLİK İLİŞKİSİ

Psikolojik Danışma Sürecinde Kullanılan Dinî/Manevi Temelli Müdahalelerin Vaka Analizi Yöntemi ile İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma*

*Faruk Karaca***

*Muhammet Cevat Acar****

Giriş

Psikolojik yardım sürecinde dinî ve manevi temelli müdahaleleri kullanmaya yönelik eğilim son yıllarda artış göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, dinî ve manevi temelli müdahalelerin kullanıldığı bireysel psikolojik danışma uygulamalarının etkililiğini ve kullanılan müdahale türlerini araştırmaktır. Bu amaçla sekiz farklı vakada kullanılan dinî/manevî temelli müdahale ve teknikler, vaka raporlarının değerlendirilmesi yoluyla analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında 5 kız ve 3 erkek öğrenciyle gerçekleştirilen toplamda 67 seansın raporundan oluşan veri seti incelenmiştir. Psikolojik danışma sürecinin etkililiğini belirlemek için ön test, son test ve izleme uygulamalarında Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır. Kullanılan dinî ve manevi müdahaleleri belirlemek için psikolojik danışma oturumlarında alınan ses kayıtları transkripte edilerek analiz edilmiştir.

Bireyin sahip olduğu dinî inanç ve tutumların, onun kişiliği, yaşam stili, sosyal çevresi, davranış kalıpları ve daha birçok faktörü etkilediği bir gerçektir. Nitekim dinlerin insan hayatına temel etkisi, onu organize edip

* Bu çalışma, Dr. Muhammet Cevat ACAR'ın 'Bireysel Psikolojik Danışma Sürecinde Dinî Boyut: Üniversite Öğrencileri ile Yapılan Bir Araştırma' isimli doktora tezinden üretilmiştir.

** Prof. Dr., Atatürk Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi, fkaraca@atauni.edu.tr

*** Dr., Mardin Artuklu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, mcacar47@gmail.com.tr

düzenlemekten ibarettir. Psikolojik sağlığın dini hayattan etkilendiği son yıllarda yapılan çok sayıda araştırma ile ortaya konulmuştur. Bu etki bireyin dinine verdiği değer, onun hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olma ve onu hayata aktarma düzeyiyle doğru orantılı olmak üzere nadiren olumsuz bir şekilde tezahür etse de çoğunlukla olumlu yönüyle karşımıza çıkmaktadır (Yapıcı, 2013).

Dinî inancın insan türünün doğal bir özelliği olduğu (Fromm, 2003) ve dinî eğilimin insanoğluna yaratılışı esnasında verildiği (Tolstoy, 2008) göz önünde bulundurulduğunda insanoğlunun dinsiz yaşamasının son derece zor olacağı söylenebilir. Bu durum dinlerin insan hayatını nasıl ve hangi süreçlerden geçerek etkilediğini anlamamanın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Dinin fonksiyonlarının kategorik bir şekilde incelenmesi, bu etkileri daha sistematik bir şekilde anlamamıza yardımcı olmaktadır.

Bireyin hayatındaki yansımaları düşünüldüğünde dinin dört temel fonksiyonundan bahsedilebilir. Bunlar; koruyucu, iyileştirici, rehabilite edici (tamamlayıcı) ve geliştirici fonksiyonlardır. Koruyucu fonksiyon daha çok korku duygusuyla işlev kazanırken; geliştirici fonksiyon sevgi duygusu ile motive olan dindarlıkta ortaya çıkar. Dindarlığın geliştirici bir fonksiyon üretmesi ise ancak bireyin dine bu misyonu yüklemesi ile mümkün olmaktadır. (Karaca, 2015: 107).

Dindarlığın psikolojik sağlığa etkileri iki yönlü olarak ele alınmaktadır. Bunlardan ilki dindarlığın koruyucu ve önleyici fonksiyonlarının aktif olduğu roldür. Bu durumda dindarlık, ruhsal hastalıkların önlenmesine katkı sağlayarak bireyde rahatsızlıklar ortaya çıkmadan önce işlev görür. İkinci etki ise dindarlığın iyileştirici ve rehabilite edici rolüdür. Dindarlığın bu fonksiyonu bireyde psikolojik rahatsızlık ortaya çıktıktan sonra işlev kazandırır. Bireyin yaşadığı sorunu daha çabuk atlatmasına ve bu sorunu bir daha yaşamamasına katkı sağlayarak işlev görür (Ayten, 2015: 22). Psikolojik danışma sürecinde bireyin dinî kaynaklarından destek alınması dindarlığın iyileştirici ve rehabilite edici rolünün bir yansımasıdır. Dini materyalin, psikolojik iyileşme sürecinde kullanılması, dindarlığın iyileştirici fonksiyonunun doğrudan yansıması olarak değerlendirilebilir. Nitekim dinler, inanan bireyler için ortaya koydukları emir ve yasaklar da dâhil olmak üzere psikolojik olarak iyileştirici birçok kaynağa sahiptirler. Kurumsal dinler için ana boyutlardan biri olan ritüeller, dinî sosyal gruplar ve dinlerin öngördüğü ahlaki doktrinler bunlardan bazılarıdır.

Dinlerin, inananların hayatlarına olumlu katkılar sunduğu birçok araştırmacı tarafından dile getirilmektedir (Yapıcı, 2013; Kaya ve Küçük, 2017). Ancak bu katkının nasıl işlev gördüğü ve özellikle iyileşme sürecindeki bireyler için daha etkin olarak nasıl kullanılacağı ve psikolojik yardım sürecine nasıl dahil edileceği daha az araştırılmıştır. Bu çalışmada dinin farklı boyutlarının bireyin ruhsal durumunun iyileşmesine olan katkıları vaka analizleri yoluyla sunulmuştur.

Psikolojik danışma ve psikoterapi alanının, dinî ve manevi konulara eğilme ve bunları danışma sürecine dâhil etme konusunda geç kaldığı bir gerçektir. Dinin ruh sağlığı alanı için önemi; danışma sürecini daha etkili kılma potansiyeli üzerinde yoğunlaşmaktadır (Corey, 2005). Psikoloji ve psikolojik danışmanlık alanlarında ülkemizde çalışan akademisyenlerin ve uygulayıcıların dinî boyutu danışma sürecine dahil etmeleri yönünde son on yılda artan bir ilgi vardır. Din psikolojisi disiplininin de katkısıyla bu konudaki çalışmalar her geçen gün artmaktadır.

Tan'a (1996) göre dinî uygulamaları psikolojik danışma sürecine dâhil etmeyle ilgili iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Bunlardan birincisi danışmanın, danışanın dinî tercihiine saygı duyduğu ancak danışma sürecine doğrudan dâhil etmeden, danışanın dinî uygulamalarını desteklediği dolaylı (implicit) dâhil etme yaklaşımıdır. İkinci yaklaşım ise dinî uygulamaların danışma sürecine doğrudan dâhil edildiği, gerektiğinde danışma oturumlarında bile dinî uygulamaların gerçekleştirildiği doğrudan (explicit) dâhil etme yaklaşımıdır. Henry (2015), danışmanların doğrudan dâhil etme yaklaşımını kullanmaları gerektiğini belirterek bunu yapmanın dört aşamasını şöyle belirtmektedir: Danışanların hayatlarında dinî uygulamaların ve manevi güçlerin rolü tartışılmalıdır. Danışanlar, oturumlar dışında da dinî müdahaleleri uygulamaları konusunda desteklenmelidir. Terapötik değişim için birer kolaylaştırıcı olarak dinî müdahaleler kullanılmalıdır ve bu şekilde bireyin manevi gücü ortaya çıkarılarak bunu devam ettirmesi sağlanmalıdır.

Bireyin manevi hayatı, dinî aidiyeti ve dinî katılım durumu danışma sürecinde dikkate alınması gereken konulardır. Bireyin dinî yaşantıları, kişinin hayatının merkezinde olmadığı durumlarda bile iyileşme ve gelişme sürecine katkıda bulunabilmektedir. Danışma sürecinde danışanın kişisel dinî ve manevi yaşantılarını ifade etmesi bile bazen terapötik bir etki oluşturabilmektedir. Bireyin hayatının merkezinde dinî ve manevi katılımının olduğu durumlarda ise dinî materyalin doğrudan dahil edildiği bir danışmanlık uygulanması daha uygun olacaktır (Ekşi vd., 2016).

Müdahale Sürecine Dinî Boyutun Dâhil Edilmesi

Müdahale aşaması, psikolojik danışma sürecine dinî boyutu dâhil etmenin en belirgin olduğu aşamadır. Bu aşamada, danışanın yaşam öyküsü alınmış, getirdiği sorun tanımlanmış ve amaçlar belirlenmiştir. Dinî ve manevi boyutun süreç içerisinde kaplayacağı alan belirginleşmiştir. Bunun yanı sıra artık bazı dinî uygulamalar, doğrudan danışma sürecinin bir parçası haline gelmiştir.

Psikolojik danışmanlar, danışanlarının dinî hayatları hakkında da bilgi sahibi olmalıdırlar. Dinî temelli müdahale ve teknikler kullanmak, danışanın getirdiği sorun bağlamında değerlendirilerek başvurulacak bir yoldur. Değerlendirme sürecine dinî boyutun dâhil edilmesi, müdahale aşamasında dinî temelli tekniklerin ne derece kullanılacağına belirleyici olmaktadır. Nitekim dinî temelli müdahaleleri kullanabilmek için psikolojik danışmanın bu konuda yetkin olması gerekmektedir.

Danışma süreci içerisinde belirlenen amaçlara katkı sağlayacak çok sayıda dinî temelli müdahale bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır: dua, tefekkür, kutsal metinleri okuma, af dileme ve tövbe, ibadet ve ritüel, din kardeşliği ve beraber ibadet etme vd. (Richards ve Bergin, 2011). Şirin (2014), ülkemizde yaptığı çalışmada ayrıca şu teknikleri kullanmıştır: Zikir, nefis muhasebesi, Kur'an okumaları, olumsuz dinî inanç ve tutumların tartışılması ve dinî bilgi verilmesi, olumlu dinî başa çıkmanın güçlendirilmesi, dinî hikâye anlatma ve grup çalışmaları. Danışma sürecinde kullanılabilecek temel müdahaleler bunlar olmakla birlikte, danışmanın belirleyeceği özgün müdahale ve teknikler de kullanılabilir.

Bazı dinî müdahaleler, danışmanın Tanrı'ya ve ruhani gerçeklere inanmasını gerektirmektedir ve bu müdahaleler yalnızca o dine mensup danışmanlar tarafından kullanılmalıdır. Bazı müdahaleler ise yalnızca dinî olgulara saygı duymayı ve danışanın dinî inançlarını onaylamayı gerektirdiği için herhangi bir dine inanmayan danışmanlar tarafından da kullanılabilir. Danışanların dinî ve manevî dünya görüşlerini ve dinî geçmişlerini değerlendirme, danışanların dinî liderlerine danışma, danışanları kendi hayatlarında dinî kaynakları kullanmaya teşvik etme (ibadet, meditasyon, kutsal kitap okuma, dinî topluluğun üyelerinden sosyal destek alma) ve dinî doktrinlerin kişilik çıkarımlarını ve ruhani kavramları analiz etme, her terapistin uygulayabileceği müdahalelerdir (Richards ve Bergin, 2011: 165).

Dinlerde bulunan bazı uygulamaların terapötik birer teknik olarak kullanılması, bu uygulamaların birer tekniğe indirgenmesi (trivialization)

tehlikesini taşımaktadır. Bu durum, hem dinler açısından teolojik bir sorun hem de psikolojik danışma süreci açısından etik bir problem olarak algılanabilmektedir. Frankl (2014b), bu konuda oldukça sert bir tutum takınarak dindar bir danışanın karşısına dinî bakış açısını çıkarmanın ve dinî temelli müdahaleleri kullanmanın, danışmanın terapötik görevi değil, onun kendi dindarlık görevi olduğunu belirtmektedir. İkinci olarak, danışmanın buna sadece dindar bir insan olarak hakkı vardır; çünkü inançsız bir danışmanın, dini, terapinin bir aracı olarak kullanma hakkı hiçbir zaman yoktur. Bu, dinin önemini azaltmak, dini ancak sağlığa kavuşmaya ve iyileşmeye yarayan bir şeye indirgemek olur. Bu duruşuyla Frankl, pragmatist bir yaklaşımla dinin danışma sürecine dâhil edilmesine karşı durmaktadır. Araştırmacılar, bu sorunun önüne geçmenin en iyi yolunun ise danışmanın bu müdahale biçimini kullanırken takınacağı tutumla mümkün olabileceğini ifade etmektedirler (Richards ve Bergin, 2011). Psikolojik yardım sunan danışmanların, bazı dinî uygulamaların iyileştirici gücüne inandıkları halde bu uygulamaları danışma sürecine dâhil etmemeleri de başka bir indirgeme türü olarak değerlendirilebilir.

Dinî/Manevî Temelli Müdahaleler

Dua: Dua, birçok insan için Tanrı'nın sevgisini ve şifa gücünü hissetmelerinde yardımcı olan dinî bir eylem ve ibadettir. Dua, ciddi sorunlarla mücadele eden danışanları rahatlatır, onlara dayanma gücü verir ve huşu içinde ibadet etmelerine teşvik eder. Danışanların sorunlarının giderilmesinde ve başa çıkma çabalarında dua güçlü bir araç olarak kullanılabilir (Richards ve Bergin, 2011: 254). Dua uygulamalarında; konunun açık bir şekilde belirlenmesi, açık bir ifade ile dile getirilmesi ve uygun bir şekilde tasavvur edilmesi gibi bazı psikolojik şartların gerçekleşmesi, bu müdahalenin daha etkili olmasını sağlayabilmektedir (Hökelekli, 2012).

Psikolojik danışma alanında çalışan bazı uygulamacılar duayı salt bir teknik olarak kullanmak yerine onu kullanarak bazı özel teknikler geliştirmişlerdir. Rossiter-Thornton (2000), seküler yaklaşımların ve tekniklerin yeterli olmadığı durumlarda ve değerlendirme aşamasında uygun görüldüğü takdirde uygulanmak üzere Dua Çemberi (Prayer Wheel) adında bir teknik geliştirmiştir. Danışanlar için kendi kendine yardım tekniği olarak da görülebilecek bu uygulamanın birçok avantajı bulunmaktadır. Kullanımının kolay olması, danışana sorumluluk yüklemesi, danışanın ihtiyaçlarına

göre esnetilebilir olması ve hem danışma oturumlarında hem de danışma dışında kullanılabilmesi bu özelliklerden bazılarıdır. Bu teknik her biri 5 dakikadan oluşan 8 direktif içermektedir. Bu direktifler; kişinin hayatındaki olumlu gelişmeleri fark etmesi, Tanrı'dan bir koruma ve rehberlik istemesi, kendisini ve başkalarını affetmesi, kendi ihtiyaçları ve başkaları için dua etmesi gibi aşamalardan oluşmaktadır. Danışan bu direktifleri tek başına veya danışman gözetiminde uygulamaktadır. Araştırmacı, bu tekniği kullandığı 3 farklı vakayı aktarmakta ve her üç vakada da olumlu dönütler aldığını belirtmektedir.

Danışma sürecine olumlu katkı sunabilecek bir diğer uygulama da danışman ile danışanın beraber dua etmeleridir. İki kişinin beraber ve/veya birbirleri için dua etmeleri, duanın psikolojik etkililiğini arttırmaktadır (Weston, 2006). Birlikte dua etme tekniği; danışan ile danışman arasındaki güven ilişkisini destekleyici bir fonksiyona sahiptir. Danışan ile danışmanın aynı amaç doğrultusunda çalıştığının sembolik bir göstergesi olan beraber dua etme, danışan ile danışman arasında bir birlik duygusunun oluşmasına da katkıda bulunur (Lambert vd., 2012).

Namaz: Henry (2015), namazın (salah) danışma sürecinde potansiyel bir iyileştirici ve dönüştürücü gücü olduğunu ifade etmektedir. Bireyin hayatında manevi bir enerji oluşturan namaz, inancın hayatı doğrudan etkilemesine imkân tanımaktadır. Namazın psikoterapik etkisinin güçlü olmasının temel nedenlerinden biri de namazda Allah ile doğrudan iletişim kurma imkânının olması ve bunun düzenli bir şekilde gerçekleşiyor olmasıdır. Eklektik bir yaklaşım uyguladığı bir vakasını da aktararak bu vakada yaklaşık bir yıl boyunca bilişsel- davranışçı, davranışçı ve varoluşçu müdahaleleri kullanan danışman, bir süre sonra danışma sürecinin ilerlemediğini fark etmiştir. Kendisi de Müslüman olan danışmanın, oturumların birinde danışanına, namazda kendisi için dua edeceğini söylemesi ile süreç hızlanmış ve olumlu değişiklikler gerçekleşmeye başlamıştır. Bu vaka, dinî tekniklerin danışma sürecinde katalizör işlevi gördüğü bir örnek olarak değerlendirilebilir.

Merter (2013), namazın bireye değişik bir bilinç hâli yaşattığını ve bu bilinç halinin gündelik bilinç halinden daha yüksek ve istenilen bir durum olduğunu belirtmektedir. Birey bilinç halini değiştirerek ruhsal durumunu da değiştirmiş olmaktadır. Zengin bir yaşantı süreci hatta bir 'festival' olarak tanımlanan namaz, iç âleme yönelmenin vasıtası olarak betimlenmektedir. Sayın (2012) namazı, tasavvufî ve psikolojik açıdan değerlendirdiği çalışma-

sında; namazın zihin bulanıklığı, panik bozukluk, üstünlük kompleksi, dikkat bozukluğu, obsesyonlar, narsistik kişilik bozukluğu, bağlanma bozukluğu, kaygı bozukluğu, aşağılık kompleksi ve depresif bozukluklar üzerindeki etkisi ile ilgili klasik metinleri analiz etmiştir. Tasavvufi kaynakları ön planda tutarak yaptığı incelemesinde araştırmacı, namazın bu bozuklukları iyileştirici bir etkiye sahip olduğunu belirtmektedir. Bunun yanı sıra namazın; kendini aşma, kendini keşfetme ve kendini gerçekleştirme tecrübelerini olumlu etkilediğini; empatik eğilim, kimlik bilinci ve öz-saygıyı arttırdığını aktarmaktadır.

Dinî Metin Okumaları: Dinî boyuta sahip psikolojik danışmanlık uygulamalarında kullanılabilecek tekniklerden bir diğeri dinî metinlerin okunması ve psikolojik danışma sürecinde gündeme alınmasıdır. İslam dini açısından değerlendirildiğinde Kur'an okumaları bu kapsama girmektedir. Kutsal metin okumaları birçok farklı amaç için yapılabilmektedir. Bu amaçlardan ilki, danışanın eksik/hatalı dinî bilgilerinin tamamlanması ve düzeltilmesidir. İslam dininin temel ve ilk kaynağı olan Kur'an ve meal okumaları ile danışan, bazı temel dinî bilgileri ilk elden edinebilmektedir (Şirin, 2013). Burada dikkat edilmesi gereken husus, danışanın mevcut bilgileri ve dinî düzeyi dikkate alınarak okuma programı çıkarılmasıdır. Kur'an-ı Kerim, insan ruhuyla ilgili geniş bilgiler vermektedir. Amacı, insan ruhunun eğitilmesi ve belli bir yöne sevk edilmesi olan (Kutub, 1992: 15) bir kitabın, danışma sürecinde kullanılması kaçınılmazdır.

Danışma sürecinde kutsal metinlerin kullanımı her zaman danışma esnasında uygulanmayabilir. Bazen danışmanın tavsiye ettiği kutsal metinler veya bu metinlerin bazı bölümlerinin okunması bir teknik olarak kullanılabilir. Çocukluğunda istismara uğramış ve bu yüzden suçluluk duyguları yaşayan bir danışanın vakasını aktaran Hardman vd. (2010), danışmanın danışana İncil'den ve Mormon Kitabından Allah'ın çocuklar hakkındaki görüşü ve Allah'ın onların masumlukları ve onlara olan sevgisi hakkındaki tasvipleri üzerine bazı ruhani yazıtlar okumasını tavsiye etmektedir. Kutsal kitap yazıtları danışana varsayımlarını yeniden incelemesi için etkili bir yardımcı sağlamaktadır.

Psikolojik danışman, müdahale sürecini planlarken danışanın dini bilgi düzeyi, bu bilgilerin doğruluğu ve uygun bir şekilde anlaşılıp anlaşılmadığını da değerlendirmelidir. Bu değerlendirmeye bağlı olarak danışanın din algısına ve dinî bilgi düzeyine bağlı olarak dinî metinler tavsiye edebilir.

Danışanın dinî ilgi, bilgi ve algısı tam olarak belirlenmeden yapılacak olan müdahalelerin danışanın sorununun çözümüne etkisi sınırlı olacaktır.

Tövbe: Dinî hayatın yeniden düzenlenmesi ve istikrarlı bir biçimde devam etmesinin sağlanması açısından önemli bir katkısı olan tövbe, din psikolojisi alanının yakından ilgi duyduğu konulardan birisidir. Tövbede aranan özelliklerden olan kararlılık, süreklilik ve samimiyet, bireyin iradesinin gücünü gösteren ve psikolojik danışma sürecinin geneline yayılması beklenen özelliklerdir. Tövbe sürecinde başarılı olup bu özellikleri sergileyen danışanlardan bunu tüm danışma sürecine ve uzun vadede tüm hayatlarına yaymaları istenir. Bireyin belli bir yasağı çiğnemesi veya yapmakla yükümlü olduğu bir şeyi yapmaması sonucunda oluşan ruhî sıkıntı ve gerginlik olarak ifade edilen suçluluk, tövbe sürecinde ortaya çıkan güçlü duygulardan biridir. Pişmanlık duygusunun daha yoğun hissedildiği bir duygu durumu olan suçluluk, tövbe sürecini başlatan bir motiv olarak değerlendirilmektedir (Yapıcı, 1997: 282).

İslam dini açısından değerlendirildiğinde tövbenin danışma sürecinde bir teknik olarak kullanımı ile ilgili oldukça sınırlı sayıda ampirik araştırma vardır. Hamjah ve Mat Akhir (2014), Malezya’da bir psikolojik danışma merkezinde çalışan 9 psikolojik danışman ile yaptıkları nitel bir çalışmada bu danışmanların İslam dinini üç farklı boyutuyla psikolojik danışma sürecine dâhil ettiklerini tespit etmişlerdir. Akide, ibadet ve ahlak boyutları farklı şekillerde danışma sürecine dâhil edilmektedir. Tövbe ve istiğfarın ahlak boyutu içinde kabul edildiğini belirten araştırmacılar, tövbeyi ‘mutluluğu arttırıcı bir faktör’ olarak değerlendirmişlerdir.

Şükür: Danışanın yaşadığı olumsuz duyguların azalarak olumlu duyguların artması, danışan açısından büyük bir öneme sahiptir. Psikolojik danışma sürecinin amaçlarından biri, danışanın olumlu duygular yaşamasına yardımcı olmaktır. Bu bağlamda, şükür, affedicilik vb. olumlu duyguların danışma sürecinde tartışılması ve danışanın bu tür duyguları daha çok yaşaması için izleyeceği stratejilerin belirlenmesi dinî boyutun dâhil edildiği psikolojik danışma sürecinin olağan bir parçası olarak görülebilir. Hem ahlaki bir değer hem olumlu bir duygu olarak tanımlanan ve dinler açısından da önemli bir tutum olarak görülen şükür (gratitude); dindar bireyin sahip olması gereken bir davranış tarzı olarak da değerlendirilebilir (Emmons ve Crumpler, 2000). Şükür, maneviyat ve psikoloji ilişkisi, din psikolojisi, maneviyat psikolojisi ve pozitif psikoloji alanlarında çalışan akademisyenlerin ilgi duyduğu alanlardan biridir (Göçen, 2016).

Şükürün psikolojik yardım sürecinde kullanımı ve etkililiği ile ilgili yapılan çalışmaları analiz eden Wood vd. (2010), şükürün danışanların psikopatolojisini anlamada ve müdahale sürecinde kullanılabileceğini belirtmektedirler. Psikolojik iyi oluş ile pozitif yönde ilişkili olan şükürün arttırılmasını hedefleyen 12 çalışmayı inceleyen araştırmacılar, depresyon başta olmak üzere psikopatolojik semptomların giderilmesinde şükürün etkin bir rolü olduğu sonucuna varmışlardır. İncelenen çalışmalarda şükür ile ilgili müdahalelerin bir kısmı 5 dakikalık kısa müdahaleler iken bir kısmı ise 10 haftalık daha sistematik müdahalelerdir. Şükürün psikolojik danışma ve psikoterapi sürecinde kullanımına ilişkin deneysel çalışmaların artması, şükür ile ilgili daha kesin yorumlar yapmamızı sağlayacaktır.

Vakaların Tanıtımı

Araştırma kapsamında incelenerek analiz edilen psikolojik danışma seansları Mardin Artuklu Üniversitesi Psikolojik Destek Merkezinde yürütülmüştür. Danışanlar ile yürütülen oturumların tamamının ses kaydı, danışanların onayı doğrultusunda alınmış ve yapılan analizler bu kayıtların transkripsiyonundan elde edilen metinler üzerinden yapılmıştır. Dinî temelli müdahalelerin kullanıldığı psikolojik danışma sürecine 8 öğrenci katılmıştır. Bu öğrencilerin 3'ü erkek 5'i ise kız öğrencilerden oluşmaktadır. Bu süreçte 8 öğrenci ile toplamda 67 oturum gerçekleştirilmiştir. Danışanlara ilişkin betimleyici bilgiler Tablo-1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Danışanlara İlişkin Betimleyici Bilgiler

	Cinsiyet	Oturum Sayısı	Getirilen Temel Problem	Kullanılan Dinî İçerikli Müdahaleler
Danışan-1	Bayan	9	OKB, depresyon ve paranoid düşünceler	Dua, şükür, meal okumaları
Danışan-2	Erkek	7	Anksiyete ve hostilite	Dinî sosyal gruba katılım, dua ve namaz
Danışan-3	Bayan	11	OKB, depresyon ve gelecek kaygısı	Dinî okumalar (ilmihal), nafile namaz ve oruç, şükür, Allah tasavvurunun yeniden düzenlenmesi ve tefekkür
Danışan-4	Bayan	10	Depresyon, hostilite, paranoid düşünceler ve OKB	Tövbe, tefekkür, namaz ve Kur'an kıssaları
Danışan-5	Bayan	6	Depresyon	Dua, tövbe ve Allah tasavvurunun yeniden düzenlenmesi

Danışan-6	Erkek	7	OKB, depresyon ve anksiyete	Dinî grup çalışmaları, dua ve namaz
Danışan-7	Erkek	7	Somatizasyon, anksiyete ve depresyon	Şükür, dua ve tefekkür
Danışan-8	Bayan	10	Anksiyete ve paranoid düşünceler	Dinî okumalar (meal ve ilmiyal) ve dua

Tablo-1’de görüldüğü üzere psikolojik danışma sürecinde en çok kullanılan dinî temelli müdahaleler dua, namaz, şükür, tefekkür ve dinî metinler okuma şeklindedir. Bu müdahalelerin psikoloji danışma sürecinde nasıl kullanıldığına dair vakalardan alınan bazı örnekler sunulmuştur.

