

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**HASTANELERDE MANEVİ DESTEK ALGISI
VE İHTİYACI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA
(BOLU ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özgür ŞENTÜRK

Enstitü Anabilim Dalı : Felsefe ve Din bilimleri

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENTEPE LOKMANOĞLU

HAZİRAN – 2021

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**HASTANELERDE MANEVİ DESTEK ALGISI
VE İHTİYACI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA
(BOLU ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özgür ŞENTÜRK

Enstitü Anabilim Dalı : Felsefe ve Din Bilimleri

“Bu tez sınavı 03/06/2021 tarihinde online olarak yapılmış olup aşağıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI
Prof. Dr. Abdulvahit İMAMOĞLU	Başarılı
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENTEPE LOKMANOĞLU	Başarılı
Dr. Öğr. Üyesi Fatma BAYNAL	Başarılı

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU	Sayfa : 1/1
Öğrencinin		
Adı Soyadı	:	Özgür ŞENTÜRK
Öğrenci Numarası	:	Y176010008
Enstitü Anabilim Dalı	:	Felsefe ve Din Bilimleri
Enstitü Bilim Dalı	:	Din Psikolojisi
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Hastanalarda Manevi Destek Algısı ve İhtiyacı Üzerine Bir Çalışma (Bolu Örneği)
Benzerlik Oranı	:	%13
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,		
☒ Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.		
21/05/2021 Öğrenci İmza		
☐ Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.		
Bilgilerinize arz ederim.		
...../...../20..... Öğrenci İmza		
Uygundur		
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENTEPE LOKMANOĞLU Tarih: 21.05.2021 İmza:		
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR		Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Manevi destek uygulamaları ülkemizde bilimsel olarak yeni bir alan olarak görülmektedir. Tarihimize ve geleneklerimize baktığımızda düşenin yanında olmak, onu teselli etmek, derdine ortak olmak ve ona moral vermek gibi insani uygulamaları görmekteyiz. İnsanlığın varoluşundan itibaren kişi, moral ve motivasyona sıkıntılı olduğu zamanda ihtiyaç duymuş ve bu ihtiyacı karşılanmaya çalışılmıştır. Günümüzde ise bu hizmet ceza evi, hastane, sevgi evleri, huzurevleri gibi alanlarda işin uzmanları tarafından verilmektedir.

Bu araştırma, Bolu'da sağlık alanında bulunan hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının maneviyat düzeyleri ile birlikte manevi destek algısı ve ihtiyacını belirlemeye yöneliktir. Anket olarak uyguladığımız çalışmada iki ölçek kullanılmıştır. Çalışmaya katılanlara öncelikle maneviyat düzeyi ile ilgili daha sonra ise manevi destek algısı ve ihtiyacı ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Elde edilen sonuçlar, hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları olmak üzere iki ayrı başlık halinde değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada başından sonuna kadar yanımda olan ve danışmanlığımı yapan Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENTEPE LOKMANOĞLU'na ve bölüm başkanımız Prof. Dr. Abdulvahit İMAMOĞLU'na teşekkürü vefanın gereği olarak borç bilirim.

Ayrıca anket sürecinde destek olan Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Yönetimine, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Başhekimliğine, çalışmaya katılarak destek veren sağlık çalışanı arkadaşlarıma, hasta ve hasta yakınlarının her birine teşekkür ederim.

Son olarak bu zorlu süreçte beni yalnız bırakmayan aileme, arkadaşlarıma, hocalarıma, her zaman desteğini yanımda hissettiğim eşim Melike ŞENTÜRK ve tez yazım aşamasında neşe kaynağım olan biricik kızım Aslıhan ŞENTÜRK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özgür ŞENTÜRK

03.06.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	viii
GRAFİKLER LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi

GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	6
1.1. Din ve Maneviyat	6
1.1.1. Dinin Tanımı	6
1.1.2. Dindarlık Tanımı	8
1.1.3. Maneviyat Tanımı	10
1.1.4. Dindarlık ve Maneviyat İlişkisi	11
1.2. Din, Maneviyat ve Sağlık İlişkisi	13
1.3. Manevi Destek Kavramı	17
1.3.1. Manevi Danışman Kavramı	18
1.3.1.1. Manevi Danışmanın Yeterlilikleri.....	18
1.3.2. Manevi Destek Hizmetinin Felsefesi	19
1.3.3. Manevi Destekle İle İlgili Psikolojik Yaklaşımlar.....	20
1.3.3.1. Pastoral Psikoloji	20
1.3.3.2. Hümanistik Psikoloji	22
1.3.3.3. Transpersonel Psikolojisi	23
1.3.3.4. Tasavvuf Psikolojisi	24
1.3.4. Manevi Destek Hizmetinin Yürütülebileceği Alanlar.....	25
1.3.4.1. Ceza İnfaz Kurumları	26
1.3.4.2. Çocuk Yuvaları, Yetiştirme Yurtları ve Sevgi Evleri	27
1.3.4.3. Huzurevleri	29
1.4. Sağlık Alanında Manevi Destek Hizmeti	30
1.4.1. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı	31
1.4.2. Ülkemizde Hastanelerde Manevi Destek Hizmetleri	32

1.4.3. Avrupa’da Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları.....	33
1.4.3.1. Amerika’da Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları	34
1.4.3.2. Hollanda’da Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları	34
1.4.3.3. Almanya’da Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları	34
1.4.3.4. İngiltere’de Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları	35
1.4.3.5. Belçika’da Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları	35
1.4.4. Hz. Peygamber Döneminde Hastalara Manevi Destek Hizmeti	35
BÖLÜM 2: YÖNTEM.....	38
2.1. Araştırma Modeli.....	38
2.2. Araştırmaya Katılanlar	39
2.3. Veri Toplama Araçları.....	41
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	41
2.3.2. Maneviyat Ölçeği	42
2.3.2.1. Maneviyat Ölçeğinin Güvenirliliği	44
2.3.3. Manevi Destek Algısı Ölçeği	45
2.3.3.1. Manevi Destek Algısı Ölçeğinin Güvenirliliği	46
2.3.3.2. Manevi Destek Algısı Ölçeğinin Ölçüm Modeline İlişkin Sonuçlar	46
2.3.3.3. Manevi Destek Algısı Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör analizi.....	47
2.4. Verilerin Toplanması ve Analizi	48
BÖLÜM 3: BULGULAR VE YORUMLARI.....	50
3.1. Genel Profile Ait Bulgular.....	50
3.2. Hasta ve Hasta Yakınlarına Ait Bulgular	52
3.2.1. Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaş Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	52
3.2.2. Hasta ve Hasta Yakınlarının Cinsiyet Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	56
3.2.3. Hasta ve Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	56
3.2.4. Hasta ve Hasta Yakınlarının Gelir Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	57
3.2.5. Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	58

3.2.6. Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyal Çevrelerine Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	59
3.2.7. Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastanedeki Konumuna Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	59
3.2.8. Hasta ve Hasta Yakınlarının Manevi Destek Hizmeti Hakkındaki Bilgi Durumları.....	60
3.2.9. Hasta ve Hasta Yakınlarının Manevi Destek İhtiyacı	61
3.2.10. Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastanede Manevi Danışman İhtiyacı	62
3.2.11. Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algısına İlişkin Bulgular	63
3.2.12. Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algıları Göre Maneviyat Ölçeği Bulguları.....	64
3.2.13. Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algılarına Göre Manevi Destek Algısı Bulguları	65
3.3. Sağlık Çalışanlarına Ait Bulgular	66
3.3.1. Sağlık Çalışanlarının Yaş Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	67
3.3.2. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet Durumuna Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	70
3.3.3. Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	71
3.3.4. Sağlık Çalışanlarının Gelir Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	71
3.3.5. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	72
3.3.6. Sağlık Çalışanlarının Sosyal Çevrelerine Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	73
3.3.7. Sağlık Çalışanlarının Hastanedeki konumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları	73
3.3.8. Sağlık Çalışanlarının Manevi Destek Hakkındaki Bilgi Durumları.....	74
3.3.9. Sağlık Çalışanlarının Manevi Destek İhtiyacı.....	75
3.3.10. Sağlık Çalışanlarının Hastanede Manevi Danışman İhtiyacı	76
3.3.11. Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algısı Bulguları.....	77
3.3.12. Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algi Durumlarına Göre Maneviyat Ölçeği Bulguları.....	77

3.3.13. Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algı Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Bulguları.....	78
3.4. Ölçekler Arasındaki İlişki	80
3.4.1. Maneviyat Ölçeği ve MDA Ölçeği Arasındaki İlişki	80
3.4.2. Katılımcıların Hastanedeki Konumuna Göre Maneviyat Ölçeği ve MDA Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	80
SONUÇ VE ÖNERİLER	82
KAYNAKÇA.....	88
EKLER	99
ÖZGEÇMİŞ	104

KISALTMALAR

TDV	: Türkiye Diyanet Vakfı
akt.	: Aktaran
MGK	: Milli Güvenlik Kurulu
DİB	: Diyanet İşleri Başkanlığı
SHÇEK	: Sosyal Hizmet Çocuk Esirgeme Kurumu
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
vb.	: Ve benzeri
diğ.	: Diğerleri
ve ark.	: Ve arkadaşları
Sav	: Sallallahü aleyhi ve sellem
SS.	: Standart Sapma
Yay.	: Yayınları
SPPS	: Statistical Package for the Social Sciences
MDA	: Manevi Destek Algısı
MÖ	: Maneviyat Ölçeği

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	39
Tablo 2: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	40
Tablo 3: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Verdiği Cevaplara Göre Maneviyat Ölçeğinin Güvenirlik Analizi Sonuçları	44
Tablo 4: Araştırmaya Katılan katılımcıların Verdiği Cevaplara Göre Manevi Destek Algısı Ölçeğinin Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 5: Ölçüm Modeline İlişki Sonuçlar	47
Tablo 6: Yapısal Modelin Uyum İyiliği Değerleri	47
Tablo 7: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Katılımcılara Göre Tanımlayıcı İstatistikleri	51
Tablo 8: Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşları İle Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği Arasındaki İlişki	53
Tablo 9: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Maneviyat Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 10: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 11: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algısı ve Maneviyat Düzeylerine Göre Dağılımları	63
Tablo 12: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algılarına Göre Maneviyat Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 13: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algısı Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Yaşları İle Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği Arasındaki İlişki	67
Tablo 15: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Değişkenlerine Göre Maneviyat Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 16: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerine Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	69

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algılarına Göre Dağılımları.....	77
Tablo 18: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algısı Durumlarına Göre Maneviyat Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	78
Tablo 19: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algısı Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	79
Tablo 20: Araştırmada Kullanılan Maneviyat Ölçeği ve Manevi Destek Algısı Ölçeği Arasındaki İlişki.....	80
Tablo 21: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Hastanedeki Konumuna Maneviyat Ölçeği ve Manevi Destek Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	81

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Din ve Maneviyat İlişkisi.....	13
Şekil 2: Araştırma Modeli.....	38
Şekil 3: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Verdiği Cevaplara Göre Manevi Destek Algısı Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model	48

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Hasta ve Yakınlarının Manevi Destek İhtiyacına Göre Dağılımları	61
Grafik 2: Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastanede Manevi Danışman İhtiyacına Göre Dağılımları.....	62
Grafik 3: Sağlık Çalışanlarının Manevi Destek İhtiyacı Durumlarına Göre Dağılımları	75
Grafik 4: Sağlık Çalışanlarının Hastanede Manevi Danışman İhtiyacına Göre Dağılımları.....	76

Sakarya Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Özeti

Yüksek Lisans	☒	Doktora	☐
Tezin Başlığı: Hastanelerde Manevi Destek Algısı ve İhtiyacı Üzerine Bir Çalışma (Bolu Örneği)			
Tezin Yazarı: Özgür Şentürk		Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENTEPE LOKMANOĞLU	
Kabul Tarihi: 03.06.2021		Sayfa Sayısı: xi (ön kısım) + 98 (tez)	
Anabilim Dalı: Felsefe ve Din Bilimleri			
Bu araştırmanın amacı, Bolu’da hastane ortamında; hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının manevi destek algısı ve ihtiyacı ile maneviyat düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından tespit etmektir. Araştırmanın örneklemi; Bolu’da İzzet Baysal Devlet Hastanesinde görev yapan 130 sağlık çalışanı, tedavi sürecini geçiren 170 hasta ve hasta yakını olmak üzere toplamda 300 katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmada katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için kişisel bilgi formu, maneviyat düzeylerini ölçmek için Maneviyat Ölçeği (MÖ) ve manevi destek algısı ve ihtiyacını tespit etmek için Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeğini içeren anket formu kullanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, katılımcıların demografik değişkenlerinden; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sosyal çevre ve hastanedeki konumu ile MDA ve maneviyat düzeyleri arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bu farklılıklar; sağlık çalışanı, hasta ve hasta yakını olmak üzere iki başlık altında ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmiştir. Katılımcıların manevi destek algısı ve maneviyat düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında araştırmadan elde edilen verilere göre manevi destek algısı ve maneviyat düzeyleri arasında olumlu yönde pozitif ilişki tespit edilmiştir. Araştırmanın genel sonucuna göre; bütüncül sağlık hizmetlerinin bir gereği olarak hastane ortamında, manevi destek hizmetine ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu ihtiyaç neticesinde kendisine, hastane ortamında kendisine müracaat edilebilecek bir manevi danışmanın görevlendirilmesinin önemli olduğu görülmektedir.			
Anahtar Kelimeler: Maneviyat, Din, Dindarlık, Manevi Destek, Hastane			

Sakarya University
Institute of Social Sciences Abstract of Thesis

Master Degree	☒	Ph.D.	☐
Title of Thesis: A Study on the Perception and Need for Spiritual Support in Hospitals (Bolu Example)			
Author of Thesis: Özgür Şentürk		Supervisor: Assist. Prof. Ayşe ŞENTEPE LOKMANOĞLU	
Accepted Date: 03.06.2021		Number of Pages: xi (pre text) + 98 (body)	
Department: Phil. And Rel. Sci.			
The aim of this research is in the hospital environment in Bolu; The aim of this study is to determine the perception and need of moral support and spirituality levels of patients, relatives and healthcare professionals in terms of various variables. The sample of the research; It consists of a total of 300 participants, including 130 healthcare professionals working at İzzet Baysal State Hospital in Bolu, 170 patients undergoing treatment and their relatives. In the study, a personal information form was used to determine the demographic characteristics of the participants, the Spirituality Scale to measure their spirituality level, and a questionnaire including the Spiritual Support Perception Scale to determine the perception and need of spiritual support. According to the findings, demographic variables of the participants; Statistically significant differences were found between age, gender, marital status, education level, income level, social environment, position in the hospital, and MDA and spirituality levels. These differences are; It has been evaluated in detail under two headings as healthcare worker, patient and patient's relative. It was concluded that the spiritual support perception and spirituality levels of the participants were above the average. In addition, according to the data obtained from the research, a positive relationship was found between MDA and spirituality levels. According to the results of the research, it is seen that there is a need for moral support services and spiritual counselors in the hospital environment as a requirement of holistic health services.			
Anahtar Kelimeler: Spirituality, Religious, Spirituel Care, Hospital.			

GİRİŞ

Araştırmanın Konusu

Günümüz dünyasında insanların, maddi gereksinimlerinin yanında manevi gereksinimlerinin de olduğu psikologlar tarafından kabul edilmiş bir gerçektir (Ağılkaya Şahin, 2017: 17). Nitekim Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı: “*Herhangi bir bedensel güçsüzlük ve hastalığın bulunmaması, ruhça, bedence ve sosyal ilişkiler bakımından iyi olma durumudur*” şeklinde tanımlamıştır. Bu tanımda insan bedenini, bütüncül olarak değerlendirmenin sağlık açısından önemine dikkat çekilmiştir (Es, 2018: 1). İnsan, sağlıklı bir yaşam için maddi ve manevi boyutunu dengede tutabilmek amacıyla devamlı bir arayış içerisinde olmuştur. Hastalık, doğum ve ölüm gibi birçok durumda kültürünün ve dinin getirdiği farklı dini-manevi ritüelleri uygulayarak manevi ihtiyacını karşılamaya çalışmıştır. Çünkü insan doğan, büyüyen, ölen, çürüyen ve toprağa karışarak yok olan bir canlı olmasının yanında aynı zamanda seven, üzülen, hisseden, düşünen ve inanan bir varlıktır. Öyle ki kişi ruh ve beden bütünlüğünden dolayı bazı yaşantılarının etkisinden uzun süre kurtulamayabilir. Bazen gülüp eğlenirken bazen de yaşanmışlıkların neticesinde ağlayıp üzülebilirler (Yavuz, 2013: 22-23). Bu durumda insan, yapısı gereği bazı dönemlerinde moral- motivasyon için bir başkasının yardımına ihtiyaç duyabilir. Ülkemizde bu ihtiyaçların karşılanması günümüzde profesyonel bir şekilde yürütülmektedir. Ceza Evleri, Kredi Yurtlar Kurumu, Huzurevleri, Çocuk Yetiştirme Kurumu ve Sağlık Bakanlığı’nda manevi destek uygulamaları, Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından yürütülmeye devam etmektedir. Manevi destek uygulaması; insanın, hayatındaki karşılaşmış olduğu sorulara cevap bulmasında yardımcı olan aynı zamanda manevi sıkıntıların yanında psikolojik sorunlarında çözümünde destek olan bir çeşit danışma sürecidir (Ağılkaya Şahin, 2017: 17). Sağlık alanında verilen hizmette, fiziksel ihtiyaçların karşılanması kadar manevi ihtiyaçların da karşılanması kişinin beden sağlığı ile birlikte ruh sağlığına da verilen değer açısından önemlidir. Bu açıdan bakıldığında hastanede verilen sağlık hizmeti nasıl profesyonel olarak karşılanıyor ise manevi destek hizmetinin de aynı şekilde etkin ve alanında uzman kişiler tarafından karşılanması kaçınılmazdır. Çünkü günümüz modern tıpta birçok bilim insanının manevi alanın beden sağlığı üzerindeki olumlu etkisini kabul ve tavsiye ettiği görülmektedir (Köylü, 2007: 86; Horozcu, 2010: 236; Cırhinlioğlu, 2014: 133). Son yıllarda bu alanda yapılan araştırmalarda da manevi destek hizmetinin kişi üzerindeki etkileri ve gerekliliği üzerine odaklandığı gö-

rılmaktadır. Bu çerçevede araştırmamızın konusunu Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesinde tedavi gören hasta, hastalarla ilgilenen hasta yakınları ve onların tedavi süreçlerini takip eden sağlık çalışanlarının maneviyat düzeyi ile manevi destek algısı ve ihtiyacı oluşturmaktadır.

Araştırmanın Amacı ve Problemleri

Araştırmamızın amacı; Bolu’da hastane ortamında tedavi süreçlerini geçirmekte olan hastaların, onlara refakat eden hasta yakınlarının ve sağlık alanında görev yapan çalışanların manevi destek algısını ölçmek ve Bolu’da hastane ortamında manevi destek ihtiyacının olup-olmadığını ortaya koymaktır. Bununla birlikte katılımcıların manevi destek algısı ve ihtiyacını tespit ederken manevi destek hizmeti kişinin manevi boyutuyla ilgilendiği için araştırmada Manevi Destek Algısı Ölçeği ile birlikte Maneviyat Ölçeği de çalışmaya eklenmiştir. Ayrıca araştırmada demografik değişkenlere (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir algısı, eğitim durumu, sosyal çevre ve hastanedeki konumu) göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puanlarının değişip değişmediğini tespit etmek amaçlanmıştır. Hastanelerde manevi destek algısını ve ihtiyacını konu edinen çalışmamızda şu problemlere cevap aranacaktır:

Manevi Destek Algısı Ölçeği ve demografik özellikler arasındaki nasıl bir ilişki vardır?

Maneviyyat Ölçeği ile demografik özellikler arasında nasıl bir ilişki vardır?

Manevi destek hizmetine hastane ortamında ihtiyaç var mıdır?

Sağlık çalışanlarının manevi destek hizmeti hakkında bilgisi var mıdır?

Hasta ve hasta yakınlarının manevi destek hizmeti hakkında bilisi var mıdır?

Sağlık çalışanlarının manevi danışmana ihtiyacı var mıdır?

Hasta ve hasta yakınlarının manevi danışmana ihtiyacı var mıdır?

Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyyat Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Katılımcıların öznel dindarlık algıları ile ölçekler arasında ilişki var mıdır?

Araştırmanın Önemi

Manevi destek hizmeti, hayata dair bir cevap arayışını içeren, dini-manevi soru ve problemlerin çözümüne katkı sağlayan bir çeşit danışma sürecidir. Manevi destek hizmetleri, Batı ülkelerinde ve Hristiyan geleneğinde oldukça gelişmiş ve yerleşmiş iken İslam kültüründe kurumsallaşması tam olarak tamamlanmamıştır. Ülkemizde ilk kez 1997 yılında “*Dini Danışmanlık ve Rehberlik*” kavramları Mualla Selçuk yönetimindeki iki tezle akademik alanda kendine yer bulmuştur. Bunun yanında aynı yıllarda Nurullah Altaş’ın “*Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri*” ve Üzeyir Ok’un “*Dinsel Danışmanlığın Teorik Çatısı*” adlı çalışmaları bu alana öncülük eden çalışmalar arasında gösterilebilir (Söylev, 2015: 300). 7 Ocak 2015 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında *Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü* imzalanmış ve hastanelerdeki manevi hizmeti uygulamaları bu protokolle 6 pilot il belirlenerek başlamıştır. Belirlenen illere zamanla yeni iller eklenmiş ve manevi destek hizmeti hastanelerde günümüzde de devam etmektedir. Bizim araştırmamızı yapacağımız Bolu’da ise hastanelerde manevi destek hizmeti daha yeni başlamıştır. Dolayısıyla manevi destek ihtiyacını saptamak için Bolu’yu seçmemiz bu açıdan önem arz etmektedir. Bunun yanında yeni bir alan olan manevi destek hizmetiyle ilgili araştırmaların ve çalışmaların sayısı geçmişe oranla artmış olsa da alanın ihtiyaçlarına cevap verebilecek yeterince çalışma olduğunu söyleyemeyiz. Ayrıca sağlık alanında yapılan çalışmaların geneline bakıldığında sağlık alanında görev yapan personelle sınırlandırıldığı görülmektedir (Okuyay, 2008; Yılmaz ve Okuyay, 2008; Kavas ve Kavas, 2015; Kavak ve diğ. 2014; Çelik ve Diğ. 2014; Esendir, 2016; Aksoy, 2015; Durğun, 2017; Esendir ve Kaplan, 2018; İrmak, 2018; Pehlivan, 2018; Duran, 2019; Macit ve Karaman, 2019; Çiğdem, 2020; Türk, 2020). Sağlık çalışanları yanında hastane ortamında tedavi hizmeti almakta olan hasta ve hasta yakınlarını kapsayan çalışmalar ise sınırlı sayıdadır. Bu çalışma, sağlık çalışanlarının yanında hasta ve hasta yakınlarının da araştırmaya dahil edilmesi açısından önem arz etmektedir.

Çalışmamızda öncelikle il merkezinde bulunan Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesinde tedavi süreçlerini geçiren; hasta, hasta yakını ve hastane de görev yapan sağlık çalışanlarının maneviyat düzeyleri ve manevi destek algılarının ölçülmesi ve manevi destek ihtiyaçlarının saptanması amaçlanmaktadır. Ayrıca araştırmada katılımcıların öznel din-

darlık algıları belirlenip daha sonra ölçekler ile aralarındaki ilişkilerinin tespit edilmesi planlanmaktadır. Bu çalışma da katılımcılar için maneviyat kavramı ve dindarlık kavramına yüklenen anlamın değişip değişmediği tespit edilecektir. Elde edilen araştırma sonuçlarının, bir rapor halinde sağlık alanında manevi destek hizmeti sunan Diyanet İşleri Başkanlığı ve akademik çevrelerde ilgili kurum ve kuruluşlarla paylaşılması açısından önem arz etmektedir. Bu sonuçların ilgili kurumlarda ve bilim çevrelerinde farkındalık oluşturacağı beklenmektedir.

Araştırmanın Hipotezleri

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesinde tedavi görmekte olan hastaların, onlarla ilgilenen hasta yakınlarının ve hastane çalışanlarının katıldığı araştırmamızdaki hipotezleri şöyledir:

Ana Hipotez:

Hastane ortamında hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının maneviyat düzeyi ile manevi destek algısı arasında pozitif ilişki vardır. Ayrıca katılımcıların sağlık alanında manevi destek hizmetine ihtiyacı vardır.

Alt Hipotezler:

Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının yaşı arttıkça maneviyata yönelim ve manevi desteğe duyulan ihtiyaçta artmaktadır.

Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarından kadın katılımcıların, erkek katılımcılara oranla manevi destek algısı ve maneviyat düzeyi daha yüksektir.

Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarından evli olan katılımcıların, bekâr olan katılımcılara oranla manevi destek algısı ve maneviyat düzeyi daha yüksektir.

Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarından gelir durumu yüksek olan katılımcıların, gelir durumu düşük olan katılımcılara oranla manevi destek algısı ve maneviyat düzeyi daha yüksektir.

Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarından eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların, eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılara oranla manevi destek algısı ve maneviyat düzeyi daha yüksektir.

Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının öznel dindarlık algıları iyi düzeydedir.

Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının öznel dindarlık algıları ile Maneviyat Ölçeği ve Manevi Destek Algısı Ölçeği arasında pozitif yönde ilişki vardır.

Bolu’da henüz yeni başlayan manevi destek hizmeti hakkında hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının bilgileri sınırlıdır.

Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada yöntem olarak nicel yaklaşım benimsenmiştir. Araştırma, ilişkisel tarama yöntemine uygun, anket tekniğinin kullanıldığı bir saha araştırması niteliğindedir. Araştırmanın amacına ulaşmak için çalışma iki aşama halinde yürütülmüştür. Birinci aşamada, araştırmanın konusu ile ilgili literatür taraması yapılmıştır. İkinci aşamada ise verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan “*Kişisel Bilgi Formu*”, Şirin (2018) tarafından geliştirilen “*Maneviyat Ölçeği*” ve Kavas ve Kavas’ın (2014) “*Manevi Destek Algısı Ölçeği*” ile oluşturulan anket formu uygulanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından, hastane ortamında hastaların tedavi süreçlerini etkilemeden ilgili sağlık çalışanlarının uygun gördüğü zaman diliminde hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanına gönüllük çerçevesinde uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS programı ile analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Ön Kabulleri ve Sınırlılıkları

Araştırmada örnekleme oluşturan kişilerin kendilerinden istenilen bilgileri doğru bir şekilde cevapladıkları kabul edilmektedir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin (Manevi Destek Algısı Ölçeği, Maneviyat Ölçeği) ölçtükleri özellikler bakımından geçerli ve güvenilir oldukları kabul edilmektedir.

Bu araştırma; hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanı olmak üzere toplam 300 katılımcıdan oluşan bir örneklem grubuyla sınırlıdır.

Araştırma alanı, Bolu’da bulunan İzzet Baysal Devlet Hastanesi Köroğlu Ünitesi ve Merkez Üniteleri ile sınırlıdır.

Araştırmada elde edilen maneviyat düzeyi ile manevi destek algıları ve ihtiyaçları ölçeklerin ölçme kapasitesi ile sınırlıdır.

Araştırmada elde edilen bulgular, örnekleme oluşturan hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

Bu araştırma, anket formunun uygulanacağı katılımcı grubuyla, kullanılan ölçeklerin ölçme kapasitesi ve yapıldığı zamanla sınırlıdır.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın kavramsal çerçevesinde din ve maneviyat başlığı altında: Din, dindarlık, maneviyat kavramlarının tanımları yapıldıktan sonra dindarlık ve maneviyat ilişkisine yer verilecektir. Daha sonra araştırma alanımız hastane ortamı olduğu için din, maneviyat ve sağlık ilişkisi ele alınacaktır. Bu bölümde son olarak araştırmamızın ana konusu olan manevi destek kavramının tanımı, felsefesi, psikolojik yaklaşımları, çalışma alanları, manevi danışmanın tanımı ve yeterliliklerine son olarak da Hz. Peygamber (s.a.v.) döneminde hastalara uygulanan manevi destek hizmetine değinilecektir.

1.1. Din ve Maneviyat

Din ve maneviyat kavramları, tarih boyunca insanların önemli araştırma alanlarından olmuştur. Günümüz modern çağda ise insanlar anlam arayışı ihtiyacı ile birlikte hayatlarına yeniden düzen verme ihtiyacını hissetmişlerdir. Bu düzen eksikliğini materyalist ve pozitivist paradigmaların doldurmadığını anlayan insan, yeniden dini ve manevi alana yönelmiştir. Bunun sonucunda din ve maneviyat kavramları son zamanlarda popüler olmaya ve birçok alanda araştırma konusu olmaya başlamıştır (Acar ve Apak, 2020: 2507). Sağlık alanında manevi destek algısı ve ihtiyacını tespit etmeyi konu edinen bu araştırma maneviyat ve din kavramlarıyla ilişkili olması sebebiyle bu başlık altında din, dindarlık ve maneviyat tanımları ve aralarındaki ilişkiye ayrıca din, maneviyat ve sağlık arasındaki ilişkiye yer verilecektir.

1.1.1. Dinin Tanımı

“*Din nedir?*” sorusuna insan geçmişten bu güne zihninde cevap aramasına rağmen değişen şartlar ve geçen zaman bu soruyu insanın düşünce dünyasından tam anlamıyla çıkaramamıştır (Gürdal, 1984: 11). Çünkü din, insanoğlunun tarihiyle birlikte birçok alanın (felsefe, hukuk, vb.) kaynağı olmuş ve öyle görünüyor ki var olmaya da devam edecektir. Victor Cousin: “*Her şey, din etrafına, din için dinle teşkil olundu*” söylemiyle bu hususa ışık tutmaktadır. Tarihten bu güne insanın hayatında büyük anlam ifade eden din kavramının lügat ve terim anlamlarının verilmesi bu kavramın anlaşılmasına yardımcı olacaktır (akt. Tümer ve Küçük, 1988: 13).

Arapça’da “*deyn*” kökünden, eski Farsça’da “*daena*” kökünden türeyen din kelimesi; ceza, mükâfat, adet, durum, itaat, isyan, hesap, mülk, ferman, ayin, üslup, tevhit, ibadet

gibi birçok anlama gelen geniş kapsamlı bir kavramdır. Din kavramını tanımlamak için bazen “*yir’ah*” (korku, haşyet), “*emanath*” (iman) gibi psikolojik terimler kullanılmıştır. Elmalı Hamdi Yazır, “*din*” kelimesini tanımlarken “*siyaset*” kelimesini de kullanmıştır (Karagöz, 2010: 122; Tümer ve Küçük, 1988: 15). Din kavramının İngilizcedeki karşılığı “*religion*” olarak bilinmektedir (Budak, 2010: 212-213). Latince olarak “*religio*” kavramının ilki “*religio*” (toplamak ve bağlanmak) ikincisi “*religare*” (saygıyla kendisini toplamak) olarak iki kökten geldiği ifade edilir (Uysal, 1996: 17).

Terim olarak ise dinin farklı özellikleri ön plana çıkarılarak yapılan birçok tanımla karşılaşılsa da herkesin üzerinde birleşebileceği bir tanım yapmak mümkün değildir. Çünkü tanımı yapan kişilerin dine bakış açılarının kendi inanç ve amacına göre farklılık göstermesi tek bir tanım üzerinde fikir birliği sağlanmasını zorlaştırmaktadır (Peker, 2012: 29). Bu farklılığı göz önünde bulundurarak din kavramının birden fazla tanımını yapmak daha doğru olacaktır. Bu tanımlara baktığımızda dinin tanımına sözlükte: “*Allah’a iman ve ibadet hakkında her milletin tuttuğu yol*” şeklinde rastlanmaktadır (Tulum, 1985: 269). Başka bir tanımda ise din, Allah tarafından akıl sahiplerine peygamberler vasıtasıyla gönderilen kişinin kendi iradesiyle kabul ettiği hayra götüren inanç ve ibadetler bütünüdür şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Özcan, 1991: 49-50).

Düşünürlerin tanımlarından bazılarında ise şu ifadelerle karşılaşmak mümkündür; Alain Testar: “*İnsanın dünya görüşünü oluşturan ve ayinlerin anlamını belirleyen özel bir prensibin kabulünü gerekli kılan ibadetler ve inançlar bütünü*”, (akt. Keskin ve Alperen, 2003: 328). Sahleiermacher: “*Mutlak itaat duygusundan ibarettir*” şeklinde tanımlanmaktadır (akt. Tümer ve Küçük, 1988: 16). F.H. Bradley: “*Din, daha çok bütün mevcudatımızla iyiliğin tam gerçeğini anlatma çabasıdır.*”, Matthew Arnold: “*Din duyguyla yükselmiş alevlenmiş yanmış bir ahlak ilmidir.*” şeklinde tanımlamıştır. Rudolf Otto ise dini: “*Din kutsalın tecrübesidir.*” olarak tanımlarken, Frazer: “*Dinden ben netice olarak tabiat nizamını ve beşer hayatını idare ve kontrol ettiğine inanılan insanüstü kuvvetlerin bir yatışma ve uzlaştırılmasını anlarım.*” şeklinde tanımladığı görülmektedir (akt. Tümer, 1987: 224).

Din psikolojisinin kurucusu kabul edilen William James ise dini: “*Bireyin duyguları, fiilleri ve bireysel tecrübeleri*” şekilde tanımlamış ve dini bireysel bir olgu olarak öne çıkarmıştır (akt. Köse ve Ayten, 2017: 110). Freud ise din kitabında, “*Dini dogmaları*

bir yanılma” olarak belirtmiştir (akt. Şipal, 2017: 65). Ünlü “*Felsefe Sözlüğü*” nün yazarı Laland’ın yaptığı tanımında din şöyledir: “*Bir cemaat olmuş fertlerin meydana getirdikleri sosyal bir kurumdur.*” (akt. Pazarlı, 1972: 29).

Psikolojide din üç şekilde ele alınır: a) Betrand Russell’e göre: “*Din, sakın bir şekilde düşünüldüğünde, dehşete düşüren bir sahra olan bu dünyada teselli aramanın bir sonucudur.*” şeklinde tanımlanmaktadır. Russell’in bu tanımı, bireyin dünya hayatında karşılaştığı olumsuz tecrübeler ve acılar sebebiyle dini bir teselli ya da avunma olarak anlamlandırdığını vurgulamaktadır. b) Schleiermacher’e göre: “*Din, derin içsel tecrübenin bir türüdür.*” Bu tanım ise bireyin dini, mutlak bir bağlılık hissi olarak vurgulamaktadır (akt. Apaydın, 2016: 63). c) S. Freud’a göre; “*Din, insanlığın er ya da geç kurtulacağı evrensel, takıntısız bir nevrozdur.*” Freud dini, evrensel bir şey olmasına rağmen takıntısız bir hastalık olarak vurgulamaktadır (akt. Budak, 2010: 212-213).

Dini terminoloji açısından din kavramı, Kuran’da 95 yerde geçmektedir. İslam âlimleri ayetler ışığında din kavramını genel olarak şöyle tanımlarlar; “*Din, Allah’ın göndermiş olduğu peygamberler aracılığıyla her konuda insanları, akıllarını, irade ve isteklerini kullanarak, hayır olan şeylere götüren, böylece dünya ve ahiret saadetine ulaşmalarını sağlayan, ilahi esasların bütünüdür.*” Kısacası din iman ve ibadetlerden oluşan bir bütün olarak tanımlanabilir (Ulu, 2013: 15; Karagöz, 2010: 122).

1.1.2. Dindarlık Tanımı

Dindarlık kavramının tanımına geçmeden önce bağlantılı olan dindar kelimesinin anlamı vermek daha doğru olacaktır. Dindar kavramının sözlük anlamı “*Din inancı güçlü, din kurallarına bağlı (kimse), mütedeyyindir.*” şeklinde tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma bakacak olursak dindar kavramı, mensubu olduğu dinin; inanç, ilke, pratik ve sembollerini içselleştirip bunları tutum ve davranışlarında sergileyen kişi olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım, 2019: 9).

Dindarlık kavramı ise Arapça “*tedeyyün*”, İngilizce, “*religiosity*” terimleri ile ifade edilir. Sözlükte ise; dindar olma, dinin emirlerini yerine getirme, kişinin özel veya sosyal yaşamında dini kural ve ritüelleri uygulaması ile kendini gösteren dini yaşama hali olarak ifade edilmektedir (Emekçi, 2016: 24).

Diğer bir tanımda ise dindarlık, dinin emir ve yasaklarını uygulama, din ile ilgili kıssa ve menkıbelere önem gösterme, dini değer taşıyan sembollere gerekli saygıyı duyma veya ilahi yaratıcı ve ölüm sonrası ile ilgili belirli öğreti ve inançları kabul etme gibi konularla bağlantılı olarak bir insanın dini tercihlerinin bütünü şeklinde tanımlandığı görülmektedir (Demir, 2017: 11).

Başka bir tanıma bakacak olursak dindarlık, bir dine tabi olmak, inanç ve pratik uygulamalara dönük bilgilere sahip olmak, bunları içselleştirerek kişiliğin bir parçası haline getirerek tecrübe etmek, yaşam felsefesinin oluşturulmasında dini merkeze oturtmak ve tercihleri bu doğrultuda şekillendirerek oluşan uyum sürecidir şeklinde tanımlanmaktadır (Apaydın, 2016: 68).

Glock, farklı dinlere inanan bireylerin dini ritüellerini uygularken ortaya birbirinden farklı dindarlık boyutların ortaya çıkabileceğini belirtmiştir. Bu sebeple dinlerin uygulanmasıyla ortaya çıkan boyutlar şunlardır: bunlardan ilki inanç boyutudur. Öyle ki ortaya çıkan her bir dinin, üyelerinden iman etmelerini istediği belli inanç esasları vardır. Bu boyut dinlerin uygulanması açısından ortak bir boyuttur. İkinci ise ibadet boyutudur. Dinlerin, mensuplarından uygulamasını istediği bazı özel ayin ve ameliyeler vardır. Örnek olarak namaz kılan Müslüman'ın namazında, kilisede Hristiyan'ın ayinlere katılmasında ibadet boyutunu görebiliriz. Üçüncüsü ise tecrübe boyutudur. Bireyin, inandığı kutsal ile aracısız iletişimi sonucunda hissettiği; huzur, huşu, korku ve sevgi gibi bazı dini duygular olarak tanımlanmaktadır. Dördüncüsü bilgi boyutudur. Her bir dinin, kendisine ait; kutsal metinleri, inanç kaideleri, uygulanması gereken kültürleri ile ilgili bilgiler vardır. Kişi, bir dine mensup olmak istiyorsa bu bilgilere inanması ve güvenmesi gerekmektedir. Son olarak ise etki boyutudur. Etki boyutu, inanç, ibadet, tecrübe ve bilgi boyutlarının insanın duygu, düşünce ve davranışlarında bıraktığı izlerin tamamıdır (Usta, 2018: 6). G. Allport ise dindarlığın boyutlarını; “*dış güdümlü*” ve “*iç güdümlü*” dindarlık olarak sınıflandırmıştır. İnsanın, çevresindekilere inandığını göstermek için bir takım ritüellere katılması ve onları inandığına ikna etmeye çalışması dış güdümlü dindarlığa örnek olarak verilebilir. Dış güdümlü dini yönelime sahip olan kişiler inancını içselleştirmeden inandığı dini bir araç olarak kullanma düşüncesinde oldukları söylenebilir. İç güdümlü dindarlık ise kişinin niyetine hitap eden boyutudur. Bu yönelimde olan insanların yaşama gayesi olan dini, bir araç değil amaç olarak algıladıkları ifade edilebilir. Yani iç güdümlü dindarlar, dini yaşantılarında sosyal çevreden elde edeceği kaza-

nımları değil de inandığı Tanrı'nın rızasını elde etmeyi amaç edinirler (Kızılgeçit, 2017: 87-95).

1.1.3. Maneviyat Tanımı

Arapça bir kelime olan maneviyat kavramı, Türkçede birden çok anlamda kullanılmaktadır. Sözlükte, a) “*manevi şeyler*”, yani maddi olamayan şeyler, b) “*yürek gücü, moral, kendine güven duygusu*” olarak iki anlamda geçmektedir (Tulum, 1985: 825). Başka bir tanımda ise “*tinsellik*” ve “*törelilik*” olarak tanımlanmaktadır (Hançerlioğlu, 1978: 60). Maneviyat kavramının, Batı'daki karşılığı “*spirituality*” ile ifade edilmektedir. İngilizce kökü olan *spirit*, temel olarak “*nefes, cesaret, kuvvet, ruh, hayat*” anlamlarına gelmektedir. Maneviyat kelimesinin karşılığı olan “*spirituality*” kelimesinin Türkçedeki karşılığı ise “*Manevi (ruhsal) karakter, nitelik veya doğa; beş duyu ile algılanabilenlerin ve maddi olan şeylerin tersi*” olarak vurgulanmaktadır (Düzgüner, 2013: 13). Şu halde isim olarak kullanılan maneviyat kelimesi ile sıfat olan manevi kelimesi birbiriyle ilişkilidir. Türk ve İslam geleneğine baktığımızda maneviyat kavramının kökeni, çok eskilere dayanmaktadır. Birçok kaynaktan “*mana*”, “*manevi*” ve “*maneviyat*” kavramlarıyla karşılaşmak mümkündür. Manevi kelimesi mana kökünden türemiştir ve “*manaya ait, manayla ilgili*” şeklinde açıklanmıştır. Fakat manevi kelimesi, belli bir kavramı ifadeden ziyade “*dilin kendisinde payı olmayıp kalple bilinen manadan ibaret olan*” her şey için kullanılmaktadır (Düzgüner, 2013: 9; Doğan, 2014: 1154). Maneviyat, hem aşkın olanı aramayı hem de aşkın olanı keşfetmeyi içeren ve bu nedenle düşünme olmadan inançsızlığa ya da inanca son verebilecek sorgulamaya kadar götürülebilen yolda seyahat etmeyi ifade etmektedir (Kımtır, 2013: 227).