Danışan-1, düşük benlik algısına ve depresif belirtilere sahip dördüncü sınıf öğrencisidir. Mezuniyet sonrası ile ilgili planlar yapmakta ancak birçok konuda da endişe duymaktadır ve bu endişeler anksiyete düzeyini arttırmaktadır. Danışan kendini dindar biri olarak tanımlamamaktadır ancak inanç anlamında iyi bir Müslüman olduğunu belirtmiştir. İbadetlerini düzensiz bir şekilde yerine getirdiğini ifade eden danışan günlük işlerini, düzenli ibadet etmesine engel bir durum olarak betimlemiştir. Danışanın düşük benlik algısı ve özgüveni ile ilgili danışman tarafından Kuran’da geçen ve insanın değerini ortaya koyan bazı ayetler gündeme getirilmiş ve danışan ile bu ayetlerin anlamı hakkında konuşulmuştur. Bu diyalog, danışanın kendini Allah katında daha özel hissedebilme umudunu arttırmıştır. Buna bağlı olarak danışman sahip olduğu olumlu ve güçlü özellikleri sonraki oturuma kadar düşünüp yazmasını istemiş ve bu güçlü yanların birçoğunun (iyi bir aile, sağlıklı bir yaşam, vb.) Allah tarafından kendisine verildiğini fark ettirilerek aslında Allah katında kıymetli bir varlık olduğunu hissetmesi sağlanmıştır. Danışanın derpresif belirtilerinin büyük bir kısmı erkek arkadaşı ile biten ilişkisi ve hayatındaki anlamlı şeylerin azlığı ile ilişkilidir. Danışan, erkek arkadaşı ile yaşadığı ilişki ile ilgili pişmanlık duymakla birlikte bu duygu halinden nasıl kurtulacağına dair bir strateji geliştirememektedir. Hayatını ‘boş’ olarak nitelendirmektedir. Psikolojik danışman, danışanın yeni bir başlangıca ihtiyacı olduğunu vurgulayarak, daha dolu bir hayata sahip olması için yapması gereken bazı şeylerden (diğer insanlara yardım etmek, sahip olduğu zamanı iyi yönetmek vb.) söz etmiştir. Bunu başarabilmesi için danışan bolca dua edeceğini belirterek yaklaşan kandilde en çok bu durum için dua edeceğini eklemiştir. Kandil gecesinde danışan söylediği şekilde dua etmiş ve aynı zamanda beş vakit düzenli namaz kılacağı konusunda kendisine ve Allah’a söz verdiğini ifade etmiştir. Son oturumlar daha çok

danışanın pişmanlıklarının ve 'eski hayatının konuşulduğu' oturumlar olmuştur. Danışan son oturumda kendisinde meydana gelen değişimle ilgili ailesinden ve arkadaşlarından gelen olumlu dönütleri danışmana anlatmış ve dinî temelli müdahaleleri kastederek bu müdahaleler olmasa kendisinde meydana gelen değişimin anlık olacağını ama şimdi içinin rahat olduğunu ve kalıcı bir şekilde değiştiğini ifade etmiştir.

Danışan-3, OKB'ye eşlik eden yüksek düzeyde mükemmeliyetçilik duygusuna sahiptir. Bu duygu kendi hayatını ve bazen çevresini kontrol etme arzusuyla ortaya çıkmaktadır. Küçük yaşta babasını kaybeden danışan, annesini kaybetme korkusunu yoğun bir şekilde yaşamaktadır ve buna bağlı olarak annesini memnun etmeyi hayatının temel amacı haline getirmiştir. Okul başarısı ortalamanın üzerinde olmasına rağmen kendisini başarısız olarak nitelendiren danışan, başarısızlığın kendisini değersizleştireceğine inanmaktadır. Psikolojik danışman bilişsel yeniden yapılandırma sürecinde danışanın dinî kaynaklarını kullanmanın uygun olacağını düşünerek danışanın dinî hayatı ile ilgili bilgiler almıştır. Danışan 'Allah'tan bir şey istemeye utanıyorum' diyerek tanrı algısı ile ilgili bazı ipuçları vermiştir. Danışanın yetiştiği çevre ve ailesindeki bazı kişilerin, danışanın Allah tasavvuru başta olmak üzere birçok dinî konuda danışanın üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir. Danışanın 'mutlu olduğum zaman başıma kötü bir şey gelecek diye korkuyorum' ifadesini kullanması sahip olduğu otomatik düşünceler iyi bir örnektir. Müdahale sürecinde psikolojik danışman, danışandaki dinî bilgilerin eksikliğini ve yanlışlığını ona fark ettirerek meal başta olmak üzere ilmi hal ve diğer temel dinî bazı kitapları okumasını tavsiye etmiştir. Aynı zamanda danışanın sahip olduğu bazı yanlış bilgi ve düşünceleri, psikolojik danışma oturumunda müdahale ederek düzeltmiştir. Örneğin danışanın gülmek kızlar için günahtır şeklinde bir düşüncesi olduğunu fark eden danışman bunu hemen düzelterek ve sokratik düşünmeyi de kullanarak bu düşünce ve bilgisinin yanlışlığını danışana oturum esnasında fark ettirmiştir. Psikolojik danışmanın kullandığı bir diğer müdahale de danışanın daha çok dua etmesini sağlayarak Allah tasavvurunun değişmesidir. Bu amaç doğrultusunda danışman, sadece namazlarda veya çok zor durumda kaldığında değil, günlük işleri için veya dersleri için de dua edebileceğini belirtmiştir. Bunun üzerine danışan danışma süreci için dua edeceğini ifade etmiştir. Danışanın sahip olduğu en büyük korku olan annesini kaybetme korkusu da sık sık gündeme gelmiştir. Bu korku danışanın tüm hayatını etkilemektedir. Bunu fark eden danışman ölüm üzerine konuşmayı teklif

etmiş ve danışan ile birlikte bir süre ölümden ve dinî inancının gereği olarak kimin ne zaman öleceğini yalnızca Allah'ın bildiğinden konuşulmuştur. Aynı zamanda danışan annesinin ona Allah'ın bir lütfu olduğunu bildiğini ifade etmiş ve ardından istediği zaman onu alabileceğini de bildiğini belirterek bu konuda teslimiyet içinde olması gerektiğini itiraf etmiştir. Danışma sürecinin sonunda danışan, kendisini ve çevresini daha az kontrol etmeye başladığını ve bunun daha da iyi olacağını fark ettiğini belirtmiştir. 'biz her şeyi kontrol edemeyiz' diyerek hem mükemmeliyetçi hem de kontrolcü güdülerinin azaldığını vurgulamıştır.

Danışan-4, yüksek depresyon düzeyi ile psikolojik danışma sürecine başlamıştır. İlerleyen oturumlarda danışanın sahip olduğu Obsesif- kompulsif semptomlara eşlik eden mükemmeliyetçi bakış açısı belirgin hale gelmiştir. Psikolojik danışman bu belirtiler üzerine yoğunlaşmayı daha uygun ve gerekli görerek dinî müdahaleleri daha çok bu semptomların azaltılması ve giderilmesi amacıyla kullanmıştır. Danışan, karar vermede günlük çektiğini ve özgüveninin oldukça düşük olduğunu ilk oturumda ifade etmiştir. Buna bağlı olarak günlük hayatının kontrolünü ele almaya çalıştığını ancak bunu beceremediğini de eklemiştir. Danışan, 3 gün boyunca evde kalıp zamanının çok büyük bir kısmını yatakta geçirdiğini ifade etmiştir. Danışanın dinî hayatı geçmişte oldukça canlı iken şu anda kendini dindar biri olarak görmemekte ve bu durum hakkında pişmanlık yaşamaktadır. Ancak sözü edilen nedenlerden dolayı dinî hayatını toparlayamadığını belirtmiştir. 'Allah'ı düşünmekten dahi kaçınıyorum' ifadesi, danışanın dinî durumunu özetler niteliktedir. Bu duruma rağmen danışan, evde iken (ailesinin yanında) namaz kıldığını ama bunun nedeninin babası olduğunu ve sadece babası evde iken namaz kıldığını ifade etmiştir. Bu durumu biraz daha irdeleyen psikolojik danışman, danışanın babasının sahip olduğu mükemmeliyetçi bakış açısını (dinî konularda) fark etmiştir. İlerleyen oturumlarda danışanın annesinin de benzer ve hatta daha yüksek düzeyde mükemmeliyetçi bir bakışa sahip olduğu ve OKB belirtileri (özellikle temizlik konusunda) gösterdiği görülmüştür. Danışanın şu anki durumuna ebeveyninin etkisi tartışılmış ve danışan bunu daha önce fark etmediğini ifade etmiştir. Danışan erkek arkadaşları ile ilgili de bazı çekincelere sahiptir. Bu konuyla ilgili istihare yapmayı düşünmüş ancak 'ben ne hakla istihare yaparım' deyip (özellikle son iki yıldaki davranışlarından ve namaz kılmamasından dolayı) bundan vazgeçmiştir. Bu noktada psikolojik danışman, danışanın Allah tasavvurunu uzunca irdelemiş ve insanların günah işlemelerinin normal olduğunu belirterek

tövbenin fonksiyonlarını danışan ile uzunca konuşmuştur. Bunun üzerine danışan son iki yılı için tövbe edeceğini belirtmiştir. Sonraki oturumda danışan, namaza başladığını ve artık 'yataktan çıktığını' ifade etmiştir. Nitekim kendisinde meydana gelen değişikliğin ev arkadaşları tarafından da dile getirildiğini vurgulamıştır. Danışan, tam olmadığı için hiç ibadet etmediğini ve bu yüzden son iki yıldır hem ibadetlerini aksattığını hem de depresif bir ruh haline sahip olduğunu belirtmiştir. Bu bakış açısının köklerinin hem ebeveyninden hem de önceki din eğitiminden kaynaklandığını fark etmiştir. Örneğin lise dönemlerinde namazlarını düzenli kıldığını ancak sabah namazını kaçırdığı günler diğer namazları da kılmadığını hatırlayarak bu bakış açısının köklerinin o günlerde de var olduğunu fark etmiştir. Danışan, bu duruma gelmesinde (kendi ifadesiyle hayatının tekrar dolu dolu yaşama ya başlamasında) tövbenin ve duanın etkili olduğunu belirtmiştir. Özellikle yüksek sesle yaptığı duaların onun Allah ile olan ilişkisini güçlendirdiğini vurgulamıştır. Danışan, psikolojik danışma sürecinde 'biraz daha büyüdüğünü' hissettiği belirtmiş ve son iki yıldır ilk defa başladığı uzun süreli bir süreci bırakmadan tamamladığını belirtmiştir.

Sonuç

Araştırmanın sonuçlarına göre dinî/manevi temelli müdahalelerin kullanıldığı bireysel psikolojik danışma uygulamalarının, danışanların psikopatolojik düzeylerini düşürmede kalıcı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu kalıcı etki KSE'nin tüm alt boyutları için geçerli olup, psikolojik danışma seanslarında en çok; dua, tövbe, şükür, tefekkür ve dinî metinler okuma gibi dinî/manevi temelli müdahaleler kullanılmıştır.

Modern hayatın zorlu yaşantıları, insanların ruhsal dengelerinin bozulmasına neden olmaktadır. Psikolojik yardım karmaşık ve hızlı bir hayat yaşayan modern bireyin başvurduğu çözüm yollarından biridir. Ancak ülkemizde psikolojik yardım sunan profesyonellerin dünya görüşleri ile hizmet ettikleri kitlenin önemli bir kısmının dünya görüşünün birbiriyle uyuşmadığı söylenebilir. Hâlbuki psikoloji alanında çalışan profesyonellerin, dinî konulara daha duyarlı olmaları, kendilerine başvuran bireylere daha etkili hizmet sunmalarına önemli katkılar sağlayabilecek potansiyele sahiptir.

Psikolojik danışma sürecinde en çok kullanılan müdahaleler dua, tövbe, şükür, dinî metinler okuma ve tavsiye etmedir. Vakalardan verilen müdahale örneklerinde görüldüğü üzere, psikolojik danışma sürecinde dinî temelli

müdahaleleri kullanmak, danışma sürecinin daha verimli bir hale gelmesine önemli katkılar sağlamaktadır. Çalışmada sözü geçen dinî müdahale teknikleri psikolojik yardım sürecinde başvurulabilecek yegane teknikler olmayıp, psikolojik danışmanların danışanlarının dini inançlarıyla ilgili bilgi düzeyi ve deneyimlerine paralel olarak daha birçok özgün müdahale teknikleri geliştirilebilir ve sürece dâhil edilebilir.

Müslüman ve Türk popülasyon için uygun psikolojik testlerin geliştirilmesi, sunulan psikolojik hizmetlerin daha isabetli ve etkili olmasını sağlayacaktır. Üniversite öğrencileri ile yürütülen bu çalışma, öğrenciler dışındaki gruplarla da yürütülerek daha genellenebilir sonuçlara ulaşılabilir.

Kaynakça

- Ayten, A. (2015a). Dindarlık ruhsal ve fiziksel sağlığı etkiler mi? (Ali Ayten Ed.). *Din, erdem ve sağlık* içinde (s. 19-90). İstanbul: Çamlıca Yayınları.
- Corey, G. (2005). *Psikolojik danışma ve psikoterapi kuram ve uygulamaları*. Ankara: Mentis Yayıncılık.
- Ekşi, H., Kaya, Ç. ve Çiftçi, M. (2016). Maneviyat ve psikolojik danışma. (Halil Ekşi ve Çınar Kaya Ed.), *Manevi yönelimli psikoterapi ve psikolojik danışma* içinde (s. 13-28). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Emmons, R. A. and Crumpler, C. A. (2000). Gratitude as a human strenght: Appraising the evidence. *Journal of social and clinical psychology*, 19(1), 56-69.
- Frankl, V. E. (2014b). *Psikoterapi ve din: Bilinçdışıdaki Tanrı*. İstanbul: Say Yayınları.
- Fromm, E. (2003). *Sahip olmak ya da olmak*. (Aydın Arıtan Çev.). İstanbul: Arıtan Yayınevi.
- Göçen, G. (2016). Şükür Maneviyatın Neresinde? (Mustafa Atak Ed.). *Maneviyyat psikolojisi* içinde (s. 167-189). İstanbul: Elit Kültür Yayınları.
- Hamjah, S. H. and Mat Akhir, N. S. (2014). Islamic approach in counseling. *Journal of religion and health*, 53(1), 279-289.
- Hardman, R.K., Berrett, M. E., and Richards, P.S. (2010). A theistic inpatient treatment approach for eating-disorder patients: A case report (In P. Scott Richards and Allen E. Bergin Eds.). *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy* (p. 55-73). Washington: American Psychological Association.
- Henry, H. M. (2015). Spiritual energy of Islamic prayers as a catalyst for psychotherapy. *Journal of Religion and Health*, 54(2), 387-398.
- Hökelekli, H. (2012). *İslam psikolojisi yazıları*. İstanbul: DEM Yayınları.

- Karaca, F. (2015a). *Din psikolojisi*. Trabzon: Eser Ofset Matbaacılık.
- Lambert, N. M., Fincham, F. D., LaVallee, D. C., & Brantley, C. W. (2012). Praying together and staying together: Couple prayer and trust. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1), 1-9.
- Kaya, M. ve Küçük, N. (2017). İbadetler ile hayatın anlamı ve psikolojik iyi olma arasındaki ilişkinin incelenmesi. *OMÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 42, 17-44.
- Kutub, M. (1992). *İnsan psikolojisi üzerine etütler*. İstanbul: İşaret Yayınları.
- Merter, M. (2013). *Dokuz yüz katlı insan: Tasavvuf ve benötesi psikolojisi (transpersonal psikoloji)*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Richards, P.S. and Bergin, A.E. (2011). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Rossiter-Thornton, J. F. (2000). Prayer in psychotherapy. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6(1), 125-127.
- Sayın, E. (2012). Tasavvuf klasikleri açısından namaza psikolojik bakış. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 43-58.
- Şirin, T. (2013). *Bilişsel davranışçı psikoterapi yaklaşımıyla bütünleştirilmiş dinî danışmanlık modeli* (Yayınlanmış doktora tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Şirin, T. (2014). *Dinî danışma ve rehberlik. İhsan modeli manevi danışmanlık*. İstanbul: Mim Akademi Yayınları.
- Tolstoy, L. N. (2008). *Din nedir?* (Yeşim Ilgın Çev.). İstanbul: Metropol Yayınları.
- Tan, S. Y. (1996). Religion in clinical practice: implicit and explicit integration. (In Edward P. Shafranske Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (p. 365-387). Washington: American Psychological Association.
- Weston, W. (2006). *Emotional release therapy: Letting go of life's painful emotions*. Virginia: Hampton Roads.
- Wood, A. M., Froh, J. J., & Geraghyt, A. W. A. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30, 890-905.
- Yapıcı, A. (1997). *İslam'da tövbe ve dinî yaşayıştaki rolü*. İstanbul: Beyan Yayınları.
- Yapıcı, A. (2013). *Ruh sağlığı ve din: Psiko-sosyal uyum ve dindarlık*. Adana: Karahan Kitabevi.

Psikolojik Yardım Alan Dindar Kişilerin Dini ve Manevi Açıdan Yaşadıkları Damgalanma ve MDR'nin Bu Süreçteki Rolü

*Gülüşan Göcen**

*Kevser Çağlan***

Damgala(n)ma Nedir?

Damgalama, kişinin davranışlarının ve sahip olduğu niteliklerin içinde yaşadığı toplumun normal kabul ettiği ölçülerin dışında sayılması nedeniyle dışlanması, kendisi veya toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından kişiye saygınlığını azaltıcı ve toplumdan ayırıcı yakıştırmalarda bulunulmasıdır (Özmen ve Erdem, 2018; Çam ve Bilge, 2013). Damga, kelime anlamı olarak “delik, delmek, yara, leke, iz” anlamına gelse de günümüzde sosyal hayat içerisinde kullanılan “damgalama” daha çok “kara leke” anlamında kullanılmaktadır. Sözcüğün bu anlamda kullanımı orta çağda suçlu kişilerin, suçluluğun göstergesi olarak kızgın demirle dağlanmalarına bağlanmaktadır (Bilge ve Çam, 2010). Türk Dil Kurumu Sözlüğü’ ne bakıldığında da mecazi anlamıyla “Bir kimsenin adını kötüye çıkaran, yüz kızartıcı durum” olarak ele alındığı görülür. Ayrıca “bir şeyin üzerine; belirlemek ayırt etmek için işaret yapmak, damga vurmak, bir kimseye; gerçeğe dayanmadan olumsuz anlamda herhangi bir özellik veya nitelik yüklemek, birine yüz kızartıcı bir suç yüklemek” (URL1) olarak tanımlanmaktadır. İngilizce’ deki “stigma”

* Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Din Psikolojisi Öğretim Üyesi,
gulusingocen@istanbul.edu.tr

** İstanbul Üniversitesi Felsefe ve Din Bilimleri Yüksek Lisans Öğrencisi, caglankevser@gmail.com

kelimesi de Türkçe Literatürde kullanılmaktadır ki buradaki anlamı damgalamanın arkasındaki faktörleri daha net ortaya çıkarmaktadır. Stigma, çoğulu stigmata “utanç verici bir şeyin başkaları üzerinde yarattığı etki, leke, tepecik, iz, kusur, damga, dağlama izi anlamına gelmektedir (URL2).

Damgalama (stigmatization) ise kişi ve diğer insanlar arasındaki ilişki üzerinden ortaya çıktığı için genel anlamda sosyal psikoloji alanında daha çok ele alınmış bir olgudur. Günümüzde ise sağlık ile ilgili konularda öne çıktığı görülür. Erken çağlardan bu yana damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim psikolojik bozukluğu olan kişilerdir. Psikolojik bozuklukların tamamının damgalamaya konu olması da dikkat çekicidir (Çam ve Bilge, 2007). Çünkü psikolojik tedavi almış olan kişiler çeşitli adlarla damgalanarak toplumdan izole edilmeye çalışılmaktadır. Kişilerin yaşam alanları daraltılarak rahatsızlıkları bulaşıcı, tedavi edilemez olarak algılanmakta; kişiler evlilik yapamayacağı, herhangi bir yerde çalışamayacağı ve sürekli muhtaç yaşayacakları gibi birçok konuda damgalanmaktadırlar. Özellikle toplumun psikolojik bozukluklara yönelik damgalaması, kişi ve aile üyelerinin çare arama davranışını ve tedavi sürecini etkilemektedir.

Literatürde psikolojik bozuklukların damgalanması üzerine gerek yurt içinde (Eker ve ark. 2010; Oban ve Küçük, 2011, Kavas ve ark. 2014) gerek yurtdışında (Hayvard vd., 2002; Gargari 2015; Vogel vd. 2013) birçok çalışma yapılmıştır. Bunlar hastalar, hasta yakınları, sağlık çalışanları, bir kısmı ise hemşirelik, tıp ve ilahiyat öğrencilerinin psikolojik sağlık ve hasta üzerindeki algısı üzerine yapılmış, çoğunluğu nicel çalışmalardır. Ayrıca çalışmaların son zamanlarda daha çok damgalamanın kaynağı açısından da çeşitlendirilerek detaylı bir şekilde farklı faktörlerle “içselleştirilmiş damgalama” ve “toplumsal damgalama” üzerine yoğunlaştığı da görülmektedir (Vogel ve ark., 2013; Baysan-Arabacı, 2015; Sezer ve Gülleroğlu, 2016).

İçselleştirilmiş damgalama, kişinin kendisi tarafından olumsuz basmaka- lıp düşünceleri kabul etmesi sonucu kendisine dair değersizlik, utanç ve gizlenme hissi, algısı ve davranışı olarak tanımlanabilir (Çam ve Bilge, 2010; Sezer ve Gülleroğlu, 2016). İçsel damgalamada kişinin kendini damgalaması söz konusu iken toplumsal damgalama, çevreden algıladığı hislerden ortaya çıkar (Ersoy ve Varan, 2007). Vogel ve ark. (2013) toplumsal damgalama ve kendini damgalama arasındaki ilişkiye yönelik yaptıkları bir dizi çalışma sonucunda toplumsal damgalamanın içsel damgalamayı yordadığına ilişkin bulgular elde etmişlerdir. Esasen damgalamanın temelinde de olumsuz

inançlar ve bunun sonucu olan önyargılar bulunur (Corrigan, 2004; Avcil, 2014). Her iki damgalama da aslında iç içedir, hangisinin sebep ya da sonuç olduğu karışabilmektedir. Çünkü bir kişinin herhangi bir psikolojik destek alma durumu ortaya çıkmadan önce, toplum içinde yaşadığı süre zarfında hastalıklarla ilgili önyargılardan etkilenmesi ya da bu yargıları kendine bilgi olarak edinmesi ve daha sonrasında bir “psikolojik hastalık” tanısı alması ile bu kişiye daha önceden yerleşen psikolojik olarak hasta kişiye ait olumsuz prototipler (basmakalıp düşünceler) ortaya çıkmış olur (Link vd., 2001; Kapıkıran ve Kapıkıran, 2016). Bunu takip eden diğer önemli bir faktör de kişinin bu toplumsal kabulden ne kadar etkilenmiş olduğu ya da psikolojik rahatsızlığı yaşayan kişinin yakın çevresinin bu psikolojik destek alma algısına dair prototipinde ne kadar olumsuz bir bilgi olduğudur. Bununla ilgili yapılmış araştırmalarda görülmektedir ki toplumdaki damgalama eğiliminin düzeyine göre içselleştirilmiş damgalamada artış veya azalma görülür (Doğanavşargil, 2009; Vogel vd., 2013).

İçselleştirilmiş damgalama, hastalık semptomlarını kötüleştirmekte ve iyileşmeyi engellemektedir (Kapıkıran ve Kapıkıran, 2016). Çünkü psikolojik desteğe ihtiyaç duyan bireylerin psikiyatriye başvurduktan ve tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılık ya da kötü davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri görülmüştür (Gökengin vd., 2017). Kişinin kendini içsel süreçlerle damgalamasında en önemli etken, kişinin kendini psikolojik ve manevi olarak eksik ve zayıf görmesidir. Bu algının içsel olarak kişinin düşük özsaygıya sahip olmasıyla ilişkisi olduğu gibi çocukluğundan itibaren kültürel imgelerden içselleştirdiği kendine dair olumsuz değerlendirmelerden de etkilendiği söylenmektedir (Link vd., 2001). Özellikle bu konuda özsaygı- öz benlik konusuyla ilişkili araştırmaların olmasının nedeni de budur (Lysaker vd., 2012; Dwyer vd., 2013; Shalaby, Sabra ve Mohamed, 2014). Damgalanmış insanlar, önemsiz ve değersiz bir toplumsal kimliğe bürünürler (Bilge ve Çam 2010). Psikolojik sağlığa yönelik kendini damgalamayı, şizofrenlerin yaşam memnuniyeti ve özsaygıları üzerinden inceleyen Batinic ve ark. (2013), kendini damgalamanın depresyona, tedaviyi erteleyerek hastalık sürecinin uzamasına, özsaygı düzeylerinde düşüşe ve bununla birlikte sosyalleşmenin de gerilemesine, toplamda da yaşam memnuniyetinin düşmesine etki ettiği bulgusuna ulaşmışlardır.

Toplumsal damgalanma ise, “psikolojik bozukluğu olan kişilerin psikolojik yardım alması durumunda toplum tarafından etiketleme, dışlama ve

ayrımcılık yaşayarak olumsuz değerlendirileceğine ilişkin duyduğu korku” olarak tanımlanabilir (Vogel vd., 2013; Topkaya, 2014). Bu konunun bir algı yönü olduğu kadar gerçekte yaşanan kısmı da vardır. Psikolojik bozukluğu olan kişilerin uygun olmayan ve belki de beklenmedik davranış ve düşüncelerinin olduğu, bu nedenle toplumda korku ve huzursuzluk yarattıkları ya da öyle algılanması ön kabulü ile bu hasta ve yakınlarına karşı etiketleme, dışlama ve ayrımcılık yapıldığı da olmaktadır ve bunun temelinde birçok faktör gösterilmektedir (Corrigan, 2004; Özmen ve Erdem, 2018). Geçmişte de görüldüğü üzere psikolojik bozukluklar insanları korkutmaya, tedirginlik yaratan bir durum olmaya devam etmektedir (Oban ve Küçük, 2011). Yüksel ve Taşkın’ın (2005) araştırmasına göre toplum psikolojik bozukluğa karşı yaygın şekilde olumsuz tutumlara sahiptir. Hayward vd. (2002) bipolar bozukluk tanısı almış kişilerle yaptıkları çalışmada, katılımcılarının tanı aldıktan sonra toplum tarafından arkadaş olarak kabul edilmede zorluk yaşayacakları, akıl sağlıkları konusunda kendilerine sürekli şüphe ile bakılacağı ve güvenilmez olarak değerlendirilecekleri, iş bulmada zorluk çekecekleri ya da kendilerine iyi ücret verilmeyeceği ve diğer çalışanlara göre daha olumsuz tutumlarla karşılaşacakları, bu durumlarının bilinmesi halinde kız arkadaş edinmede sıkıntı yaşayacakları, psikiyatri kliniğine yattıkları için artık kendilerinin fikirlerinin daha az ciddiye alınacağı şeklinde algılarının olduğunu ortaya koymuşlardır.