Diğer bir tanımda ise maneviyat kavramı, kişinin iç dünyasını, duygu ve düşüncelerini, moral-motivasyon ve ruh halini yani inanç ve ahlaki değerlerini dolayısıyla da dini yaşamını kapsayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Kavuklu, 2018: 9). Son yıllarda ise güncelliğini korumaya devam eden maneviyat kavramının, yukarıdaki tanımlara benzer birden çok tanımı yapılmıştır. Yapılan bu tanımların ortak noktası ise maneviyyatın kişinin yaşamına anlam verme süreci olduğudur. Maneviyat, kişiyi hayata umutla bakmasını sağlayan, yaşama bağlayan, sağlığının bozulduğu zamanlarda yaşadığı olumsuz yaşantıların üstesinden gelmesini destekleyen önemli bir faktör şeklinde ifade edilmektedir (Es, 2018: 6). Maneviyyatın, çeşitli nitelikleri ve tanımları olması bilimsel ola-

rak bu alanda çalışılmasının diğer alanlara oranla daha zor olduğunu göstermektedir. Bunun sebebini üç başlık altında toplayabiliriz. Birincisi; maneviyat, psikolojideki özsaygı ve kendilik değeri gibi maddi olmayan bir yapıdır. İkincisi; maneviyat, gizemli ve anlatılması zor bir ana unsurdan oluşup tam anlamıyla tarif edilmesi zordur. Üçüncüsü; maneviyatın bireyler için kendi kültürel ve dini bağlamlarında kendine has anlamları vardır (Takmaz, 2015: 15). Bundan dolayı kişi ve durumlara göre yapılan maneviyat tanımları, dönemsel olarak dönüşümlere uğrayabilmektedir. Bu dönüşüm Avrupa’da kişinin dini kurumlarla arasına mesafe koyarak bireysel doruk tecrübelerine yönelme şeklinde tezahür etmiştir. Ülkemizde ise yapılan birçok araştırmaya bakıldığında katılımcıların, maneviyatı din kavramı ile birlikte değerlendirdikleri görülmektedir. Bunun temel etkisini ise Batı’da Hristiyanlığın, ülkemizde ise İslam’ın yaygın olması olarak ifade edilebilir. Hristiyanlıkta din, inananlar tarafından kiliseyi merkeze alan kurumsallaştırılmış bir yapı olarak algılanmaktadır. Maneviyat ise bu kurumsallıktan uzak bireysel tecrübe olarak kendine yer bulmaktadır. Yapılan tanımlar da bu çerçevede yer, kişi ve maneviyat algılama durumlarına göre değişmektedir (Atak, 2016: 23). Maneviyat kavramının zaman içindeki değişimi ve dindarlıkla olan ilişkisi bir sonraki başlık olan, dindarlık ve maneviyat ilişkisinde daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

1.1.4. Dindarlık ve Maneviyat İlişkisi

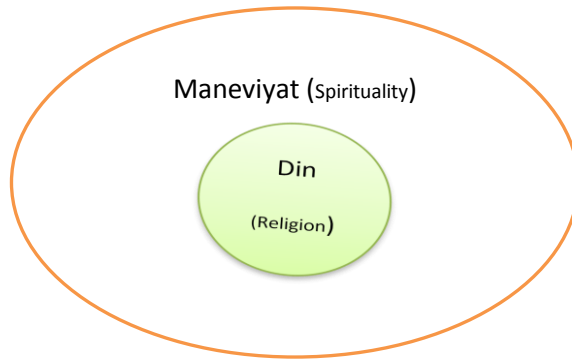
Maneviyat son yıllarda popüler olması nedeniyle yeni bir konu gibi görünse de aslında bu alana ilgi 18. ve 19. yüzyıl aydınlanma felsefesine kadar dayanmaktadır. O dönemdeki toplumlarda Tanrı’yı merkeze alan bir varlık anlayışının egemen olduğu görülmektedir. Ortaçağ sonrası Avrupa’da ise sanayi devrimi, modern tıp ve buna paralel olarak teknolojinin öne çıkmasıyla dinin sosyal alandaki otoriter ve düzenleyici hâkimiyeti etkisini kaybetmeye başladı. Bunun sonucunda Tanrı merkezli anlayıştan insan merkezli bir anlayışa geçildi (Düzgüner, 2013: 16). Son çeyrek asırda ise insan sosyo-psikolojik ve fizyolojik isteklerinin yanında manevi ihtiyaçları da olan bir varlık olarak değerlendirilmeye başlandı. Bunun sonucunda insanın dindarlık ve maneviyatla ilişkisini konu edinen çalışmalara yönelimin giderek artmaya başladığı görülmektedir (Kılınçer, 2017: 19; Daştan ve Buzlu, 2010: 74). Bu nedenle araştırmacılar maneviyatı hem tanımlamaya ve ölçmeye hem de dindarlık ile ilişkisini ortaya koymaya çalışmışlardır. Maneviyat kavramı, hem ülkemizde hem de Batı’da net olarak herkesin üzerinde birleştiği bir ta-

nıma sahip değildir. Bunun nedeni de çok boyutlu bir yapıya sahip olması ve yapılan tanımların sınırlayıcı olması ve birbirinden farklı yönleri sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir (Ayten, 2017: 21). Dindarlık, Himmelfarb’a (1975) göre; bireyin içinde bulunduğu dine bağlı yönelimler, inanç ve eylemlerle ilgilenme düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Roof (1979) ise, dindarlık kavramının, hem kurumsal yönü hem de kurumsal olmayan yönü olduğunu ifade ederek; doğaüstü inanç ve davranışlar bütünü olarak tanımlamıştır. Yapılan tanımlara bakıldığında dindarlığın, inanç ve davranış yönüne vurgu yapılmakta; diğer ortaya çıkış şekillerine ise çok değinilmediği görülmektedir. Bundan dolayı dindarlığın, tüm ifade etme yöntemlerini kapsayacak şekilde tanımlanmasının zor olduğu görülmektedir (akt. Yıldız, 2001: 23-24). Maneviyat ve dindarlık ilişkisine bakılacak olursa dönemsel olarak farklılık gösterdiği söylenebilir. Dindarlık, önceden hem fert hem de kurumsal unsurları kapsayan maneviyattan daha geniş bir kavramken geleneksel tarihsel anlayışta bunun değiştiğini görmek mümkündür. Groos’un (2006) ifade ettiğine göre dindarlık ile ilgili çalışmalar, dindarlığın davranışsal boyutuna yoğunlaşmasından dolayı dindarlığın kapsadığı alanda daralmaya sebep olmuştur. Bunun sonucunda dindarlık, dini ritüel veya kiliseye gitmek gibi şekilsel eylemleri yerine getirmek olarak ifade edilmeye başlanmıştır. Buna bağlı olarak dindarlığın ibadet ve kurumsallıkla sınırlandırılması ile kaynaklanan boşluğu da maneviyat kavramının doldurmaya başladığı görülmektedir (akt. Düzgüner, 2013: 28-29). Bu değişimden sonra maneviyat kavramı; merhamet, hoşgörü ve affedicilik gibi kavramları açıklamasıyla dini gelenek ve dini kurumlardan bağımsız olmasından dolayı dindarlıktan daha geniş bir kavram olarak ifade edildiği görülmektedir. Çünkü bu kavramları açıklamak için herhangi bir dine gerek olmadığı varsayılmaktadır. Bunlar insanın dini yani kurumsal ve şekilsel yönü ile ilgili değil manevi, içsel yönüyle alakalıdır (Ayten ve diğ. 2016: 27). Bu ayrışmayı din ve maneviyat kavramlarını zaman zaman ayrı iki farklı kavram olarak kullanan Batı’da görmek mümkündür. Çünkü ABD’de kendini bir dine mensup görmeyip ancak manevi duyguya sahip olanlar için farklı değerlendirmenin önemli olduğu görülmektedir (akt. Erdem ve Kesgin, 2017: 127). Robert Wuthnow’un: “*Dindar değilim, ama maneviyatım oldukça güçlüdür*” sözü bu iki kavram arasındaki farklılığa ışık tutmaktadır (Köse ve Ayten, 2017: 126).

Dindarlık ve maneviyat kavramı arasında ayırım yapanlar bu kavramlar arasındaki farklılıkları genel olarak şöyle sıralamaktadırlar. Dindarlıkta önceden belirlenmiş bazı kural

ve davranışlar var olmasına rağmen maneviyatta önceden belirlenmiş ve uygulanması alışlagelmiş kural ve pratikler bulunmayabilir. Maneviyat dindarlığa oranla daha kişiye özgü, kural ve kalıplaşmış pratiklere bağlı kalmadan anlamlandırılan bir kavram olarak ifade edilir. Maneviyat sonradan kazanılan bir olgu değil, her insanın içinde olan bir potansiyel olmasının yanında kişinin iç huzuru ve hayatını anlamlandırması olarak belirtilir (Karacoşkun, 2013: 178; Ayten ve diğ. 2016: 27). Hill ve Pargemen, (2003) ise din, dindarlık ve maneviyat kavramı arasında bir ayrıma gerek olmadığına manevi duyguların nihai deneyimlerden geldiğini eğer aralarında ayırım yapılırsa manevi kavramının olumlu dindar kavramının ise olumsuz şekilde tanımlanacağını belirtmektedirler.

Son dönemde ise şekil 1’de görüldüğü üzere kişiye özgü olarak değerlendirilen maneviyat kavramının geçmişe oranla dindarlığı da içine aldığı görüşünün yaygınlık gösterdiği ifade edilmektedir. Ancak birçok psikolog bu iki kavramı bazen birbirini yerine kullanırken bazıları da ikisinin birbirinden farklı olduğunu savunmuştur. Günümüzde gelinen nokta ise ikisinin birbiri ile ilişki içerisinde fakat iki ayrı olgu olduğu görüşünün daha yaygın olduğu söylenebilir (Ayten ve Köse, 2017: 126).



(Canda, 2010: 77).

Şekil 1: Din ve Maneviyat İlişkisi

1.2. Din, Maneviyat ve Sağlık İlişkisi

Din, maneviyat ve sağlık ilişkisi başlangıçtan itibaren psikolojinin ve dolayısıyla din psikolojisinin temel ilgi alanlarından biri olmuştur. Örneğin din psikolojisinin kurucularından kabul edilen W. James (1960), “*Dini Tecrübenin Çeşitlilikleri*” adlı eserinde “sağlıklı zihin” kavramına yer vererek din ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi ele almıştır.

Din psikolojisinin önemli isimlerinden olan Freud, C. Lung gibi önemli psikologlar çalışmalarında din ve sağlık ilişkisine yer vermişlerdir. Geçmişten günümüze din ve ruh sağlığı ile din ve fiziksel sağlığı araştıran çalışmalar din psikolojisinin ilgi alanı oluşturmaktadır (Ayten, 2013: 8). Din, maneviyat ve sağlık ilişkisi çerçevesi bağlamında incelenen konularından biriside manevi destek hizmetidir. Araştırmamız, hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanını kapsadığı için bu başlık altında din, maneviyat ve sağlık ilişkisi kısaca ele alınacaktır. Din ve maneviyatın kişinin sağlığı üzerindeki etkilerine yönelik birçok araştırma bulunmaktadır (Kılınçer, 2017: 49). İlk dönem psikologları daha çok din-ruh sağlığı üzerinde dururken 1980'lerden sonra din ile hem fiziksel sağlık hem de ruhsal sağlık ilişkisini inceleyen araştırmalar artmıştır (Ayten, 2013:8). Son dönemlerde ise dinin kişi sağlığına bireysel etkisi bağlamında üzerinde önemle durulan konuların başında din ile uyuşturucu madde kullanımı, alkol kullanımı, intihar, ölüm korkusu, geleceğe yönelik endişeler, durumluk ve sürekli kaygı, dogmatizm, fanatizm, yalnızlık, içsel huzur, öz saygı vb. olgular arasındaki ilişkiler olarak ifade edilebilir (Yapıcı ve Kayıklık, 2005: 178).

Pargement, insanların hayatlarında başa çıkmak zorunda oldukları problemlerin çözümünde din ve maneviyatın önemli bir yeri olduğunu belirtmektedir. Fakat din ve maneviyatın insanın sorunlarla ne derecede başa çıkabileceğini belirleyen unsur, o kişinin problemleri karşılama şemasında dinin ne derece yer kaplamasıyla alakalıdır. Bu düşüncüyü destekler nitelikte 1997 yılında yapılan bir araştırmada, iç güdümsel dindarlıkla yaşlı kanser hastalarının daha iyimser ve daha düşük sıkıntı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (akt. Horozcu, 2010: 217).

Ruh sağlığı ve din ilişkisi bağlamında günümüzde “*manevi tedavi hareketleri*” adı altında yeni bir hareket başlamıştır. Bu yeni oluşumun hastalığı tedavi etmesi, günümüz tedavi yöntemlerinden farklı olarak kendi tedavi yöntemlerini kullanması ve metafizik alandan güç aldıklarını iddia etmesinden dolayı diğer tedavi yöntemlerinden ayrılmaktadır. Buna ek olarak ABD’de yapılan bir araştırmada Amerika’da toplumun üçte birinin günümüz modern tıp dışında manevi terapilere başvurdukları sonucuna ulaşmıştır (Altaş ve Köylü, 2015: 90). Dinin fiziksel sağlık üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalarda Homan ve Boyatzis, dindarlık ile sağlık davranışlarını arasındaki ilişkiyi incelemiş ve sağlık davranışı çerçevesinde sigara içme(me), besleyici gıdalar yeme(me), stres yönetimi, sağlık kontrollerine özen gösterme ve egzersiz yapma gibi hususları ele almıştır.

Diğer bir araştırmacı Dodor ise, dindarlığın sağlık davranışları ve obezite üzerine etkilerini ele alan bir çalışmada sağlık davranışı, yürüyüş, düzenli olarak spor yapma ve düzenli beslenmeyi incelemiştir (akt. Ayten, 2013: 9).

Din ve maneviyatın insanda pozitif duygular vasıtasıyla etki ettiği 2002 yılında yapılan bir araştırmada meme kanseri hastalığını atlatan bazı hastaların duygusal streslerini azaltmada pozitif Tanrı gibi manevi inançları kullandıkları ifade edilmiştir (akt. Horozcu, 2010: 226).

Aynı şekilde 147 Afrikalı ve Amerikalı kadınlar üzerinde göğüs kanseri kaygısı ve bir dine inanma ilişkisi bakımından yapılan araştırmada, Allah'ın takdirine uyma ve *“tüm hastalıklar da şifalar da Allah'ın arzusu sonucu gerçekleşir”* kilise öğretisine inanan hastaların daha az kaygı yaşadıkları görülmüştür (Altaş ve Köylü, 2015: 112). Buna paralel olarak 1999 yılında Feher ve Maly benzer sonuçlarla karşılaşmışlardır. Ali ve diğ. 1998 yılında kalp ameliyatı olan kişilerin ameliyattan itibaren bir yıla kadar ki süreçlerinde sıkıntılarını atlatmada duanın etkili olduğunu ifade etmektedirler (akt. Horozcu, 2010: 226).

Din ve sağlık ilişkisinde en çok araştırılan bölümlerden birisi dini başa çıkmadır. Carver vd. (1989), dini başa çıkma stratejilerinin sonuçlar üzerinde önemli ve benzersiz bir katkıya sahip olduğunu ifade ederken; Frazier (1998), böbrek nakli olacak hastaların stresli yaşam olaylarına ayak uydurmada dini başa çıkmanın önemli bir tamamlayıcı etken olduğunu belirtmiştir (akt. Tokur ve Güven 2012: 238-239). Morris ve Mca-die'nin 2007 yılında Müslüman ve Hristiyanların baskınlık, sıcaklık, yaşam enerjisi, duyarlılık ve hoşgörüden oluşan beş faktör üzerinden yapılan karşılaştırmada inanan kısmın inanmayan kısma oranla kendilerini daha iyi hissettikleri sonucunu elde etmişlerdir. Buna neden olan şeyi ise Müslümanların ve Hristiyanların kaygılı zamanlarında dinlerinden moral desteği almaları olarak açıklamaktadırlar (akt. Karacoşkun, 2013: 181).

Dinin yaşlılık ve sağlık arasındaki ilişkisine bakılınca 30 yaşlı kadın üzerinde yapılan araştırmada sağlam bir inancı olan yaşlılar depresyon ve stresi daha kolay atlattığı ve yürüme zorluğu çeken hastaların bu sıkıntıları daha kolay aştıkları belirtilmektedir (Altaş ve Köylü, 2015: 114). Yapılan bazı araştırmalara bakıldığında her ne kadar dindarlığın ruh sağlığı üzerinde E.L. Cowen dua ile düşük özgüven (1954), Spellman ve ark.

anksiyete (1971), Koing ve ark. Depresyon (2001) gibi rahatsızlığı artırıcı etkisini ortaya koyan çalışmalar olsa da bunlar din ve maneviyatın pozitif etkisini ortaya koyan çalışmalara oranla daha sınırlıdır. Beden sağlığı üzerinde dindarlığın olumsuz etkisi olduğu sonucuna ulaşılan araştırmaların çoğu Avrupa’da yapılmıştır. Araştırmaları değerlendirirken bu şekilde değerlendirmek daha doğrudur. Çünkü yapılan araştırmanın sonuca etkisi o yerin inanç yapısıyla paraleldir. İsveç’te yapılan bir araştırmaya göre dindarlık derecesine bakıldığında “*hiç dindar değilim*” cevabı %80 oranında çıkarken, Amerika’da bu oran sadece %10’dur. Aynı şekilde Amerikan vatandaşlarının %94’ü bir Yaratıcıya inanırken bu oran İngiltere’de %76’dır (Altaş ve Köylü, 2015: 118-119).

Ülkemizde yapılan araştırmalara bakıldığında ise 2007 yılında Şengül’ün yetişkinlerde dindarlık ve ruh sağlığı arasındaki ilişki üzerine yapmış olduğu çalışmada dindarlık ile depresyon arasında negatif ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca dindarlığın bilgi-ibadet boyutundaki davranışların artmasının anksiyete rahatsızlığını tetikleyen belirtileri azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Şengül, 2007: 147). Dindarlık ve depresyon üzerine Güven’in (2008) yapmış olduğu çalışmada kendilerini dindar olarak değerlendiren katılımcıların depresyon düzeylerinin düşük çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Ceylan’ın 2009 yılında 41 meme kanseri teşhisi konulmuş kadın katılımcıyla yapmış olduğu çalışmasında inanç ve intihara yönelim arasında negatif ilişki tespit edilmiştir. Katılımcılar zorlu tedavi dönemlerinde intihar düşüncesine dini inançlarının engel olduğunu ifade etmişlerdir (Ceylan, 2009: 51-53). 2016 yılında Albayrak ve Kurt’un Bursa’da 360 meme kanseri kadın katılımcı gurubu ile yapmış oldukları çalışmalarında dini tutum ve depresyon arasında negatif ilişki tespit edilirken dua etmemin kanserle başa çıkmada büyük güç, destek ve umut olduğu ifade edilmiştir (Albayrak ve Kurt, 2016: 62-63).

Araştırmaların geneli ve önemli psikologların görüşlerine bakıldığında din ve maneviyatın insanların fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde önemli bir etkisinin bulunduğu ve genel olarak ruh ve beden sağlığını olumlu etkilediği anlaşılmaktadır. Çünkü modern tıpta bilim insanların büyük bir çoğunluğu dinin ruh ve beden sağlığı üzerindeki pozitif etkisini reddetmek bir yana doktorların tedavi dönemlerinde hastaların dini inanç ve yaşayışlarının farkında olarak tedavi yöntemlerini uygulamalarını tavsiye etmektedirler (Köylü, 2007: 86; Horozcu, 2010: 236; Cirhinlioğlu, 2014: 133).

1.3. Manevi Destek Kavramı

Modern psikolojide manevi alana yönelik ilk önemli çalışmalar, “*aşkın ve metafizik /transcendantal*” kavramıyla ifade edilen “*transpersonel psikoloji*” kuramında görülmektedir. Bu kurama öncülük edenlerden biri olan A. Maslow psikolojinin insanın ruhsal sıkıntılarından kurtulması için tek yönlü fiziksel merkezli yaklaşıma karşı çıkmıştır. Bunun yanında Maslow’un kişinin dini ve manevi yönelimine dikkat çekerek insancıl bir yaklaşımla manevi destek hizmetinin gelişiminde önemli bir rol oynadığı söylenebilir (Koç, 2016: 39). Din psikolojisi alanında yer alan manevi destek hizmeti kavramı Batı’da pastoral psikoloji adıyla ifade edilmektedir (Karacoşkun, 2013: 68). Batı’da ve Hristiyan geleneğinde manevi destek kavramı oldukça bilinen ve kurumsal bir yere sahipken İslam geleneğinde ve ülkemizde henüz kurumsallaşma çalışması yavaş yavaş sağlanmaktadır. Son yıllarda yapılan bilimsel çalışmalar bu kurumsallaşma ihtiyacını gidermeye yöneliktir (Ağılkaya Şahin, 2017: 17).

Manevi destek kavramı İngilizcede pastoral care (pastoral bakım) ve pastoral caunseling (pastoral danışmanlık), Almandaca seelsorge (ruh bakımı) kavramı ile karşılık bulur (Ağılkaya Şahin, 2017: 23). Hollanda dilinde ise manevi destek kavramının verzorging (ruh bakımı) terimi ile karşılık bulunduğu görülmektedir (Karagül, 2012: 8). Amerika’da ise rahip A. Boisen’un öncülüğünde başlayan pastoral psikoloji çoban anlamına gelen pastor kelimesinden türetilmiştir. Aralarında ufak bir fark olmakla birlikte genellikle eş anlamlı olarak seelsorge kavramı da kullanılmaktadır (Ağılkaya Şahin, 2017: 19). Terim olarak manevi destek kavramı ile ilgili birden çok tanımla karşılaşılabılır.

Manevi destek, danışanların davranış uyumu ve davranış değişikliğini istenilen şekilde gerçekleştirmek için dini kaynak ve danışma tekniklerinden destek olarak ruhsal duyuşsal bozuklukların teşhis ve tedavisi şeklinde tanımlanabilir (Altaş, 2000: 339).

Manevi destek hizmeti genel olarak, özellikle kalıcı rahatsızlığı olan kişilere yani özür-lülere ve ileri yaşa bağlı olarak farklı sağlık sorunları olan yaşlılara uygulanan sosyal nitelikli ve insan merkezli psiko-sosyal iyileştirme hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Manevi destek uygulamalarındaki amaç; ihtiyaç sahiplerinin kişisel gelişim ve motivasyonlarını güçlendirmek, hayatla olan bağlarını artırmak, iç dünyalarıyla barışık olmalarını sağlamak ve manevi sapmaları ve korkuları gidermek olarak ifade edilebilir (Başar, 2007: 631).

1.3.1. Manevi Danışman Kavramı

Danışman, kişinin sıkıntılarını zamana, çağın ihtiyaçlarına göre dini olsun veya olmasın her alanda kendini gerçekleştirmesine yardımcı olan uzman kişidir (Karaca, 2010: 17-18). Manevi danışman ise daha çok ahiret ve ahlak sorunlarından doğan problemleri konu edinen, davranış değişikliği ve uyumunu kolaylaştırmaya çalışan, dini kaynakları ve danışma tekniklerini kullanarak kişinin kendi ve sosyal yaşamındaki ilişkilerinde işlevsel bozukluğa sebep olan duygusal sıkıntıları tespit ve tedavi eden kişi olarak tanımlanabilir (Apaydın, 2016: 72). Bu açıdan manevi danışmanlar danışanına daha geniş bir bakış açısıyla yaklaşp insanın yaşam gayesi ve bunu etkileyen etkenleri, sosyal yaşamda başarılı oldukları veya olmadıkları durumlarla da ilgilenmeyi ihmal etmezler (Özdoğan, 2006: 129-130).

1.3.1.1. Manevi Danışmanın Yeterlilikleri

Manevi danışman, danışma sürecini sağlıklı bir şekilde yürütebilmesi için bazı yeterliliklere sahip olması gerekir. Bunlardan bazıları şunlardır:

Etkili İletişim Niteliğine Sahip Olmak: Danışanla etkileşime geçtiği andan itibaren manevi danışmanın dilinin akıcılığı, duygudaşlık yaparak yaklaşması ve ben dilini kullanması danışmanla danışan arasındaki iletişimin sağlıklı olmasına ve bu sağlıklı iletişimin getirdiği etkiyle tedavi sürecinin daha hızlı ve olumlu geçmesine yarar sağlar (Şimşek, 2019: 34).

Rol Model Olmak: Manevi danışmanın söyledikleriyle yaptıkları birbiriyle tutarlı olmasıdır. Dini bilgi ve değerlere inanması, bunlara paralel olarak olumlu dini tutum ve davranışlara sahip olması gereklidir. Ayrıca dini yaşantısıyla çevresine örnek olması manevi destek sürecinin daha sağlıklı yürütülmesinde önemlidir (Topuz, 2014: 82).

Gönüllük ve Gizlilik İlkesine Bağlı Olarak Hizmet Vermek: Danışma ve rehberlik uygulamalarında gönüllülük ve gizlilik ilkesi önemlidir. Danışmanlık ve rehberlik hizmetini yürütenler yaptıkları uygulamaları gönüllülük esasına bağlı olarak ve karşındaki danışanın gizli durumlarını açığa çıkarmadan yapmaya dikkat etmelidir (Aybey, 2015: 44; Mollaoğlu, 2013: 28).

Liyakat Sahibi Olmak: Her mesleğin gerektirdiği etkenlerin başında yaptığı işte en iyisini yapabilmesi için o alanda uzmanlaşmış olması ve kendini geliştirmesi önemlidir.