Vogel vd., (2009) genel toplumsal damgalama ile kişinin yakinen etkileşim halinde olduğu sosyal gruplar tarafından damgalanmasının ayırt edilmesi gerektiğine dikkat çekmişlerdir. Çünkü kişi etkileşim halinde olduğu kişilerden gelecek damgalamalardan daha fazla etkilenmektedir. Aileler çocuklarının hastalığını (özellikle de ‘ruh hastası’ diye toplumda karşılık bulan bir rahatsızlığı olmasını) toplumun iyi anne-babalık yapamamaktan kaynaklandığı suçlamasıyla karşılaşacakları için (çocuklarından ve onların durumlarından) utanma yaşayabilmekte, bu durumu endişe ve kaygı gibi birçok olumsuz duygu ile karşılayabilmektedir. Hasta sahibi olmak utanılacak bir durum olarak görüldüğünde, bunun gizlenmesi eğilimi ortaya çıkmaktadır (Yıldız vd., 2012). Külüğ’ün (2012) araştırmasında da ailelerinde psikolojik tanı ve tedavi alan kişilerin olması, kişinin ailesiyle ilgili bir utanç sebebi olarak görülmüştür.

Psikolojik desteğe ihtiyaç duyan bireylerde, sosyal ve içselleştirilmiş damgalamanın acı ve yıkıcı etkisinin en önemli sebebi, onların normal ol-

madığı ve o toplumun bir üyesi olmadığı duygusunun verilmesi ya da yaşatılmasıdır. Hatta bu sebeple psikolojik destek almakta olan kişilerin bunun dışındaki fiziksel semptomlarına dahi şüpheyle yaklaşılmakta ya da bunlar görmezden gelinmektedir. Kuş-Saillard (2010), psikiyatri dışı hekimlerin psikiyatrik tanı alan kişilerin sağlıkla ilgili taleplerine karşılık tutumları üzerinden yaşanan damgalamayı ele aldığı çalışmada Ankara'daki çeşitli sağlık kuruluşlarında çalışan 9 uzman ve 8 asistan psikiyatri ile görüşülmüştür. Araştırma sonucunda psikiyatri dışı hekimlerin psikolojik tanı ya da destek alan hastaların somatik rahatsızlıklarının göz ardı ederek yeterince tetkik etmediğini, onların sağlık değerlendirmesini kendi uzmanlıkları ile değil psikiyatrik tanı ya da semptomlar gölgesinde ele aldıkları için doğru isabetli kararlar alamayabildikleri bulgularını görüştükleri psikiyatrların ifadeleriyle doğrulatmıştır. Psikiyatri dışı hekimlerin, damgalayıcı tutumlar gösterdiklerini kabul etmişlerdir. Benzer şekilde Ben-Porath (2002) da senaryoya dayalı bir araştırmada, katılımcılardan depresyon konusunda yardım aldığı söylenen kişilerin sırt ağrısı için yardım aldığı söylenen kişilere göre duygusal açıdan daha istikrarsız ve kendine güvenlerinin daha düşük olduğunu söylediklerini belirtmiştir. Yurt içinde ve dışında yapılmış iki çalışma da bireyin psikolojik yardım isteme ya da tedavi alma durumunda toplum tarafından fiziksel sağlıkları ile yardım alma durumlarının dahi damgalanabildiklerini göstermektedir.

Dini Yaşam ve Psikolojik Hastalık Arasındaki Sebep-Sonuç İlişkisi

Çok farklı inanç sistemleri, kültürler ve tarihsel olaylar psikolojik bozukluklara karşı tutum ve davranışı büyük ölçüde etkilemektedir (Gökengin vd., 2017; Çam ve Uğuryol, 2019). Psikolojik rahatsızlığı olanların bu durumları nedeniyle damgalanması tıp tarihinde birçok olayda görülür (Çam ve Bilge, 2007; Çam ve Bilge, 2013). Psikolojik bozuklukların sebebi olarak metafiziksel açıklamaların, yaklaşımların yapılması eski bir geçmişe sahiptir (Babaoğlu, 2002; Geçtan, 2012). Örneğin ilk damgalanan hastalıklardan olan cüzamın ortaya çıkışı, Tanrı'nın insana verdiği bir "kötülük" olarak nitelendirilmiş, 1300'lü yıllarda "kara ölüm" olarak da bilinen veba ise Tanrı'nın insanlara günahkâr davranışları yüzünden verdiği ceza ile açıklanmıştır. 1980'lerde ortaya çıkan AIDS de homoseksüel ya da cinsel yolla bulaşan bir hastalık olduğu için öncelikle bu hastalık ve bu hastalığa yakalananlar "Allah'ın bir cezası ve ona yakalanan günahkârlar" olarak yorumlanmıştır (Oran ve Şenuzun, 2008; Çam ve Uğuryol, 2019).

Her din kendi inananına hayatı ve evreni insanları anlamlandırabilme-leri için referanslar sunar. O dinin ve inancın müntesibi insanlar da bu referans çerçevesinde hayatlarını şekillendirirler. Fakat bu yönlendirmelerde dinin referansları kadar dini yaşantıya karışmış kültür, dinin yaklaşımını anlama tarzı becerisi de etkili olmaktadır. Peygamberimize risaletin ilk yıllarında “mecnun” denmiş olduğunu da hatırlarsak Hz. Peygamber’de inandığı hakikati dile getirirken bulunduğu toplum tarafından ötelenmiş ve delirmekle damgalanmış ve toplumdan tecrit edilmeye çalışılmıştır. Bu durum ayetlere de şöyle yansımıştır. “Şüphesiz inkâr edenler Zikr’i duydukları zaman neredeyse seni gözleriyle devirecekler. (Senin için,) “Hiç şüphe yok o bir delidir” diyorlar” (Kalem Suresi: 51), “(Ey Kureyşliler!) Sizin arkadaşınız (Muhammed) bir deli değildir.” (Tekvir Suresi: 22). Bu şekilde özellikle İslam dini üzerinden konuşulursa ötekinin ne hissettiğini anlama pratiği olan bir peygamberi ve ona inandığı için sosyal damgalanma yaşamış inananları merkezde tutan ve insana şah damarından daha yakın olduğunu, kalpleri açık beyan bildiğini söyleyen bir Allah tasavvuru olan bir dinin, kişilerde hem içsel hem de sosyal damgalanmalara yol açtığını iddia etmek makul olmayacaktır. Din üzerinden yapılan damgalamalar dinin asli metinlerinden olmaktan ziyade daha çok “dindardan kaynaklı” yani dinin kişilerce yorumuyla alakalıdır.

Hayatta insanın başına gelen sıkıntılar ve çözülmesi gereken problemler, dindar insanın anlam çerçevesinde birer imtihan olarak ele alınmaktadır (Kula, 2005; Ayten, 2010; Göcen, 2015). Hastalıklar da birer imtihandır. Fakat hastalıkların geliş sebebinin bir cezalandırma mı yoksa bir yaşam tecrübesi mi olduğun insanların karar kılması tam olarak isabet ettirilmiş bir açıklama değildir. Şüphesizler ki psikolojik rahatsızlıklar da aynı bedenlen yaşanan rahatsızlıklar gibidir. Onun psikolojik yaşanmasının arkasındaki mana genellemez ve kişiden kişiye değişir.

Genel olarak insanların hastalık ve sağlık tanımları üzerinde fiziksel rahatsızlıklarda olduğu gibi psikolojik rahatsızlıkların etiyojisi üzerinde de dini temelli düşünce, tutum ve kişilerin etkili olduğu görülmüş, hangi din olduğunun önemi olmaksızın, katı bir din inancının ve yorumunun varlığı psikolojik rahatsızlığı olan kişilere yönelik daha katı ve dışlayıcı bir yaklaşıma sebep olmuştur. Örneğin Stanford (2007) tarafından psikolojik bozukluğu olan Hristiyanlarla yapılan bir çalışmada katılımcıların büyük bir kısmı kilise ile olumlu ilişkiler içerisinde olduklarını, katılımcıların üçte biri ise din görevlilerinin “psikolojik bozukluk diye bir şey olmadığını ve kişilerin işledikleri

günahların sonucu bu belirtilerin ortaya çıktığını” söylediklerini bildirmişlerdir. İnfertil olan kişiler üzerine yapılan çalışmalarda da özellikle kadınların çocuksuz olmalarının toplum tarafından Allah’ın bir nimeti olan çocuk zenginliğinden mahrum bırakılma, Allah tarafından bir cezalandırılma olarak yorumlanarak kimi zaman içsel kimi zaman sosyal damgalanmaya sebep olduğu belirtilmektedir. (Göcen, 2015; Bekaroğlu, 2018). Bu çalışmaların kişilerin dini tutum ve yaklaşımlarının sağlık ve hastalık açıklamalarındaki hatta damgalamadaki etkisini gösterdiğini söyleyebiliriz.

Türk toplumunu ele alan literatürde özellikle psikolojik yardım alma davranışı tutumu veya niyeti ile damgalamaya ilişkin çalışmalar yer almasına rağmen, ülkemizdeki dini tutumlar ve yaşantılar ile damgalama ilişkisi üzerine çok az çalışma vardır (Eker vd., 2010; Yaman ve Güngör, 2014; Diaz vd., 2010; Güngörmüş vd., 2014). Bu çalışmada kişilerin hayatlarıyla ilgili kararlarında ciddi etkileri olabilen dini inanç ve yaşantıların, psikolojik yardım alma davranışı ile etkileşimi ele alınacaktır. Dini ve manevi hayat ile damgalama ilişkisini doğrudan ilk kez ele alan bir çalışma olması da araştırmayı son derece özgün kılmaktadır. Özellikle dinin insan üzerindeki tezahürlerine odaklanmış din psikolojisinin iki saç ayağını oluşturan din ve psikoloji ilişkisi üzerindeki önemli bir gündelik meseleyi akademiye taşıması ve çözümü konusunda MDR’nin nasıl bir rolünün olabileceğine odaklanması bakımından başlangıç için önemli bir adım olacağı düşünülmektedir.

Neden Bir Psikolojik Sağlık Uzmanına Gitmektense Bir Din Adamına Gidilir?

Psikolojik bozukluğu olan bireylerin ve yakınlarının modern tıp dışında geleneksel yardım arama davranışlarında bulunduğu bunların içinde hem ülkemizde hem de değişik toplumlarda en sık olarak din adamlarına yönelimin olduğu görülmektedir (Bademli ve Lök, 2017; Güleç vd., 2006). Türkiye ve Almanya’da yaşayan Türk psikiyatri hastalarının tıp dışı yardım arama davranışlarının incelendiği başka bir çalışmada en fazla rastlanan tıp dışı tedavi arama davranışının din hocasına gitme (Türkiye’dekiler %74.4, Almanya’dakiler %87.9) olduğu belirtilmektedir (Ruscinova vd., 2002). Bunun sebepleri arasında psikiyatrik ilaçların suni olması ve bağımlılık yapması, kesin tedavi sağlamaması sadece belirtileri hafiflettiği tamamen gidermediği (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006) düşüncesi, psikolog ya da psikiyatrların dindar danışanlarca daha seküler bulunmasından kaynaklı olarak sorunun

anlaşılması ve çözülmesinde bir katkı sağlamayacağı düşüncesi, bunun yanı sıra psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin hem damgalayıcı tutumlara hem de damgalanma kaygısına sahip olması sayılabilir (Ünal ve ark. 2001; Arslantaş vd., 2010). Örneğin Beşiroğlu vd., (2010) 303 kişinin katılımıyla obsesif-kompulsif belirti ve ruh sağlığı ilişkisi üzerine yaptıkları çalışmada, katılımcıların dini obsesyona sahip kişilerin beklendiği üzere en fazla dini nedenlerle ilişkili olarak bu yönelime girdiklerini ve yardım için de bu sebepten dinsel kişileri daha çok tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Yine dini obsesyon belirtilerinin daha fazla saklanma eğiliminde olan kategoriye girdiğini ve sahip olunması durumunda ise diğer obsesyon kategorilerine göre daha fazla utanç duyulacak bir durum olarak tanımlandığını belirtmişlerdir.

Araştırmanın Amacı

Psikolojik bozukluklara ve psikolojik destek alma sürecine giren kişilerin ve toplumların bakış açısının yıpratıcı ve olumsuz olması maddi-manevi külfetlere sebebiyet vermektedir. Destek almanın toplum tarafından garip-senmesi, o kişiye ve ailesine bazı tepkilerin doğmasına sebep olmaktadır. Kişinin psikolojik destek alma sürecinin gizlenmesi, korkunç karşılanması, o kişilere ve ailesine “deli” “hasta” vb. yakıştırmaların yapılması, kişilerin sosyal yaşamlarında ve kendi içlerinde çatışmalara sebebiyet vermektedir. Dindar çevrelerde bu yakıştırmalara ek olarak “inancı eksik” “imanı azalmış” “tevekkülsüz” gibi, kişinin dini ve manevi duygularına ilişkin yargılamaların da olduğu görülür.

Bu çalışmanın amacı; psikolojik bozukluğa sahip olan bireylerin içinde bulundukları durumu anlama ve yorumlama sürecinde dini ve manevi faktörlerin nasıl etki ettiğini, bu süreçte içsel ya da sosyal damgalama olarak inanç temelli sorgulamalar yaşayan kişilerin manevi destek ve danışmanlığa nasıl baktıklarını tespit etmek, onlara danışmanlık ve rehberlik edecek kişilere bunu nasıl yapacaklarına dair önerilerde bulunmaktır. Bu sebeple araştırma,

- Psikolojik rahatsızlığa sahip bireylerin, kendilerine psikolojik ve dini açıdan bakışı nasıldır?
- Psikolojik yardım alan dindar kişiler, psikolojik rahatsızlıklarının sebebi ile kendi inanç ya da ibadetlerinin düzeyi ve niteliği arasında bir bağlantı kurmakta mıdır? İnanç ve ibadet yaşantısı olma ile psikolojik yardım alma durumu arasında bir nasıl bir ilişki kurmaktadır?
- Bu kişiler psikolojik yardım almaya ihtiyaç duymaları ile ilgili olarak aile

ve sosyal çevrelerinden hastalığın nedeni ve tedavisi anlamında dini ve manevi temelli herhangi bir açıklama ve yönlendirme almışlar mıdır? Bundan nasıl etkilenmişlerdir?

- Psikolojik yardım almanın doğru şekilde yorumlanması ve kabul edilmesinde bu kişiler ve yakınları için manevi danışmanlık hizmeti nasıl görülmektedir ve onun rolüne dair görüşler nelerdir? soruları yanıtlamayı amaçlamaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada psikolojik destek alan kişilerin ve onlara tanıklık eden yakınlarının neler hissettikleri ve bu süreçten nasıl etkilendiklerini derinlemesine anlayabilmek ve MDR uzmanlarına sağlıklı öneriler sunabilmek için nitel araştırma yöntemi tercih edilmiş, araştırma desenlerinden olgu bilim modeli kullanılmıştır. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden *kartopu örnekleme ve maksimum çeşitlilik örneklemesi* kullanılmıştır. Burada *ölçüt örnekleme* de kullanılmış buna göre katılımcıların psikolojik destek almak için psikoloğa veya tedavi almak için psikiyatra giderek tanı almış olması, bununla birlikte en az 2 ay profesyonel psikolojik yardım almış olması temel alınmıştır.

Çalışma Grubu

Katılımcılar 20-54 yaş aralığındadır ve yaş ortalamaları 31.3'tür. Kadınların 11'i 20-26 yaş, 5'i 30-51 yaş aralığında olup, erkek katılımcımız ise 54 yaşındadır. Katılımcıların çoğu lisans eğitime sahiptir. Buna göre katılımcılardan 3'ü ilkokul, 1'i lise, 1'i ön lisans, 10'u lisans, 2'si yüksek lisans mezunu kişilerdir. Katılımcıların 3'ü öğretmen, 1'i satış danışmanı ve 1'i de ayakkabı imalatı yapmakta olup 5'i çalışmaktadır. Geneli orta ekonomik düzeye sahip olduğunu belirtmiş 5 evli, 1 nişanlı ve 11 bekâr katılımcıdan, 3'ü panik atak, 3'ü yaygın anksiyete (kaygı bozukluğu), 2'si bipolar bozukluk, 1'i somatik bozukluk, 1'i kişilik bozukluğu, 1'i sosyal fobi, 2'si depresyon teşhisi almış olup 4'ü rahatsızlığını isimlendirmek istemeyerek "psikolojik destek" alğını belirtmiştir ve katılımcıların tamamı inançlı kişilerdir. 11'inin tedavisi halen devam etmekte olup diğer 6'sı tedavisi tamamlanmış katılımcılardır. Böylece araştırmanın çalışma grubunu 1'i erkek 16'si kadın olmak üzere 17 kişi oluşturmaktadır.

Veri Toplama Aracının Oluşturulması

Psikolojik rahatsızlıkların dindarlar tarafından dini yaşamlarının zayıflığı olarak görülüp görülmediği, bunun kişinin yaşamında içsel ve sosyal damgalanma olarak nasıl yaşandığı ve bunlara nasıl baktıkları görüşmeler yoluyla tespit edilmeye çalışılmıştır. Görüşme formunda öncelikle çalışma hakkında kısa bir bilgi verilmiş, bu bilgiler kişinin konuyu anlamasına yardımcı olacak şekilde yalın bir dille anlatılmıştır. Devamında katılımcıları tanımaya yönelik kişisel bilgi formu eklenmiştir. Sorular yarı yapılandırılmış şekilde, katılımcıların anlayabileceği düzeyde ve açık ifadelerle yazılmıştır. Görüşme formu oluşturulduktan sonra soruların geçerliliğini, içerik ve yapı bakımından değerlendirilmesini sağlamak amacıyla form iki akademisyen ve bir psikoloğun takdirine sunulmuştur. Din psikolojisi alanında uzman iki akademisyene ulaşılmış, soruları değerlendirmeleri istenmiş onlardan gelen öneriler çerçevesinde tekrar düzenlenmiştir. Ayrıca hali hazırda danışanlarıyla terapi yapan bir klinik psikolog ile de yüz yüze görüşülerek sorular üzerinden birlikte geçilmiştir. Uzmanlardan gelen görüş ve öneriler doğrultusunda görüşme soruları yeniden düzenlenmiştir. İki kişi ile ön görüşme yapılarak soruların uygulanabilirliği test edilmiştir. Nihayetinde veri toplama aracı, katılımcıları tanıtmak amacıyla eklenen “Kişisel Bilgi Formu” ve yarı yapılandırılmış “Görüşme Soruları” ile iki bölüm olarak belirlenmiştir.

Verilerinin Toplanma ve Çözümleme Süreci

Veriler, 2018 yılı Ağustos ve Eylül aylarında toplanmıştır. Tedavisi tamamlanan ya da devam etmekte olan ve bunun yanı sıra ilaç tedavisi veya psikoterapi alan kişilere göre soruların sorulma şekli değişiklik göstermiştir. Görüşmeler sırasında konuşmalar kayıt altına alınmıştır. Katılımcılardan biri, sesinin kaydedilmesine izin vermemiştir. Görüşmeler esnasında alınan ses kayıtları yazıya aktarılarak çözümlemesi yapılmıştır. Elde edilen veriler içerik analizine tabi tutulmuştur. Buna göre verilen yanıtlardan yola çıkılarak kodlamaya gidilmiş, daha sonra kodlamalar, hangi kodların hangi temaları oluşturduğuna bakılarak taslak temalar altında birleştirilerek kategorilere ayrılmıştır. Bunun yanında katılımcıların yanıtlarının kullanılabileceğine dair izin belgeleri, görüşmelerin kayıtları ve deşifreleri araştırmacı tarafından korunmuştur.

Nitel araştırmada araştırmacı da araştırmanın içinde bir aktördür ve o da kendisini gözlemler. Burada soruların incelenmesi için uzman görüşü

alınacak psikoloğu görmek üzere randevu alarak çalıştığı hastaneye giden araştırmacılardan biri, kendisinde damgalanma korkusu olduğunu hissetmiştir. Psikoloğun odasına girdiğinde psikoterapi almak için gelmemiş olmasına rağmen dışarıda onu gören insanlar tarafından damgalanma korkusu yaşamıştır. Diğer araştırmacı da benzer bir damgalanma korkusunu bir cezaevine vereceği seminer için giderken yol sorduğu kişilerin bakışları ve sordukları sorular karşısında yaşadığı endişe sebebiyle yaşamıştır. İki araştırmacı da esasen birçok insanda yaşanan ötekileştirmenin az da olsa neler hissettirebileceğini deneyimlemiştir.

Katılımcıların isimleri gizli tutulmuş, her birine numara verilerek çalışmada isim yerine katılımcı numaraları, rahatsızlıkları ve yaşları ile rol almışlardır. Burada rahatsızlıklarının ismen geçmesi onları damgalamak için değil tam tersine bu isimlerin okuyucuların zihninde damgalayıcı bir yaklaşım var ise onların düşüncelerini okurken onlarla empati kurmalarına ve bu rahatsızlık ve süreciyle ilgili bir farkındalık yakalamalarını sağlamaktır. Ayrıntılı betimlemenin yanında doğrudan alıntılara sık sık yer verilmeye çalışılmıştır. Bulgular araştırmacıların gözlemleri ile desteklenerek yorumlanmıştır.

Bulgular ve Yorumlar

Araştırmada elde edilen veriler görüşme soruların sıralamasına göre içselleştirilmiş damgalama, sosyal damgalama ve manevi danışmanlık ve rehberliğe dair bulguları içeren üç tema altında toplanmış, yorumlar bu ortak temalar çerçevesinde sunulmuştur.

Psikolojik Yardım Almış ya da Almakta Olan İnançlı Danışanların; Psikolojik Rahatsızlıkla Karşılaşma Sırasında İçsel Damgalamaya Dair Görüşleri

Katılımcılar hastalıkla ilk karşılaştıklarında ilaç kullanmaktan kaynaklı damgalanma korkusu yaşadıklarını ifade etmişler, ilaç tedavisi almanın zararları olduğunu dile getirmişlerdir. Katılımcılardan 3'ü *ilaç tedavisini problemlerin üzerini kapattığını*, 2'si *ilaç tedavisini zararlı bulduklarını*, 3'ü *rahatsızlıkla karşılaştıklarında rahatsızlığı tanımlama ve anlamlandırma güçlüğü çektiklerini*, 2'si *psikolojik destek almayı kınar ve kötü gördüklerini*, 2'si *rahatsızlıklar sebebiyle destek almayı eksiklik olarak gördüklerini* ve geriye kalan 9 katılımcının psikolojik destek almayı *gerekli gördükleri* tespit edilmiştir.

Katılımcılardan 2 kişi destek alacaklarını öğrendiklerinde bunu kendilerine yakıştıramadıklarını ifade etmişlerdir: *Hadi yaa dedim derste anlattıkları*

şimdi benim başıma mı geldi, biz bunun dersini alıyoruz ama benim düştüğüm duruma bak... "bitmiş" gibi hissettim... bu senin bittiğin nokta dedim. (14. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 30 yaş) kişilerin rahatsızlıklarına karşı bu kadar önyargılı olmalarının nedeni ise rahatsızlığı yaşayan kişilere de önyargılı yaklaşmış olmalarıdır. ... ben "problemli bir insan olamazdım." Değildim ve bunu kabullenmek istemedim. Beni problemli gibi görsünler istemedim ya da "anlaşılır mı acaba" diye korktum (8. Katılımcı, Psikoterapi, 21 yaş).

Psikolojik destek alıyor olmayı kınar ve kötü gören katılımcılardan biri, kendi rahatsızlığından önce, *Böyle destek alan birini duyunca derdim ki, ayy ne kadar kötü, o kişi için ne kadar kötü ne kadar kötü durumda, millet şimdi onun için ne düşünüyor, ne diyor. (4. Katılımcı, Kişilik Bozukluğu, 44 yaş) gibi düşüncelere kapıldığı ifade etmektedir.*

Katılımcılardan biri panik atak problemi yaşamıştır ve rahatsızlığıyla ilk tanıştığında bunu fiziksel bir problem zannettiğini ifade etmiştir (11. Katılımcı, Panik Atak, 51 yaş). Bununla birlikte psikolojik bir problemi olduğunu öğrenen 3 katılımcımız bunun nedenini sorguladıklarını, neden böyle hissettiklerini (10. Katılımcı, Bipolar, 50 yaş), "Neden Ben?" sorusunu sorarak diğer insanlardan neden farklı olduklarını (9. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 24 yaş) ve yaptıkları hangi şeyden ötürü bunu yaşadığını (4. Katılımcı, Kişilik Bozukluğu, 44 yaş) sorguladıklarını ifade etmişlerdir.

Psikolojik Rahatsızlıklarını ve Yardım Alma Süreçlerini Anlamlandırma Süreçlerindeki İçselleştirilmiş Dini Damgalamaya Dair Görüşleri

Bazı katılımcılar sosyal damgalanmadan etkilenecek bazıları ise doğrudan rahatsızlığı öğrendikleri ilk andan itibaren kendilerini "imanı zayıflamış, tevekkülsüz veya bir günahları sebebiyle cezalandırılmış" hissederek kendilerini damgaladıkları verdikleri yanıtlar yoluyla tespit edilmiştir. Katılımcıların 4'ü daha önceden işledikleri bir günah sebebiyle cezalandırıldıklarını düşünerek kendilerini dini manevi anlamda düşürmelerinin hastalıklarına sebep olabileceğini ifade etmişlerdir. *Önceleri başım açıktı sonradan bu şekilde giyinmemin bir cezası olarak düşünüyordum. İlk başta büyük bir günah işlediğim için bunun bedelini mi ödüyorum acaba hissi olmuştum, ya da "daha büyük bir şey gelecek başıma ve bu onun hazırlığı" gibi düşündüm. Büyük bir darbe alacağımı düşünüyordum. (9. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 24 yaş)*

Görüşmelerimiz esnasında yine bir katılımcımızın aşağıdaki ifadesi de içselleştirilmiş dini damgalama için örnek oluşturabilecek yöndedir: *Eşim bazen diyordu ki, biz nişanlıyken elimi tutmak istiyor sarılmak istiyordu. Ben de izin vermiştim. Dedi ki eşim, sen bunlara izin verdiğin için bu yüzden evliliğim bitti, Allah bizi cezalandırdı diyordu. Bu benim çok psikolojimi bozuyordu. Biz yanlış olan bir iş yaptık ve Allah da bize bunu verdi diyordu. Bunlarda hep suçlu hissettim ve hep Allah'tan ceza almış hissediyordum. Herhalde çizgiyi aştım Allah da bunu bana imtihan olarak verdi dedim. Tek verebildiğim cevap...* (4. Katılımcı, Kişilik Bozukluğu, 44 yaş).

Burada, 2 katılımcının rahatsızlıklarını Allah'ın onları terbiye etmek istediği için onlara verdiğini düşündüklerini ifade ettikleri de görülmüştür. *Bir de diyordum ki, ben kendime değer veriyordum, kendime saygı duyuyordum.. Kendim için ve her şey için kurallar olması gerektiğin inanıyordum, en iyi olmam gerektiğine inanıyordum. Belki de bu benlik sevgimi törpülemek amaçlı bana böyle bir şey verdi diyordum.* (14. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 30 yaş).

Rahatsızlıklarını ilk öğrendiklerinde kendilerini sorguladıklarını ifade eden 2 katılımcımız da bunun sebebi olarak inançlarındaki bir bozukluğun yahut ibadetlerindeki zayıflamanın olabileceğini düşündüklerini söylemişlerdir. Kendilerine böyle bir teşhis koydukları için de tedavi yöntemini de bu şekilde belirlemişlerdir. *O an onu da sorguladım yani acaba imani noktada bir sıkıntı mı var, ibadetlerimde samimiyetim zarar gördü de bir şeylerde yanlış yapıyor muyum da ben böyle hissediyorum diye düşündüm. Bu sebepten ibadetlerimde de daha dikkatli olmaya başlamıştım. İmanımı tazelemeye çalışmıştım* (3. Katılımcı, Sosyal Fobi, 24 yaş). Bir diğer katılımcımız da *"... evet imanımda bir problem var tevekkülüm yok Allah'a güvenmiyorum gibi düşüncelere kapılıyordum. Tevekkülüm arttığında hastalığımın düzeleceği düşüncesi oluyor.* (17. Katılımcı, Depresyon, 24 yaş) diye kendini ifade etmiştir.

Allah'ın onu dünyada başıboş bıraktığını ve onunla ilgilenmediği için yalnız kaldığını düşündüğünü söyleyen katılımcılardan biri rahatsızlığını kendine açıklamaya çalışırken Allah'ın kendisini sevmediğini düşündüğünü ve bu sebeple rahatsızlık yaşadığını ifade etmiştir. *Sanırım Allah beni sevmiyor diyordum. Başıboş bırakılmış ve yalnız hissediyordum... Namaz kılmayım ve çarpılıyım ki Allah tarafından umursandığımı hissedeyim"* demiştim. (17. Katılımcı, Depresyon, 24 yaş).

Katılımcılara ibadet hayatları ve özellikle namazları, duaları ve diğer dini uygulamaları ile ilgili sorular yöneltilmiş, kişilerin özellikle rahatsız-

lığı yaşama süreçlerinde ibadetlerindeki ve dualarında artış ve azalmalar sebepleri ile araştırılmıştır. “*İbadet hayatınızda ve dua etmenizde rahatsızlığınız ile bir farklılık oldu mu?*” sorusuna “*farklılık olmadı, ibadet ile bir ilişkilendirme yapmadım*” diyenlerin sayısı 5’tir. Bunlardan bazıları ibadetleri artırdığında iyileşeceğine dair hislerinin oluştuğunu ancak uygulamada bir farklılık yapmadığını (8. Katılımcı, Psikoterapi, 21 yaş; 14. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 30 yaş), bazıları ise ibadetlerinde de duygularında da bir farklılık olmadığını, ibadetin psikoloji ile ilgili bir durum olmadığını (6. Katılımcı, Psikoterapi, 25 yaş; 12. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş; 5. Katılımcı, Bipolar, 22 yaş) dile getirmişlerdir. Katılımcıların tamamı inançlı, çoğunluğu ise yüksek din eğitimi almış kişiler olmalarına rağmen ibadetlerinde fazla değişimin olmamasını, hatta olumsuz bazı değişimlerin olmasını rahatsızlıklara karşı bakış açıları’nın “tıbbi” olmasıyla açıkladıkları görülmüştür.

İbadetlerini sıkıntılı dönemlerinde artırdığı söyleyen 4 katılımcımız olmuş, bunlardan bazıları *ibadetle ve tesbihatla meşgul olmanın kişinin zihnini meşgul ettiğinden dolayı kaygılarını azalttığını* düşünürken (7. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 25 yaş), bazıları *ibadet etmenin kişiye huzur vermesinin yanında iyileşmeye dair umudu diri tuttuğunu* ifade etmişlerdir. ...*namazı bırakırsam daha çok dibe çökecektim gibi bir his oluyordu... Çünkü oturduğum yerden bu depresyon geçsin diyemezdim. O çabanız en azından namazda kalsın istiyordum* (2. Katılımcı, Depresyon, 26 yaş).

Sıkıntılı dönemlerinde ibadetlerini azalttıklarını söyleyen iki katılımcımız, bu sebeple suçluluk ve yetersizlik duygularına kapıldıklarını ve ibadetlerine daha çok özen gösterdikleri takdirde daha hızlı iyileşebileceklerine dair bazı inançlarının olduğunu dile getirmişlerdir. *İbadetleri düşünsem de yapamıyordum, hissedemiyordum. Ama yapamadığımda kendimi daha güçsüz hissettiğim oluyordu. Yaparsam daha güçlü olurum daha kolay iyileşirim diyordum.* (10. Katılımcı, Bipolar, 50 yaş). Bu iki katılımcımız ibadetlerinin azalma sebebini ilaçların etkisiyle sürekli olarak uyumalarına bağlamakta ve bu durumdan suçluluk duyduklarını ifade etmişlerdir (14. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 30 yaş; 9. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 24 yaş). Bir diğer katılımcı dua etse de dualarını ve Allah’ı hissedememesi sebebiyle dualarında istemsizce azalmanın ortaya çıktığını belirtmiştir: ...*İyileşmek istiyorum ama bunu söyleyerek istemek beni tatmin etmiyor, hissedemiyordum. Artırmak için elimden geleni yaptım çünkü onları bıraktığım zaman daha zor iyileşeceğimi biliyordum* (2. Katılımcı, Depresyon, 26 yaş).

Namazla birlikte kişiler dualarında veya dualarının içeriklerinde de rahatsızlıkları ile bazı farklılıklar yaşamışlardır. Katılanların çoğunluğu dualarının hayli arttığını, dualarının içeriklerinin genişlediğini ifade etmişlerdir. Kişilere dualarını artırma sebepleri sorulduğunda verdikleri yanıtlar *duanın iyileştirme gücü olması* (8. Katılımcı, Psikoterapi, 21 yaş; 9. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 24 yaş, 13. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş; 1. Katılımcı, Panik Atak 47 yaş, 4. Katılımcı, Kişilik Bozukluğu, 44 yaş), *duanın kişiyi daha iyiye teşvik edici olması* (5. Katılımcı, Bipolar, 22 yaş), *yalnızlığı gidermesi ve konuşmanın rahatlatması* (3. Katılımcı, Sosyal Fobi, 24 yaş; 15. Katılımcı, Erkek, Panik Atak, 54 yaş), şeklinde olmuştur. *Mesela Allah'ım ben intihar ederek ölmek istemiyorum, öyle bir acizliğe düşmek istemiyorum diye dua ettiğimde ve atak anı gelip intihar etmek istediğimde beynim otomatik olarak intihar düşüncelerime karşılık veriyor, yok sayıyor. Bu bana çok iyi geldi mesela. Olumlu bir etkisi olduğunu düşünüyorum.* (5. Katılımcı, Bipolar, 22 yaş). ... *dualarım arttı. Sebebi de şu ben kendimi bir anda yalnız hissettim, o hastalık insanı yalnızlığa itiyor, yalnız kaldıkça da rabbime yöneldim. İyi geliyordu bana.* (15. Katılımcı, Erkek, Panik Atak, 54 yaş).

Psikolojik Yardım Almış ya da Almakta Olan İnançlı Danışmaların; Aile, Sosyal ve Mesleki Çevrelerinin Psikolojik Yardım Alma Sürecine Dair Toplumsal Damgalama ile İlgili Görüşleri

Kişilere psikolojik rahatsızlığınızı başkaları ile paylaşıp paylaşmama tercihinizde neler etkili oldu diye sorulduğunda katılımcıların birçoğu psikolojik rahatsızlığı olduğunu çevrelerindeki insanlarla rahatça paylaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar *eksiklik olarak görülmesi ve kişiden uzak durulması* (7. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 25 yaş; 4. Katılımcı, Kişilik Bozukluğu, 44 yaş), *İnsanların önyargılı olması nedeniyle yargılanmak ve saygı duyulmama endişesi* (14. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 30 yaş; 9. Katılımcı Kaygı Bozukluğu, 24 yaş, 5. Katılımcı, Bipolar, 22 yaş, 6. Katılımcı, Psikoterapi, 25 yaş; 10. Katılımcı, Bipolar, 50 yaş, 12. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş, 15. Katılımcı, Erkek, Panik Atak, 54 yaş, 11. Katılımcı, Panik Atak, 51yaş), *Toplumsal onu sorunlu görerek dışlaması korkusu* (3. Katılımcı, Sosyal Fobi, 24 yaş; 13. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş, 8. Katılımcı, Psikoterapi, 21 yaş; 17. Katılımcı, Depresyon, 24 yaş), ve son olarak *Muhatabının bilgisizliğinden kaynaklı anlaşılama korkusu* ile paylaşmamayı tercih etmişlerdir (1. Katılımcı, Panik Atak, 47 yaş, 6. Katılımcı, Psikoterapi, 25 yaş, 12. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş).

Aslında tüm bu korkuların arkasında yatan temel sebep toplumun psikolojik rahatsızlıklara karşı olan önyargıları, *Benim paylaşmama sebebim etrafındaki insanların beni yargılayacağını ve küçümseyeceğini veya suçlayacağını düşünmüş olmam.* (12. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş), *Psikolojik tedavi gördüğünde psikoloğa gitmek falan çok yaygın olmadığından ya da kültürde yok diye hemen deli ya da kafayı sıyırdı şeklinde bir yargılama oluyor. İnsanlar benden uzaklaşabilir, yargılanabilirim düşüncesi olabiliyor.* (3. Katılımcı, Sosyal Fobi, 24 yaş) ve kişileri belli bir kalıba sokarak dışlamaları, ... *Hem toplum tarafından hem evlilik yapacağı kişi tarafından... Bu kişi hasta, kusurlu, hasarlı, bu kişiden uzak durmak gerekir diye düşünürlər. Hasta demek bile çok kırıcı.* (4. Katılımcı, Kişilik Bozukluğu, 44 yaş), ...*direkt "hum bu kız hasta mı" gibi söylemler duyuyorum ve süreci anlayamıyorlar. "O ortama ait olamama, dışlanma korkusu, "Bunu aramıza almayalım" derler gibi hisler...* (13. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş), kişilerin toplum içerisinde edindikleri yerin ve saygının sarsılmasını istememeleri, *Anlattığım kişilere de "ya bir danışmanım var bazen gidiyorum olarak anlatıyordum. Düzenli gidiyorum psikoloğum var benim, deli gibiyim demiyordum yani.* (8. Katılımcı, Psikoterapi, 21 yaş) en önemlisi de kişinin herhangi bir sebeple sosyal damgalanma yaşayarak ...*herkesle paylaşmadım çünkü herkes bilirse bir şey diyen çok olur* (15. Katılımcı, Erkek, Panik Atak, 54 yaş), *Sevmiyorum insanlarla paylaşmayı. Çok kişiyle paylaşınca derdin azaldığını söylerler ama ben çoğaldığımı düşünüyorum.* (11. Katılımcı, Panik Atak, 51 yaş), kendi kendine olan saygısını yitirmesi, *Eğitimci bir sıfatımız var ve kendisi ne ki çocuklara ne versin cümlesini duymamak için anlatmak istemem yani kimseye.* (14. Katılımcı, Kaygı bozukluğu, 30 yaş) kendisinin damgalanmak istememesidir.

Psikolojik destek aldıklarını her ortamda söyleyememekle birlikte katılımcılarımız, dile getirdikleri yerlerde de ancak üstü kapalı ya da mizahi yollarla söylemeyi tercih etmektedirler. *Mizahi bir dille söylüyorum bazen. Karşı taraf için bir kalıba girdiğimi fark ediyorum tabii ki söyleyince.* (17. Katılımcı, Depresyon, 24 yaş). Bu da kişiyi kalabalık toplum içerisinde derin bir yalnızlığa itmektedir. *İlk başta hiç kimseye söylememiştim, o kadar hiç kimseye söylememiştim ki hiçbir kimseye söylememiştim.* (8. Katılımcı, Psikoterapi, 21 yaş). Yalnızlaşan birey psikolojik sıkıntıları ile baş başa kaldıkça kaygıları artmakta ... *birbirimize içimizi açmada çok ciddi sıkıntılar var, yaftalama eleştirme olabiliyor.* (3. Katılımcı, Sosyal Fobi, 24 yaş) çevresindekilerin kendisinin problemini fark etmemesi için ekstra önlemler almaya çalışarak stresini de sürekli olarak tetiklemektedir. *Anlaşılmasından korkuyordum. O zaman kendimle ilgili suçlayıcı bakışlar olabilir diye düşünüyorum.* (8. Katılımcı, Psikoterapi, 21 yaş). Toplu-

mun bu konudaki bilgisizliği ve bilinçsizliği devam ettikçe kişilerin damgalanması da artacaktır. *Ben de zaten ya kendisi de böyle bir şey geçirmiş ya da bu konuda iç görü sahibi olan kişilerle paylaşıyorum. İdrak etme problemi yaşamayacak kişilerle paylaşıyorum* (12. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş), *ama benim çekindiğim için değil herkes bunun bilgisine sahip olmadığı için söylemiyorum çoğu zaman. O diyaloga girmek istemiyorum. Kafasında kalıp olmadığını düşündüğüm kişilere rahatça söylerim* (6. Katılımcı, Psikoterapi, 25 yaş).

Kişilere ailelerinin bu süreçteki tepkileri ve yaklaşımları sorulduğunda kişiler çoğunlukla ailelerinden destek gördüklerini ifade etmişlerdir. Üç katılımcının ailesi kendisine inanmamış, durumlarının ciddiyetine ve bir rahatsızlıklarının olduğuna ikna olmamışlardır. Kişiler bu süreçte psikolojik yardım alma ihtiyacı duyduklarını dile getirdiklerinde de onlarla ilgilenmemişlerdir. Özellikle babalar, çocuklarındaki bu hastalığın varlığını kabul etmemekte, anneler ise hastalıktan utanç duymaktadır. Bu durumu ailelerin konuyla ilgili ilgi eksikliğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Nitekim birçok hastada olduğu gibi hasta yakınları da psikoloji ile ve psikolojik bozukluklarla hastalıkla yüz yüze geldiklerinde tanışmaktadır. Hastalar durumu tecrübe ederek öğrendikleri için daha kolay idrak edebilmektedir ancak aileler oluşan farklılıkları tanımlamakta ve anlamlandırmakta ciddi güçlükler yaşamaktadır. Buna en iyi örnek ise 20'li yaşlardaki bir katılımcımızın sözleri olabilir. Psikolojik destek aldığından ailesinin haberi olmadığını ifade etmiş ve onlarla paylaşmama sebebini ise ... *haberleri yok. Ailem bunu gereksiz bulurdu muhtemelen. Bir kere oraya verdiğim parayı tamamen boş bulurlardı. Parasını geçsek durumu gereksiz bulurlardı. Hem maddi hem manevi gereksiz görürler bence.* (8. Katılımcı, Psikoterapi, 21 yaş) diyerek ailesinin bu tür bir destek alma sürecini anlayamayacağını belirtmiştir.

Bazı aileler ise çocuklarındaki bu rahatsızlığın kendilerinin de damgalanmasına sebep olabileceği düşüncesiyle dışarıda bunu paylaşmaktan çekinmektedir. *Annem destek aldığımı başkaları ile paylaşmaz çünkü o da beni kusurlu görür, eksik görür. Ama bana da kaygılarımı hatırlatmaktan çekinmiyorlar evde.* (4. Katılımcı, Kişilik Bozukluğu, 44 yaş). Katılımcımız rahatsızlığını damgalanmayı da göze alarak rahatça paylaşabilirken annesi çocuğunun bu durumundan utanmakta, onu saklayarak gelebilecek tepkilerden hem kendisini hem de çocuğunu korumaktadır. Buradan anlaşılmaktadır ki aslında aileler de çocukları bile olsa damgalayıcı ve yargılayıcı bakabilmektedir. Nitekim bir katılımcı, *Arkadaşlarım ve ailemden zaman zaman deli ya da git tedavi*

ol gibi kırıcı sözler de duydum. (5. Katılımcı, Bipolar, 22 yaş) demiştir. Diğer bir katılımcı ailesinin durumu anlayamadığı için ne olduğunu tanımlayamadığı ifade ederek, ...olumsuz bir şey olmadı ama birkaç kez depresyon çok uzun sürdüğü için ailemden artık ayağa kalk ve bir şeyler yap ikazı aldım... Şuan hak veriyorum onlara ama o zamanlarda kızılıyordum. (2. Katılımcı, Depresyon, 26 yaş) demiştir.

Kişilerin Psikolojik Rahatsızlıkları ve Tedavi Süreçlerine Yönelik Aile ve Sosyal Çevreden Gelen Din Temelli Açıklama ve Öneriler ile Toplumsal Damgalamaya Dair Görüşleri

Katılımcılara sosyal çevreleri tarafından rahatsızlıkları inancıyla ilişkilendirerek bu tarz öneriler olup olmadığı sorulduğunda neredeyse tamamı bu şekilde bazı önerilere ve damgalamalara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. En basit haliyle bir katılımcımızın rahatsızlığı “nazar” şeklinde değerlendirilmiştir: *Nazar dediler... Pek çok hocaya götürdüler bu sebeple. Okuttular beni nazar geçsin diye. (7. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 25 yaş). Aynı kişi götürdükleri ve okuttukları hoca tarafından “cinli” damgasına maruz bırakılmıştır: Ama bir kadına götürdüler o kadın cin bulaşmış dedi. Ona çok sinirliyim mesela (7. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 25 yaş). Tüm bunlar yetmemiş gibi aynı katılımcımız bir başka arkadaşı ile konuştuğunda da “teslimiyet eksikliği” damgasına maruz bırakılmıştır: ... sonra bir arkadaşım ile konuştum, tamamen tevekkül eksikliği demişti. Teslimiyet eksikliği ve gelecek kaygısı olarak değerlendirmişti. Güvendiğim bir arkadaşım ve o bunu dedikten sonra biraz düşündüm, manevi olarak eksiklik değil ama tevekkülümü artırsam bana iyi geleceğine karar verdim. (7. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 25 yaş).*

Görüldüğü üzere, dini ve manevi anlamda rahatsızlığı sebebiyle toplumsal damgalama yaşayan birey kendisinde tevekkül eksikliğinin var olduğuna ikna olmuş, toplumsal damgalanma şekil değiştirerek kendisinde içselleştirilmiş damgalamaya dönüşmüştür. Aynı zamanda ilaç tedavisi de alan katılımcı ilacın tek başına yeterli olmadığı düşünerek geleceğe kaygılanmanın teslimiyet duygularındaki azalmadan ortaya çıktığını düşünmeye başlamıştır. Zaten hali hazırda rahatsızlığını kabullenmekte güçlük çeken bir başka katılımcımıza sosyal çevresi tarafından “Allah’ın ona hak etmediği bir hastalığı verdiği” gibi hastalığa karşı bir ön yargı oluşturulmuştur: *Dediler ki, ... sen çok iyi bir insansın neden senin başına geliyor bunlar diye söylüyorlardı. (14. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 30 yaş). Sosyal çevresi tarafından bu şekilde hak etmediği bir şeye maruz bırakıldığı düşünülen katılımcımız rahatsız-*

lığını kendine yakıştıramayarak saygısını azaltmış, sosyal çevresinin ona konduramaması ile bu aşırı ve yıkıcı özeleştiriyi kendisini mahkûm etmiştir.

Kişiler, Müslüman olmaları sebebiyle bilinçli ve güçlü dolayısıyla sağlıklı olması gerektiğini düşünen bazı doktorlarla da karşılaşmışlardır. Özellikle dini inancı olmayan ya da kendini dindar olarak görmeyen psikiyatrlar tarafından bazı kişiler damgalanma yaşamışlar, bu sebeple de kendilerini damgalamışlardır: ... *Doktor da sen bilinçli bir insansın senin burada ne işin var dedi. Ona dedim ki, ben bilinçli olduğumu biliyorum zaten, bilinçsiz olduğum için değil sıkıntılar yaşadığım için buraya geldim dedim. Her bilinçli olan çok iyi olamaz. Dalga geçer bir bakış seziyordum... Ama o alaycı bakışı görünce Daha güçlü olmam gerekirdi ben neden buradayım gibi şeyler hissettim. Niye böyle bu rezil duruma gelyim ki bunlar bana böyle yapsın dedim kendi kendime.* (14. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 30 yaş). Hastalara yaklaşımlarından dolayı hastanın oraya neden geldiğini yeniden sorgulatan bazı doktorlar, kişileri muhtemeldir ki başörtülü ya da dini hassasiyetleri olan biri olarak gördüklerinden bilinçli olduklarını, dini manevi duygularının baskın olduğunu dolayısıyla da psikiyatra gelmelerinin gerek olmadan Allah inancı ile sıkıntısını çözeceğini düşünerek inançlı insanın psikolojik rahatsızlık yaşamayacağını dile getirmiş, kendilerine gelen hastalara damgalayıcı gözle bakmışlardır.

Terapiye gittiğimde sanki herkes deli ve sen de deli olmak zorundasın gibi bir hisse kapılıyordum. Acaba benim hakkımda ne düşünüyorlar falan diyorum. Çünkü zayıf noktalarım ile oradayım. Her zaman kendimi orada yenilmiş ve yıkık hissediyordum. ... Doktorum başı açık biri. Düşünce yapısı farklı. Çoğu zaman şöyle hissediyorum; “ben inançlı olduğumu iddia ediyorum bunu uyguluyorum ve ben ezik bir vaziyette onun karşısındayım. İnançlı insanın daha sağlam ve güçlü olmasıyla ilgili bir fikrim var. (13. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş). Doktorların kişilere bakışları kişilerin de kendilerini damgalamalarına sebep olmaktadır. Bu da göstermektedir ki hasta ve hasta yakınlarına olduğu kadar sağlık personellerine de damgalama konusunda destek verilmesi gerekmektedir. Yapılan birçok çalışmada da tespit edildiği gibi sağlık çalışanlarının dahi psikolojik hastalıkları toplumsal yargılarını bir kenara bırakarak değerlendirememektedir (Kuş Saillard, 2010; Külüğ, 2012).

Katılımcılarımız arasında bulunan ilahiyat eğitimi almış iki görüşme-
cimizin din eğitmeni kimliği ile toplumda yer almaları, kişisel dini hayatının dışında mesleki olarak da bir dini misyon yüklenmelerinden dolayı rahatsızlıkları ile inançlarını sorgulama arasındaki ikilemde onları daha da

çok zorlamıştır. Özellikle dini uygulamaların bilgisine ve mefhumuna sahip yetkin bir kişi olarak görüldüğünden dolayı, bu kişinin rahatsızlık yaşaması doğrudan dini anlamda yetersiz olgunlaşmamış olarak damgalanmasına sebebiyet vermektedir: *...akrabalarımın gizleme sebebim bu. İlahiyatçıyım ve başka bir bölümde olsaydım bu durumlarımı daha çabuk dile getirebilirdim belki. İlahiyatçısın ve bu işin içindesin ama sen bile iyi değilsin gibi...* (13. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş). Aynı şekilde başka bir katılımcı din eğitimcisi olmasından dolayı olsa gerek: *Babam bu durumumu inançsızlık olarak görmüştü, yani ibadet eksikliği ya da tevekkülsüzlük gibi görmüştü. Annem daha çok destek olmuştı bana.* (9. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 24 yaş) demiştir.

Çok dindar bir ailede yaşamakta olan bir katılımcımız hastalığını dile getirdiğinde ailesinin ona inanmadığını, kendisini ciddiye almayarak yanındakı olmadıklarını ve durumunu yalnızca iman zayıflığı ve inanç eksikliği ile ilişkilendirdiklerini dile getirmektedir: *...imanın azalmış kendini düşürmüştün dediler... bu tür bir şeye insan yakalanmaz dediler... şimdi dediler yani, demesem yalan olur. Ama ben pek kulak asmadım... Ben her zamanki yaptığımı yaptım, ibadetimde de kitabımda da. Hiç değişiklik yoktu* (15. Katılımcı, Erkek, Panik Atak, 54 yaş). Bununla birlikte inancın azalmasını rahatsızlığın direkt sebebi olarak görmemelerine rağmen iyileşebilmesi için buna yönelik telkinlerde bulunanların sayısı da küçümsenmeyecek kadar çoktur: *Allah'a sığın gibi şeyler diyorlardı ama o kadar. Ben imanımın zayıfladığını düşünmüyorum sadece hassas ve o kadar da güçlü değişmişim dedim.* (1. Katılımcı, Panik Atak, 47 yaş).

İbadet ve dualarını artırma yönündeki telkinlerin yanında içinde bulundukları durumun "Allah'ın verdiği nimetlere karşı nankörlük, şükürsüzlük" olarak değerlendirildiğini ifade eden 2 katılımcımız olmuştur. Bu kişiler; maddi durumu iyi, hayatlarında ters giden bir şey olmayan yani somut bir problem sebebiyle destek almayan kişilerdir. Çevrelerindeki insanlar ortada somut bir neden göremeyince ya kişilerin rahatsız olduklarına inanmamaktadırlar ya da onların durumunu içinde bulundukları nimete nankörlük olarak damgalamaktadırlar: *Annemin genelde tavrı bunun nankörlük olduğunu söylüyordu. Bu kadar rahat bir hayatta böyle olmak Allah'a karşı nankörlüktür. Senin tevekkülün yok mu diyordu sık sık. Mükemmel olmamız bekleniyor ama biz Gazali değiliz. Her şey çok iyi ama sen problem çıkarıyorsun tavrında oluyorlardı.* (13. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş).

Kişilerin sosyal çevreleri tarafından aldıkları tepkilerin ve damgalamaların yanında ayrıca kendileri de içselleştirilmiş damgalama yaşamaktadır-

lar. Kişilerin rahatsızlık yaşamadan önce çevresindekilere sosyal damgalamaları ne kadar çoksa, içselleştirilmiş damgalamalarının gücü de o oranda fazla olmaktadır. Bu nedenle kişilerin içselleştirilmiş damgalamalarının oranını tespit edebilmek ve kişilerin kendilerini nasıl algıladıklarına dair yorumlamalarda bulunabilmek amacıyla “Sizce müslüman depresyona girer mi?” sorusu yöneltilmiş, katılımcıların biri inancın psikolojik rahatsızlığa olumlu veya olumsuz bir etkisinin olmadığı ifade etmiştir: *Psikolojik rahatsızlıkları çok imanla ilişkilendiremiyorum. İnançsız olsam daha isyankâr olurum belki ama inançlı olduğum için de daha çabuk iyileşmedim. Bana psikolog iyi geldi.* (16. Katılımcı, Somatik Bozukluk, 20 yaş).