Manevi danışmanın da mesleğinde profesyonel olması danışma sürecinde karşılaşacağı sıkıntılı durumlarla başa çıkması açısından önemlidir (Karaca, 2010: 29).

Sabırlı Olmak: Manevi danışman, manevi destek uygulaması sırasında anlayışlı ve sabırlı olmalıdır. Manevi destek hizmeti verirken uzman bir problemle karşılaştığı zaman soğukkanlılığını ve sakinliğini korumalıdır. Aksi halde uzmanın danışanından tepki alması ve sürecin tamamlanmadan yarıda kalması kaçınılmazdır (Karaca, 2010: 38-39).

1.3.2. Manevi Destek Hizmetinin Felsefesi

18. ve 19. yüzyıldaki bilim dünyasında genel anlamda akılcı (pozitivist) modeli savunan bir düşünce sistemi yaygındı. Bunun sonucunda bilim insanları doğada ve toplumda gerçekleşen olayları bilimsel yasalarla (determinist) tespit etmeye çalışıyorlardı (Karataş, 2015: 5). Doktor Mettrie gerçekte var olanın yalnızca maddi şeylerden ibaret olduğunu iddia eden “*İnsan Bir Makine*” adlı çalışmasında insanı maddesel bir varlık olarak algılamamız gerektiğini ve hayvanlar ile benzer olduğunu belirterek insanı adeta mekanik bir saat gibi tasvir etmiştir. Kuantum fiziği teorisi ile birlikte insanın yapısına maddesel yaklaşım tarzı yavaş yavaş etkisini kaybetmeye başlamıştır. Einstein, Bohr ve Heisenberg gibi bilim insanlarının öncüleri dünyanın birçok sayıda bağımsız bir makineden ibaret olmadığını daha çok bölünmez birbiri ile ilişkili halinde bir bütün olduğunu ifade etmişlerdir (Yılmaz ve Erdem, 2016: 41).

İnsanın yapısına bakış açısındaki bu köklü değişiklikler bilimin savunduğu kalıp fikirlerin de yeniden değerlendirilmesine zemin hazırlamıştır. Sonuç olarak mekanik düşünce tarzı kökten sarsılmış ve yerini zamanla bütüncül (holistik) bir dünya görüşüne bırakmaya başlamıştır (Karataş, 2009: 4).

İslam âlimlerinin öncülerinden Baberti de kişiye parçacı yaklaşan modern görüşün aksine insanı bir bütün olarak değerlendirmeyi savunmuştur. Bireyin yalnızca akıl veya duygudan ibaret olmadığını bunların ikisini de kendinde barındıran bir varlık olduğunu belirtmiştir. Örneğin insanı yalnız akılsal veya duygusal bir varlık olarak değerlendirildiğinde ya rasyonelliği bir kenara bırakılacak ya da duygu boyutunu bir kenara bırakılacak ki bu da insanın fitratı açısından istenmeyen şeylerin ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bu nedenle insana bütüncül yaklaşarak akıl ve duygunun önemine işaret etmenin en doğru tercih olduğu söylenebilir (İmamoğlu ve Yazoğlu, 2010: 43-44).

Bu değişimden sonra holistik olarak değerlendirilmeye başlanan insanın beden-akıl ve ruh bütünlüğü hem teolojinin hem de sağlık alanının önemli konu alanlarını oluşturmuştur. Sağlık alanında bireylere bütüncül olarak yaklaşılmaya başlanılmasından sonra yapılan araştırmalar neticesinde manevi boyutun sağlıktaki diğer alanlar (fiziksel, duygusal ve psiko-sosyal) kadar önemli bir yeri olduğu ortaya konulmuştur (Esendir, 2016: 21-22).

Manevi destek hizmetinin çıkış noktası da (felsefesi) insana holistik yaklaşım ilkesi gereğine dayanır. Modern dünyada her alanın kendi uzmanlığında bir doktorun bulunduğunu söyleyebiliriz. O halde insanı maddi ve manevi olarak bir bütün içerisinde değerlendirirsek fiziki, sosyal ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu gibi manevi olarak da bir uzmana ihtiyaç duyması olağandır. Bu ihtiyaç sonucunda manevi destek hizmeti insan için önemli bir uygulama olarak kabul edilebilir (Karagöl, 2012: 16).

1.3.3. Manevi Destekle İle İlgili Psikolojik Yaklaşımlar

Günümüz dünyasında insanın çok boyutlu ve karmaşık bir yapıyla donatıldığı kabul edilen bir gerçektir. Bundan dolayı bireyin günlük yaşamındaki birçok davranışının inceleme konusu olduğu görölmektedir. Elinde bir kitaba göz gezdirmekte olan birinin bu eylemi beyinden gelen bir komuta zincirinin uyarılması olarak değerlendirilebilir. Aynı kitap okuma eylemi bir uyarıcıya gösterilen tepki ya da fiildeki maksat dikkate alınarak da yorumlanabilir. Bu yaklaşımların her biri, diğeriyle bağlantı halinde ve tamamlayıcı niteliktedir. Bu yüzden insanı farklı bakış açılarıyla değerlendirebilmek için birçok bilim insanı değişik açıklama modelinden bir sentez yaparak elektik bir yaklaşımla çalışmalarını sürdürür (Hökelekli, 2009: 5)

Araştırmamızın konusunu oluşturan manevi destek kavramını ele alırken, insanı farklı kişilik yapılarıyla inceleyen yaklaşımları ele almak önemlidir. Çünkü insan her geçen gün farklı özellikleri keşfedilen bir bütündür. Bu başlık altında manevi destek kavramıyla alakalı olduğunu düşündüğümüz psikolojik yaklaşımlardan olan; pastoral psikoloji, hümanistik psikoloji, transpersonel psikoloji ve tasavvuf psikolojisini ele alacağız.

1.3.3.1. Pastoral Psikoloji

İngilizcedeki “*pastoral care*” ve Almandaki karşılığı “*seelsorge*” dini danışmanlık anlamında kullanılır. “*Care*” kelimesinin kökü Latincedeki “*cura*” kelimesidir. Pastoral

kelimesinin ise çobanlık vazifesinden geldiği söylenir. “*Cura pastoralis*” erken dönem kilise rahiplerinin çobanlık sıfatına değinerek anlatılırken günümüzde “*pastoral care*” ifadesi dini danışmanlığı ifade etmektedir (Ağılkaya Şahin, 2014: 15).

Pastoral psikoloji, (pastoral psychology) herhangi bir dine inanan kişilerin özellikle sıkıntılı durumlar ile başa çıkmada mensubu bulundukları dini grubun, mezhebin, tarikatın vb. oluşumların temsilcisi olarak öngörülen, bilinen, algılanan kişilerin uyguladığı dini danışmanlık biçimlerini bilimsel özelliklere göre araştıran din psikolojisinin alt dalıdır (Apaydın, 2016: 172).

Pastoral psikolojinin kökeni her ne kadar da “*vaizsel danışmanlığa*” “*papaz*”, “*kilise*”, “*Yahudi İnanişası*” gibi belirli dinlere dayandırılrsa da pastoral danışmanlık bütün dinler için geçerli olabilir (Özen: 2010: 55). Çünkü pastoral psikoloji, din ayrımı yapmadan kişinin hayatında karşılaştığı psikolojik açıdan sıkıntılı olduğu ölüm ve hastalık gibi dönemlerde kişinin yaşadığı bunalımı aşmasında ona destek olmayı amaçlar (Ağılkaya Şahin, 2017: 42).

Pastoral danışmanlık hizmetinde danışman karşısındakine yardımcı olurken ona yalnız olmadığını yaşamının bir gayesi olduğunu ona ihtiyaç duyan bir ailesinin ve toplumun olduğunu hatırlatır. Bu işi de yaparken kendine başvuran ağır rahatsızlığı olan hastalarla çok ilgilenmez ve onları alanın uzmanı olan psikiyatlara yönlendirir (Söylev, 2015: 298).

Kısacası pastoral danışma yaşananların daha profesyonel bir bakışla değerlendirilmesidir. Danışanın psikolojik açıdan iyileşebilmesi için uzmanın onu iyi gözlemlemesi, anlaması ve onunla duygudaşlık kurması tedavinin istenilen şekilde sonuçlanması açısından önemlidir. Bununla birlikte pastoral danışma psikolojik danışmanın yanı sıra manevi değerlerden de yararlanır (Özdoğan, 2006: 139). Ruhsal sorunlar kişinin kutsallı ile iletişim kuramamaktan kaynaklanıyorsa, kişinin Tanrısına ihtiyacı vardır. Çünkü insan kendini var edeni tanıyıp bilmeli, kendinin ilahi yönünden haberdar olmalıdır. Sıkıntılı zamanlarında kişi kendi özüyle bağlantı kuramadığında onu bedensel ve ruhsal boyutuyla beraber değerlendiren ilahi öğretiyle bütünleşen manevi yaklaşım faydalı olabilir (Özen, 2010: 52). Bu alanda danışmanlık yapanlar toplumsal değerler çerçevesinde inanç ve ahlaki alanlarda doğan problemlere çözüm bulmak için dini kavramlar kullanarak danışma sürecini sürdürürler (Söylev, 2014: 50). Bu nedenle Ziemere’e göre pasto-

ral psikoloji yaklaşımında psikanalizin tedavi paradigmasına çok bağlanılmaması dikkat edilmesi gereken bir husustur. Öyle ki danışman, karşısındakinin sadece psikolojik problemleriyle (manevi ıstırap ve yoksulluk) ilgilenmemeli, aynı zamanda yaşama yönelik dini, ahlaki tutum ve davranış yeterliliklerini de elde etmesinde yardımcı olmalıdır. Yani danışman sadece psikolojik rehberlik ve danışmanlık değil, mesleki temelli (din görevlisi) olarak da danışanına yardımcı olmalıdır (Ağılkaya Şahin, 2014: 17-18).

1.3.3.2. Hümanistik Psikoloji

Hümanistik psikolojinin diğer bir adı insancıl kişilik yaklaşımıdır. Bu kuramın önde gelenleri A. Maslow, C. Rogers, E. Fromm'dur. Ancak temellerini Adler'in insanın iyi-yi elde edebilmek için devamlı çabaladığı görüşü oluşturmuştur (akt. Onur, 2018: 148). Hümanistik psikoloji, 1960'lı yıllarda diğer psikolojik ekollere (davranışçılık, psikanaliz) tepki olarak doğmuştur (White ve Ciccarelli, 2016: 408). Hümanist yaklaşım insanın kişiliğini ele alma konusunda psikodinamik ve davranışsal yaklaşımlara göre başka bir perspektif ortaya koyar (Weiten, Hammer, Dunn, 2016: 51). Psikanaliz, insanı içgüdülere indirgeyerek tanımlarken; davranışçılık ise insanı olaylara verdiği tepkiler üzerinden tanımlamayı seçmiştir. Oysa hümanistlere göre amaç insanı anlamaktır. Bu yüzden insan daha fazla özgürleşmeli ve üretmeye sevk edilmelidir (Düzgüner, 2008: 103; Karacoşkun, 2013: 30). Hümanistik yaklaşıma göre, insan doğduğu andan itibaren kendisini geliştirmeye çalışır. Buradaki amaç, insanın birey işlevselliğinin en iyi düzeye ulaşması yani kendini nihai hedefine göre gerçekleştirebilmesidir. İnsanların karşılaştıkları problemlerle kendi içsel özelliklerinden yardım alarak başa çıkabileceği düşünülmektedir. Bu yaklaşıma göre insanlar dünyayı açık bir şekilde tecrübe ederler (Sayar ve Dinç, 2008: 105).

Hümanist psikolojinin en önemli özelliğine bakıldığında K. Goldstein'in ortaya koyduğu dinamik insan modeline dayanan bütüncül insan algısıdır. Bu algı modelinde bilinç ve vücut bir bütün şeklinde algılanır. Çünkü bu ikisinin ortaya koyduğu birlik ve bütünlük insan organizmasının tümünü kapsamaktadır (akt. Kula, 2019: 14).

Hümanist psikoloji ile ilgilenen psikologların diğer bir önemli özelliği ise fenomenci bir anlayışa sahip olmalarıdır (Bahadır, 2008: 27). Fenomelojik yaklaşım, fenomenler tarihinde kesin olan değerli düşünce ve motiflerin kapsamlı bir görüşünü elde etmeyi amaçlar. Yani insanın aşkınla tanışması için bütün yönleriyle gizliliklerini çözümlemeye ve

yorumlamaya çalışır (Apaydın, 2016: 98). Bu yaklaşıma göre bireyin davranışlarını anlamlandırabilmek için kişinin kendine has anlayışının ve yaşantısının bilgisine sahip olmak gerektiğini savunmaktadır. Hümanist psikologlara göre bireyin fiillerini belirleyen şeyler, çevresel ve organizmadaki biyolojik dürtüler değildir. Bilakis kişinin davranışlarının biçimlendirilmesine yardımcı olan şeyin bireyin kendini ve çevresini o andaki anlamlandırması yani o andaki fenomenidir (Bahadır, 2008: 27). Hümanizm özünde agnostisizmi ya da ateizme dayanan ve inancı dışlayan bir inanç ahlakını kabul etmez. İnsandan ümidini kesen, insanın bilinciyle ilgili görüşlerinde determinist ya da indirgemeci olan her türlü görüşe karşı çıkar. Çünkü insanla alakalı her bir hak ve değerlerin kökeninde, insana insan olmasından dolayı duyulan saygının bulunduğunu ifade eder (Cevizci, 2002: 514). Hümanist psikoloji kısaca, insanın bireysel yaşam kalitesi ve iç mutluluğuna önem veren, kişilerin geçmiş deneyimleri yerine o günkü yaşantılarına odaklanan, psikolojinin göz ardı ettiği insanın coşku, şefkat, hoşnutluk ve cömertlik gibi niteliklerini gözler önüne çıkaran bir yaklaşımdır (Onur, 2018: 150). Manevi destek uygulamalarında C. Rogers'ın hümanist psikolojisi içinde kullanılan “*Danışan Odaklı Terapi*” veya “*Danışandan Hız Alan Terapi*” yaklaşımı en çok kullanılan terapi yöntemlerindendir. Bu yöntem çerçevesinde danışana karşı koşulsuz kabul, koşulsuz saygı, samimilik, duygudaşlık aynı zamanda açık ve saydam bir ilişki manevi destek hizmetinin verimliliği açısından önemlidir (Topuz, 2014: 84).

1.3.3.3. Transpersonel Psikolojisi

Transpersonel psikoloji, davranışçılık, psikanaliz ve hümanist psikolojiden sonra 1960'lı yıllarda ortaya çıkan bir yaklaşımdır. Hümanist psikoloji kurulunca, kurucusu Maslow 1967'de San Francisco'da ki bir konferansta “*Hümanist Ötesi*” kavramını ortaya atmıştır. Transpersonel Psikoloji Dergisi'nde baş makale olarak yayınlanan bu konferans onun kendini gerçekleştirme ve doruk deneyimler üzerine yaptığı araştırmaların özeti niteliğine sahiptir (Uysal, 2007: 35). Dergide transpersonel psikolojinin, “*ruhsal yönelimler, huşu, vecd, doruk deneyimler, süreç, değerler ve durumlar, günlük hayatın kutsanması*” gibi birçok başlığı konu edinmiştir (Mehmedoğlu ve Uysal, 2006: 244). Maslow aynı dergi sayısında transpersonel psikolojinin “*Felsefe Babası*” olarak yer almıştır. “*Hümanist Ötesi*” terimi zamanla farklı yerlere kayarak 1968 yılından itibaren “*Kişilik Ötesi*” kavramı benimsenmiştir. Transpersonel psikolojinin öncülerinden S.

Grof bu terimi ortaya atmış ve literatürde bir kavram olarak yer almasını sağlamıştır (akt. Düzgüner, 2008: 120). Ken Wilber, Roger N. Walsh, S. Rof, F. Vaughan, D. Goleman gibi isimler bu yaklaşımın önde gelenlerindendir (Hökelekli, 2009: 12).

1968’de “*Journal of Humanistic Psychology*” de transpersonel kavramı, insanın nihai kapasite ve potansiyeli ile ilgilenen psikoloji alanında yeni ortaya çıkan kavram olarak ifade edilmektedir (Tüfekçi, 2004: 18,19). Transpersonel psikoloji, bilinen benlik ve kişilik sınırlarının ötesinde bilinçlilik durumlarının büyük bir kısmını tecrübe etmeye olanak sağlar. İnsanın zihin sağlığı için metafiziğin ve fizik ötesine yaklaşmanın ruhsal tedavi yöntemlerinin önemine dikkat çeker (Hökelekli, 2009: 11). Bunu yanında psikolojik açıdan sağlığın ayrıklı düzeylerini, meditasyonu, değişen bilinçlilik hallerini ve hayal gördüren bitkilerin (ilaç) etkilerini de ele almaktadır. Araştırmacılar problemleri kişinin yaşamında etkili olan sıkıntılar ortaya çıkmadan önce bu bitkilerin ve ilaçların kişiye etkisini araştırdılar. Bazı din mensupları ilaç yoluyla mistik tecrübe etmeyi tanıya ulaşmanın farklı yolu olarak belirtirken çoğunluk bu kabul etmemektedir. Bundan dolayı Grof ve Bennet ilaç olmaksızın yüksek bilinçliliği tekrar etmek için müzik, bedensel eylemlere dikkat çekmişlerdir (Tüfekçi, 2004: 18,19).

Transpersonel psikoloji, parapsikoloji, ölüme yakın deneyimler, tasavvuf psikoloji, pastoral psikoloji gibi birçok yeni alana kaynaklık etmektedir. Birçok terapi yönteminde transpersonel terapilerden faydalandığı ve korku, mutluluk, kaygı gibi kavramları kendisine konu edindiği bilinmektedir (Düzgüner, 2008: 129; Uysal, 2007: 28).

1.3.3.4. Tasavvuf Psikolojisi

Kişilerin bir dini kabul etmesi veya reddetmesi, kutsalla iletişim kurması veya kurmaması onların duygu, düşünce ve davranışlarında farklılıklar göstermesine sebep olabilir. Çünkü bir dine mensup olanlar sosyal yaşamlarını o dinin belirlediği kurallar çerçevesinde sürdürmeye çalışırlar. Dinin insanın yaşamındaki bu etkisini göz önünde bulundurarak psikoloji ekolleri insanı konu edinirken dinin insanın kişilik üzerindeki etkisini araştırmayı da unutmamıştır. Tasavvuf açısından ise aynı dine inanlar arasında farklı tutum ve davranışlar görülebilir. Bunun nedeni tasavvufi hayatta, dini hayata göre daha bireysel yaşanmışlıklar olabilir (Karacoşkun, 2013: 232).

Tasavvuf, mistik bir hareket olup İslam dünyasında ortaya çıkmıştır. Tasavvuf psikolojisi denilince de akla gelen ilk şey ise, tasavvufi yaşamışın psikoloji ile ilişkisi olabilir.

Ancak tasavvufun kültürü incelendiğinde akla gelen bu ilk anlamın daha ilerisinde biz-zat kendisinin psikoloji olduğu söylenebilir (Usta, 2018: 19).

Mistisizm psikolojik açıdan dini tecrübe olarak belirtilen doğuştan gelip tek başına hiçbir dini geleneğe has olmayıp ancak dinlerin birçoğunda merkezi bir fikir olan en iyi ruh halidir (Hökelekli, 2003: 319). Mistik konulara ilk W. James’in “*Dini Tecrübenin Çeşitliliği*” isimli eserde rastlıyoruz. Mistik tecrübeyi James, ancak işlevi doğrultusunda tanımlayabileceğini ifade etmiştir. James mistik tecrübenin, anlatılamamazlık, akli nitelik, geçicilik ve pasiflik gibi 4 temel özelliği olduğunu belirtmiştir. James’e göre, bütün dinlerin kaynağı kişisel mistik tecrübe olduğu için dini tecrübeyle mistik tecrübeyi aynı anlam çerçevesinde değerlendirmiştir (Düzgüner, 2008: 131). Mistik tecrübe dünya hayatından sıyrılıp Allah’a ulaşmayı, onla bir olmayı, onda yok olmayı ve bu şuurla yaşamayı ifade eder. Bu ulaşma şekli dinler arasında farklılıklara neden olabilir. Örneğin; Budizm’de mutlak olgunluğa ulaşmak yokluğa ulaşmak (Nirvana’ya varmak) kavramıyla ifade edilir (Peker, 2012: 181-182).

Tasavvuf psikolojisi İslam’da bir nevi ruhu rahatlatma kötülüklerden arınma yönüyle manevi destek hizmetiyle ilişki içerisinde. Tasavvuf psikolojisi unsurlarının başında gelen zikir insanın sıkıntı dönemlerinde aşkın olan Allah ile ilişki kurmasında önemli bir yoldur. Zikir dünya ve ahiretteki mutluluğu sağlamak için Allah’ın ismini zikrederek insanın iç dünyasını harekete geçirir (Usta, 2018: 19). Zikir Kuran-ı Kerim’de 250’den fazla yerde geçer ve tarikatların en önemi fiillerindendir. Zikirden başka insan psikolojisi açısından seyr-ü sülûk, rabıta gibi unsurlarda vardır. Kişi bu unsurlar yoluyla manevi destek sürecinde nefsi sıkıntılara karşı tasavvuf psikolojisinden destek alabilir (Işıldar, 2012: 14-15; Usta, 2018: 19).

1.3.4. Manevi Destek Hizmetinin Yürütülebileceği Alanlar

Manevi destek hizmeti “*Din görevlileri 01. 07. 2010 tarihli 6002 sayılı*” kanunla Diyanet İşleri Başkanlığı’nın görevlendirmiş olduğu personeller tarafından birçok alanda ihtiyaca göre ve gönüllük ilkesi esas alınarak yürütülen dini sosyal hizmetlerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Diyanet İşleri Başkanlığı’nın kuruluş gayesi: “*İslam Dini-nin inançları, ibadet ve ahlak esasları ile ilgili işleri yürütmek, din konusunda toplumu aydınlatmak ve ibadet yerlerini yönetmek üzere; Cumhurbaşkanlığına bağlı Diyanet İşleri Başkanlığı kurulmuştur.*” şeklinde tanımlanmıştır. 633 sayılı Diyanet İşleri Baş-

kanlığı'nın kuruluş ve görevleri hakkındaki kanunda da belirtildiği üzere din görevlileri camide dini hizmetlerini yürütmekle birlikte insanların İslam dininin teorik, pratik ve ahlaki alanla ilgili ihtiyaçlarını cami dışında da karşılamakla mükelleftir. Bundan dolayı görevli olan manevi danışmanların insanların sıkıntılı zamanlarında onların yanında olduğunu hissettirmesi ve onlara manevi olarak destek olması kişilerin kendilerini yalnız hissetmemesi ve bulundukları süreci daha kolay geçirmeleri açısından önemlidir (Altıntaş, 2019: 82). Görevli personelin, manevi destek hizmetini yürütebileceği muhtemel sosyal hizmet alanları; ceza infaz kurumları, çocuk yuvaları, yetiştirme yurtları, sevgi evleri, huzur evleri ve sağlık alanıdır.

1.3.4.1. Ceza İnfaz Kurumları

Ceza infaz kurumları, yasalar tarafından suç kabul edilen eylemi yaptığı kanıtlanan kişilerin yeniden topluma kazandırılması için ıslah edildikleri özel inşa edilmiş kamu kurumları olarak tanımlanmaktadır. Ceza evlerinde sağlık hizmetleri ve eğitim hizmetleri gibi hükümlülerin faydalanabileceği birçok imkân bulunmaktadır. (Baybut, 2019: 79-80). Bu imkânlardan birisi de hükümlerinin yararlanmış olduğu din hizmetleridir. Ceza infaz kurumlarında dini bilgi ve değerlerden cezaevlerinde bulunan hükümlülerin yararlanması ve onların topluma kazandırılması amacıyla başlatılan girişimler 1950'li yıllarda başlamıştır. Dönemin Diyanet İşleri Başkanı A. Hamdi Akseki'nin "*Cezaevlerinde Verilecek Vaazlar I*" adlı çalışması bu alanda yapılan ilk çalışmalardan biri olarak kabul edilmektedir (Söylev, 2014: 199).

1950 yılından sonraki girişim, 07.06.1963 tarih ve 15848 sayılı genelgeyle olmuştur. Bu genelgeye göre mahkûmlara dini ve ahlaki sohbetlerin vaizler tarafından verilmesine karar verilmiştir. İçeriğinde dini ve ahlaki konferanslar verilmesine 18.03.1964 tarihinde 8521 sayılı yazı ile hafta iki gün olmak üzere karar verilmiştir. 22 Nisan 1981'de din kültürü ve ahlak bilgisi dersini de kapsayan eğitim Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğü'nün eğitim programında yer almış ve aynı yıl Genel Kurmay Başkanlığı'nın da uygun görmesiyle cezaevlerinde uygulanmaya başlanmıştır (Özdemir, 2012: 204).

Bu süreçten sonra ceza infaz kurumlarına 10.02.2011 tarihli Adalet Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında "*Adalet Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı Arasında Tutuklu ve Hükümlülerin Dini ve Ahlaki Gelişimlerini Sağlamaya Yönelik Protokol*" adı altında imzalanan protokolde manevi destek hizmetine yer verilmiştir. Bu protokole

göre; Diyanet İşleri Başkanlığı tam gün olarak cezaevi vaizi, dini yükseköğrenim görmüş müftü, müftü yardımcısı, şube müdürü, vaiz, din hizmetleri uzmanı ve imam-hatipleri ceza infaz kurumlarına görevlendirmelidir.

Görevlendirilen görevliler, mahkûmların ahlaki ve dini konularda bilgilenmelerinde yardımcı olmak, varsa yanlış bilgilerini düzeltmek, insan, aile, vatan ve millet sevgisini anlatmakla görevlidirler. Bunun yanında, din hizmetleri ve ahlaki gelişim ve manevi destek faaliyetini yürütmek, kutlama programı hazırlamak, mahkûmlardan gelen istek üzerine Kuran-ı Kerim'i öğretmek, dini vecibeleri yerine getirmek gibi sorumlulukları yerine getirirler. Din hizmetleri, ahlaki gelişim ve manevi destek faaliyetlerinde, konu seçimi, hükümlü ve tutukların özellikleri müfredat programı ve MGK'nın kararları ve tavsiyelerini göz önünde bulundurmalıdır.

Protokolde uygulanacak manevi danışmanlık faaliyetlerinde Diyanet İşleri Başkanlığı'nın görevleri arasında; çocuk kapalı cezaevi çocuk eğitim evlerindeki hükümlü ve tutuklardan her 100'üne, diğer ceza evlerinde kalan mahkûmlardan her 200 kişiye, denetimli serbestlikten yararlanan her 1000 kişiye başkanlık tarafından personel görevlendirmesi gerekir. Bunun yanında ihtiyaç halinde manevi destek faaliyetlerinin amacına uygun olarak televizyon ve radyo programı hazırlamak ve Diyanet TV ve Diyanet Radyoda yayımlamak, manevi destek hizmeti faaliyetlerinin amacına uygun yeni yayınlar (kitap, dergi vb.) neşretmesi gerekir. Mahkûm, tutukların ihtiyacına uygun koşullara en az üçer, Denetimli Serbestlik Müdürlüğü'ne 1000'er adet olmak üzere ücretsiz kaynak göndermek gibi maddeler protokolde yer almaktadır (Adalet Bakanlığı ve Diyanet İşleri Bakanlığı İş Birliği Protokolü).

1.3.4.2. Çocuk Yuvaları, Yetiştirme Yurtları ve Sevgi Evleri

Çocuk yuvaları 0-12 yaş arasında bulunan ve korunmaya ihtiyaç duyan çocukların, fiziksel, eğitsel ve psiko-sosyal gelişimlerini destekleyen yatılı sosyal hizmet kurumlarıdır. Yetiştirme yurtları ise 13-18 arasında bulunan çocukların ibate ve iase ihtiyaçları karşılamak ve gelecek yaşamlarında meslek sahibi olmalarını sağlayarak bulundukları topluma faydalı birer fert haline gelmelerini amaç edinen sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Sevgi evleri ise 0-18 yaş aralığında bulunan en fazla 12 çocuğun 3 kişilik odalarda kaldığı müstakil evlerden oluşan aile ortamı şeklinde düzenlemiş yatılı sosyal hizmet kurumlarıdır (Coşkuner, 2016: 35).

24.05.1983 tarihli 2828 sayılı kanun gereği SHÇEK’te; Korunmaya Muhtaç Çocuk: Beden, ruh ve ahlak gelişimleri ve kişisel güvenlikleri tehlikede olup; ailesiyle birlikte yaşamayan, fuhuş, dilencilik, alkollü içkiler veya uyuşturucu madde kullanma gibi her türlü sosyal tehlikeye karşı savunmasız çocuklar olarak tanımlanmıştır (2828 kanun numaralı, 24.05.1983 tarihli Sosyal Hizmetler Kanunu).

12.1/232/1393 sayı, 05.12.1989 tarihli ve 12.1/166/857 sayı, 27.07.1989 tarihli yayımlanan Diyanet İşleri Başkanlığı Din Hizmetleri Daire Başkanlığı’nın 74 numaralı genelgesi ile Sosyal Hizmet Çocuk Esirgeme Kurumlarında dini hizmetlerle ilgili ilk girişimler başlamıştır (Özdemir, 2012: 205). Daha sonra dini içerikli sohbet vb. programların icra edilmesi ile 1992 yılında bu girişimlere son verilmiştir (Kılınçer, 2017: 46). 1996 yılında SHÇEK’in yazısıyla dini sohbet ve konferanslar yeniden çocuklara ve gençlere sunulmaya başlanmıştır.

26.02.2007 tarihli SHÇEK Genel Müdürlüğü ve Diyanet İşleri Bakanlığı arasında Diyanet İşleri Başkanlığı’nın toplum üzerindeki etkisinden faydalanmak üzere yeni bir protokol imzalanmıştır. Bu protokolde, konusunda uzman ve ilahiyat mezunu personelin, kendisine başvuran danışanların “*Türk örf, adet, inanç ve milli ahlakı gözetken, kendisine güvenen, Atatürk düşüncesi ve Atatürk ilke ve inkılaplarının değerlerine uygun insanı seven ve onu sayan*” gibi nitelikleri kazanmasına yardımcı olması amaçlanmaktadır (Mollaoğlu, 2013: 47-48).

2007 tarihinde imzalanan protokol SHÇEK’e bağlı bakanlığın adının değişmesiyle 26.10.2011 tarihinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İle Diyanet İşleri Başkanlığı arasında yeni bir protokolün imzalanmasıyla yürürlükten kaldırılmıştır (Özdemir, 2012: 206).

Sonraki süreçte aileden mahrum sosyal hizmet kurumlarında büyüyen çocuklar akranları gibi aile ortamında büyüme imkân bulamadıkları için ebeveyn sevgisinin eksikliği hissetmektedirler. Bunun yanında manevi duygularını, mutluluklarını veya sıkıntılarını paylaşabilecek aile bireylerinin bulunmaması da koruma altında olan çocuklar için ayrı bir problem teşkil etmektedir. Bu problemin çözümü için çocuklara ve gençlere “*Dini Danışmanlık ve Rehberlik*” hizmetinin verilmesinin gerekli olduğu görülmüştür. Bu hizmetin verilmesindeki önemli etkenlerden birinin çocukların ve gençlerin dini bilgileri sağlıklı kaynaklardan öğrenmesine fırsat sağlamasıdır. Çünkü programlı, sağlıklı şekilde

verilen bir din eğitimi, dini gelişimi olumlu yönde etkilerken dini duyguların yanlış bilgilerle yozlaşmasını da engellemektedir. Bunun yanında manevi alanda hissettiği eksikliği asıl kaynağından doğru metotlarla karşılama fırsatını elde etmiş olmaktadır (Yaygın Din Eğitimi Sempozyumu-II, 30 Mart- 01 Nisan 2012: 467-468).

Yeni imzalanan protokole de, ailevi problemler tespit edilerek bu sorunların çözümüne ilişkin danışmanlık hizmeti vermek, ortaklaşa seminerler düzenlemek ve eğitim programları hazırlamak, aile değerlerini korumak, ailelerin dağılmasına yol açan etkenler gibi belli başlı konularda çalışmalar yapmak yer almaktadır. Bunun yanında milli ve dini günlerde ahlaki, dini ve milli duyguları geliştirmeye yönelik etkinlikler düzenlemek, ibadetlere katılmalarına yardımcı olmak gibi maddeler yer almaktadır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı Arasında İşbirliği Protokolü).

1.3.4.3. Huzurevleri

Yaşlılık; bedensel ve zihinsel bazı yetilerin zayıflaması veya kaybedilmesi sonucu kişide birçok hastalığın meydana geldiği bir evredir. Bu fiziksel sıkıntıların yanında iş hayatından emeklilik, çocuklardan ayrılma, yakınlarını kaybetme gibi birçok nedene bağlı olarak psikososyal sıkıntılarında baş gösterdiği bir dönemdir (Ayten, 2017: 233).

Bir kişiye yaşlı denilebilmesi için en az 55 yaşında olması gerekmektedir (Martı, 2015: 188). Başka kaynaklarda 65 yaş ve üstü iken ABD’de ise 1960 ve sonrasında doğmuş kişiler için bu sınır 67’ye çıkarılmıştır. Birçok ülkede yaşlılığın 65 yaş ve üzeri olarak belirtilmesinin asıl nedeni insanların bu yaşta emekliliğe ayrılması, toplum ve sağlık hizmetlerinden bu yaştan sonra yararlanmaya başlaması olarak gösterilmektedir (Saygılı, 2011: 17-18; Yılmaz, 2013: 243-244). Yaşlılar herhangi bir sağlık problemi olan veya başkasının yardımına ihtiyaç duyan “*özel bakım yaşlısı*”, akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, başkasının yardımına ihtiyaç duymayan, herhangi bir bağımlılığı olmayan “*sağlıklı yaşlı*” olarak ifade edilmektedir (Martı, 2015: 188).

SHÇEK’e bağlı huzurevleri, belediyeye ait olanlar, özel, vakıf, dernek ve azınlıklara ait gibi farklı kurumlara bağlı huzurevleri ülkemizde bulunmaktadır. Farklı statülerde olmalarından kaynaklanan din eğitim farklılıkları da olabilmektedir. Bazı kurumlar maliyet ya da gerekli görmediklerinden dolayı dini destekten yararlanmamaktadırlar. Bu da manevi destek hizmetin bu alanda sunulmasını zorlaştırmaktadır (Özdemir, 2012: 207).

Huzurevlerinde SHÇEK ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan protokole göre huzurevlerinde din hizmetleri uygulanmaktadır. Bu protokole bağlı olarak bütün huzurevlerinde olmasa da dini gün ve gecelerde bazı huzurevlerinde çeşitli etkinlikler yapılmaktadır (Mollaoğlu, 2013: 51).

1.4. Sağlık Alanında Manevi Destek Hizmeti

Din ve sağlık ilişkisi çerçevesinde ele alınan konu başlıklarından biriside manevi destek hizmetidir. Sağlık alanında manevi destek hizmeti tıbbi ve psiko-sosyal hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Maneviyat, bedensel ve ruhsal sıkıntılarla baş etmek zorunda kalan hastaların eski sağlığına yeniden kavuşmasında eğer bu mümkün değilse mevcut durumuyla uyum içinde yaşayıp hayata tutunmasına yardımcı olmasında bütüncül ve birleştirici bir rol üstlenir (Mollaoğlu, 2013: 31). Bu çerçevede 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 7. Bölüm 38. Maddesinde de görüldüğü üzere hastaların dini ihtiyaçlarını yerine getirebilmesi için kurum ve kuruluşlar tarafından imkânları ölçüsünde tedbirler alınmasının sağlık alanında gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Bu hizmet sunulurken dini konularda yardımcı olma hizmeti, kimseyi rahatsız etmeden, personelin tedavisine müdahalede bulunmadan hastaların manevi destek talepleri üzerine sağlık kuruluşları tarafından uygun zaman ve mekân belirlenerek din görevlisi davet edilerek yapılır.

Diyanet İşleri Başkanlığı'nın hizmeti insana yönelik olduğu için insanın bulunduğu her alanda varlığından söz ettirmesi doğaldır. İnançlı bir kişi için, inandığı değerlere bağlı yaşama ihtiyacı varsa, bu ihtiyacın giderilmesi için insanın yaşadığı veya bulunduğu her alanda bu hizmetten söz etmek mümkündür. Ülkemizde koruyucu ve tedavi edici hekimlik gibi insanlığa hizmet eden alanlardan olan hastaneler, hasta ve yakının sıkıntılı ve zor anlarını yaşadığı yerler olarak bilinmektedir. Kişi hasta olmadan önce ihmal, eğitim ve ekonomik bazı yetersizliklerden dolayı önleyici sağlık kontrollerine fazla başvuramayabilir. Hasta olduktan sonra ise zorunlu olarak sağlık alanına başvurunca alışkın olmadığı bir ortamda belirsizlik ve korku süreci yaşayabilmektedir. Bu yüzden hastanelerde hasta ve hasta yakınına moral açısından destek olacak bir uzmana ihtiyaç olduğu söylenebilir (Başar, 2008: 620-62). Bu ihtiyaç durumu göz önüne alınarak hasta tedavi sürecinde dini telkinler sayesinde ruhsal olarak kendini iyi hissedeceğine inanıyorsa bu

hizmet yerine getirilmelidir. Çünkü hastaların fiziksel ve ruhsal tedavi sürecinde moral ihtiyaçlarının desteklenmesi tıbbın gereklerindendir (Mollaoğlu, 2013: 33-34).

7 Ocak 2015 tarihinde imzalanan ve 11 maddeden oluşan “*Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı Arasında Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü*” adlı protokolün amacı; moral, motivasyon ve manevi destek sağlayarak hastaların iyileşmelerine katkıda bulunmak için hizmetin usul, esas ve yükümlülüklerini belirlemektir.

Protokol gereğince, öncelikle Sağlık Bakanlığı, manevi destek hizmeti sunacak bir personelin görevlendirilmesini sağlamakla sorumludur. Daha sonra bakanlığın, görevlendirilen personele bir oda temin etmek ve imkânlar ölçüsünde bu odayı teftiş etmekle ilgili görevleri vardır. Bunun yanında hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanının manevi danışmanla iletişimini sağlayan bir dâhili numara temin etmek görevleri arasındadır. Bunlara ek olarak gönüllük esasına bağlı olarak hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanına sunulacak manevi destek faaliyetlerinin bir düzen içerisinde gerçekleşmesine yardımcı olmak ve bu süre için Diyanet İşleri Başkanlığı ile işbirliği içerisinde olmak gibi sorumlulukları bulunmaktadır.

Diyanet İşleri Başkanlığı ise protokol gereğince, ihtiyaca uygun olarak hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının içinde bulundukları durumları gözeterek, moral ve motivasyon, manevi destek ve dini konularda rehberlik edecek müftülük personelini görevlendirmek ve görev alanlarını ile ilgili çalışma usullerini belirlemek görevleri arasındadır. Başkanlık tarafından görevlendirilen personelin sorumlulukları arasında ise manevi destek hizmetinin yanında sağlık kurumundaki dini kitapları incelemek uygun olmayanları yönetime bildirmek ve DİB yayınlarının ücretsiz olarak temin etmek gibi görevleri bulunmaktadır (7 Ocak 2015 DİB ile Sağlık Bakanlığı Arasında Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği protokolü).

1.4.1. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından “*sağlık*” kelimesinin tanımı fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerin yanında spiritual (manevi) kelimesi de ilave edilerek tam bir iyilik hali olarak açıklanmıştır (Akdur, 2006: 13).

01.08.1998 tarihli olan Resmi Gazete yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “*Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma*” konusundaki 38. Maddesi ve 633 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararname dikkate alınır.

1.4.2. Ülkemizde Hastanelerde Manevi Destek Hizmetleri

Manevi destek hizmeti, Batı'ya göre Türkiye'de oldukça yeni bir hizmet ve uygulama alanıdır. Diyanet İşleri Başkanlığı'nda, din hizmetleri ayrı bir profesyonel hizmet alanı olarak kabul edilmektedir. Türkiye'de kuramsal varlığı kabul edilen bu hizmete başta hastanelerde olmak üzere duyulan ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır. Geçmişte uygulanan manevi destek hizmeti profesyonel alan uzmanlığı profilinden uzak (irşat, tebliğ vb.) bir şekilde devam ettirilmeye çalışılmaktaydı (Koç, 2017: 204).

1994 yılında Sağlık Bakanlığı'nın bütçe görüşmelerinde ilk defa hastane servislerinde tedavi gören hastaların din ve moral hizmetinden faydalanması Bütçe Plan Komisyonu tarafından gündeme gelmiştir. Sağlık Bakanlığı gündeme gelen bu hizmeti değerlendirerek bu hizmetin başlamasına yardımcı olunması adına il teşkilatlarına ve müftülüklerle koordinasyon sağlanması için yazı gönderilmiştir (Altaş, 1999: 599).

Ankara Tabip Odası'nın, uygulamanın iptali için 12.12.1995 yılında açtığı dava sonucunda 12.04.1996 tarih ve 1995/312 sayılı kararla bu hizmet Danıştay tarafından durdurulmuştur. Bunun sonucunda 1996 yılında 9124 sayılı yazıyla hasta hakları, insan hakları, uluslararası hukuk, iç hukuk ve sözleşmelere aykırı olduğu halde resmen yürürlükten kaldırılmıştır (Özdemir, 2012: 202).

2012 yılında manevi destek uygulamaları Ankara'da düzenlenen “*Din Psikolojisi ve Manevi Bakım Çalıştayı*” adlı çalışmada tekrar gündeme geldi. Bu çalıştayda manevi destek uygulamalarının içeriği, danışmanların yetiştirilme süreci, hitap ettiği kitle, ilişki içinde olduğu disiplinlerle arasındaki durum vb. konular gündeme geldi.

07.01.2015 tarihinde “*Hastanelerde Manevi Destek İşbirliği Protokolü*” Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanmıştır. 27 Temmuz 2015 tarihinde pilot olarak altı ilde (İstanbul, Kayseri, Ankara, Ordu, Erzurum, Samsun) manevi destek uygulamalarına başlanmıştır. Bu illerden gönüllü 20 din görevlisi “*Hastanelerde Manevi Destek Hizmeti İçeriği Eğitimi*”ne alınmıştır. Daha sonra 12 pilot hastanede daha manevi destek uygulamaları başlamıştır (Altıntaş, 2018: 225-226). 27 Temmuzdan 26 Ekime

kadar pilot uygulamada görevlendirilen görevliler cuma günleri hariç olmak üzere haftada 4 gün hizmet vermektedirler. 27 Ekim 2015 tarihinde görevli personellerle uygulama sürecindeki durum ile ilgili “*Sağlık Tesislerinde Manevi Destek Hizmetleri Pilot Uygulama Değerlendirme Toplantısı*” yapılmıştır. Bu toplantıda 28.09.2015 ile 27.04.2016 (6 ay) tarihleri arasında görevli personellerin yeniden görevlendirilmesi ve 22-24 Aralık 2015’de “*Sağlık Tesislerinde Manevi Destek Hizmetleri Çalıştayı*” yapılmasının kararı alınmıştır (Ayten 2016: 64-65).

Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı 2016 yılında hastanelerdeki manevi destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacıyla belirlenen 6 pilot ilin 14 ile çıkartılmasını kararına varmıştır. Bu amaçla daha önce eğitime alınan görevlilere (13 kişi) ek olarak 76 görevli Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından eğitime tabi tutulmuştur. Günümüzde ise ülkemizin nerdeyse tüm illerinde sağlık alanında manevi danışmanlar görev yapmaya devam etmektedir (Altıntaş, 2018: 226).

1.4.3. Avrupa’da Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları

Batı’da genelde papazların çalıştıkları, Hristiyan odaklı yürütülen manevi destek hizmetlerinin alt yapısında (psikolojik rehberlik bağlamında), manevi destek ihtiyacı olanların günah çıkarmalarını sağlayarak ruhsal iyileşmesini gerçekleştirme çalışması yer almaktadır (Koç, 2012: 203).

Modern anlamda gelişim sürecine bakıldığında ise Batı’da, Anton Boisen’in klinik alandaki çalışmaları manevi destek uygulamalarının ilklerinden kabul edilmektedir. 1926 yılında bu alanda ilk çalışmasını yapan Boisen, dinsel deneyimleri sınıflandırmak, inançların kökeni ve sonuçlarına bakmak, bunları anlamak için teolojinin iyi bir bakış açısı olacağını “*Teolojinin Metotları ve Görevi*” adlı çalışmasında dile getirmiştir (Özdoğan, 2006: 128).