Müslümanların da psikolojik rahatsızlığının olabileceğini iddia edenlerden 2’si bu durumu peygamberi referans alarak açıklamaktadır. Peygamberin de çeşitli nedenlerle depresyona girdiğini, hatta bazı rivayetlerde geçtiğine göre kendisini bile öldürmeye kalktığını ifade etmişlerdir: ... *Kendim nas felak okudum. Çünkü peygamber de öyle yapmış. Ama çok fazla kapıldım o düşünceye, cinlendim mi hissine..* (güler) *Herhalde ben iyi olamayacağım dedim. Buna da çok kapıldım.* (15. Katılımcı, Erkek, Panik Atak, 54 yaş). Bir diğer katılımcı, *İnançlı insan hasta olmaz lafından nefret ediyorum çok tepkiliyim. Çünkü öyle bir şey yok. Peygamberin de içinin sıkılıp intiharı düşündüğüne dair bazı rivayetler var. Yani herkes bunu yaşayabilir bunun inançla ilgisi yok.* (5. Katılımcı, Bipolar, 22 yaş) şeklinde yanıt vermiştir.

Müslüman sizce depresyona girer mi sorusuna yanıt olarak 3 katılımcı, inancın psikolojik rahatsızlığa sebep olmadığını fakat *yardımcı güç* olduğunu dile getirmişlerdir: *Evet, inancınızı artırmanız hastalığa iyi geliyor ama sebebi bu değildir. Din hayatımızda var ve onun var olduğunu bilmek bizi rahatlatıyor.* (7. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 25 yaş).

İnançlı insanların da depresyona girebileceklerini ifade eden 4 katılımcı bu iddialarını kişinin beşer olması ile temellendirerek, insanın noksan bir varlık olduğunu ifade etmişler, bu sebepten de fizikselde olduğu gibi psikolojik olarak da hasar görebileceğini dile getirmişlerdir: *Hepimiz insanız şaşar beşeriz, hayat öyle bir şey ki ne olacağı belli olmuyor, seni en üst noktadan en alt noktaya getirebiliyor. Müslüman da insan o demir değil... Kendisinin dinle ilgisi olmadığı hale sürekli inançla ilgili telkinlerde bulunuyorlar... Bence en büyük eksiklik insanı tanımamak.* (3. Katılımcı, Sosyal Fobi, 24 yaş).

Bir katılımcı psikolojik rahatsızlıkları fiziksel rahatsızlık gibi gördüğünü, ancak hem fiziksel rahatsızlıkların hem de psikolojik sıkıntıların inanç

eksikliğinden ya da inancın zayıflamasından kaynaklandığını, kişinin imanî anlamda zayıfladığı dönemlerde bu zayıflığının yansımalarının vücudunda gerek fiziksel gerekse psikolojik rahatsızlıklar olarak tevarüs edeceğini ifade etmiştir. Müslümanların bu şekliyle depresyona girebileceğini söyleyen katılımcıya göre aslında kişi günahsız ve hatasız olduğu süre boyunca Allah'ın izni ile bir sıkıntı yaşamayacaktır: ... *Düşünce çok ayrı bir şey ama depresyon fiziksel olarak da çok etkiliyor ve seni asosyal bir insan haline getiriyor. Bunun içinde hormonlar için mesela, ilaç tedavisi gerekiyor. Ama şu var ki, manevi olarak geriye gittiğim, bir şeyleri azalttığım zaman bu bende fiziksel bir rahatsızlık olarak ortaya çıkıyor.* (4. Katılımcı, Kişilik Bozukluğu, 44 yaş).

Psikolojik rahatsızlıkların inanç eksikliğinden değil aksine inanç fazlalığından kaynaklanabileceğini söyleyen iki katılımcımız ilginç tespitlerde bulunmuştur. Kişilerin fazla ahlaklı ve dindar olmaya çalıştıklarında bu stresli durumun onlara zarar vereceğini düşünen katılımcılarımız "Sizce Müslüman Depresyona Girmez mi?" sorusuna: ... *bazen tam tersini düşünüyorum, inanan insanın daha çok problemi olur bence, inanmayan insanın problemi olmaz. İnanan kişi kendisinin sınırlı ve aciz olduğunu sonlu olduğunu biliyor. Kendimi aciz hissediyorum. Bu yüzden inanç hem olumlu hem olumsuz etki edebilir.* (9. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 24 yaş) ve *Ben bu düşünceye hiç katılmıyorum, Müslüman güzel ahlaklı olmak uğruna daha çok depresyona bile girebilir bence.* (6. Katılımcı, Psikoterapi, 25 yaş) diyerek dini hassasiyetlerin de kişilerin dini yaşama hissetme derinliğinin de bir göstergesi olarak bu süreçlerin yaşanabileceğine işaret etmişlerdir. Bu katılımcılarımızın ifadelerinden anladığımız psikolojik rahatsızlık tanısı alıp psikolojik destek sürecinde bulunmanın olumsuz dini damgalanma yerine belki de olumlu yönde damgalanabileceği yönüne değinmeleridir. Burada dini bir sebep olarak gördükleri söylenmemekle beraber kişilerin iç dünyasındaki çeşitlilik vurgulandığı görülmektedir.

Bir başka katılımcımızın ise farklı bir çıkarımda bulunarak rahatsızlığın yaşanma sebebini "*iyi insan olmaya çalışmaktaki kırılmalar*" olarak düşünmesi de ... *Ama ben okumayı seven, yaşamayı seven insanlara örnek olmaya çalışan kendini bilen biriyim. Ben böyle bir sıkıntıya düşecek biri değilim diyordum. Peygamber onca şey yaşamış ve sinir krizleri geçirmemişken dili tutulmamışken ben neden böyleyim diyordum. Evet, burada iman eksikliğine giriyor olay, belki o da olabilir.* (14. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 30 yaş) yaşanan bu tedavi sürecinin kişilerin olumlu yönelimlerinde kendilerini dini inançlarıyla çelişkili hale sokmadan destekleyici bir sürece götürebileceğini göstermiştir. Bu bulgu da bu

süreçteki kişilerin olumlu dini başa çıkma kullandıklarında Allah'ı yanında hissettikleri ve bu tasavvurda onun suçlamasını ve ötelemesini değil yaşamlarına destek veren iyileştirici ve affedici özelliklerini öne çıkardıklarını bize düşündürmüştür.

Psikolojik Destek Almış ya da Almakta Olan İnancılı Danışmaların; Bu Süreçlerinde Manevi Desteklenme İhtiyaçlarına Dair Görüşleri

Araştırmamıza katılan katılımcılarımızın tamamı kendini dindar olarak tanımlamakta olup psikolojik tanı alarak tedavi süreci geçirmiş ve geçirmekte olan kişilerdi. Farklı psikologlardan farklı terapi çeşitleri aldıklarından bahsetmişlerdi. Biz bu bölümde onların iyileşme süreçlerine yönelik olarak kendilerinin dini yönlerinin olması sebebiyle bu açıdan desteklenme isteği duyup duymadıklarını anlamaya çalıştık. Damgalanma algısı korkusu ya da yaşantısı din temelli olarak yaşandığında kişiyi hırpalıyorsa bunun karşıtı olarak dini ve manevi açıdan desteklenme istek ve ihtiyaçlarının olup olmadığı karşılanıp karşılanmadığı bununla ilgili ne düşündükleri ele alınmaya çalışılmıştır. Buna göre araştırmamız sonucunda katılımcılardan 5'i "*Psikoloğun kişinin inancıyla ilgili kaygıları ile ilgilenmemesi ve onları önemsememesi*" nedeniyle manevi danışmanlığa ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir: *Bundan önceki gittiğim psikolojik danışman beni inancım ile ilgili konularda anlamıyordu. Ben suçluluk duyup tereddüt ettiğim inancım ile ilgili konularda aman boş ver di-yordu, o tavsiyeyi bana komşu da verirdi. İnancım ile ters düşecek konulardaki suç-luluğumu anlayamıyordu.* (12. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş). *Ben bunu zaman zaman hissediyorum. Doktorum bana desin ki bu bir imtihan. Böyle bir şeyi duymak istiyorum. Ciddi anlamda psikoloji bilen inancılı insanlara ihtiyacım var. İnancı bir kenara koyup onsuz yol alınmıyor zaten. Bir zemin bir anlamı olsun.* (13. Katılımcı, psikoterapi, 23).

Kişilerin bazı durumlarında ihtiyacının manevi destek olduğu da araştırmamız içerisinde görülen bulgulardan olmuştur. Kişiler bu ihtiyaçlarını karşılayacakları doğrudan bir adres olmamasından ya da probleminin çözümünde manevi kısmın eksik kalmasından dolayı iyileşememe düşüncelerinden de bahsetmişlerdir. Katılımcı görüşme sırasında manevi danışmanlık diye bir kurumun olduğunu öğrenmiş, ihtiyaç duyduğu psikoloji ve dini manevi desteği bir arada bulabileceğini anladıktan sonra araştırmacıdan manevi danışmanlık tavsiyesi istemiştir. *İyi olurdu bence. Psikologlarda çok imani konular konuşulmuyor. Şu an ihtiyaç duymuyorum ama bunu düşünürsem,*

ihtiyacım olursa nereye gideceğim? Tavsiye edeceğiniz yer var mı? (10. Katılımcı, Bipolar, 50 yaş). Hiç manevi desteğe yönelten olmadı, başvurmayı düşünürüm. ... benim gittiğim bir psikolog beni yogaya yöneltmişti. Ama bir hocaya gitsem düzelir miyim düşüncesi hala var. (9. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 24 yaş).

Katılımcılardan 8'i "Terapinin inançla bir arada gitmesi gerektiğini düşünmesi" nedeniyle manevi danışmanlığa ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir: *Ben düşünüyorum evet. Çünkü o an hasta olan kişi dini duygularının farkında olmuyor. İnancın olumlu bir etkisi var o döneme, ama bunu hissedemediğiniz için katkısı da olmuyor. Ama birinin o anlamda destek olması gerekiyor çünkü hep bir tarafı boşluk oluyor insanın. Evet, başvurmayı düşünürüm. İnsanları da yönlendiririm. (14. Katılımcı, Kaygı bozukluğu, 30) diyerek manevi danışmanlığın kişinin dini duygularını harekete geçirerek tedavisini hızlandıracağını düşünmektedir.*

Bir diğer katılımcı da terapi sürecinin inancıyla bir arada gittiğini söyleyerek psikoloğun manevi duygularını da etkilediğini dile getirmektedir. *Mesela ben psikoloğuma namazlarımla ilgili sorun yaşıyorum dediğimde bana sohbet göndermişti. Bunu başka bir psikolog anlayamazdı. Bir arada gidiyor inançla... Maneviyatını da etkiliyor psikolog. (8. Katılımcı, psikoterapi, 21)*

Dini ve psikolojiyi farklı zeminlerde değerlendiresek de bunların aynı yeri eğitmeye ve iyileştirmeye çalıştığını düşünen bir katılımcımıza göre manevi danışmanlık hastalığın çözülmesinin de kolaylaştırıcaktır: *Evet, düşünüyorum çünkü bugün din ve psikolojiyi ayrı ayrı tartışmak değil de birlikte aynı yerde konuşabilmek lazım, bu yüzden kişiye manevi destek verilmeli ve inancı ile aldığı desteği birleştirmeli. Bu hastalığın çözümünü kolaylaştırıcaktır. (12. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş).*

Katılımcılarımızın 5'i "önyargı ve damgalamanın önlenmesi konusunda; din-dar hasta ve hasta yakınları için uzmanlarca bilgilendirmenin gerekliliği" ni öne sürerek manevi danışmanlığa ihtiyaç duyduklarını ifade ettikleri görülmüştür. Bu bağlamda katılımcılardan biri *Bazı insanlar çok sabit fikirli olduğu için bazıları da bilmediği için farklı yaklaşabiliyor duruma. Destek ihtiyacı olabilir. (6. Katılımcı, Psikoterapi, 25 yaş) diyerek manevi danışmanlık yardımıyla hasta ve çevresindeki diğer insanlar için hastalığın tanımlamasının değişmesi, damgalamadan uzaklaştırıldığında kişilerin paylaşmasının daha kolay olması rahatsızlığın teşhis ve tedavi süresi hızlandırıcaktır. Rahatlıkla destek alma merkezlerine başvuru yapabilen hastanın rahatsızlığı ilerlemeden tedavisi gerçekleştirilecektir. ...Hastalıkların anlaşılması ve kabullenilmesi süre-*

cinde ailelerin ve kişinin desteğe ihtiyacı oluyor. Çünkü durumu anlamlandırmakta güçlük duyuyoruz. Kaldırılabilir bir acı olmasını sağlamak gerekiyor... (7. Katılımcı, Kaygı Bozukluğu, 25 yaş).

Katılımcıların Bu Süreçlerinde Manevi Danışmanların Ne Yapıp/Yapmamlarına Yönelik Önerileri

Araştırmamızda katılımcılarımıza bir manevi danışman olacaksa bu konuda nasıl davranmalı diye soru yöneltip onların bu konudaki önemli gördükleri noktalar tespit edilmeye çalışılmıştır. Sorular doğrudan rahatsızlığı olan kişilere yöneltildiğinden dolayı, hastalar manevi danışmanlardan beklentilerini bize öneri olarak sunmuşlardır. Katılımcılarımızın manevi danışmanlara iletmek istedikleri önerilerle ilgili yanıtlarını temelde dört hususta toplayabiliriz:

1. Danışmanın damgalayıcı/önyargılı olmaması

Özellikle rahatsızlığından ötürü damgalanma korkusu yaşadıklarından dolayı psikolojik yardım aramaktan çekinen, sosyal çevrelerinin yanında psikolog ve psikiyatrlar ile sağlık personellerinin de kendilerine damgalayıcı yaklaştıklarını dile getiren katılımcılarımızın manevi danışmanlara önerileri, hastalara toplumun yüklediği belli kalıp yargılarla bakılarak damgalayıcı yaklaşılması konusunda olmuştur. Psikolog çözüm değil diye bakıyorlar. Olayı karışık hale getirdiğini düşünüyorlar. Psikolog kendisini çok iyi yetiştirmemişse o da sizi bir kalıba sokmaya çalışıyor. Belli bir eğitimden çıkıyor ve size o gözle bakıyor. Kişiler de bundan korkuyor olabilir. Bunu haklı görüyorum (2. Katılımcı, Depresyon, 26 yaş).

2. İnançla terapiyi birleştirici dil ve davranışlar bütünü ile yaklaşmaları

Rahatsızlığı sebebiyle birey, yaşamında anlam ve his kaybına uğrar ve bu anlamı yeniden kazanabilmek için varoluşsal sorgulamalara ve arayışlara yönelebilir. Sorgulamalarına yanıt verebilecek, yitirdiği anlamı geri kazandıracak, kısacası onu yaşama bağlayarak iyileştirecek olan temel şeylerden biri de ait hissettiği dine yönelik inançlarıdır. Çalışmaya katılanların tamamı inançlı insanlardır. Katılımcılarımız psikoloğun ilk aşamada kendilerine iyileşme konusunda destek olduğunu ancak bağlı bulundukları dine yönelik hislerinin ve inançlarının iyileşme sürecine olumlu etki etmesinden dolayı, kaybettikleri bu hislerini danışmanların ortaya çıkarmasını ve inancını göz ardı etmemelerini önermişlerdir. *Terapiden çıkınca namaz kılıyorum mesela, ikisini birleştirip beni etkileyen bir şey ararım. Gündelik yani herkesin bu tarz şeyler*

yaşayabileceğinden girip, herkesin imtihan yaşadığını ve oraya güzel bağlamaları gerektiğini düşünüyorum.. (13. Katılımcı, Psikoterapi, 23 yaş). Mesela ben namazımı düzenli kılamıyorum, bunu manevi uzman duymalı. Ama ben bunun yanında hiçbir şey de yapamıyorum. Ben sadece namaz değil kitap da okuyamıyorum, kursa da gidemiyorum, temizlik de yapamıyorum. Bunlar bir arada tedavi edilmeli. Bunların tümüne odaklanması lazım uzmanın... (5. Katılımcı, Bipolar, 22 yaş).

3. Doğrudan kişiyi ve durumunu temel alan bir dil kullanmaları

Katılımcıların psikoterapi veya ilaç tedavisi aldıkları süreçte psikologlara ve psikiyatlara bakışlarında da bazı değişkenler oluşmuştur. Görüşmeye katılanların 2'si psikologların sorulara genel geçer yanıtlar verdiğini ve tatmin edici olmadığını ileri sürerek manevi danışmanın kişinin karakterini, yaşamını ve durumunu temel alan bir yaklaşım benimsemelerini beklemektedirler. *Ben Allah'ı rahmet sıfatı ile tanımlıyorum ve bana onun üzerinden bir şeyler söylendiğinde benim bam telime daha iyi dokunur. Ama başkasına da kendi inanç şekline göre tedavi verilmeli. Onlara önerim, kişinin durumunu baz alarak ona yaklaşmalı ve önerilerde bulunmalıdır. Genel geçer laflarla basmakalıp cümlelerle değil de doğrudan o kişinin inancını hedef alacak ve onun gösterdiği işaretlerle yönlendirilmesi iyi olur. (5. Katılımcı, Bipolar, 22 yaş).*

4. Yalnız hastaya değil ailelere de bu süreçte destek verilmesi

Özellikle evli olan katılımcılarımız eşleri için ve genel manada tüm katılımcılarımız birinci derecede aile üyeleri için manevi danışmanlığa ve rehberliğe ihtiyaç olduğunu, ailelerin hastalıklar konusundaki bilgi eksikliğinden dolayı kişiye damgalayıcı yaklaşılabildiklerini dile getirerek damgalama olmasa bile ilk aşamada hastalığı fark etme ve doğru yorumlama ile teşhis ve tedaviyi hızlandırmak için hastayla eşzamanlı olarak tüm aile bireylerine danışmanlık yapılmasını önermişlerdir. *Eşleri birlikte tedavi etmeliler. Ailelere de destek veremeliler. Tek başına olmaz çünkü. Ailenin de sakınması gereken şeyleri söylemeliler. Tek başınıza yaşamıyorsunuz. (4. Katılımcı, Kişilik Bozukluğu, 44 yaş).*

Sonuç Yerine

Katılımcıların psikolojik hastalıkla karşılaştıklarında ve destek alacaklarını öğrendiklerinde hissettikleri ve ifade ettikleri duygulardan anlaşılmaktadır ki din temelli olsun ya da olmasın bireyler ilk anda hastalık durumunu kendilerine yakıştıramamaktadırlar. Katılımcılarımızın psikolojik bozukluklar konusundaki bu tutumlarının nedeni ilaç kullanıyor olmaktan ve toplumun bu hastalara çekimser yaklaşmasından kaynaklı olarak halkın hastalıklara karşı

olumsuz tutum ve kanaatlerinin sosyal damgalanmaya neden olmasıdır. Katılımcıların birçoğu rahatsızlıklarını her ortamda rahatça paylaşamadıklarını ifade ederken hastalığı nedeniyle herhangi bir utanç ve ihtiyat duymayan katılımcı sayısının oldukça az olması da hastalıklar konusunda toplumdaki sosyal damgalama düzeyinin hayli yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmamız sonucunda katılımcılarımızın önemli bir kısmının bir günah sebebiyle cezalandırıldıklarını düşünerek, Allah'ın onları terbiye ettiğini ya da ibadetlerindeki nitelik ve düzey kaybının bir sonucu olarak kendilerini dini manevi anlamda değerini düşürmüş olarak gördüklerini, kendi niteliklemleriyle “tevekkülsüz, inancı zayıf, günahkâr” olmak ya da görünmekten dolayı hastalıklarının bir sebebinin de bu olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Fakat ilginçtir ki psikolojik rahatsızlığı yaşama süreçlerinde katılımcılarımızın bir kısmı ibadetlerindeki ve dualarında radikal artış ve azalmalar olmadığını, yaşadıkları durumun bir hastalık olarak değerlendirdikleri için başka süreçlerin de buna dahil olabileceğini işaret etmiştir. İbadet hayatını psikolojik rahatsızlığı için iyileştirici etkisi olabileceği düşüncesiyle artıranlar, Kuran okuma tesbihat çekme, namazlarına daha çok dikkat etme gibi uygulamalara yönelmişlerdir. Önemli bir kısım katılımcı da kısmen ilaçların yan etkilerinden kısmen iç bunaltılarından sıkıntılı dönemlerinde ibadetlerini azalttıklarını bunun da onlarda suçluluk ve günahkarlık oluşturduğundan bahsetmişlerdir. Ayrıca içsel bir suçlama duygusunun yanı sıra dışsal damgalama konusunda da tedirgin oldukları görülmüştür. İlahiyat mezunu iki katılımcıdan biri sürekli ailesinden ibadetleri konusunda uyarı alarak baskılandığını bir diğeri ise DKAB öğretmeni olduğu için insanların din öğreten bir öğretmenin namaz kılmamasından dolayı suçlayarak öteleyeceklerinden endişe duyduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde duada da bir katılımcı dualarının kabul olmadığını düşündüğü için azaldığını söylerken bir katılımcımız da dualarının miktarı ve içeriğinin bu süreç içerisinde daha da zenginleştiğini söyleyebilmektedir. Dualarını artıranlar bunu *duanın iyileştirme gücü olmasına* ya da *yalnızlığı gidermesi ve konuşmanın rahatlatmasına* bağlamıştır. Tüm bunlardan özetle denebilir ki dini yaşantının en görünür yönü olarak ibadet hayatları katılımcıların hem içsel hem de toplumsal anlamda etiketleyici bir yorumla ele alınabilmektedir.

Katılımcıların birçoğu psikolojik rahatsızlığını ya da yardım alma durumunun *eksiklik olarak görülmesi ve kişiden uzak durulması, insanların önyargılı olması nedeniyle yargılanmak ve saygı duyulmama endişesi, anlaşılama korkusu* gibi nedenlerle yakın veya uzak veyahut her ikisinden birden saklamakta-

dır. Kişilere ailelerinin bu süreçteki tepkileri ve yaklaşımları sorulduğunda kişiler çoğunlukla ailelerinden destek gördüklerini ifade etmişlerdir. Üç katılımcının ailesi durumlarının ciddiyetine ve bir rahatsızlıklarının olduğuna ikna olmamış ve onlarla ilgilenmemişlerdir. Bizim araştırmamızda da özellikle ailenin, içsel ve dışsal damgalamaya ilişkin olumlu ve olumsuz yönde önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Tedavi sürecini ailesinden saklayan bir katılımcımız ya da annesinin kardeşlerinin etiketleyici tutumuyla karşılaştığını söyleyen bir katılımcımız vardır. Ailelerindeki birinin psikolojik rahatsızlığını kendilerinin de damgalanmasına sebep olabileceği düşüncesi de damgalama olarak bu süreçte psikolojik yardım alan kişilere olumsuz yansımaktadır. Fakat katılımcılarımızın çoğunluğu anne baba kardeş gibi yakınlarının destekleriyle daha güçlü olduklarını söylemiştir.

Araştırmamızda psikoloji ve din ilişkisinin kadim ilintiliği; insanın derinliklerinin bilinmezliği konusu burada da psikolojik rahatsızlığın sebebinin neliği konusunda karşımıza çıkmaktadır. Sosyal çevreleri tarafından neden böyle bir psikolojik rahatsızlık yaşadığı konusu kendilerinin de genel itibarıyla bulundukları çevrenin de dini yaşantısı olan insanlar olmasından dolayı inanç eksikliği ya da zayıflığı, en basit haliyle nazar en üst haliyle cinlere bulaşma ile ilişkilendirerek yine onların sahip olduğu bir olumsuzluk ve suçlama ile damgalanmışlardır. Burada ilginç olan sağlık çalışanları arasından da psikolojik yardım arama davranışına “sen inançlı insanı senin burada ne işin var” şeklinde bir karşılık bulanların olmasıdır. Yine toplumsal damgalama ile ilgili olarak din eğitim ve öğretimi yapan ve psikolojik yardım alan iki katılımcımızın bu süreçlerini *dini anlamda yetersiz, olgunlaşmamış* olarak damgalanmasına sebebiyet verebileceği düşüncesiyle sakladıklarını söylemeleri de psikolojik yardım alma ve dini olgunluk arasında ters bir ilişkinin hem içsel hem dışsal olarak algılandığını göstermektedir. Dindarların psikolojik rahatsızlıklara bireyin imanının zayıflığı ile alakalandırarak inanç ve maneviyat eksikliği olarak bakmaları, rahatsızlığı yaşayanları bir başka açıdan damgalamakta, kişilerin sosyal statülerini, sosyal ağlarını ve benlik saygılarını yıpratarak hastaneye ya da psikoloğa gitmekten kaçınmalarına sebep olmaktadır.

Toplum nezdinde yaygın bir kullanım olan “Müslüman olan insan depresyona mı girer miş” söylemiyle de yakından tanışmış olan katılımcılarımızın çoğu bu ikisinin birbirine karıştırılmasından şikâyetçi konumundadırlar. Müslümanların da psikolojik rahatsızlığının olabileceğini iddia edenlerden 2’si bu

durumu peygamberi referans alarak açıklamakta, 3 katılımcı ise inancın psikolojik rahatsızlığa sebep olmadığını fakat *yardımcı güç* olduğunu söylemişlerdir. Burada katılımcılarımızın bu durumun üzerinde epeyce durmalarından bunun çok kez bireysel ve sosyal olarak etüt edildiği, yaşam pratiklerinden da yola çıkarak buradaki söylemden çok rahatsız oldukları görülmüştür. Hatta inanç eksikliğinden değil aksine inanç fazlalığından kaynaklanabileceğini söyleyen iki katılımcımız kişilerin fazla ahlaklı ve dindar olmaya çalıştıklarında bu stresli durumun onları bu psikolojik yardım arama sürecine getirebileceğini söylemesi de konuyu farklı bir yaklaşım getirmiştir.

Bu sebeple psikolojik hastalıkların manevi danışmanların yardımıyla toplum ve hasta tarafından doğru şekilde yorumlanması, maneviyat ve inanç eksikliği olarak damgalanmaması için bu profesyonel ekip içinde olması elzem görülmektedir. İnsanın sağlığının fiziksel psikolojik ve sosyolojik olduğu kadar manevi olarak da tamamlanması adına damgalamada dini faktörlerin etkililiği göz önünde bulundurulduğunda tüm din hizmetinde bulunan kişiler kadar özellikle hastane çalışanı olarak MDR uzmanının bu konudaki katkısı ortaya çıkmaktadır.