Hastanelerde ise manevi destek hizmeti 20. yüzyılın başlarından itibaren, servislerde tedavi gören hastaların sıkıntılı tedavi sürecinde moral ve motivasyonlarının artmasına yardımcı olmak ve bu süreçte yaşama olan bağlılıklarını üst düzeye çıkarmak hedefiyle yürütülen bir hizmet olarak görülmektedir. Batı’da hastaların din ve moral hizmetinden faydalanması, hastanelerin asli görevleri arasında sayılmış, hastaların ise en doğal hakkı olarak ifade edilmiştir (Altaş, 1999: 599).

1.4.3.1. Amerika’da Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları

Amerika’da manevi destek hizmetleri 1946 yılından günümüze “*Amerikan Psikoloji Derneği*” adı altında din psikologları tarafından yürütülen bir hizmettir. Uygulama açısından bakıldığında ise manevi destek hizmeti ABD’de sağlık alanındaki hizmetlerin önemli bir parçası haline geldiği görülmektedir. Manevi destek hizmetinin yürütüldüğü hastanelerde manevi danışmanların çalışabilmesi için fakülte mezunu ve papaz okulundan mezun olma şartı bulunmaktadır. Ortalama 108 hastaya ABD’de bir danışman düşmektedir. 100 ve üzeri hasta yatan hastanelerde tam günlük çalışan manevi danışmanlar bulunmakta ve bu danışmanlar hastaların yanı sıra hasta yakınlarıyla da ilgilenmektedirler (Koç, 2012: 210). ABD’de hastalara yönelik manevi destek faaliyetleri ile ilgili birçok bilimsel makale yazılmıştır (Aydın, 2016: 250). Yazılan bu makalelerde hastane hizmetleri danışmanlığı “*HealthCare Chaplaincy*” kavramı ile ifade edilmekte ve bu alanda hizmet yürüten eğitim merkezleri, sağlık kurumları ile işbirliği içerisinde çalışmalarını sürdürmektedir. Bu hizmet kapsamında 50 yılda 5 milyondan fazla birbirinden farklı dini inanca sahip olan hastaya tedavi sürecinde manevi destek hizmeti sunulmuştur (Mollaoğlu, 2013: 56).

1.4.3.2. Hollanda’da Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları

Hollanda Hastaneler Birliği’nin kararıyla 1987 yılında hastaların talep etmesinden dolayı manevi destek hizmeti zorunluluk hale gelmiştir. Bu süreçten sonra sağlık alanında manevi destek hizmeti verilmeye başlanmıştır. Farklı kurumlarda (hapishane, askeriye vb.) görev yapan danışmanların bir bölümü Müslüman danışmanlardan oluşmaktadır (Sarı, 2019: 20).

1.4.3.3. Almanya’da Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları

Hastane manevi danışmanlığı, Almanya’da en gelişmiş ve en çok uygulanmakta olan sosyal destek hizmetleri alanlarından biridir. Bunun sebepleri arasında Hristiyan kültüründeki hasta ziyaretine verilen önem gösterilebilir. Hastane manevi danışmanlığı bu ülkede kiliseler tarafından yürütülmektedir. 1974 yılında “*Piskopos Konferansı*” adı altında düzenlenen konferansta manevi danışmanın ilgilenmesi gereken yatak sayısı 1000 adetten 500-600 yatağa indirilirken, 1984 yılındaki başka bir konferansta 400 hastaya bir uzman olarak karar verilmiştir (Ağılkaya Şahin, 2016: 378).

1.4.3.4. İngiltere’de Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları

İngiltere’de ise manevi destek hizmetlerinin büyük bir kısmı Büyük Britanya’dadır. Çünkü İngiltere’de yapılan bir araştırmada B. Britanya’da inanan kesimin daha çok olduğu görülmekteyken Büyük Britanya harici yerlerde yaklaşık 9 milyon insanın bir dinle bağlantısı olmadığı tespit edilmiştir. Büyük Britanya’da 1946 yılındaki bir kanunla belirlenen dini ve manevi hizmetler, sağlık ve bakım hizmetlerinin önemli bir kısmını teşkil etmektedir (Usta, 2018: 25).

1.4.3.5. Belçika’da Hastanelerde Manevi Destek Uygulamaları

Belçika’da hastane ortamında manevi destek uygulamalarında hasta kendisine manevi destek hizmeti sunacak personeli kendisi seçebilmektedir. Hastaneye ilk girişte hastaya verilen formda manevi destek hizmeti alma konusundaki isteği ve hangi dine bağlı olduğu sorular bulunmakta bu sorulara verilen cevap neticesinde manevi destek hizmeti hastaya verilmektedir (Esendir, 2016: 24).

1.4.4. Hz. Peygamber Döneminde Hastalara Manevi Destek Hizmeti

Bütün dinlerde ortak hedef insana rehber olmak, ona doğru ve yanlış hakkında bilgi vermektir (Mollaoğlu, 2013: 18-19). Nitekim Yüce Allah Nahl Suresi 89. ayetinde “*Bu kitabı sana her konuda açıklama getiren bir rehber, bir hidayet ve rahmet kaynağı, Allah’a gönülden bağlananlar için bir müjde olarak indirdik.*” Yine İbrahim Suresi 1. ayetinde Allah (c.c) “*Elif- Lâ- Râ. Bu, rablerinin izniyle insanları karanlıktan aydınlığa, güçlü ve övgüye lâyık olan Allah’ın yoluna çıkarman için sana indirdiğimiz kitaptır.*” ayetinde olduğu gibi birçok surede Kuran-ı Kerim’in yol göstericiliğine işaret etmektedir (D.İ.B.Y, 2017: 267-290). Aynı şekilde Kuran-ı Kerim’in rehberlik yönünü, sıkıntılı olduğu dönemde Hz. Peygamber (sav) için de görebiliyoruz. Nitekim Duha Suresi 7. ayetinde Allah Teâla, Hz. Peygamber (sav)’e hitaben “*Seni yol bilmez halde bulup yol göstermedi mi?*” şeklinde Hz. Peygamber (s.a.v)’e yalnız olmadığını ve başıboş olmadığını hatırlatmaktadır (D.İ.B.Y, 2017: 649). Hz. Peygamber (sav)’in Cahiliye Dönemi’nde insanları bulundukları durumdan nasıl kurtaracağını bilmez bir haldeyken Allah (cc) Kuran-ı Kerim’i göndererek onun yolunu aydınlattı; ona hem varacağı hedefi hem de o hedefe nasıl ulaşacağını gösterdi (Karaman ve diğ., 2017: 639).

Hız. Peygamber (sav) dâhil olmak üzere insanoğlunun yaşamında karşılaştığı stres, bunalım ve bazı çıkmazlarda kişi başkasının desteğine, danışmanlığına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Çünkü insan yaratılışı gereği, doğumundan ölümüne kadar önce kendisini ni yoktan var edene sonra da çevresindekilere muhtaç olarak yaşamını devam ettirebilmektedir. Bu yüzden insan zaman zaman bilgiye ve ilgiye ihtiyaç duyar. İlk vahiy geldiğinde Hız. Peygamber (sav) ile yakından ilgilenmesi ve onu Varaka'ya götürmesi Hız. Hatice'nin eşine yaptığı danışmanlığın bir örneğidir (Mollaoğlu,2013: 20-21; Sözcün, 2017: 209).

Hız. Peygamber Efendimiz (sav), tebliğ ve irşat faaliyetlerini içeren dini-manevi danışmanlık faaliyetleri yapmıştır. Dini ve manevi danışmanlık yaparken karşıındaki kişinin neye ihtiyacı varsa ona göre cevap vermiş, kolaylık ilkesini benimsemiş, yumuşak söz, hoşgörü, müjdeleme gibi unsurlar çerçevesinde hareket ederek karşıındaki ümit duygusunu diri tutmuş ve kıssa, örnek verme gibi anlatma yöntemiyle akıllarda kalmasını sağlamıştır (Belen,2014: 107).

Hız. Peygamber Efendimiz (sav)'in, kaynaklarda hastalarla bizzat ilgilenip onların sıkıntılarını dinlemeyi ihmal etmediği görülmektedir. Hendek savaşında yaralanan Sa'd b. Muaz'ın ifade ettiğine göre; Hız. Peygamber (sav) akşam: “*Nasıl akşamladın?*” sabah: “*Nasıl sabahladın?*” diyerek halini sorduğu ve hasta olan Sa'd b. Muaz'ı daha rahat ziyaret edebilmesi için mescidin yanına bir çadır yaptırdığı nakledilmektedir. (Aydın, 2016: 253). Hız. Peygamber (sav)'in Sa'd b. Muaz ile ilgilenmesi, sabah akşam durumu hakkında bilgi alması ve sıkıntılarını dinleyip ona destek olması, hastanın moral ve motivasyonunu diri tutma açısından önemli bir örnektir.

Hız. Peygamber (sav) danışma esnasında kendisine başvuran danışanın anlayacağı sade bir dil ve üslup kullanarak danışmanlık yapmaya özen göstermiştir. Öyle ki bir hadisinde Hız. Peygamber (sav): “*İnsanlara akılları ölçüsünde söz söyleyin*” diyerek muhatabın durumunu göz önünde bulundurmayı tavsiye etmiştir. Uygulamalarında yumuşak davranması, katı davranmaması, karşıındaki güven vermesi gibi yaklaşım metotları manevi destek uygulamaları açısından önemlidir (Söylev, 2014: 103-104).

Hız. Peygamber (sav) kendisine gelindiği ve bir şey hakkında danışıldığı zaman bildiği sorulara cevap vermeye önem gösterdiği bildirilmektedir. Nitekim tepki almamak, kınanmamak için danışmanın bilmediği bir konu hakkında yanlış beyanda bulunması hem

danışanın hem de danışmanın dini ve manevi dünyasında ciddi zararlar almasına sebep olabilir (Karaca, 2010: 62).

Hiz. Peygamber (sav) hastalara yaklaşımında ve ziyaretinde din ayrımı yapmamıştır. Nitekim hizmetinde bulunan Yahudi bir çocuğu ziyaret edip başucuna oturmuş ve onun Müslüman olmasına vesile olduğu nakledilir (Nevevi, 2017: 590). Yine Hiz. Peygamber (sav) hasta ziyaretine önem vermiş ve inanlara bu konuda müjde vermiştir. Hiz. Ali'den nakledilen bir hadiste Hiz. Peygamber (sav): *“Sabahleyin hasta kardeşini ziyaret eden bir Müslümana, akşama kadar yetmiş bin melek rahmet okur. Eğer akşamleyin ziyaret ederse sabaha kadar yetmiş bin melek onun için rahmet okur. Aynı zamanda o kimse için cennette toplanmış meyveler vardır.”* diyerek hasta ziyaretini teşvik etmiştir (Nevevi, 2012: 260).

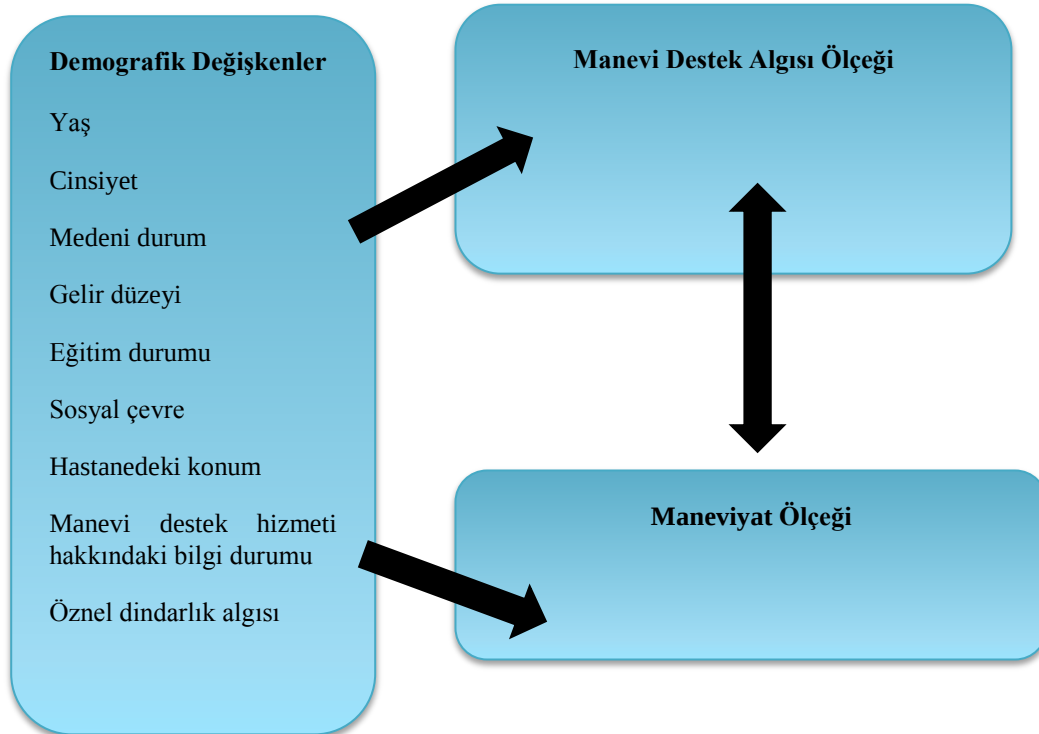
Bu hadisler ve olaylara benzer birçok örnek zikretmek mümkündür. Hiz. Peygamber (sav) genel olarak hastalara yaklaşımı esnasında onların moral ve motivasyonlarının yüksek tutulmasına önem göstermiştir. Hastalar arasında hiçbir ayrımda bulunmadan onlara ulaşması, onlar için mescidin yanına çadır yaptırması, hasta yakınlarına telkinde bulunması, ölüm korkusu olan hastaları teskin etmesi, hastalıkların geçici olduğu aynı zamanda maddi ve manevi temizleyici olduğunu dile getirmesi sıkıntılı sağlık sürecinde hasta ve yakınları açısından önemlidir (Aydın, 2016: 269). Bu bilgiler ışığında Hiz. Peygamber (sav)'in hastalara ve hasta yakınlarına yaklaşımı manevi destek hizmetlerinde uygulama örneği olarak ele alınmasının danışmanlık süresinde manevi danışmanlara rol model olacağı düşünülebilir.

BÖLÜM 2: YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmış betimsel bir çalışmadır. Tarama çalışmaları, herhangi bir olay, birey, topluluk, nesne veya durumu içinde bulunduğu şartlara göre geçmişte olsun ya da günümüzde olsun olduğu gibi betimlemeyi hedefleyen bir araştırma yaklaşımıdır (Şirin, 2018: 1291).

Hastanede görev yapan sağlık çalışanları, hastalar ve hasta yakınları araştırmamızdaki hedef kitleyi oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, sosyal çevre, hastanedeki konumu öznel dindarlık algısı ve maneviyat durumunu içeren demografik özellikler bulunmaktadır. Bu demografik özelliklere göre katılımcıların; *Manevi Destek Algısı Ölçeği* puan ortalamaları, *Maneviyat Ölçeği* puan ortalamaları, öznel dindarlık algıları, manevi destek hakkındaki bilgi durumlarına dair bakış açıları; istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaşıp, farklılaşmadığını belirlemek amacıyla geliştirilen, betimsel tipteki araştırma modeli aşağıda sunulmuştur.



Şekil 2: Araştırma Modeli

2.2. Araştırmaya Katılanlar

Araştırmanın örneklemini, çalışmanın yapıldığı zaman diliminde Bolu’da bir kamu hastanesinde görev yapmakta olan 130 sağlık çalışanı, hastane servislerinde yatarak tedavi gören 86 hasta ve onlara refakat eden 84 hasta yakını olmakla birlikte toplam 300 katılımcıdan oluşturmaktadır. Detaylı demografik bulgular aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 1, Tablo 2).

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Erkek	74	43.5
	Kadın	96	56.5
Medeni Durum	Bekar	75	44.1
	Evli	95	55.9
Gelir Durumu	Düşük	34	20.0
	Orta	110	64.7
	yüksek	26	15.3
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	29	17.1
	Lise	87	51.2
	Üniversite	49	28.8
	Lisansüstü	5	2.9
Hastanedeki Konumunuz	Hasta	86	50.6
	Hasta yakını	84	49.4
Sosyal Çevre	Büyükşehir	16	9.4
	İl	122	71.8
	İlçe	23	13.5
	Köy/Kasaba	9	5.3
Manevi Destek Hizmetini Duyma Durumu	Evet	66	38.8
	Hayır	104	61.2
Toplam		170	100.0

Tablo 1’de görüldüğü üzere katılımcılardan hasta ve yakınlarının cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde %43.5’i erkek, %56.5’i kadın olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılanların (hasta ve hasta yakını) medeni durumuna göre dağılımları incelendiğinde %44.1’inin bekar, %55.9’unun ise evli olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Katılımcılardan hasta ve yakınlarının, gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde %20’si düşük, %64.7’si orta, %15.3’ü yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta ve yakınlarının, eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde %17.1'i ilköğretim/ortaokul, %51.2'si lise, %28.8'i üniversite, %2.9'u lisansüstü olduğu görülmektedir.

Katılımcıların, hastanedeki konumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %50.6'sı hasta ve %49.4'ü hasta yakını olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta ve yakınlarının, sosyal çevresine göre dağılımları incelendiğinde katılımcıların, %9.4'ü büyükşehir, %71.8'i il, %13.5'i ilçe, %5.3'ü köy/kasaba olduğu görülmektedir. Gruplar arası karşılaştırmalar için “büyükşehir ve il” ile “ ilçe ve köy/kasaba” birleştirilerek; “kentsel” ve “kırsal” olmak üzere iki grup üzerinden analizler yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hasta ve yakınlarının, daha önce manevi destek ve rehberlik hizmetini duyma durumuna göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların, %38.8'i evet, %61.2'si hayır cevabını verdiği görülmektedir.

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Erkek	56	43.1
	Kadın	74	56.9
Medeni Durum	Bekar	46	35.4
	Evli	84	64.6
Gelir Durumu	Düşük	17	13.1
	Orta	89	68.5
	Yüksek	24	18.5
Eğitim Durumu	Lise	24	18.4
	Üniversite	84	63.2
	Lisansüstü	24	18.4
Hastanedeki Konumunuz	Doktor	65	50.0
	Hemşire/Sağlık	65	50.0
	Lisansiyeri		
Sosyal Çevre	Büyükşehir	22	16.9
	İl	96	73.8
	İlçe	10	7.7
	Köy/Kasaba	2	1.5
Manevi Destek Hizmetini Duyma Durumu	Evet	66	50.8
	Hayır	64	49.2
Toplam		130	100.0

Tablo 2’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde %43.1’i erkek, %56.9’u kadın olduğu görülmektedir.

Katılımcılardan sağlık çalışanlarının, medeni duruma göre dağılımları incelendiğinde %35.4’ünün bekar, %64.6’sının ise evli olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde %13.1’i düşük, %68.5 orta, %18.5’i yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde %18.4’ü lise, %63.2’si üniversite, %18.4’ü lisansüstü olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, hastanedeki konuma göre dağılımları incelendiğinde %50’si doktor, %50’si hemşire/sağlık lisansiyeri olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sosyal çevresine göre dağılımları incelendiğinde %16.9’u büyükşehir, %73.8’i il, %7.7’si ilçe, %1.5’i köy/kasaba olduğu görülmektedir. Gruplar arası karşılaştırmalar için “büyükşehir ve il” ile “ ilçe ve köy/kasaba” birleştirilerek; “kentsel” ve “kırsal” olmak üzere iki grup üzerinden analizler yapılmıştır.

Katılımcılardan sağlık çalışanlarının, daha önce manevi destek ve rehberlik hizmetini duyma durumuna göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların, %50.8’i evet, %49.2’si hayır cevabını verdiği görülmektedir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanılmasında araştırması tarafından hazırlanan “*Kişisel Bilgi Formu*”, Kavas ve Kavas (2014) tarafından geliştirilen “*Manevi Destek Algısı Ölçeği (MDA)*” ve Şirin (2018) tarafından geliştirilen “*Maneviyat Ölçeği*” kullanılmıştır.

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Sağlık çalışanı, hasta ve hasta yakınlarının demografik bilgilerini ölçmek için katılımcı tarafından oluşturulan soru formudur. Kişisel bilgi formu, araştırmaya katılan katılımcıların kişisel değişkenlikleri ile ilgili, yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, hastanedeki konumu, (sağlık personeli, hasta veya hasta yakını) sosyal çevre, daha önce manevi destek hizmeti hakkındaki bilgilerini ve öznel dindarlık algılarını tespit eden sorulardan oluşmaktadır.

2.3.2. Maneviyat Ölçeği

“*Maneviyat Ölçeği*” Şirin (2018) tarafından geliştirilen 5’li likert tipi olan, toplam 27 maddeden oluşan ve Lawshe tekniği ile 11 uzmandan görüş alınarak belirlenen bir ölçektir. Ölçekte bulunan 27 maddeden; 24 madde olumlu, 3 madde olumsuzdur. Maddeler “(1) *Bana Hiç Uygun Değil*, (2) *Bana Uygun Değil*, (3) *Bana Biraz Uygun*, (4) *Bana Oldukça Uygun*, (5) *Bana Tamamen Uygun*” şeklinde oluşmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 135, en düşük puan ise 27’dir. Ölçeğin toplam Cronbach Alpha değeri 0,90 toplam Guttman değeri 0,91 ve toplam Sperarman Brown değeri ise 0,89 olarak bulunduğundan, ölçeğin güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

Ölçekte; manevi başa çıkma, aşkınlık, manevi yaşantı, anlam arayışı, manevi hoşnutluk, bağlantı, tabiatla uyum olmak üzere 7 alt boyut bulunmaktadır. Bulunan bu her alt boyuttan alınan yüksek puan kişinin o alt boyutun ölçtüğü özelliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek bununla birlikte toplam maneviyat puanını vermekte ve kişinin aldığı yüksek puan onda maneviyatın yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Şirin, 2018). Maneviyat ölçeği alt boyutlarının ifade ettiği anlamlar kısaca şunları ifade etmektedir:

Manevi Başa Çıkma Alt Boyutu: Pargement, manevi başa çıkmayı bireyin hayatında karşılaşılabileceği muhtemel olaylara hazırlıklı olma, sosyal yaşamdaki durumlardan güç alan, esnek ve süreklilik özelliği olan ve güçlü bir danışmanlık niteliklerine sahip olmak olarak ifade etmiştir (Pargament, 2007: 136).

Anlam Arayışı Alt Boyutu: Anlam arayışı insanın hayatının her anında güncelliğini koruyan pozitif kişilik özelliği olarak ifade edilmektedir. Anlam arayışı kavramını V. Frankl aşkının buyurduğu din etrafında açıklar. Öyle ki kişi kendisine vahyolunan din çerçevesinde hayatının nihai anlamını bulmaya yönelik kendisine sorular sormaktadır. Arayışının sonunda ulaşmış olduğu cevaplar ister din ile isterse felsefeyle ilgili olsun bireyin seçtiği yaşam amacı kendisine içkin anlamlar katmaktadır. Bu süreç kişinin anlam arayışını oluşturmaktadır (akt. Kartopu, 2013: 68).