Psikolojik destek almış dindar kişilerle yapılan görüşmeler yoluyla çoğunun psikolojik hastalıklarının arka planında bir maneviyat eksikliğini görmedikleri ama kendi dini ve manevi hayatlarını sorguladıkları ve bunda düzenlemelere gittikleri görülmüştür. Araştırmamız sonucunda katılımcıların hemen hemen hepsi manevi destek konusuna olumlu bakmıştır. Bunlardan önemli bir kısmı hastalar nezdinde *psikoloğun kişinin inancıyla ilgili kaygıları ile ilgilenmemesi ve onları önemsememesi ya da terapinin inançla bir arada gitmesi gerektiğini düşünmesi, böyle daha çabuk ve bütüncül iyileşme yakalayacağı düşüncesiyle* bir kısmı da hasta yakınlarının da içinde bulunduğu toplumsal bakış açısının yeniden oluşturulmasında bir katkı olarak psikolojik yardım alma ihtiyacı ve süreci ile ilgili olarak *önyargı ve damgalamanın önlenmesi konusunda; dindar hasta ve hasta yakınları için uzmanlarca bilgilendirmenin gerekliliğini* öne sürerek manevi danışmanlığa ihtiyaç duyduklarını ifade ettikleri görülmüştür.

Günümüzde psikolojik bozuklukların tedavisini ona yaklaşımını ve rehabilitasyona en çok zarar verenin damgalama olduğu ve 2001 yılında yayımlanan DSÖ'nün sağlık raporlarında bu konuya genişçe yer verdiği ve bu rapor doğrultusunda yürütülecek programların sadece psikiyatristlere değil tüm tedavi ekibi tarafından gerçekleştirilmesini önerdiği görülür. Damga-

lamayla mücadeleyi sağlamak için; multidisipliner biçimde ruh sağlığını geliştirmek ve hastalıkları önlenmek önerilmektedir. Toplumdaki olumsuz tutumlarının daha hızlı ve etkili değişimi açısından topluma liderlik yapan meslek gruplarını ele aldıkları çalışmalarında Açıköz ve Akkuş (2018), öğretmen, sağlık çalışanları, polis, muhtar ve medya çalışanlarının yanı sıra din adamlarını da damgalama ile mücadelede etmesi gerekenler içerisinde alması da çok disiplinli meseleye yaklaşmanın makullüğünü destekler durumdadır. Belirtilen çalışmalardan çıkan ortak görüş, damgalama ile mücadelenin uzun zaman isteyen, kolay çözümlenmeyen, toplumun her kesimine ulaşmayı gerektiren bir hizmet olduğudur. Çalışmada ortaya çıkacak sonuçların psikolojik hastalıkların damgalanması üzerine yapılacak olan sonraki çalışmalara yön vermesi ve kaynaklık etmesi bakımından literatüre katkıda bulunacağını ortadadır. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması hem bir ihtiyaç hem de bir sorumluluktur.

Kaynakça

- Açıköz, F., Akkuş, D., (2018). Ruhsal hastalıklarda damgalama ile mücadele: Anahtar rol üstlenen meslekler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 142-146.
- Arslandaş, H., Gültekin K. B., Söylemez A, Dereboy, F., (2010). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11, 11-7.
- Ayten, A., (2010). *Tanrıya sığınmak-dinî başa çıkma üzerine psiko-sosyal bir araştırma*. İz Yayıncılık, İstanbul.
- Babaoğlu, A., (2002). *Psikiyatri tarihi*. İstanbul: Okuyan Us Yayınları.
- Bademli, K., Lök, N. (2017). Kronik Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama Davranışları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2):136-146.
- Batinic, B., Lemonis, E., Opacic, G., (2013). Effects of internalized stigma of mental disorder on quality of life and self esteem in schizophrenic patients. *Schizophrenia*, 28
- Baysan- Arabacı, L., Yedikardaşlar- Başoğlu, C., Büyükbayram, A., (2015). Adli psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 113-21.
- Bekaroğlu, E. (2018). İnfertilite tedavisinin psikolojik etkileri ve tedavi sürecindeki psikolojik müdahaleler. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 2(3), 153-159.

- Beşiroğlu, L., Ağargün, M. Y. (2006). The correlates of healthcare seeking behavior in obsessive-compulsive disorder: a multidimensional approach. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17, 213-22.
- Beşiroğlu, L., Akman, N., Selvi, Y., Aydın, A., Boysan, M., & Ozbebit, O. (2010). Obsesif-kompulsif belirti kategorileri hakkında ruh sağlığı bilgisi. *Archives of Neuropsychiatry*, 47(2), 133-139.
- Bilge, A., Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78.
- Corrigan, P.W., (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7): 614-625.
- Çam, M. O., Uğuryol, M., (2019). Ruhsal hastalıktan iyileşmeye kültürel etki. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 11(1): 55-64.
- Çam, O., Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 215-223.
- Çam, O., Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistemik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Dwyer, P.C., Snyder, M., Omoto, A. M., (2013). When stigma-by-association threatens, self esteem helps: Self-esteem protects volunteers in stigmatizing contexts. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 88-97.
- Eker, F., Öner, Ö., Şahin, S. (2010). Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları (Düzce örneği). *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 63-70.
- Ersoy, M. A., Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Gargari, S. (2015). Dokuz Eylül Üniversitesi’nde öğrenim gören üç farklı fakülte öğrencilerinin alkol ve madde bağımlılığına yönelik damgalamaları (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Geçtan, E., (2012). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınevi.
- Göcen, G. (2015). Tüp bebek tedavisi almış kadınların dinî başa çıkma süreçleri ve dinî yaşantılar üzerine nitel bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 32, 165-217.
- Gökengin, D., Çalık, Ş., Öktem, P., (2017). Türkiye’de HIV’le ilgili damgalama ve ayrımcılığın analizi: HIV’le yaşayan kişiler için damgalanma göstergesi sonuçları. *Klinik Dergisi*, 30(1), 15-21.
- Güleç, H., Yavuz, A., Topbaş, M. (2006). Psikiyatri hastalarında tıp dışı çare ara-

- ma davranışı: Türkiye’de ve Almanya’da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9, 36-44.
- Güngörmüş, K., Ekinci, M., Daş, M., (2014). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(2), 45-51.
- Hayward, P., Wong, G., Lam D., (2002). Stigma and selfesteem in manic depression: An exploratory study. *Journal of Affect Disorders*, 69, 61-7.
- Kapıkıran, N. A., Kapıkıran, Ş. (2016). Psikolojik yardım aramada kendini damgalama ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4, 40.
- Kavas, A. B., Topkaya, N., Gençoğlu, C., (2014). Psikolojik yardım alma nedeniyle sosyal damgalanma, denetim odağı, kendini damgalama ve yaşam doyumunu arasındaki ilişkiler. *On dokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(2), 367-377.
- Kula, N., (2005). Bedensellik engellilik ve dinî başa çıkma, İstanbul: DEM Yayınları
- Kuş-Saillard, E. (2010). Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1). 14-24.
- Külüğ, M. Y., (2012). Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (4-7 Ekim 2012). Kongre kitabı İçinde (s. 179-180). Erzurum.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., Phelan, J. C., (2001). Stigma As A Barrier To Recovery: The Consequences of Stigma For The Self-esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 52: 1621–1626.
- Lysaker, P.H., Roe, D., Ringer, J., Gilmore, E. M., Yanos, P.T., (2012). Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: associations with self-esteem and positive and emotiona discomfort symptoms. *Psychological Services Inthepublicdomain*, 9(3), 240–247.
- Oban, G., Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-39.
- Oran, N. T, Şenuzun, F. (2008). Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV / AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-16.
- Özmen, S., Erdem, R., (2018) Damgalamanın kavramsal çerçevesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Russinova, Z., Wevioriski, N. J., Cash, D., (2002). Use of alternative health care practices by persons with serious mental illness: perceived benefits. *American Journal Public Health*, 92,1600-1603.

- Sezer, S., Gülleroğlu, D., (2016). Psikolojik yardım arama tutumlarını yordayan değişkenler: Kendini damgalama, özsaygı, psikolojik yardım almış olma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(1), 75-93.
- Shalaby, M. H., Sabra, A.I., & Mohamed, S. A. E. (2014). The role of internalized stigma on self esteem and attitude toward seeking professional psychological help among psychiatric patients. *International Journal of Current Research*, 6(11), 10162-10169.
- Stanford, M. S. (2007). Demon or disorder: a survey of attitudes toward mental illness in the Christian church. *Mental Health, Religion, Culture*, 10(5), 445-449.
- Topkaya, N. (2014). Psikolojik yardım almaya ilişkin tutumu yordamada cinsiyet, psikolojik yardım alma nedeniyle kendini damgalama ve sosyal damgalanma. *Educational Sciences: Theory&Practice*, 14(2), 471-487.
- Ünal, S., Özcan, Y., Emul, H., Çekem, A. B., Elbozan, H., Sezer, Ö., (2001) Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2, 222-229.
- Vogel, D. L., Wade, N.G., Ascherman, P. L. (2009). measuring perceptions of stigmatization by others for seeking. psychological help: reliability and validity of a new stigma scale with college students. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 301-308.
- Vogel, D., Bitman, R. L., Hammer, J. H., Wade, N. G., (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 311-316.
- Yıldız, M., Özten, E., Işık, S., Özyıldırım, İ., Karayün, D., Cerit, C., Üçok, A. (2012). Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 1-7.
- Yüksel, G. E, Taşkın, E. O. (2005). Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 113-21.
- (2018, Ekim 14). Erişim adresi: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=tdk.gts.5bc358a1c07e35.02173250
- (2018, Ekim 14). Erişim adresi: <https://www.zargan.com/tr/q/stigma-ceviri-nedir>

İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi: Bir Ölçek Uyarlama Çalışması

*Halil Ekşi**

*Zeynep Sena Soyuyiğit***

*Selami Kardaş****

Giriş

Spirit, can, ruh anlamına gelmekte, spiritüel ise kelime olarak ruhsal, manevi, tinsel anlamlarını ifade etmektedir. Spiritüelliğin alan yazınında pek çok tanımı bulunmaktadır. Frame'e (2000) göre, spiritüellik hayata yönelik ve bireye cesaret sağlayan bir enerjidir. Bu anlamda insanların içsel ve özgün olarak deneyimlediği kapasite ve yönelimdir. Bu manevi yönelim bireyi, bilgiye, sevgiye, anlama, umuda, aşknlığa, bağlanmaya ve şefkate ulaştırır. Spiritüellik insanın değer sisteminin gelişme kapasitesini, büyüme ve üretkenlik potansiyelini içerir, sadece yaşamsal gücü değil, aynı zamanda bu yaşamsal gücü deneyimlemeyi ifade eder. Myers (1990) de spiritüelliği hayatta sürekli var olan bir anlam ve amaç arayışı; hayatın derinliğini, evrenin genişliğini, fonksiyonu olan doğal güçleri idrak etme ve kişisel inanç sistemi olarak tanımlar.

* Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü
halileksi@marmara.edu.tr

** Psk. Dan., Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü,
zeynepsenasoyuyigit@marun.edu.tr

*** Dr. Öğr. Üyesi, Muş Alparslan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü
selami.kardas@alparslan.edu.tr

Spiritüellik önceki yüzyıllarda din ile bütünleşik bir kavram olmasına rağmen, son yüzyılda maneviyat ile din arasında bir ayırım yapılmaya başlanmıştır. Helminiak (2001) spiritüelliği dinden bağımsız bir şekilde, bireyin kendisine rehberlik edecek kişinin yine kendi içinde olduğu kabulüyle, olabileceğinin en iyisi olmak peşinde olma durumu olarak tanımlamıştır. Partneade (2006) ise spiritüelliğin tanımını, anlam, amaç, değerler ve inançlardan oluşan, bireyin kendisinin, diğerlerinin ve aşkın bir oluşun dâhil olduğu ilişkisel bir tabiatın bulunduğu, evrensel bir deneyim olarak yapar (Akt. Ekşi ve Kardaş, 2016). Spiritüellik özetle, çok boyutlu bir yapı olarak manevi iyilik, ruhsal esenlik gibi türlü bağlamlarda kullanılan, bireysel alandaki deneyimleri ve hayata yönelik enerjiyi ifade eden bir kavram olarak tanımlanabilir (Ekşi vd., 2016).

Pozitif psikolojinin önemli kavramlarından olan iyi oluş, mutluluk ile aynı anlamda tanımlanabildiği gibi; öznel, nesnel, psikolojik iyi oluş gibi farklı anlamlarda da kullanılmaktadır. Ayrıca yaşam kalitesinin iyi oluşu yalnızca bir açıdan temsil ettiği de söylenebilir, iyi oluş kavramı alan yazınında sıklıkla “yaşam kalitesi” anlamında kullanılmaktadır (Topuz, 2013).

Jung (1998), spiritüel bir boyut içermeyen insan ile ilgili herhangi bir psikolojik bakış açısının eksik olacağını öne sürmüştür (Akt. Ekşi ve ark, 2016). Spiritüel deneyimlerin iyi oluşla, psikolojik ve fiziksel sağlıkla ilişkili olduğu pek çok araştırmada görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü 1988 yılında spiritüel sağlığı, genel sağlığın önemli bir parçası olarak resmen kabul etmiştir (Robert, 2003). Ellison'un (1983) spiritüel sağlığın bir göstergesi dediği spiritüel iyi oluşu, Opatz (1986) insanın varoluşundaki anlam ve amaçları arama, her şeyi sorgulama ve idraki kolay olmayan soyut şeyleri anlama isteği olarak tanımlamıştır. Bir diğer ifadeyle ise spiritüel gelişimin peşinde olma halidir (Chandler vd., 1993; Akt. Ekşi ve Kardaş, 2016).

Kamya (2000), spiritüel iyi oluşun öz saygı ve kişinin zorluklarla, problemlerle etkin bir biçimde başa çıkabilmesi için güçlü bir etken olduğunu ifade etmekte; spiritüel iyi oluşu, daha aşkın bir oluş ve yaşamda anlam ve amaç duyguları arasındaki pozitif bir ilişki olarak iki boyutta ele almaktadır. Spiritüel iyi oluş karmaşık bir kavramdır ve pek çok faktörü bulunmaktadır. Üç önemli faktörün birleşimi ile spiritüel iyi oluşun net ifade edilebileceği düşünülmektedir: hayatta anlamlı bir amaç, güçlü bir kişisel değerler sistemi, kişinin kendisi ve diğerleriyle derinlemesine ilişkisi (Ekşi ve Kardaş, 2016). Moberg ve Brusek'e (1978) göre spiritüel iyi oluş iki boyuttan oluş-

maktadır; ilk boyut belirli bir dini inançlar sistemi içerisindeki daha yüksek olan güç ile kişinin ilişkisini kapsarken; ikinci boyut, hayattaki anlam ve amaç duygularıyla ilgilidir. Bu tanımdaki hayattaki anlam ve amacın ise belirli bir dini yapı ile alakasının olmadığını belirtmek gerekir.

İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği, Daaleman ve Frey (2004) tarafından, yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarda spiritüelliğin etkisinin incelenmesine dair bir ilgi olmasına rağmen bu yapıyı ölçen araçların yetersiz oluşu sebebiyle, yaşam kalitesi çalışmalarında spiritüel iyi oluşun ölçülebilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve Türkiye'deki araştırmacıların istifadesine sunulması hedeflenmiştir.

Yöntem

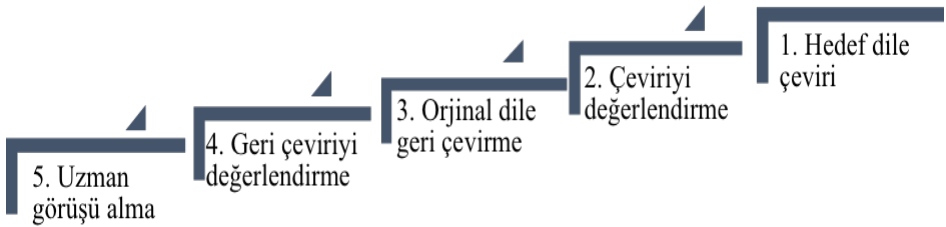
Bu bölümde örneklem grubu, kullanılan ölçme araçları ve ölçeğin uyarlanma süreci detayları ile belirtilmektedir.

1. Örneklem Grubu

Araştırmaya 500 kişi gönüllü olarak katılmıştır. Katılımcıların 383'ü (%76,7) kadın, 117'si (%23,4) erkektir. Katılımcıların yaş aralığı 16-69'dur, yaş ortalaması 25,91'dir. Ölçek, örneklem grubuna internet ortamında online form olarak ulaştırılmıştır.

2. Çeviri Çalışması

Brislin ve arkadaşları (1973) ölçek uyarlamada aşağıdaki basamakları takip etmeyi önermişlerdir.



Şekil 1: Ölçek Uyarlama Basamakları

Bu basamaklar ışığında ölçek, ilk önce ana dilleri Türkçe olan ve İngilizce diline hâkim beş uzman tarafından Türkçe diline çevrilmiştir. Beş uzman

tarafından yapılan çeviriler iki kişilik bir ekip tarafından, anlaşılabilirlik, kelime seçimleri, cümle yapıları ve kültüre uygunluğu da dikkate alınarak değerlendirilmeye tabi tutulmuştur. Yapılan bazı değişiklikler sonucu ölçeğin Türkçe hali üzerinde uzlaşmıştır. Ölçek bu haliyle yine ana dilleri Türkçe olan fakat ilk çeviri işlemine katılmayan dört uzman tarafından orijinal dile çevrilmiştir. Hem Türkçe'ye hem de İngilizce'ye çevrilmiş olan iki form yine değerlendirilmeye tabi tutulmuş ve çevirilere etki etmeyecek şekilde birkaç değişiklikten sonra son hali verilmiştir. Son işlem olarak ölçek maddelerinin çeviri ve yapılarının uygunluğunu belirlemek amacıyla, alanında gerek akademik ve gerekse dil yeterliliğine haiz iki uzmandan yardım istenmiştir. Uzmanların olumlu değerlendirmeleri neticesinde, ölçek son halini almış ve çalışma için kullanılmaya karar verilmiştir.

3. Veri Toplama Araçları

İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği'nin uyum geçerliğinde; "Özyeterlik" alt boyutu için Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından uyarlanan Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve "Hayat Düzeni" alt boyutu için Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından geliştirilen Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin "Anomi" alt boyutu kullanılmıştır.

3.1. İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi

Daaleman ve Frey (2004) tarafından yaşam kalitesi çalışmalarında spiritüel iyi oluşun ölçülebilmesi amacıyla geliştirilmiş 5'li likert tipi (1=kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) bir ölçme aracıdır. Kansas City'de yetişkin danışanlarla yürütülen çalışmada ölçeğin altışar maddeden oluşan iki boyutlu bir yapı sergilediği görülmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının .91, test-tekrar test güvenilirlik katsayısının $r=0.77$ olduğu görülmüştür.

3.2. Öz Etkililik - Yeterlik Ölçeği

Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından, bireyin genel öz etkililik - yeterlik algısını ölçmek amacıyla geliştirilmiş 5'li likert tipi (1=beni hiç tanımlamıyor, 2=beni biraz tanımlıyor, 3=kararsızım, 4=ben iyi tanımlıyor, 5=beni çok iyi tanımlıyor) bir ölçektir. Ölçekte her madde için verilen puan esas alınmaktadır. 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14,16, 18, 20, 22. Maddeler ters yönde puanlanır. Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği'nden en düşük 23 en yüksek 115 puan alınabilir.

Ölçekten alınan puanın yükselme bireyin öz etkililik - yeterlik algısını iyi seviyede olduğuna işaret etmektedir. Ölçek, kişinin kendisi hakkında bir algısının olmasını ve yargıda bulunabilecek düzeyde olmasını gerektirdiği için ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından yapılmış, çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .81 olarak değer almış, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=.92$ olarak bulunmuştur.

3.3. Spiritüel İyi Oluş Ölçeği

Ekşi ve Kardaş (2017) tarafından, insanın değer ve nihai anlamları doğrultusunda kişisel, toplumsal, çevresel ve aşkın yönleriyle hayatı anlama ve yaşama sürecini belirlemek amacıyla geliştirilmiş, 5'li Likert tipi (1=Bana hiç uygun değil, 2=Bana uygun değil, 3=Bana biraz uygun, 4=Bana oldukça uygun, 5=Bana tamamen uygun) bir ölçektir. Ölçek, aşkınlık, doğayla uyum, anomi alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekte her madde için verilen puan esas alınmaktadır, anomi alt boyutunu oluşturan 3, 7, 11, 15, 19, 23 ve 26. Maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi bireyin spiritüel iyi olma halinin yükseldiğine işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .88 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin yalnızca anomi alt boyutu kullanılmıştır.

4. İstatistik Araçları

Çalışma kapsamında elde edilen istatistiksel verileri analiz etmek için SPSS for Windows 22.0 ve AMOS 20.0 paket programlarından yararlanılmıştır. Ölçek iç tutarlılığı için Cronbach Alfa katsayılarına bakılmış, ölçüt geçerliği için Öz Etkililik - Yeterlik Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin "Anomi" alt boyutu kullanılmış, kapsam geçerliği için uzmanların fikirleri dikkate alınmış ve yapı geçerliği için de doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

Bulgular

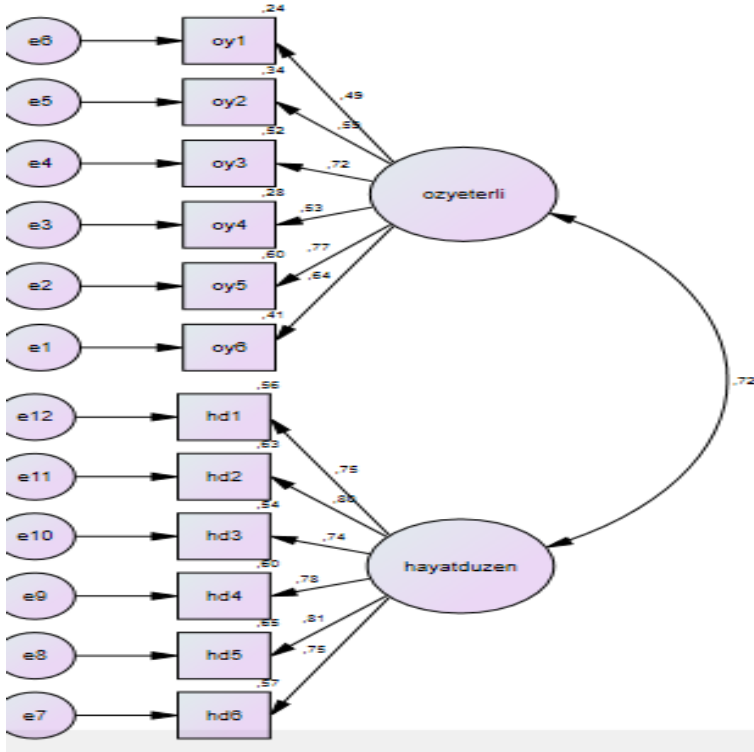
1. Geçerlik

1.1. Yapı Geçerliği

Doğrulayıcı Faktör Analizi

İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi ölçeği için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

kullanılmıştır. Bu ölçeğin orijinal halinin Türkçe'ye uyarlanması DFA'nın kullanılması orijinal yapıyı doğrulaması açısından önemlidir. DFA ile ölçek madde ve alt boyutları test edilmiş ve sonuçları aşağıdaki gibi bulunmuştur. Ölçeğin 2 alt boyuttan oluşan hali DFA ile test edilmiş ve Türkçe'ye de uygun olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre; 12 madde, 2 alt boyuttan (öz yeterlik ve hayat düzeni) oluşan ölçeğin her boyutunda 6 madde bulunmaktadır.



Şekil 2: İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği Path Diagramı

İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği'nin 2 alt boyutlu ve 12 maddeli yapısı DFA ile analize tabi tutulmuş ve kabul edilebilir uyum indeksleri elde edilmiştir ($\chi^2/sd=2.483$, $p<.001$, $RMSEA=0.054$, $S-RMR=0.040$, $NNFI=0.966$, $CFI=0.979$, $GFI=0.969$, $NFI=0.965$, $IFI=0.979$). Schermelleh-Engel ve arkadaşlarının (2003) uygun gördükleri değerler ve çalışmanın uyum indeksleri aşağıdaki tabloda listelenmektedir.

Tablo 1: Standart Uyum İyilik Ölçütleriyle Araştırma Verilerinin Kıyaslanması

Uyum Ölçüleri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Araştırmada Elde Edilen Uyum Değerleri
c2/ df	$0 \leq c2 \leq 2df$	$2df \leq c2 \leq 3df$	2,483
P değeri	$0.05 \leq p \leq 1$	$0.01 \leq p \leq 0.05$	0.000
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$	0.054
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0.040
GFI	$0.90 \leq GFI \leq 1$	$0.95 \leq GFI \leq 1$	0.969
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1.00$	$0.90 \leq NFI \leq 0.95$	0.965
NNFI	$0.97 \leq NNFI \leq 1.00$	$0.95 \leq NNFI \leq 0.97$	0.966
CFI	$0.97 \leq CFI \leq 1.00$	$0.95 \leq CFI \leq 0.97$	0.979
IFI	$0.90 < RFI < 1.00$	$0.85 < RFI < 0.90$	0.979

1.2. Ölçüt Geçerliliği

Ölçeğin ölçüt geçerliğini belirlemek amacıyla İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği, Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin "Anomi" alt boyutu ile birlikte 500 kişiye uygulanmıştır. Bu ölçeklerin kullanılma nedeni; benzer yapıları ölçme amacı taşımalarıdır. İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği ile Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin "Anomi" alt boyutu arasındaki ilişki aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 2: Özyeterlik Alt Boyutu ile Özyeterlik Ölçeği Arasındaki İlişki

Faktörler	Özyeterlik	Özyeterlik Ölçeği
Özyeterlik	1	,445**
** p<.001		

Analiz sonucuna göre özyeterlik alt boyutu ile Öz Etkililik – Yeterlik Ölçeği pozitif anlamlı ilişkiye sahiptir (,445**; p<0.01).

Tablo 3: Hayat Düzeni Alt Boyutu İle Anomi Alt Boyutu Arasındaki İlişki

Faktörler	Hayat Düzeni	Anomi
Hayat Düzeni	1	,753**
** p<.001		

Analiz sonucuna göre hayat düzeni alt boyutu ile anomi alt boyutu pozitif anlamlı ilişkiye sahiptir (,753**; p<0.01).

2. Güvenirlilik

Ölçek güvenirliğini hesaplamak için Cronbach alpha (α) güvenirlik katsayılarına bakılmıştır. Ölçeğin tümü ve alt boyutları için bulunan sonuçlar aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 4: İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği'nin faktörlerinin güvenirlik katsayı tablosu

Faktör	Cronbach's Alpha Değeri
1.Özyeterlik	,908
2. Hayat düzeni	,813
Toplam	,751

Tablo incelendiğinde, İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği'nin tamamı için bulunan Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ,751 olup, ölçeğin özyeterlik alt boyutu için ,908 ve hayat düzeni alt boyutu için ,853 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu değerlerin istatistiki olarak kabul edilen değerlerin üzerinde bir değere sahip oldukları görülmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmanın amacı, Daaleman ve Frey'in (2004) sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi çalışmalarında spiritüel iyi oluşun ölçülebilmesi amacıyla geliştirilmiş olan İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, Türk kültüründe sınanarak Türkiye'deki araştırmacıların istifadesine sunulmasıdır. Bu amaçla öncelikle titiz bir çeviri çalışması yürütülmüştür. Ölçek ana dilleri Türkçe olan ve İngilizce diline hâkim beş uzman tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Yapılan çeviriler iki kişilik bir ekip tarafından, kelime seçimleri,

cümle yapıları, kültüre uygunluk dikkate alınarak düzenlenmiş ve Türkçe form üzerinde uzlaşmıştır. Ölçek bu şekliyle yine ana dilleri Türkçe olan ama ilk tercüme işlemine katılmayan dört uzman tarafından orijinal dile çevrilmiştir. Türkçe ve İngilizce'ye çevrilmiş iki form tekrar değerlendirilerek ölçeğe son hali verilmiştir. Son işlem olarak maddelerin yapılarının uygunluğunu belirlemek amacıyla hem akademik hem dil yeterliliğine sahip iki uzmandan yardım alınarak ölçeğe son hali verilmiş akademik ve Türkçe form uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Dilsel eşdeğerlik sağlandıktan sonra madde-analizi, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Madde analizi neticesinde ölçek maddelerinin alt boyutlar puanı ve toplam puanı yordama gücünün ve ayırt ediciliğinin yeterli düzeyde olduğu görülmüştür.

Yapı geçerliliği çalışmasında ölçeğin orijinal formunda bulunan 2 alt boyutlu yapının doğrulanması amacıyla doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde sınanan 2 boyutlu 12 maddeli modelin uyum yeterliliğini belirlemek için kullanılan uyum indekslerinin sonuçları, uyum ölçütleriyle karşılaştırılmıştır. Uyum indekslerinin kabul edilebilir değerlerde olduğu ve ölçeğin iki faktörlü yapısının bu çalışma grubunda da geçerli olduğu görülmüştür ($\chi^2/sd = 2.483$, CFI = .979, NNFI = .966, NFI=0.965, GFI = .969, IFI = .979, RFI = .979, S-RMR = .040, RMSEA = .054).

Ölçüt geçerliği çalışmasında İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği ile benzer yapıları ölçme amacı taşıyan Öz Etkililik - Yeterlik Ölçeği ve Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin anomi alt boyutu arasındaki ilişkiler incelenmiştir. İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği'nin özyeterlik alt boyutu, Öz Etkililik - Yeterlik Ölçeği ile; hayat düzeni alt boyutu Spiritüel İyi Oluş Ölçeği'nin anomi alt boyutu ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlara göre özyeterlik ve hayat düzeni boyutlarının bireylerin spiritüel iyi oluşlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Sonuçlar alan yazınında bulunan benzer çalışmaların sonuçları ile uyumlu bulunmuştur (İlhan (2005); Telef ve Ergün (2013); Ay (2014)). Birbirine yakın yapıları ölçen bu ölçekler arasındaki ilişkilerin araştırmadan önce beklenildiği yönde olduğu ortaya çıkmıştır.

Ölçeğin güvenirlik çalışmalarında Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısının alan yazınındaki kabul edilebilir eşiği .70'tir (Özgüven, 1994). Ölçekteki özyeterlik alt boyutunun güvenilirliğinin ,90; hayat düzeni alt boyutunun güvenilirliğinin ,81 olduğu görülmüştür. Ölçeğin toplam iç tutarlılık güvenirlik katsayısı ise ,75

olarak bulunmuştur. Elde edilen bu değerlerin de kabul edilebilir eşik değerin üzerinde olduğu görülmektedir.

Kavramsal olarak, İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği'nin hastalığa özgü bir araç olmaması ve aynı zamanda sağlık davranışlarıyla da ilgili olmaması onu diğer ölçeklerden farklı kılar (Daaleman ve Frey, 2004). İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği'nin yaşam kalitesi ile ilgili iki boyutu kısa sürede ve kolayca ölçebilecek bir yapıda olması ölçeğin daha sonra yapılabilecek araştırmalarda rahatlıkla kullanılmasına imkân vermektedir. Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Ölçeğin cevaplanması öz-bildirim şeklinde olduğu için bu tarz ölçeklerin sahip olduğu dezavantajlara sahiptir. Katılımcılar arasında erkeklerin sayısının düşük olması araştırmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır. Daha sonra yapılacak çalışmalarda daha dengeli bir katılımcı profili belirlenebilir. Sonuç olarak, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarından elde edilen bulgular, özyeterlik ve hayat düzeni boyutlarıyla İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

Kaynakça

- Ay, İ. (2014). Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım gereksinimlerine ilişkin öznel faktörlerin incelenmesi (Doktora tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Brislin, R.W., Lonner, W.J. ve Thorndike, R.M. (1973). *Cross cultural research methods*. New York: John Willey & SonsPub.
- Daaleman, T. P. ve Frey, B. B. (2004). *The spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality-of-life research*. *Annals of Family Medicine*, 5(2), 499-503.
- Ekşi, H., Kaya, Ç. ve Çiftçi, M. (2016). Maneviyat ve psikolojik danışma. (H. Ekşi ve Ç. Kaya Ed.). *Manevi yönelimli psikoterapi ve psikolojik danışma* İçinde (s. 13-28). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Ekşi, H. ve Kardaş, S. (2016). Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritual Psychology and Counseling*, 2, 73-88. doi: 10.12738/spc.2017.1.0022
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330-338. doi:10.1177/009164718301100406
- Frame, M. W. (2000). Spiritual and religious issues in counseling: ethical considerations. *The Family Journal*, 8(1), 72-74. doi:10.1177/1066480700081011

- Gözüm, S. ve Aksayan, S. (1999). Öz etkililik yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2(1), 21-34.
- Helminiak, D. A. (2001). Treating spiritual issues in secular psychotherapy. *Counseling and Values*, 45(3), 163-189. doi:10.1002/j.2161-007x.2001.tb00196.x
- İlhan, T. (2005). Öznel iyi oluşa dayalı mizah tarzları modeli (Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Kamya, H. A. (2000). Hardiness and spiritual well-being among social work students. *Journal of Social Work Education*, 36(2), 231-240. doi:10.1080/10437797.2000.10779004
- Moberg, D. O. ve Brusek, P. M. (1978). Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. *Social Indicators Research*, 5, 303-323.
- Myers, J. E. (1990). *Wellness throughout the lifespan*, Guidepost: May.
- Myers, S. (2009). Seclusion: a last resort measure. *Perspectives in Psychiatric Care*, 26(3), 24-28. doi:10.1111/j.1744-6163.1990.tb00313.x
- Opatz, J. P. (1986). Stevens point: a long standing program for students at a Midwestern University. *American Journal of Health Promotion*, 1(1), 60-67. doi:10.4278/0890-1171-1.1.60
- Robert, T. (2003). *The relationship between spiritual well-being and job satisfaction among adult workers*. (Unpublished doctoral dissertation) Mississippi State University, Mississippi.
- Sayar, K. (2016). *Sufi psikolojisi*. İstanbul: Kapı Yayınları.
- Telef, B. B. ve Ergün, E. (2013). Lise öğrencilerinin öznel iyi oluşlarının yordayıcısı olarak öz-yeterlik. *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi*, 6(3), 423-433. doi: 10.5578/keg.5955
- Topuz, C. (2013). Üniversite öğrencilerinde özgeciliğin öznel iyi oluş ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Fatih Üniversitesi, İstanbul.
- Young, J. S., Cashwell, C., Wiggins - Frame, M., ve Belaire, C. (2002). Spiritual and religious competencies: A national survey of CACREP-accredited programs. *Counseling and Values*, 47(1), 22-33. doi:10.1002/j.2161-007x.2002.tb00221.x

EK**İyi Oluşun Spiritüel Göstergesi**

Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. Her bir madde 1 ile 5 arası puanlanmaktadır (Numaraların anlamları; 1: Kesinlikle katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum). Maddelerin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Lütfen bütün sorularla ilgili görüşlerinizi içtenlikle ifade ediniz. Teşekkür ederiz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Kendime yardım etmek için yapabileceğim fazla bir şey yok.	1	2	3	4	5
2. Başladığım şeyleri tamamlayabilmemin bir yolu çoğu zaman yoktur.	1	2	3	4	5
3. Problemlerimi anlayabilmek için adım atamıyorum.	1	2	3	4	5
4. Kişisel zorluk ve problemler yaşadığımda bunalırım.	1	2	3	4	5
5. Problemlerimi çözmek için nasıl adım atacağımı bilmiyorum.	1	2	3	4	5
6. Hayatımda bir değişiklik oluşturmak için yapabileceğim fazla bir şey yok.	1	2	3	4	5
7. Hayatımın amacını henüz bulamadım.	1	2	3	4	5
8. Kim olduğumu, nereden geldiğimi ve nereye gittiğimi bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9. Hayatımın bir amacı yok.	1	2	3	4	5
10. Bu dünyada nereye uygun olduğumu bilmiyorum.	1	2	3	4	5
11. Hayatın anlamını anlamaktan çok uzaktayım.	1	2	3	4	5
12. Şu an hayatımda büyük bir boşluk var.	1	2	3	4	5

Çocukluk Çağı Örseleyici Yaşantıların Tanrı Algısına Etkisi: Bir OKB Vakası Örneği

*Yasemin Angın**

Giriş

Çocukluk çağı örseleyici yaşantıların Tanrı algısına etkisini, bir Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) vakası üzerinden incelemeyi amaçlayan bu bölümde vaka sunumu yapılmaktadır. Söz konusu vaka psikiyatri kliniğinde eş tanı olmaksızın OKB tanısı alan kadın hastadır. Hastanın dini ve cinsel içerikli obsesyon ve kompulsiyonları bulunmaktadır. Obsesyonel düşünceler nedeniyle kaçınmacı ve tekrarlayıcı bazı davranışlara yönelen ancak yakınmaları azalmayan ve zamanla günlük yaşamını sürdüremez hale gelen hasta manevi danışma hizmeti alma talebinde bulunmuştur. Kendisi ile gerçekleştirilen bireysel görüşmelerde bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma, imajinasyon, bibliyoterapi ve Allah hakkında konuşma teknikleri kullanılmıştır. Görüşmeler sırasında hastanın OKB nedeniyle kısıtlılık yaşadığı konularda ve sahip olduğu patolojik Tanrı algısında olumlu gelişmeler gözlenmiştir. Bu görüşmelerin hastadaki Tanrı algısı ve dini kaygılara etkisini değerlendirmek amacıyla öntest, sontest ve izleme ölçümleri yapılmıştır.

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) önemli sosyal ve mesleki işlev bozukluklarına yol açan zorlayıcı, tekrarlayıcı düşünceler ve davranışlarla kendini gösteren psikiyatrik bozukluktur (Eşel, 2000). Amerikan Psikiyatri Birliği Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabında (DSM-5, 2014) obsesyonlar; zorla gelen ve kişide sıkıntıya neden olan, tekrarlayıcı ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler olarak tarif edilmektedir. Kişi bu düşüncelere, dürtülere ya da

* Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Manevi Destek Birimi e-mail: naksiyeyasemin@gmail.com

düşlemlere önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır veya başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır. Kompulsiyonlar ise kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemler şeklinde tarif edilmektedir. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya, var olan sıkıntıyı azaltmaya veya korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir.

Obsesif kompulsif bozukluğun dört temel semptom örüntüsü bulunduğu söylenebilir. En sık görüleni bulaşma obsesyonudur. Bu obsesyon yıkama, temizlenme ya da kirli olduğu düşünülen şeyden kaçınma kompulsiyonlarına neden olmaktadır. Bu tip obsesyonu olan hastalar en küçük bir temas ile nesneler ya da kişiler arasında bulaşma olabileceğine inanırlar. İkinci grup şüphe obsesyonudur. Bu obsesyon genellikle olası bir tehlikeyle ilgilidir. Bu gruptaki hastalar kapıyı kilitlemeyi unuttuklarını düşünerek eve geri dönmek zorunda kalabilirler ya da ocağı açık bırakıp bırakmadıklarını anlamak için defalarca kontrol etme ihtiyacı duyabilirler. Her zaman bir şeyleri unuttuklarından veya yaptıkları şeylerden dolayı suçluluk duyduklarından dolayı bu hastaların obsesyonel benlik kuşkuları vardır. Zihne yerleşen obsesyonel düşünceler ise üçüncü grup örüntülerdir. Bu düşünceler cinsel ya da saldırgan bir eylemde bulunmakla ilgilidir. Hastalar bu düşüncelerden dolayı kendilerini kınarlar. Simetri obsesyonlarıyla ilgili semptomlar diğer bir örüntü grubunu oluşturmaktadır. Simetri obsesyonu olan bir hastanın traş olması ya da yemek yemesi saatler alabilir. Bunların dışında dini obsesyon ve kompulsif istifçilik de sık görülmektedir (Koroğlu, 1995).

Obsesif kompulsif bozukluğun nedenleri ve işleyişi hakkında alanyazında psikososyal, bilişsel ve biyolojik yaklaşımları destekleyen pek çok araştırma bulunmaktadır. Bunlar arasında OKB'nin yıkıcı yaşam deneyimleri ile olan ilişkisini araştıran çalışmaların olduğu görülmektedir. Travmatik yaşam olayları ile OKB semptom şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen Cromer, Schmidt ve Murphy'nin (2007), DSM-4'e göre OKB tanı kriterlerine uyan 265 katılımcı ile yaptıkları çalışma buna örnek olarak gösterilebilir. Bu çalışmada bir veya daha fazla travmatik yaşam olayının artan OKB semptom şiddetiyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada OKB'nin tedavisine odaklanan araştırmalarda travmatik yaşantıların daha sistematik olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Travmatik yaşam olayları arasında uzun dönem etkileri olması bakımından çocukluk çağı örseleyici yaşantıları önemli bir

yere sahiptir. Çocukluk dönemindeki örseleyici yaşantıları anlatmak için ihmal ve istismar (fiziksel, duygusal ve cinsel) kavramları kullanılmaktadır. Bu travmatik yaşantıların kaygı, yeme bozukluğu, kişilik bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklara yol açtığı bilinmesine rağmen çocukluk çağı ihmal ve istismarın OKB ile ilişkisi yeterince çalışılmamıştır (Mathews, Kaur ve Stein, 2008). Son yıllarda ise erken çocukluk dönemindeki yaşantıların, bağlanma biçimlerinin ve çocukluk çağı travmatik yaşantıların OKB belirtilerinin yordayıcısı olduğunu ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır (Alsancak, 2016). Yine bazı klinik çalışmalar OKB tanısı almış bireylerin herhangi bir psikiyatrik tanı almamış bireylere göre çocukluk çağı örseleyici yaşam olaylarına daha fazla maruz kaldığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte OKB'nin heterojen bir yapısının olduğu ve bu yapının birçok nedene bağlı bulunduğu düşünülmektedir. (Kıvılcım, Erensoy ve Aytaç, 2017).

Çocukluk döneminde yaşanan ihmal veya fiziksel, duygusal ve cinsel istismar gibi yıkıcı deneyimlerin uzun dönem etkilerinin olduğu diğer bir konu da Tanrı algısıdır. Özellikle çocukluk cinsel istismarı bireyin Tanrı'yı algılamasını ve O'nunla olan ilişkisini etkilemekte ve telafisi zor izler bırakabilmektedir. Hurley (2004) bu dönemde maruz kalınan cinsel istismarın manevi alandaki olumsuz etkisini üç kategoride değerlendirmektedir; 1. Tanrı tarafından sevilme ve kabul edilme, 2. Başkalarıyla topluluk hissi ve 3. Tanrı'nın planına ve gelecekle ilgili amacına güvenme. Bu kategorizasyonda Tanrı ile ilgili algılamaların ön plana çıktığı görülmektedir. Çocukluk dönemi cinsel istismar yaşantıları, yetişkinlik döneminde bireyin yaşamını ve sahip olduğu Tanrı algısını olumsuz anlamda etkilemeye devam etmektedir. Bu istismar türüne bir baba figürü tarafından maruz kalan kadınlarla çalışılan bir araştırmada cinsel istismar yaşamış kadınların Tanrı algısı ile cinsel istismar yaşamamış kadınların Tanrı algısı karşılaştırılmış ve iki grup arasında anlamlı bir fark olduğu bulgulanmıştır (Kane, Cheston ve Greer, 1993). Burada istismarı uygulayan kişinin baba figürü tarafından temsil edilmesi üzerinde durulması gereken bir konudur. Çünkü baba figürünün Tanrı algısını etkilediği kabul edilmekte ve bu figürün doğrudan kişinin biyolojik babasını temsil edebileceği gibi onun yerine geçen ve otoriter imajı olan başka biri de olabileceği düşünülmektedir (Karaca, 2016). Cinsel istismarda bulunan kişilerin çoğunun erkek olduğu (Bulut, 2007) ve bunun bir erişkin ya da çocuktan en az 5 yaş büyük biri tarafından (Şahin Demirkapı, 2013) gerçekleştirildiği düşünüldüğünde bu kişinin çocuğun kendisinden yaşça büyük ve fiziksel olarak üstün bir erkek olması onun tıpkı baba gibi bir otorite

figürü olma ihtimalini güçlendirmektedir. Bu durumda istismarcının Tanrı algısının şekillenmesindeki etkisi anlaşılır hale gelmektedir. Yaşamlarında yer alan bir baba figürü tarafından cinsel istismara maruz kalan kadınlarla ilgili yukarıda söz edilen araştırmadan elde edilen bulgulara göre bu kadınların Tanrı'ya karşı öfkeli olmaları veya Tanrı'nın onlardan uzak olduğunu hissetmeleri çocukluk çağı cinsel istismarının Tanrı algısı üzerindeki yıkıcı etkilerini göstermektedir (Hurley, 2004).

Sonuç olarak cinsel istismar özelinde çocukluk çağı örseleyici yaşantıları çeşitli patolojilere yol açarken Tanrı algısını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Daha önce değinildiği üzere bu yaşantıların yol açtığı patolojilerden biri de OKB olabilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk ile Tanrı algısı arasındaki ilişki incelendiğinde ise olumsuz Tanrı algısının OKB'nin alt tiplerinden olan dini içerikli OKB ile yakından ilişkili olduğu söylenebilir. Bu hastalıkta dini içerikli semptom örüntüsü göz önünde bulundurulduğunda bireyin Tanrı ile kurduğu ilişki özellikle önemli olmaktadır. İnözü ve Karancı (2012) yaptıkları bir araştırmada dini içerikli OKB'nin duygusal özelliklerinden bahsederken yoğun bir umutsuzluk ve suçluluk duygusunun hakim olduğunun altını çizmekte ve bu kişilerin Allah'ın kendilerini asla bağışlamayacağına, günahlarının affedilmeyeceğine, iyi bir kul olamayacaklarına inandıklarını ve bundan dolayı olumsuz duygular yaşadıklarını belirtmektedir. Aynı çalışmada dini obsesyonu olan kişilerin suçluluk duygusundan kurtulmak için Tanrı ile kurdukları ilişkinin yapılandırılmasına yönelik sürekli ibadet etme kompulsiyonlarına yöneldikleri ifade edilmektedir. Bu noktada işlevsel olmayan Tanrı algısının bireyin inançlarıyla uyumlu olarak onarılması hastalığın tedavisine katkı sağlayabilir. Olumlu Tanrı algısının daha düşük obsesif kompulsif davranışlarla ilişkili olduğunu ortaya koyan (Bonab, Koohsar, 2011) ve dini içerikli OKB'nin tedavisinde hastanın Tanrı ile daha yakın bir ilişki kurmasına yardımcı olmanın önemini vurgulayan (Huppert, 2010) araştırmalar dini kompulsiyonlara neden olan dini kaygıların Tanrı algısının yeniden yapılandırılmasıyla azalabileceği hakkında fikir vermektedir.

Alanyazına bakıldığında gerek Tanrı algısı ile örseleyici çocukluk yaşantıları ve OKB arasındaki ilişkiyi gerekse örseleyici çocukluk yaşantıları ile OKB arasındaki ilişkiyi konu edinen araştırmalar bulunmakla beraber bu üç değişkenin birbiriyle olan ilişkisi ayrıca çalışılması gereken bir konu gibi durmaktadır. Ayrıca OKB'nin diğer alt tiplerinden ayrılan dini içerikli ob-

sesyon ve kompulsiyonlar söz konusu olduğunda hastanın dini inançlarıyla uyumlu yaşamasına katkı sağlayacak şekilde mevcut tedavi yaklaşımlarına yeni perspektifler kazandıran çalışmaların yapılması önemli görünmektedir. Psikiyatrideki her bir vakanın kendine özgü gelişimsel seyrinin olması ise bu konuda yapılacak vaka sunumu çalışmalarının daha etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu araştırmada da örseleyici çocukluk yaşantılarına maruz kalmış OKB tanılı bir hasta ile cinsel ve dini obsesyonlarının yanı sıra patolojik Tanrı algısının çalışıldığı danışmanlık süreci ele alınmakta ve hastadaki olumlu değişim yapılan ölçümlerle ortaya konulmaktadır.

Yöntem

Vaka sunumunun yapıldığı bu çalışmada dini obsesyonları nedeniyle manevi danışma hizmeti alma talebinde bulunan hasta ile bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiş ve bu görüşmelerde; bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma, imajinasyon, bibliyoterapi ve Allah hakkında konuşma tekniklerinden yararlanılmıştır. Yapılan görüşmelerin hastadaki Tanrı algısı ve dinsel kaygılara etkisini ortaya koymak amacıyla öntest, sontest ve izleme ölçümleri yapılmıştır.

Ölçme Araçları

Tanrı Algısı Ölçeği: Güler (2007) tarafından geliştirilen Tanrı Algısı ölçeği 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler korku ve sevgi yönelimini belirleyecek şekilde hazırlanmıştır. Sevgi ifadeleri düz olarak puanlanırken, korku ifadeleri ters yönde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 110'dur. Yüksek puanlar kişinin olumlu Tanrı algısına, düşük puanlar ise olumsuz Tanrı algısına sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 83'tür. Ölçek beş faktörden oluşmakta ve tüm faktörler toplam varyansın % 55,6'sını açıklamaktadır.

Penn Dinsel Kaygılar Envanteri: Abramowitz ve diğerleri (2002) tarafından geliştirilen, OKB bağlamında istem dışı düşünceleri ve kaygıları değerlendirmeyi amaçlayan ölçek 19 maddeden oluşmaktadır. "Günah İşleme Korkusu" ve "Tanrı Korkusu" olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Ters yönde puanlanan madde bulunmamakta ve ölçekten en fazla 76 puan alınabilmektedir. Ölçeğin bütünü için iç tutarlık katsayısı 93'tür. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Altın, Karancı ve Clark (2008) tarafından yapılmış ve psikometrik özellikleri orijinal ölçekle tutarlı bulunmuştur. Türkçe Formunun iç tutarlık katsayısı 95'tir.

Vaka

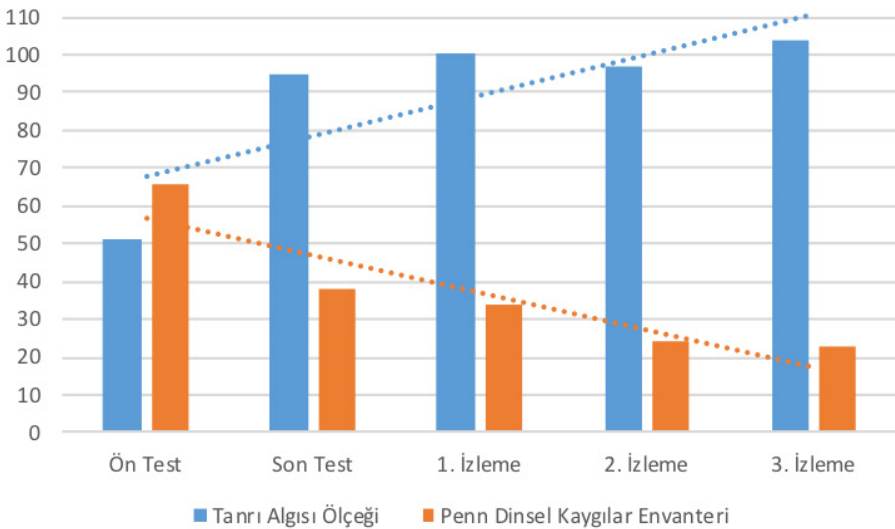
Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve eştanı olmaksızın OKB tanısı alan 20 yaşındaki kadın hasta, doktorunun da onayıyla adı geçen hastanede bulunan Manevi Destek Biriminden yardım alma talebinde bulunmuştur. Hastanın şikayeti Allah ile ilgili cinsel içeriği olan, hakaret ifade eden zorlayıcı düşüncelerle başa çıkamayacak hale gelmesi, Allah'ın ve Peygamberin aslında olmadığı, Kur'an'ın gerçek bir kutsal kitap olmadığı, genelde dinin özelde ise imanın önemsiz olduğuyla ilgili istemediği fakat aklından çıkaramadığı düşüncelerden muzdarip olması ve sık sık gusletme gereği duymaktan artık yorulmuş olmasıdır. Bu obsesyonel düşünceler hastanın günlük yaşamını sürdüremez hale gelmesine neden olmuş ve onlardan kurtulmak için kaçınmacı ve tekrarlayıcı bazı kompulsif davranışlara yönelmiştir. Bunlar; sürekli olarak gusül abdesti almak, hocalara onay bekleyen sorular sormak, dini kitaplar okumamak, Allah'ın isminin anıldığı yerde bulunmamak ve obsesyonun verdiği sıkıntıdan kurtulmak için başvurduğu bazı zihinsel tepkilerdir.

Hasta öyküsünde rahatsızlığının lisede Hristiyan teolojisi ile yaptığı bir okuma ile başlamış olduğunu dile getirmektedir. Bundan sonraki ilk yaklaşımının erkek öğrencilerle konuşurken aşırı derecede zorlanması olduğunu belirtmekte, zamanla ilerleyen ve çeşitlenen yakınmaların onu psikiyatri kliniğine gitmeye mecbur bıraktığını söylemektedir. Ailesinden bahsederken annesinin uzun yıllar süren tedaviye rağmen iyileşmeyen psikiyatrik hasta, babasının ise oldukça sinirli biri olduğunu belirtmektedir. Özellikle annesi tarafından fiziksel ve duygusal istismara maruz bırakılmış olan hasta, çocukken annesinin ona şiddet uyguladığını, tuvalet eğitimini verirken ateşle korkuttuğunu, cezalandırmak için banyoya kilitlediğini hatırlamaktadır. Ayrıca henüz 6-7 yaşlarındayken yakın bir akrabası tarafından yapılan cinsel istismara maruz kaldığından fakat bunu hiç kimseye paylaşmadığından söz etmektedir.