Aşkınlık Alt Boyutu: İngilizce karşılığı “*transcendence*” olan aşkınlık Türk Dil Kurumu’na göre “*aşkın olma durumu, benzerlerinden üstün*” gibi anlamlara gelmektedir (Özönlü, 2018: 37). Aşkınlık kavramı, D. Smith’e göre kendi başına tam olarak bir anlam ifade etmemektedir. Neyi ve kime göre aşkınlık durumu olduğunun tam olarak açık

olması gerekmektedir (akt. Balanuye, 2008: 51). V. Frankl kendini gerçekleştirme kavramı yerine kendini aşma kavramını kullanmıştır (Biçer ve Sarıçam, 2015: 53). Peterson ve Seligman (2004) aşkınlık kavramını; genel olarak yüce varlıklarla irtibat halinde olma durumu ve bunun neticesinde yaşama anlam kazandırma yolunda kişiye destek olma durumu olarak tanımlamaktadırlar. Aşkınlığın şu saat veya şu gün denilebileceği kesin bir vakti yoktur. Kişiye, zamana ve mekâna göre değişiklik gösterebilir. Bazen kahve yudumlarken bazen de ibadet ederken kendini gösterebilir (akt. Özünlü, 2018: 37).

Manevi Yaşantı Alt Boyutu: Maneviyat, kişinin sosyal yaşamdaki ilişkilerinin, dünyada ne ifade ettiğini anlama ve buna rıza gösterme çabasıdır. İnsanın yapısında içkin bir güç olarak var olan maneviyat, kişinin doğumdan ölüme kadar elde etmiş bilgi birikimin ve yaşanmışlıkların bir neticesidir (Boztilki ve Ardıç, 2017: 40). Dini inançların içinde bulunan ibadetler, maneviyat kavramıyla ilgili verilen eğitimler ve uygulanan egzersizler (zikir, dua vb.) manevi yaşantının içinde bulunmaktadır (Şirin, 2018: 1309).

Manevi Hoşnutluk Alt Boyutu: Hoşnutluk kavramını, Webster hissedilen bir ihtiyacın veya arzunun elde edilebilmesi sonucunda yaşanan durum olarak ifade etmiştir (Karağün, 2006: 5). Şirin'in geliştirmiş olduğu maneviyat ölçeğinde manevi hoşnutluk kavramı insanın yaşam sürecinden ne kadar tatmin olduğu, yaşamında bir eksiklik duygusu sezmesi ve sürdürdüğü hayatının amacının farkında olması şeklindeki sorulara karşılık gelmektedir (Şirin, 2018: 1309).

Bağlantı Alt Boyutu: İnsan dünyaya geldiği andan itibaren bir iletişim halindedir. Bu iletişim sonunda sosyal çevresiyle olumlu veya olumsuz bir bağ kurmaktadır. İnsanın ilk bağ kurdukları da ebeveynleridir. Kirkpatrick, anne- baba veya bakıcıyla kurulan bağa ayrı bir önem vermektedir. Kişinin ilk kurduğu bağın ilerde tanrı ile kuracağı bağda etkilemesini “*İkame Hipotezi*” ile açıklar. Kirkpatrick'e göre kişinin ilk kurduğu bağda başarılı veya başarısız olması ilerideki dini yaşantısının yönünü belli etmektedir (akt. Gürman, 2019: 23). İslam geleneğinde ise kişi vahyolunan kitaplar ve gönderilen elçiler sayesinde Allah ile bağ kurmaktadır. Bu kurulan bağın seyrini kişinin kendisine buyru lan emir ve yasaklara verdiği önem değiştirmektedir (Hayta, 2017: 120).

Tabiatla Uyum Alt Boyutu: Tabiat kavramı, “*Sanat ürünü ve iradeye dayalı olmayan bütün hareket ve etkinliklerin kaynağı*” olarak tanımlanmaktadır (Adıgüzel, 2002: 56). Modern sosyolojinin kurucularından İbn Haldun, insanın tabiatla olan bağını ayrıntılı ve

sistematik biçimde incelemiştir. Umran ilmini bulan İbn Haldun insanın tabiat ilişkisinde sağlık sorunları, iklim değişikliği gibi insanı bireysel ve toplumsal açıdan ilgilendiren konuları ele almıştır (Turgut, 2013: 189).

2.3.2.1. Maneviyat Ölçeğinin Güvenirliliği

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Verdiği Cevaplara Göre Maneviyat Ölçeğinin Güvenirlik Analizi Sonuçları

		Hasta ve Hasta Yakınları		Sağlık Çalışanları	
		Toplam Madde Ko-relasyonu	Cronbach Alfa (α)	Toplam Madde Ko-relasyonu	Cronbach Alfa (α)
Manevi Başa Çıkma	MÖ9	0.826	0.943	0.847	0.944
	MÖ12	0.876		0.827	
	MÖ20	0.767		0.852	
	MÖ21	0.915		0.895	
	MÖ23	0.861		0.828	
Aşkınlık	MÖ19	0.672	0.801	0.811	0.895
	MÖ22	0.672		0.811	
Manevi Yaşantı	MÖ3	0.844	0.938	0.685	0.914
	MÖ11	0.845		0.792	
	MÖ24	0.830		0.793	
	MÖ25	0.824		0.840	
	MÖ27	0.837		0.795	
Anlam Arayışı	MÖ7	0.720	0.810	0.509	0.671
	MÖ14	0.762		0.617	
	MÖ15	0.365		0.267	
	MÖ17	0.700		0.471	
Manevi Hoşnutluk	MÖ6	0.764	0.887	0.616	0.822
	MÖ8	0.762		0.671	
	MÖ13	0.770		0.637	
	MÖ26	0.794		0.706	
Bağlantı	MÖ1	0.621	0.868	0.688	0.866
	MÖ2	0.763		0.820	
	MÖ4	0.737		0.793	
	MÖ18	0.795		0.711	
Tabiatla Uyum	MÖ5	0.309	0.559	0.310	0.563
	MÖ10	0.417		0.453	
	MÖ16	0.437		0.384	
Toplam Güvenirlik (α)			0.969		0.956

2.3.3. Manevi Destek Algısı Ölçeği

“*Manevi Destek Algısı Ölçeği*” 2014 yılında Kavas ve Kavas tarafından doktor, ebe ve hemşirelerin MDA ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek için yapılan güvenirlik katsayısını (Cronbach alpha) Kavas ve Kavas (2014) 0.940 olarak saptamışlardır. Ölçek %58.4 varyans oranıyla tek faktörden ve 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte maddeler 0 ile 4 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekteki cevaplar; “*Tamamen Katılıyorum*”, “*Katılıyorum*”, “*Kararsızım*”, “*Katılmıyorum*” ve “*Hiç Katılmıyorum*” cevaplarından oluşmaktadır. Bu ölçek sağlık alanında hizmet veren, sağlık çalışanlarının manevi destek algısını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Yaptığımız araştırma, sağlık çalışanlarıyla birlikte hasta ve hasta yakınlarını da kapsamı sebebiyle; hasta ve hasta yakınlarına uygulanan ankette, Manevi Destek Algısı Ölçeğinin 10. soru olan “*Sağlık personeli olarak, hastalara manevi desteğin nasıl yapılacağını öğrenmek isterim.*” İfadesi; araştırmaya dâhil olan hasta ve hasta yakınlarına “*Sağlık personelinin, hastalara manevi desteğin nasıl yapılacağını öğrenmesi kanaatindeyim*” şeklinde sunularak güncellenmiştir. Aynı şekilde 11. soruda “*Sağlık personeli olarak hastalara manevi destekte bulunmak isterim*” sorusu; “*Sağlık personelinin, hastalara manevi destekte bulunmasını isterim*” şeklinde güncellenmiştir. Çalışmamız sırasında uygulanan MDA ölçeğinde yapılan değişikliğin, ölçeğin güvenirlik ve geçerliliğini yaptığımız analizle etkilemediği sonucuna ulaşmaktayız.

2.3.3.1. Manevi Destek Algısı Ölçeğinin Güvenirliliği

Tablo 4: Araştırmaya Katılan katılımcıların Verdiği Cevaplara Göre Manevi Destek Algısı Ölçeğinin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Hasta ve Hasta Yakın-ları		Sağlık Çalışanları
Toplam Madde Kore-lasyonu		Toplam Madde Kore-lasyonu
Manevi Destek Al-gısı	MDA1	0.859
	MDA2	0.817
	MDA3	0.850
	MDA4	0.757
	MDA5	0.869
	MDA6	0.810
	MDA7	0.498
	MDA8	0.843
	MDA9	0.362
	MDA10	0.572
	MDA11	0.588
	MDA12	0.389
	MDA13	0.841
	MDA14	0.711
	MDA15	0.771
Toplam Güvenirlik (α)		0.924
		0.947

Manevi destek algısı ölçeğinin güvenilirliği değerlendirildiğinde, hasta ve hasta yakınlarının vermiş oldukları cevaplara göre toplam güvenilirlik 0.924, sağlık çalışanlarının vermiş olduğu cevaplara göre ise 0.947 olarak bulunmuş ve oldukça iyi derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Kavas (2015), Esendir ve Kaplan (2018), Pehlivan'ın (2018) yapmış oldukları araştırmalarda da kullanılan Manevi Destek Algısı (MDA) ölçeğinin toplam güvenilirlik puanı yüksek çıkmıştır.

2.3.3.2. Manevi Destek Algısı Ölçeğinin Ölçüm Modeline İlişkin Sonuçlar

Ölçüm modelinin güvenilirliği, ortalama açıklanan varyans (AVE) ve bileşik güvenilirlik (CR) değerlerine bakılarak sınanmıştır. Ölçüm modelindeki örtük değişkenlerin bileşik güvenilirlik değerinin 0.70 değerinden, ortalama açıklanan varyans değerinin ise 0.50 değerinden yüksek olması gerekmektedir (Hair ve diğ. 2009: 124). Tablo 5'de gö-

rüldüğü üzere CR değerleri eşik değer olan 0.70 değerinin üzerinde olmakla birlikte, ölçme modelindeki AVE değeri eşik değer olan 0.50 değerinin üstündedir.

Değişkenler arası korelasyonlar incelendiğinde maddelerin, faktör yüklerinin 0.30'un üzerinde olduğu ve tüm korelasyon ilişkilerinin anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Ölçüm Modeline İlişki Sonuçlar

İfadeler	Parametre Tahminleri (Faktör Yükleri)	Standart Hata	t Değerleri	P Değerleri	AVE	CR
MDA1	0.951					
MDA2	0.837	0.066	17.602	***		
MDA3	0.947	0.036	27.139	***		
MDA4	0.761	0.075	14.065	***		
MDA5	0.972	0.032	31.395	***		
MDA6	0.903	0.042	22.238	***		
MDA7	0.404	0.132	5.632	***		
MDA8	0.919	0.041	23.813	***	0.57	0.75
MDA9	0.301	0.135	2.418	***		
MDA10	0.465	0.121	6.661	***		
MDA11	0.466	0.123	6.676	***		
MDA12	0.463	0.065	6.632	***		
MDA13	0.856	0.056	18.729	***		
MDA14	0.734	0.043	13.095	***		
MDA15	0.810	0.042	16.159	***		

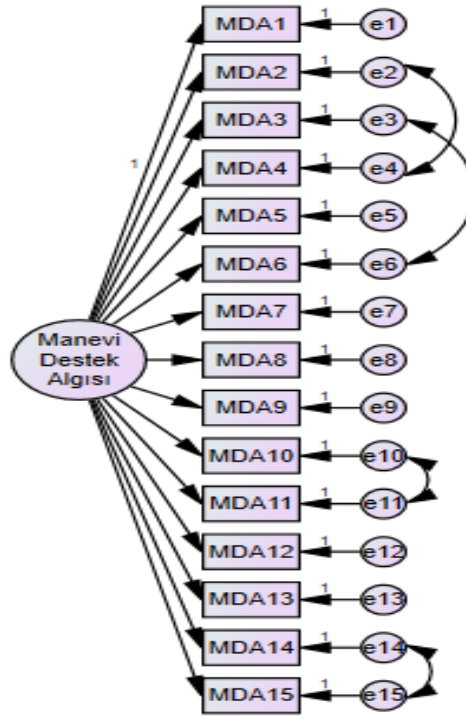
*p<0.05

2.3.3.3. Manevi Destek Algısı Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör analizi

Tablo 6: Yapısal Modelin Uyum İyiliği Değerleri

	Yapısal Modeli Değerleri	Tavsiye Edilen Değerler
χ^2/df	2.538	≤ 5
RMSEA	0.095	≤ 0.10
GFI	0.851	≥ 0.80
AGFI	0.802	≥ 0.80
CFI	0.953	≥ 0.80
NFI	0.925	≥ 0.80
$\chi^2: 218.283, df:86, p:0,000$		

Araştırmamızda daha öncede belirttiğimiz gibi MDA Ölçeğinde 10. ve 11. Maddeler, değiştiği hasta ve hasta yakınlarına uyarlanarak değiştirilmiştir. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre, ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p=0.000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeğin 15 maddelik tek alt boyutlu ölçek yapısıyla ilişkili olduğu görülmektedir (Tablo 6). Modelde iyileştirme yapılmaktadır. İyileştirme yapılırken; uyumu azaltan değişkenler belirlenmiş, artık değerler arasında kovaryansı yüksek olanlar için yeni kovaryansı oluşturulmuştur. Sonrasında yenilenen uyum indisi hesaplamalarında uyum indisleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı tablo 6’da gösterilmiştir.



Şekil 3: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Verdiği Cevaplara Göre Manevi Destek Algısı Ölçeğinin Birinci Düzey Çok Faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Model

2.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

Sağlık alanında maneviyat düzeyi ile manevi destek algısı ve ihtiyacını belirlemek için yapılan bu çalışmanın kişisel bilgi formu ve anket formu, 2019 Ekim-Kasım-Aralık zaman diliminde uygulanmıştır. Araştırmaya başlanılmadan önce Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu, Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurulu ve Bolu İzzet Baysal

Devlet Hastanesi Başhekimliğinden gerekli etik izinler alınmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılacak ölçekleri geliştiren araştırmacılardan e-mail yoluyla kullanım izinleri alınmıştır. Araştırma, Bolu'da İzzet Baysal Devlet Hastanesinde yürütülmüştür. Anketler katılımcılara hastane servislerinde veya poliklinik ortamında uygulanmıştır. Anket öncesinde katılımcılara sözlü olarak bilgi ve bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Anketler gönüllük esasına dayalı olarak doldurulmuştur. Katılımcılara sunulan anketlerin uygulanma süresi yaklaşık 10 dakika sürmüştür, uygulanma sırasında katılımcılarda herhangi bir kaygı ve zorlanma görülmemiştir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Ankette kullanılan Likert tipi ölçekler normal dağılıma uygun bulunmamıştır.

Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003:280-285). Ayrıca kullanılan verilerin, normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Aykırı değerler, hata varyansının değerini arttırdığından istatistiksel testlerin güçleri üzerinde de etkili olmaktadır. Bu nedenle istatistiksel testlerden önce aykırı değerlerin incelenen veri setlerinde mevcut olup olmadığına bakılmıştır.

Normal dağılıma sahip olmayan ölçekler için istatistik değerlendirmelerde nonparametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan ölçeklerde, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki farkı bulmak için Mann Whitney U uygulanmıştır. İki'den fazla bağımsız grup karşılaştırmak için ise Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Fark bulunan gruplarda, fark yaratan grubu bulmak için düzeltilmiş Bonferroni yöntemi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi bulmak için ise Spearman Korelasyon analizi uygulanmıştır.

BÖLÜM 3: BULGULAR VE YORUMLARI

Bulgular ve yorumlar kısmı dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde; ölçeklerin genel profiline ait bulgular, katılımcıların *Maneviyat Ölçeği*, *Alt Boyutları* ve *MDA Ölçeği*nden aldıkları puan ortalamaları verilmiştir.

İkinci bölümde; hasta ve hasta yakınlarının demografik özellikleri tanımlanmıştır. Tanımlanan demografik özellikler, *MDA Ölçeği* ve *Maneviyat Ölçeği* ile karşılaştırıp aralarındaki farklılıklar incelenmiştir. Katılımcıların (hasta ve hasta yakınları) öznel dindarlık algıları tespit edilip *MDA Ölçeği* ve *Maneviyat Ölçeği* ile karşılaştırılması yapılmıştır. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarının manevi destek hakkındaki bilgileri, ihtiyaçları ve manevi danışmanın, hastane ortamında bulunup bulunmaması hakkındaki görüşlerine ait sonuçlar tespit edilmiştir.

Üçüncü bölümde ise; sağlık çalışanlarının demografik özellikleri tespit edilerek, *Maneviyat Ölçeği* ve *MDA Ölçeği* ile karşılaştırılmış ve aralarındaki farklılıklar incelenmiştir. Katılımcıların; manevi destek hakkındaki bilgileri, bu hizmete ihtiyaçları ve manevi destek uzmanının hastane ortamındaki ihtiyacına yönelik ifadelerden, elde edilen bulgular tespit edilmiştir. Daha sonra sağlık çalışanlarının, öznel dindarlık algıları tespit etmeye yönelik ifadelerden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Son olarak bu bulgular dan elde edilen sonuçlar, *MDA Ölçeği* ve *Maneviyat Ölçeği* ile karşılaştırılıp yorumlanması yapılmıştır. Son bölümde ise ölçekler arasındaki ilişki ve katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılması yapılmıştır.

3.1. Genel Profile Ait Bulgular

Bu başlık altında, katılımcıların; “*Manevi Destek Algısı Ölçeği*”, “*Maneviyat Ölçeği*” ve altı boyutlarından almış oldukları puanlara bakarak genel bir profil çizilecektir. Tablo 7’de katılımcıların, *MDA Ölçeği* puan ortalaması incelendiğinde; hasta ve hasta yakınlarında 61.90 iken, sağlık personelinde ise 60.3’dür. Katılımcıların, “*Maneviyat Ölçeği*” puan ortalaması hasta ve hasta yakınlarında 106.33 iken, sağlık çalışanında 104.64’dür.

Maneviyat ölçeğinin “*Manevi Başa Çıkma*” alt boyutunun puanı hasta ve yakınlarında 19.55 olarak, sağlık personelinde ise 20.18 olarak bulunmuştur (Tablo 7). Hasta ve yakınlarının; maneviyat ölçeği “*Aşkınlık*” alt boyutu puanı 8.90 iken, sağlık personelinde 8.86’dır (Tablo 7). Maneviyat ölçeğinin “*Manevi Yaşantı*” alt boyut puanı hasta ve ya-

kınlarında 18.83 olarak bulurken sağlık personelinde 17.46'dır (Tablo 7). Maneviyat ölçeğinin, “*Anlam Arayışı*” alt boyut puanı hasta ve hasta yakınlarından 16.88 iken sağlık personelinde 16.45'dir. Maneviyat ölçeğinin, “*Manevi Hoşnutluk*” alt boyutu puan ortalaması hasta ve yakınlarında 15.11 iken sağlık personelinde 14.85'dir (Tablo 7). Maneviyat ölçeğinin “*Bağlantı*” alt boyut puanı hasta ve yakınlarında 17.59 iken sağlık personelinde 17.16'dır. Maneviyat ölçeğinin, “*Tabiatla Uyum*” alt boyutu puan ortalaması hasta ve yakınlarında 9.43 iken sağlık personelinde 9.65'dir (Tablo 7).

Tablo 7: Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Katılımcılara Göre Tanımlayıcı İstatistikleri

	Hasta ve Hasta Yakınları				Sağlık Çalışanları			
	Min	Max	$\bar{X}$	SS	Min	Max	$\bar{X}$	SS
Manevi Başa Çıkma	5	25	19.55	4.70	5	25	20.18	4.62
Aşkınlık	2	10	8.90	1.50	2	10	8.86	1.56
Manevi Yaşantı	5	25	18.83	4.79	5	25	17.46	4.97
Anlam Arayışı	4	20	16.88	2.70	9	20	16.45	2.76
Manevi Hoşnutluk	4	20	15.11	3.64	6	20	14.85	3.23
Bağlantı	5	20	17.59	3.11	4	20	17.16	2.92
Tabiatla Uyum	3	15	9.43	2.69	3	15	9.65	2.56
Maneviyat Ölçeği	34	135	106.33	20.44	43	133	104.64	18.74
Manevi Destek Algısı Ölçeği	15	75	61.90	10.83	23	75	60.03	11.68

Elde edilen bulgulara göre *Maneviyat Ölçeği* alt boyutlarından “*Manevi Başa Çıkma*” ve “*Tabiatla Uyum*” boyutları puan ortalamalarında sağlık personelinin puan ortalamaları yüksek iken “*Aşkınlık*”, “*Manevi Yaşantı*”, “*Anlam Arayışı*”, “*Manevi Hoşnutluk*”,

“Bağlantı”, “Maneviyat Ölçeği” ve “Manevi Destek Algısı Ölçeği” toplam puanında hasta ve hasta yakınlarının puan ortalamalarının sağlık çalışanlarına göre daha yüksek çıktığı görülmüştür. Hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının Maneviyat Ölçeği ve MDA Ölçeğinden almış oldukları puan ortalamalarının ise ortanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık alanında manevi yönelim ve manevi bakımla ilgili alanda yapılan diğer çalışmalara da bakıldığında katılımcıların puanlarının ortalamanın üzerinde ve çalışmamızla gösterdiği çıktığı görülmektedir (Çelik ve diğ. 2014: 10; Esendir, 2016: 69; Türk, 2020: 121). Elde edilen sonuçlara göre hastane ortamında sağlık çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının maneviyat düzeyleri ve manevi destek algılarının yüksek olması zorlu tedavi sürecinde duyuşsal stresleriyle başa çıkmada aşkın bir gücün desteğine ihtiyaç duymaları olarak ifade edilebilir (Horozcu, 2010: 226).

3.2. Hasta ve Hasta Yakınlarına Ait Bulgular

Bolu’da İzzet Baysal Devlet Hastanesinde, tedavileri devam eden hastalar ve onların bakımları ile ilgilenen hasta yakınları farklı servislerde ve polikliniklerde iyileşme süreçlerini tamamlamaktadırlar. Polikliniklerde tedavi gören hastalar, serviste tedavi gören hastalara oranla hastane ortamında daha az zaman geçirmektedir.