Hastanın obsesyonlarını tetikleyen şeylerin başında cinsel içeriği olan İslam'da cariyelik ve tecavüze uğrayan kadın bağlamında kötülük problemi gibi konuları hatırlatan sözlü ya da yazılı mesajlar, karşı cinsten olan bireylerle konuşmak, cinsel yönü olan rüyalar ve televizyon programları ve dini figürlerle ilgili her türlü konuşma veya okuma gelmektedir. Bütün bunlar onun sahip olduğu olumsuz Tanrı imajını canlandırmaktadır. Hastanın Allah'ı her zaman, her yerde olan ve cinsel isteklerini tatmin etmek isteyen bir erkek olarak tasavvur etmesi, tuvalete girmek ve üstünü değiştirmek gibi

günlük bazı işlerini yapmasını zorlaştırmıştır. Bunun sonucunda Allah'ı hatırlatan her türlü şeyden, O'nu anlatan kitaplardan ve çeşitli ortamlardan uzak kalmaya çalışmış hatta besmele çekmekten bile kaçınır hale gelmiştir. Cinsel yönden kendini tatmin etmek isteyen bir erkeği çağrıştıran bu imaj hasta için o kadar kabul edilemezdir ki, "Allah yok!" düşüncesi onu rahatlatan bir çıkış yolu olmuştur. Ancak çok kısa bir süre sonra da böyle düşündüğünden dolayı imanının zarar gördüğüne hükmedip bu düşüncenin oluşturduğu sıkıntıyı yok etmek için bir takım kompulsif davranışlara yönelmiş ve böylece sonuçsuz bir döngünün içine girmiştir.

Hasta ile toplamda 20 görüşme yapılmıştır. Görüşmelerde hasta öncelikle obsesyonları nedeniyle kısıtlılık yaşadığı konularda gelişme göstermiş, daha sonra sahip olduğu Tanrı algısı olumlu anlamda değişmeye başlamıştır. Bu durumu "İnsanın imanını hissedebilmesi gerçekten çok güzel, buraya gelmeseydim ya inkar ederdim ya da intihar!" sözüyle dile getirmiştir. Bu gelişme, kullanılan ölçme araçlarıyla da ortaya koyulmuştur. Hastanın sahip olduğu Tanrı algısını ölçmek için yapılan değerlendirmede Tanrı Algısı Ölçeği ön test skoru 51 iken, dini kaygıları ölçmek için uygulanan Penn Dinsel Kaygılar Envanteri ön test skoru 66'dır. Hasta ile yapılan 20. görüşmenin sonunda tekrar uygulanan Tanrı Algısı Ölçeği skoru 95'e çıkarken, Penn Dinsel Kaygılar Envanteri skoru ise 38'e düşmüştür. Görüşmelerin sonlandırılmasını takip eden 14 hafta içinde üç kez tekrar edilen izleme ölçümlerine göre Tanrı Algısı Ölçeği skorları sırasıyla 100, 97, 104 iken, Penn Dinsel Kaygılar Envanteri skorları ise sırasıyla 34, 24 ve 23'e düşmüştür.



Şekilde de görüldüğü üzere izleme sırasında skorların daha iyiye doğru gittiği anlaşılmaktadır. Bu durum hastanın ilaçlarını düzenli kullanmaya başlamasıyla ilişkilendirilmiştir. Görüşmeler devam ederken ilaçlarını kullanma konusunda gösterdiği direnç zamanla kırılmış ve danışma süreci henüz tamamlanmadan düzenli kullanmaya başlamıştır. Bu noktada danışmanın, hastanın ilaç kullanımıyla ilgili endişelerini psikiyatri doktoruyla paylaşması gerektiğini söyleyerek hastayı yönlendirmesi fayda sağlamıştır. Ayrıca hastanın “imanımı hissedemiyorum” şeklindeki yakınması nedeniyle Allah’ın varlığı konusundaki tereddütleri sorgulanmış ve hissettiği imanla ilgili derecelendirme yapması istenmiştir. Başlangıçta “Ya Allah varsa diye düşündüğüm için %10 diyorum” şeklinde belirttiği puan, ilerleyen görüşmelerde %65’e, %75’e ve son görüşmede %85’e çıkmıştır. İzleme sırasında ise “arada gel-gitler yaşamakla birlikte %100 hissettiğim zamanlar çok oluyor” şeklinde bir ifade kullanmıştır.

Danışma Süreci

Gerçekleştirilen danışma süreci sırasıyla;

1. Allah, Peygamber ve diğer dini temalarla ilgili obsesyonların çalışıldığı,
2. Cinsel içerikli obsesyonların çalışıldığı ve
3. Tanrı algısının çalışıldığı 3 ayrı aşamada anlatılacaktır. Ancak bu aşamalarda çalışılan konular birbirinden izole değildir ve iç içe bir yapı arz etmektedir.

1. Aşama: Hasta ile yapılan ilk görüşmelerde Allah ve Peygamberle ilgili başa çıkmakta çok zorlandığı düşünceler çalışıldı. Hastanın aklına sıklıkla gelen “ya Allah yoksa, ya Kur’an gerçek değilse” tarzı düşünceler onu oldukça rahatsız ediyor ve bir seferinde duyduğu sıkıntıyı şu şekilde dile getiriyordu: *“Aklıma geldiği zaman, her an... Aklımdan hiç çıkmadı. Peygamberimizle ilgili aklıma kötü şeyler geldi. Okuduğum bir bilgiyi tam anlamıyla idrak edemediğim için bir sürü tereddüt türedi... O kadar daraldım ki uyuyup unutmaya çalıştım. Sanki birisi beni sıkıyordu. Sanki bu koca vücudumun içi küçüldü. Sanki akciğerlerim ve kalbim küçülmüştü, nefes almakta zorlanıyordum ve hiçbir yere sığmayacak bir durumdaydım... Aklımdaki bu şüphelerden nasıl kurtulacağım, ya kapılıp gidersem!... Neden iyileşmek yerine daha da kötüleşiyordum?!...Sanki hidayet artık benden alınmış gibiydi...”*

Hasta, kitap okumakla ya da dini konuların konuşulduğu bir ortamda bulunmakla tetiklenen bu ve benzeri düşüncelerin bunaltıcı etkisinden ko-

runmak için kaçınmacı davranışlara başvuruyordu. Dolayısıyla yeni kazandığı bir bilgiyi araştırıp öğrenmesi mümkün olamıyordu. Ya da araştırmaya koyulduğunda tekrar eden obsesyonel düşüncelerden dolayı araştırmayı terk ediyordu. Görüşmelerde bu düşünceler vesvese bağlamında konuşuldu. Bu düşüncelerin vesveseden kaynaklandığına inanıyor ama etkisinden kurtulmakta zorlanıyordu. Başlangıçta vesvese olarak değerlendirdiği düşünceleri açıkça ifade etmekte epey zorlandı. Bunun nedeni söz konusu düşüncelerden dolayı kendini kınamasıydı. Bu noktada Araf suresi 201. ayetten yararlanıldı. Ayetteki, şeytandan gelen saptırıcı bir fikre maruz kalan takva sahiplerinin gerçeği görebilmelerinden bahsedilmekteydi. Gerçeği görebilmek için vesveseyi gerçekçi bir şekilde ele almak ve değerlendirmek gerektiği konusunda hasta cesaretlendirildi. Düşüncelerini uzun süre açıklamakta zorlanmasının diğer bir nedeni danışmanının etkilemekten ve onun da imanına zarar vermekten korkmasıydı. Bu konu da görüşmeler sırasında yapılan denemelerle aşıldı ve hasta danışmanının olumsuz yönde etkilenmediğine inandı. Hastanın daha önce açıkça söylemekte zorlandığı düşünceleri dillendirmeye başlamasıyla aklına gelen istemsiz düşüncelere nasıl bir anlam yüklediği ve bunun etkileriyle ilgili bilişsel süreçler konuşulabildi. Hasta bu düşüncelerin aklına gelmesiyle imanının zarar gördüğüne hükmetmekteydi. Hastaya, söz konusu düşünceleri nasıl bir işlem sürecinden geçirdiğini fark etmesiyle sonuçların değişebileceği konusunda farkındalık kazandırıldı. Hastanın, Allah'ın ya da Peygamberin aslında olmadığı veya Kur'an'ın gerçek bir kutsal kitap olmadığıyla ilgili düşüncelerin kendisinden kaynaklanmadığına, bunların tamamen vesvese olduğuna ve sadece böyle bir şeyi düşünmekle imanının zarar görmeyeceğine ikna olmasıyla ilerleme sağlandı. Bu süreçte vesvese ile ilgili ayet ve hadislerden yararlanıldı ve imana odaklanma şeklinde imajinasyon çalışması yapıldı.

2. Aşama: Hastanın sonraki görüşmelere getirdiği konular çoğunlukla cinsellik teması etrafında şekilleniyordu. Bunlar; İslam'da cariyelik, Hz. Peygamberin evlilikleri, tecavüze uğrayan kadın, günlük hayatta karşı cinsle aynı ortamları paylaşmak gibi konulardı. Bunun için öncelikle cinselliğin ona çağrıştırdığı şeyler ve cinsellikle ilgili yaptığı bilişsel değerlendirmeler konuşuldu. Tamamen olumsuz atıflar yaptığı bu konu, insanın yaratılışı ve sahip olduğu donanımlar bağlamında İslam'ın cinselliğe bakışıyla ilgili okumalar yapılarak çalışıldı. Hastanın bir erkekle konuşması ya da cinselliği hatırlatan bir yazı veya görselle tetiklenen obsesyonların neden olduğu sürekli gusül abdesti alma davranışı ise sahip olduğu yanlış ve eksik dini bilgilerle

ilgiliydi. Fakat dini herhangi bir kitap okuyamadığı için ilmi halden bu konuyu öğrenmesi de mümkün olamamıştı. Görüşme sırasında ilgili fıkhi bilgilerin verilmesi, hem konunun daha konuşulabilir hale gelmesine, hem de tekrarlayan gusletme davranışını bırakmasına yardımcı oldu. Hastanın daha önce başlayıp da obsesyonel düşünce ve davranışları nedeniyle bitiremediği kitapları okumaya başlaması da konunun normalleşmesine katkı sağladı. Bu kitaplar dolaylı olarak cinselliği çağrıştıran kitaplardı. Hastanın, bilgi işleme süreçlerini değiştirmesi ve aşamalı olarak yapılan okumalar sırasında obsesyonlara maruz bırakılması sonucu bu kitapları herhangi bir kompulsif davranışa başvurmada okuyabilmesi mümkün oldu.

Hastanın dini kitapları okuyabilecek hale gelmesi sonucu, “Hz. Peygamber Neden Çok Evlendi (Abbasi, 2015)” isimli kitap önerildi. Görüşmelerde cariyeliğin kültürel bir olgu olduğu, dolayısıyla bu konunun Kur’an’da yer almasının Allah’ın özel olarak istediği bir yaptırıma dayalı olmadığı, bir insan olarak Hz. Peygamberin evlenmesinin normal olduğu ve yaptığı evliliklerin her birinin toplumsal bir anlam taşıdığı gibi konular ilgili okuma ve dini referanslar eşliğinde konuşuldu. Yapılan okumalarla beraber görüşmeler sırasında gerçekleştirilen tartışmalar, hastanın doğru dini bilgiler kazanmasına, dini temalarla ilgili obsesyonel düşüncelerin azalıp kaçınmacı-tekerrarlayıcı davranışların önlenmesine katkı sağladı.

3. Aşama: Hastanın problem haline getirdiği ve obsesyonlarını tetikleyen cinsellik konusunun en zorlayıcı olduğu Tanrı algısı boyutu ise, daha uzun süre çalışılmaya devam edildi. Çocukken bir akrabası tarafından yapılan cinsel istismar hastanın olumsuz Tanrı algısına neden olan en güçlü faktör gibi görünmekteydi. Yaşça ve fiziksel olarak daha üstün olan tacizci, onun için bir otorite figürüydü. Hasta onu durduramamış ve istediğini yapmasına engel olamamıştı. Cinsel istismarın yaşandığı dönemin gelişimsel özellikleri dikkate alındığında hastanın Tanrı algısının bu dönemde sıkça karşılaşılan antropomorfik Tanrı imgesinden izler taşıdığı düşünülmektedir. Bu noktada hastanın, tacizcideki güçlü olma, zarar verme gibi sıfatları Allah’a yüklediği ve bu olayın hastanın sahip olduğu Tanrı algısını önemli ölçüde etkilediği anlaşılmaktadır. Hastanın olumsuz (cezalandıran, anlayışsız) Tanrı algısını oluşturan diğer nedenlerin ise çocukluk çağında maruz kaldığı fiziksel ve duygusal istismar ile Allah’ın merhametsiz olduğu izlenimini veren yanlış ve çarpıtılmış dini bilgiler olduğu tespit edilmiştir. Hastanın Tanrı algısı çalışılırken özellikle üzerinde durulan konu, ancak ilerleyen gö-

rüşmelerde anlatma cesaretini gösterebildiği cinsel istismar olayı olmuştur. Bu olayı değerlendiren hasta yaşadıklarından yola çıkarak Allah'ın gerçekte olmadığını, eğer olsaydı kendisini koruyacağını düşünmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi Allah'ın olmadığı düşüncesi aslında zihinsel bir tepkidir. Çünkü hasta kendisine cinsel yönden zarar verebilecek kadar güçlü ve her yerde olan bir Tanrı imajına tahammül edememiş ve O'nun hiç olmadığını öne süren argümanlara yönelmiştir. Ancak zamanla Allah'ın olmadığı ile ilgili düşünce de başa çıkamadığı bir obsesyon haline gelmiştir. Aklından atamadığı bu düşünce, imanının zarar gördüğü ve artık ıslah olmayacağı duygusuna kapılmasına sebep olmuştur. Bunun sonucunda yaşadığı sıkıntıyı gidermek ve imanının hala olduğunu onaylamak için, zorunlu bir davranış olarak tanıdığı hocalara sorular sormaya başlamıştır. Ancak aldığı cevaplar hiçbir zaman yeterli gelmediğinden duyduğu kaygı azalmamış ve döngüsel olarak aynı şeyleri yaşamaya devam etmiştir.

Hasta ile yapılan görüşmeler onun daha önce yapmakta zorlandığı şeyleri (kitap okumak, karşı cinsten olan kişilerle zorlanmadan ve kompulsif davranışlara başvurmadan konuşmak) yapabilmesini sağlamış ancak Allah'ın varlığı ile ilgili obsesyonel düşünceler günlük hayatını zorlaştırmaya devam etmiştir. Hasta, dinin bütün gereklerini yerine getirmiş olmasına rağmen, Allah'ın imanı hissetmesine izin vermemek suretiyle onu cezalandırdığını öne sürerek yakınmalarını sürdürmüştür.

Bu aşamada hasta ile dinin insana yüklediği sorumluluk, insana verilen özgür irade ve insanın kaderi, dünya-ahiret sistemi, ilahi adalet gibi konular dini referanslar (Bakara/286, İsra/13-14, Ra'd/11 vb.) eşliğinde konuşulmuştur.

Bu konuşmalar sırasında hastanın çarpıtarak yorumladığı bazı dini bilgiler çalışılmıştır. Hasta tecavüze uğrayan kadınların büyük bir günah işledikleri için bu talihsiz durumun başlarına geldiğini düşünmekteydi. Çekilen sıkıntıların günahlara karşı bir cezalandırma olduğuyla ilgili dini bilgileri yorumlama biçimi, Allah'ın acı veren yaşam olaylarını cezalandırma amacıyla yarattığını düşünmesine neden olmaktaydı. Öyle ki imanı hissedemediği için çektiği acıyı da yine Allah'ın kendisini cezalandırmasına bağlamaktaydı. Bu konu çalışılırken hastanın düşüncelerini sorgulamasına yardımcı olan konuşmalardan danışmana ait olan bir kesit şöyledir:

“...Eğer bulunduğumuz dünyada birçok acı yaşıyorsa, kızlar ya da kadınlar tecavüze uğruyorsa burada birey ve toplum olarak her birimizin sorumluluğu vardır. Çünkü Allah, “Bir millet kendini değiştirmedikçe Allah onların durumunu

değiştirmez” (Ra’d/11) ayetinde de belirttiği gibi ancak biz birey ve toplum olarak bu dünyayı daha yaşanabilir bir yer kılmak için gereken sorumluluğu gösterebilirsek, yani yaşadığımız dünyayı daha güzel ve iyilik dolu bir yer haline getirebilirsek, bunu bize nasip eder. Bunun için Allah insanı özgür iradeye sahip ve sorumluluk alabilecek bir varlık olarak yaratmıştır. Birlikte yaşadığımız dünyamızda her birimiz kendimizin ve diğerlerinin özgürce yaptığı seçimlerden etkileniyoruz. Bu etkileşim sırasında aşamadığımız, çözemediğimiz problemlerle de karşılaşırız. İşte bu noktada tüm çabalarımıza rağmen, güç yetiremediğimiz, değiştiremediğimiz ne varsa, onlar değişmese bile, Allah sonsuz merhameti nedeniyle o çekilen sıkıntıları bahane ederek, yaptığımız hatalardan dolayı günahlarımızı bağışlar ve bizi kendi katında değerli kılar. “Şüphesiz Allah insanlara zerrece kötülük etmez...(Yunus/44)”

Görüşmelerde gerçekleşen konuşmalarla birlikte hastaya önerilen “İlahi Adalet ve Rahmet Penceresinden Kötülük ve Musibetler (Özdemir, 2014)” isimli kitap hastanın konu hakkındaki değerlendirmelerini değiştirmesine yardımcı olmuştur. Hastanın çocukken yaşadığı cinsel istismardan bahsetmesi ise danışma sürecinin dönüm noktası olmuştur. Hastayı derinden etkileyen bu travmatik anının işlenmesi sürece hız kazandırmıştır. Bu olay iki ayrı senaryo tasarlanarak tartışılmıştır. Bu senaryolardan ilki şöyledir; Allah, hasta çocukken onun taciz mekanında bulunmasına, tacizcinin yanına oturmasına, burada istismara uğramasına izin vermiş ve onu korumamış ya da koruyacak gücü kendisine vermemiştir. Bu durumda bütün bunları yaratan mutlak iyi olan Allah olamamaktadır. Bu senaryodaki mağdur ya Allah’ı suçlamakta ya da O’nun varlığından şüphe etmekte, imanını ise %10 olarak derecelendirmektedir. İkinci senaryoya göre; annesi hastaya çocukken bedendeki özel bölgelere hiç kimsenin dokunamayacağını, böyle bir şey (cinsel taciz) yapmaya yeltenen biri olursa gücü yettiğinde bağırması ve yardım istemesi gerektiğini öğretmiştir. Burada mağdur yüksek sesle bağırıp çığlık attığında annesinin ona kızmayıp yardım edeceğine inandığı için kendisine öğretilenleri yapmış ve annesi de onun yardım isteğine kayıtsız kalmamış, onu anlamaya çalışmıştır. Sonuç olarak taciz gerçekleşmemiştir. Bu durumda mağdur alınan önlemlerle tacizin engellenebildiğini görmesi nedeniyle Allah’ı suçlamak için bir sebep bulamamakta ve Allah’ın varlığından şüphe duymadığını söylemektedir. İmanını ise %100 olarak derecelendirmektedir. Allah hakkında konuşma uygulamasıyla beraber yapılan diğer uygulamalar hastanın sahip olduğu Tanrı algısı hakkında farkındalık kazanmasına, bunu sorgulamasına ve Allah ile ilgili bilişlerini yeniden yapılandırmasına yardımcı olmuştur. Allah’ın onun tasavvur ettiği gibi erkeksi bir varlık olma-

dığına ikna oldukça onun varlığı hakkında daha çok bilgi sahibi olmak istemiştir. Bu noktada yine dini materyalden istifade edilmiştir. Nur suresi 35. ayet, Allah'ın sıfatlarını anlatan diğer ayetler ve okuması önerilen "Tasavvufi Aşkla Esmâü'l Hüsnâ (Sayın, 2017)" kitabı yeni bir tasavvur oluşturmaya yardımcı olmuştur. Bunu takip eden görüşmede Allah'ın rahmet sıfatından bahsedilmiş ve kaydettiği gelişmenin kendi gayreti ile Allah'ın sevgisinin bir sonucu olduğu belirtilmiştir. Kendisi de başına gelen olayların tamamen kötü olmadığını, hatta bilinçlenmesine katkı sağladığını ifade etmiştir. Artık hasta kendi başına bulduğu yeni yöntemlerle (tefsir okumak, kevnî ayetleri okumak gibi) problemin üstesinden gelebilecek bir seviyeye geldiğinde ise görüşmeler sonlandırılmıştır.

Sonuç ve Değerlendirme

Örselenmiş çocukluk yaşantıları kısa ve uzun vadede pek çok patolojiye sebep olabilmektedir. Bunun yanı sıra bireyin manevî dünyasını ve Tanrı algısını da olumsuz yönde etkilemektedir. Öyle ki bu etkiler yetişkinlikte baş etmesi zor problemler ortaya çıkarabilmektedir. Bu çalışmada Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniğine başvuran ve patolojik Tanrı algısına sahip olan bir OKB hastası ile yapılan danışmanlık süreci ve içeriği konu edilmiştir. İç içe geçmiş olan dini ve cinsel obsesyonel düşünce ve davranışlardan yakınan hasta başlangıçta, yaşadıklarını anlatma ve farmakolojik tedavi konusunda direnç göstermiş, güvene dayalı bir danışma ortamının sağlanması ve yapılan yönlendirmelerle söz konusu direnç zaman içinde kırılmıştır. Allah, Peygamber, Kur'an-ı Kerim gibi dini motiflerle cinselliği çağrıştıran her türlü materyalle ilgili olan obsesyon ve kompulsyonlar dini referansların kullanıldığı danışma görüşmelerinde hastanın görüşmeye getirdiği konular öncelenerek çalışılmıştır.

Danışma sürecinde hastaya iman ve cinsellik gibi konularda yaptığı hatalı bilişsel değerlendirmeler ve bunların sonuçları hakkında farkındalık kazandırılmıştır. Bu değerlendirmelerin dini referanslarla tartışılması ve Allah'ın mahiyeti, kader gibi konularda gerekli dini bilgilerin verilmesiyle hastanın sahip olduğu bilişler yeniden yapılandırılmıştır. Ayrıca hasta görüşme içinde ve dışında obsesyonlarını tetikleyen durumlara maruz bırakılmış ve aşamalı olarak kaçınmacı-tekrarlayıcı davranışlara başvurmadan yapmakta zorlandığı eylemleri yapması sağlanmıştır. Bunlarla birlikte yapılan diğer uygulamalar hastanın tedavisine katkı sağlamış, hasta kendi başına prob-

lemin üstesinden gelebilecek bir seviyeye geldiğinde ise görüşmeler sonlandırılmıştır.

Bu çalışma dini içerikli OKB'nin tedavisinde, farmakoterapi ile manevi danışmanlık kombinasyonunun, OKB semptomlarını azaltmada etkili olabileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Bununla birlikte dini obsesyonların Tanrı algısıyla olan ilişkisini göstermesi bakımından incelendiğinde, işlevsel olmayan Tanrı algısının onarılmasıyla OKB nedeni olan dini kaygıların azaldığı anlaşılmaktadır. "OKB-Tanrı Algısı" arasındaki bu ilişkinin yapılacak daha kapsamlı araştırmalarla ortaya konulması, klinik manevi danışmanlığının gelişmesine katkı sağlayacaktır.

Kaynakça

- Abbasi, M. (2015). *Hız. Peygamber neden çok evlendi*. İstanbul: Kayıhan Yayınları.
- Abramowitz, J. S., Huppert, J. D., Cohen, A. B., Tolin, D. F., Cahill, S. P. (2002). Religious obsessions and compulsions in non-clinical sample: The penn inventory of scrupulosity. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 825-838.
- Alsancak, C. (2016). Çocukluk çağı travmaları ve bağlanma özellikleri ile obsesif inanışlar ve obsesif-kompulsif belirtilerin ilişkisinde dünyaya ilişkin varsayımların aracılık rolü: üniversite öğrencilerinde bir değerlendirme. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Altın, M., Karancı, N., Clark, D. (2008). The role of religious fundamentalism, guilt and obsessive beliefs in aggravating the scrupulosity symptoms in muslim students. paper presented at EABCT08, Helsinki.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı*. (5. Baskı). (E. Köroğlu Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Bonab, B. G., Koohsar, A. A. H., (2011). Relation between quality of image of god with obsessive-compulsive behaviours and phobic anxiety in parents of exceptional children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 29, 237-241.
- Bulut, S. (2007). Çocuk cinsel istismarı hakkında bir derleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 139-156.
- Cromer, K.R., Schmidt, N. B., Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1683-1691
- Eşel, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 46-55.

- Güler, Ö. (2007). Tanrı algısı ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 48(1), 123-133.
- Huppert, J. D., (2010). Treating scrupulosity in religious individuals using cognitive-behavioral therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 382-392.
- Hurley, D. L. (2004). Spiritual impact of childhood sexual abuse: some implications for teacher education. *Journal of Religion and Abuse*, 6(2), 81-101.
- İnöz, M., Karancı, N. (2012). Din ve dindarlık: dinsel obsesyonların gelişmesinde bir yatkınlık faktörü müdür? Kanadalı Hristiyan ve Türk Müslüman öğrencilerin kültürlerarası karşılaştırılması. (A. Nuray Karancı, Tülin Gençöz, Orçun Yorulmaz, Müjgan İnöz Ed.), *Obsesif-kompulsif bozukluk: Bilişsel-davranışçı yaklaşım, terapi ve sık kullanılan ölçekler İçinde* (s. 167-179). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Kane, D., Cheston, S. E., Greer, J. (1993). Perception of god by survivors of childhood sexual abuse: An exploratory study in an underresearched area. *Journal of Psychology and Theology*, 21(3), 228-237.
- Karaca, F. (2016). *Dini gelişim psikolojisi*. Trabzon: Eser Ofset Matbaacılık.
- Kıvılcım, S., Erensoy, H., Aytaç, H. M. (2017). Erişkin obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı ruhsal travmaları. *The Journal of Neuro-behavioral Sciences*, 4(2), 63-71.
- Köroğlu, E. (1995). *Obsesif-kompulsif bozukluk*. Ankara: Medikomat Yayınları.
- Mathews, C. A., Kaur, N., Stein, M. B., (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25, 742-751.
- Özdemir, M. (2014). *İlahi adalet ve rahmet penceresinden kötülük ve musibetler*. Ankara: DİB Yayınları.
- Sayın, E. (2017). *Tasavvufi aşkla esmai'l hüsnâ*. Bursa: Emin Yayınları.
- Şahin Demirkapı, E. (2013). Çocukluk çağı travmalarının *duygu düzenleme ve kimlik gelişimine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