Poliklinikler; teşhis, tetkik, ayakta muayene edilen hastaların sağlık kurumlarında ilk başvurdıkları ünitelerdir. Buna karşılık servis, fizik tedavi, ruh hastalıkları, cerrahi vb. servisler hastaların tedavi süreçlerinin daha uzun sürdüğü ünitelerdir (Arslan, 2019: 26). Çalışmada, sorularımızı cevaplayan hasta ve onlara refakat eden yakınları servislerde iyileşme süreçlerini tamamlayan katılımcılardan oluşmaktadır.

3.2.1. Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaş Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 8’de elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının yaş değişkenine göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için Spearman korelasyon uygulanmıştır. Bunun sonucunda katılımcıların, yaşları ile maneviyat ölçeği arasında ($r=0.373$, $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8’de hasta ve hasta yakınlarının, yaşları ile Manevi Destek Algısı Ölçeği arasındaki ilişkiyi tespit etmek için Spearman korelasyon kullanılmıştır. Testten elde edilen sonuca göre hasta ve hasta yakınlarının yaşları ile Manevi Destek Algısı Ölçeği arasında ($r=0.301$, $p<0.01$) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşları İle Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği Arasındaki İlişki

	Maneviyat	Manevi Destek Algısı
Yaş ($\bar{X} \pm SS$, 35.44 ± 9.58)	0.373	0.301
p	0.000*	0.000*

** $p<0.01$

Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puan ortalamalarından elde edilen sonuçlara göre yaş ortalaması yükseldikçe katılımcıların, maneviyat düzeyi ve manevi destek algısının da arttığı görülmektedir. Taşan’ın (2020) kanser hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmasında da 65 yaş ve üzeri grubun manevi yönelimleri diğer yaş gruplarına göre yüksek çıkmıştır.

Elde edilen benzer sonuçlara da göre kişi yaş ilerledikçe hastalık, sosyal hayat ve iş hayatındaki istenmeyen durumlar, çocuklarından ayrı kalma veya bir yakını kaybetme gibi kendisini derinden etkileyen birçok problemlerle karşılaşabilir. Bu da yaş ilerledikçe kişisel ve sosyal anlamda kayba uğrayan bireylerin ruhsal sorunlarla başa çıkma konusunda dini ve manevi yönelimleri kendilerine referans olarak almalarına bir etken olarak gösterilebilir (Gürsu, 2018: 201).

Tablo 9: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Maneviyat Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Sıra Ortalaması	U/KW Değeri	p	Bonferroni
Cinsiyet	Erkek	74	83.49	U=3403.00 0	0.639	
	Kadın	96	87.05			
Medeni Durum	Bekar	75	74.61	U=2746.00 0	0.010 *	
	Evli	95	94.09			
Gelir Durumu	Düşük (1)	34	55.25	KW=16.07 7	0.000 *	2>1, 3>1
	Orta (2)	11 0	92.81			
	Üst (3)	26	94.13			
Eğitim Durumu	İlko-kul/Ortaokul	29	104.91	KW=6.597	0.086	-
	Lise	87	80.49			
	Üniversite	49	80.95			
	Lisansüstü	5	104.70			
Hastanedeki Konunuz	Hasta	86	99.64	U=2396.00 0	0.000 *	
	Hasta yakını	84	71.02			
Sosyal Çevre	Kentsel	13 8	81.81	U=1684.50 0	0.037 *	
	Kırsal	32	101.86			
Manevi Destek Hizmetini Duyma Durumu	Evet	66	86.17	U=3387.50 0	0.887	
	Hayır	10 4	85.07			

*p<0.05

Tablo 9’da araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının, demografik özelliklerine göre Maneviyat Ölçeğinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Karşılaştırmada iki bağımsız grup arasındaki farkı bulmak için Mann Whitney U uygulanmıştır. 2’den fazla bağımsız grup karşılaştırmak için ise Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Fark bulunan gruplarda fark yaratan grubu bulmak için düzeltilmiş Bonferroni yöntemi kullanılmıştır. Demografik özelliklere ilişkin her bir bulgu ayrı başlıklar halinde aşağıda yer almaktadır.

Tablo 10: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Demografik Özelliklerine Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Sıra Ortalaması	U/KW Değeri	P	Bonferro-ni
Cinsiyet	Erkek	74	87.59	U=3397.00 0	0.626	
	Kadın	96	83.89			
Medeni Durum	Bekar	75	76.33	U=2875.00 0	0.031 *	
	Evli	95	92.74			
Gelir Durumu	Düşük (1)	34	61.47	KW=10.30 6	0.006 *	2>1, 3>1
	Orta (2)	11	90.71			
	Üst (3)	26	94.88			
	İlko-kul/Ortaokul (1)	29	113.43			
Eğitim Durumu	Lise (2)	87	83.21	KW=15.78 7	0.001 *	1>2, 1>3
	Üniversite (3)	49	70.27			
	Lisansüstü (4)	5	112.70			
Hastanede-ki Konu-munuz	Hasta	86	98.48	U=2496.00 0	0.000 *	
	Hasta yakını	84	72.21			
Sosyal Çevre	Kentsel	13	80.12	U=1466.00 0	0.003 *	
	Kırsal	32	108.69			
Manevi Destek Hizmetini Duyma Durumu	Evet	66	88.20	U=3254.00 0	0.569	
	Hayır	10	83.79			

*p<0.05

Tablo 10’da araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının demografik özelliklerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeğinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Karşılaştırmada iki bağımsız grup arasındaki farkı bulmak için Mann Whitney U uygulanmıştır. 2’den fazla bağımsız grup karşılaştırmak için ise Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Fark bulunan gruplarda fark yaratan grubu bulmak için düzeltilmiş Bonferroni yöntemi kullanılmıştır. Demografik özelliklere ilişkin her bir bulgu ayrı başlıklar halinde aşağıda yer almaktadır.

3.2.2. Hasta ve Hasta Yakınlarının Cinsiyet Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 9’da elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının, cinsiyet özelliklerine göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Mann Whitney U testine göre katılımcıların cinsiyet değişkenine göre *MÖ* puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 10’da elde edilen verilere göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının cinsiyet özelliklerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Mann Whitney U testine göre katılımcıların cinsiyet değişkenine göre puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; hasta ve hasta yakınlarının cinsiyet değişkenin ile maneviyat düzeyi ve MDA üzerinde bir etkisinin olmadığı görülmektedir. Duran (2019), Esendir ve Kaplan (2018) sağlık alanında maneviyat düzeyi ve MDA üzerinde yaptıkları çalışmalara da bakıldığında elde edilen sonuçlar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

3.2.3. Hasta ve Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 9’da elde edilen bulgulara göre; araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının medeni durumlarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Elde edilen test sonuçlarına göre katılımcıların medeni durumlarına göre puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Buna göre medeni durumu evli olan katılımcıların puan sıra ortalamasının, medeni durumu bekar olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 10’da elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının medeni durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Test sonucuna göre katılımcıların medeni durumlarına göre puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlam-

lı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Medeni durumu evli olan katılımcıların Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamasının, medeni durumu bekâr olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Taşan'ın (2020) kanser hastaları üzerinde yapmış olduğu araştırmasında ve Şentepe'nin (2009) yaşlılar üzerinde yapmış olduğu çalışmasında evli olanların bekâr olanlara oranla dini ve manevi yönelimi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen bu sonuçlara göre evli olanların, bekâr olan katılımcılara göre puanlarının yüksek çıkması dini ve manevi alana ilgi duyan eşlerin mutlu, uyumlu bir evlilik süreci geçirdiği ile açıklanabilir. Ayrıca bireyleri, boşanmaya götüren sıkıntılı yolları aşmada ve bunun gibi sıkıntılı durumları, maneviyatlarından destek alarak evlilik bağlarını korudukları ifade edilebilir. Bu koruma yolları evlilik müessesinin dağılmasına engel olduğu için çiftlerin manevi alana daha çok önem verdiği ifade edilebilir (Geçioğlu ve Kayıklık, 2019: 209).

3.2.4. Hasta ve Hasta Yakınlarının Gelir Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 9'da elde edilen bulgulara göre; araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının, gelir durumlarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre katılımcıların, gelir durumlarına göre *MÖ* puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Buna göre gelir durumu orta ve yüksek olan katılımcıların puan sıra ortalamasının, gelir durumu düşük olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 10'da elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının, gelir durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis kullanılmıştır. Test sonucuna göre katılımcıların, gelir durumlarına göre puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Gelir durumu orta ve yüksek olan katılımcıların Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamasının, gelir durumu düşük olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir

2018 yılında Kocabaş ve Toroman'ın yoğun bakım ve ameliyathanede çalışan personelin iş yeri maneviyatı üzerine yapmış olduğu çalışmasında; gelir durumu yüksek olan katılımcıların, iş yeri maneviyatı gelir durumu daha az katılımcılara oranla puanları

yüksek çıkmıştır (Kocabaş ve Toroman, 2018: 400). Buna göre ekonomik düzeyi düşük katılımcıların, maneviyat düzeyi ve MDA puanlarının düşük çıkması daha çok çalışıp dış dünyaya yönelerek statülerini yükseltmek için çabalaması sonucu manevi-dini alana yönelmeye fırsat bulamaması olarak düşünülebilir.

3.2.5. Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Araştırmaya katılan hasta ve yakınlarının eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde %17.1'i ilkokul/ortaokul, %51.2'si lise, %28.8'i üniversite, %2.9'u lisansüstü olduğu görülmektedir (Tablo 1). Bolu'da çalışmamıza katılan katılımcıların %51.2 ile lise eğitim düzeyi açısından öne çıkmaktadır. Bu da Bolu'nun eğitim düzeyi açısından TÜİK (%44.2 lise) verileriyle paralellik göstermektedir (TÜİK 2020).

Tablo 9'da elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre araştırmaya katılan katılımcıların, eğitim durumlarına göre Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p<0.05$).

Tablo 10'da elde edilen bulgulara göre katılımcıların eğitim durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis kullanılmıştır. Test sonucuna göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Eğitim durumu ilkokul/ortaokul olan katılımcıların Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamasının, eğitim durumu lise ve üniversite olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmada katılımcıların verdikleri cevaplara göre eğitim düzeyi yükseldikçe manevi destek algısı düşer sonucu ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak; eğitim seviyesinin artmasının manevi destek algısını olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmaktadır. Bunun temel nedeni; kişilerin, eğitim seviyesi yükseldikçe rasyonel alana daha çok yöneliminin olduğu ve bu yönelimin, dini-manevi alandan uzaklaşmaya yol açabileceği ifade edilebilir (Taşan, 2020: 27).

3.2.6. Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyal Çevrelerine Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 9’da elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının sosyal çevrelerine göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Araştırmaya katılan katılımcıların sosyal çevrelerine göre puan sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yaşadıkları yer kırsal olan katılımcıların Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalamasının, yaşadıkları yer kentsel olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 10’da elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının sosyal çevrelerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Test sonucunda; katılımcıların sosyal çevrelerine göre puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yaşadıkları yer kırsal olan katılımcıların Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamasının, kentsel olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Günay’ın (1979) yapmış olduğu çalışması da kırsal alanda yaşayanların kentte yaşayanlara oranla dine ve maneviyata ilginin daha çok olduğu sonucu çalışmamızla paralellik göstermektedir. Bunun temel nedeni: Kent hayatı ile geleneksel dini otoritenin aşınması ve dinin toplumun farklı kesitleri arasında yapıcı iletişim kuran hâkim vasfını kaybetmesi sonucu yerini modern kent toplumunda seküler yapının alması olarak ifade edilebilir (Çelik, 2001: 139).

3.2.7. Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastanedeki Konumuna Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 9’da elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının hastanedeki konumlarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre araştırmaya katılan katılımcıların hastanedeki konumuna göre puan sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0.05$). Hasta olan katılımcıların, Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalamasının, hasta yakını olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

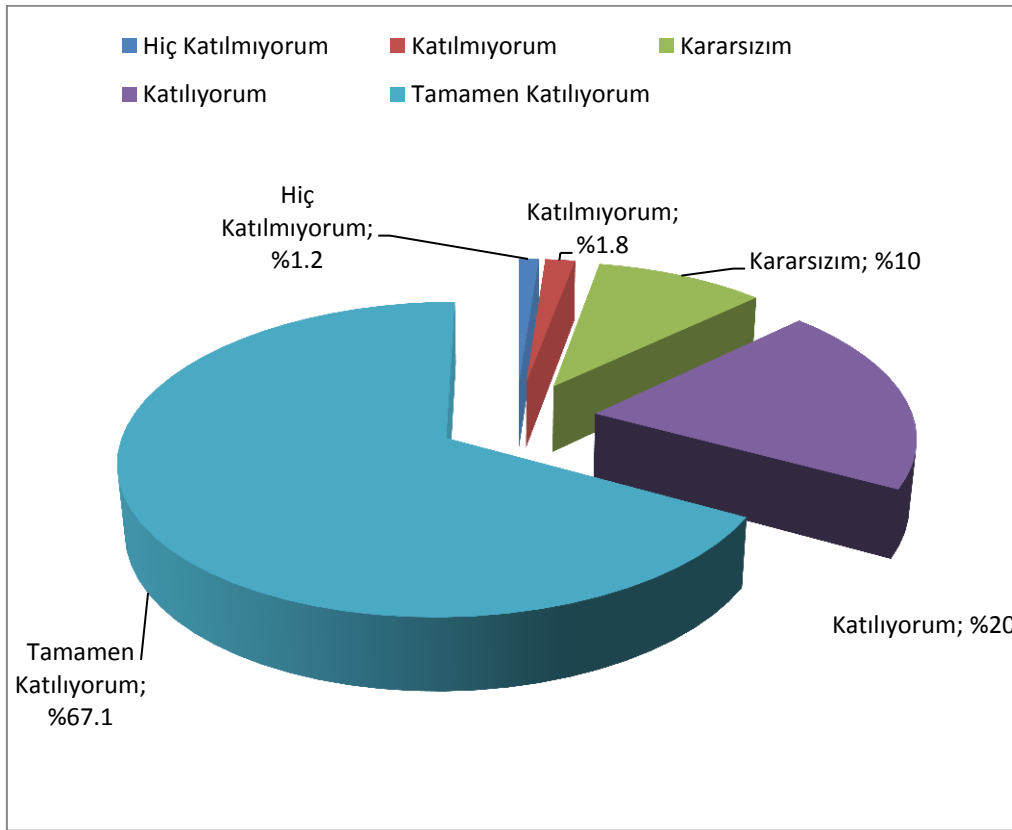
Tablo 10’da elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının hastanedeki konumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Test sonucuna göre; araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının hastanedeki konumuna göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Hastanede tedavi gören hastaların Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamasının, hasta yakını olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların maneviyat ve manevi destek algısı puanlarının, hasta yakınlarından daha fazla çıkması hastalık sürecinde kendilerine refakat eden hasta yakınlarından farklı olarak sağlık sorunlarıyla öncelikle kendilerinin maddi ve manevi başa çıkması ile açıklanabilir. Devi ve Fong (2009), Balboni ve ark. (2007), Hsiao ve ark. (2010) hastalar üzerinde yapmış oldukları farklı çalışmalarda; hastalığı kabullenme, hayata anlam verme, huzurlu bir son için yardım almak gibi durumlarda manevi desteğe ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşmışlardır (akt. Acar, 2019: 50).

3.2.8. Hasta ve Hasta Yakınlarının Manevi Destek Hizmeti Hakkındaki Bilgi Durumları

Tablo 1’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hasta ve yakınlarının daha önce manevi destek hizmeti hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre; dağılımları incelendiğinde yapılan nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi sonucunda katılımcıların; %38.8’i evet, %61.2’si hayır cevabını verdiği görülmektedir. Mann Whitney U testi sonucunda görüldüğü gibi sorularımıza cevap veren hasta ve hasta yakınlarından, % 61.2’si manevi destek ile ilgili yürütülen hizmet hakkında daha önce bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar daha önce ortaya konulan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Kılınçer’in (2017) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada katılımcıların %71’i manevi destek hizmeti hakkında bilgi sahibi olmadığı ortaya çıkmıştır. Aksan’ın (2019) Ankara’da bir devlet hastanesinde yapmış olduğu çalışmasında hemşirelere yöneltilmiş olduğu soruya katılımcıların %70’i manevi destek hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. Kavak ve ark. (2014) sağlık alanında görev yapan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada katılımcıların; % 76’sı daha önce manevi destek hizmeti hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Yılmaz ve Okyay’ın (2009) katılımcıların hemşireler olduğu çalışmada; % 65.2’sinin ma-

manevi destek hizmeti hakkında daha önce bilgi almadıkları sonucuna varılmıştır. Yavuz'un (2020) yapmış olduğu araştırmasında katılımcıların %93.9'nun manevi destek hizmeti hakkında bilgi sahibi olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalarda manevi destek hizmeti hakkında hasta ve hasta yakınlarının bilgi sahibi olanların oranının düşük olmasının nedeni; manevi destek hizmetinin ülkemizde yeni olması ve son yıllarda uygulanmaya başlaması olarak gösterilebilir.

3.2.9. Hasta ve Hasta Yakınlarının Manevi Destek İhtiyacı

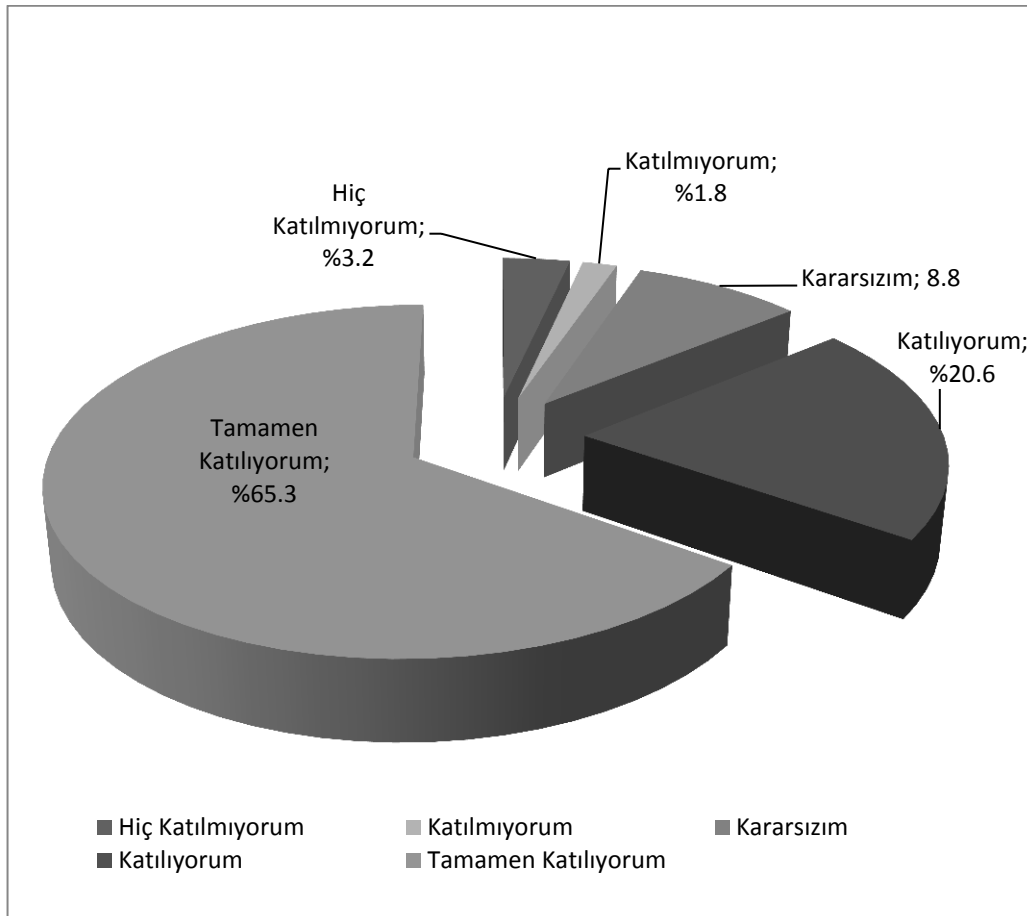


Grafik 1: Hasta ve Hasta Yakınlarının Manevi Destek İhtiyacına Göre Dağılımları

Araştırmamızdaki öncelikli amacın; hastane ortamındaki manevi destek algısı ve ihtiyacını tespit etmek olduğu için araştırmamıza katılan hasta ve hasta yakınlarının *Manevi Destek Algısı Ölçeğinin* ilk sorusu olan “*Hastaların fiziksel iyileşmesi için ruhi (manevi) iyileşmesinin de gerekli olduğu kanaatindeyim*” şeklindeki ifadeye verdikleri cevaplar ayrı olarak incelenmiştir. Grafik 1’de elde edilen bulgulara göre katılımcıların; %1.2 ile “*Hiç Katılmıyorum*”, %1.8 ile “*Katılmıyorum*” %10 ile “*Kararsızım*”, %20 ile “*Katılıyorum*”, %67.1 ile “*Tamamen Katılıyorum*” cevaplarını verdiği görülmektedir. Çalış-

manın sonuçlarına göre; hastanede tedavi süreçlerine devam eden hasta ve onların bakımı ile ilgilenen hasta yakınlarının, toplam %87.1'i tedavi sürecinde manevi desteğin bir ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. Yavuz'un (2020) yapmış olduğu çalışmasında hemodiyaliz hastalarının %65.4'ü manevi destek almak istediklerini ifade etmişlerdir. Bu da sağlık alanında zorlu tedavi sürecinde manevi destek hizmetinin katılımcılar tarafından, destekleyici bir güç olarak algılanmasının sonucu olarak ifade edilebilir.

3.2.10. Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastanede Manevi Danışman İhtiyacı



Grafik 2: Hasta ve Hasta Yakınlarının Hastanede Manevi Danışman İhtiyacına Göre Dağılımları

Grafik 2’de görüldüğü üzere araştırmamıza katılan hasta ve hasta yakınlarının, Manevi Destek Algısı Ölçeğinin 13. sorusu olan “*Hastanede her türlü dini ve manevi soruların danışılabilceği bir uzmana ihtiyaç var*” şeklindeki ifadeye verdikleri cevaplar incelendiğinde katılımcıların; %3.2 ile “*Hiç Katılmıyorum*”, %1.8 ile “*Katılmıyorum*” %8.8 ile “*Kararsızım*”, %20.6 ile “*Katılıyorum*”, %65.3 ile “*Tamamen Katılıyorum*” cevaplarını verdiği görülmektedir (Grafik 2.). Çalışmamızın sonuçlarına göre hastane de tedavi sü-

reçlerine devam eden hasta ve onların bakımı ile ilgilenen hasta yakınlarının toplam %85.9'u hastanede danışabilecekleri bir manevi destek uzmanının bulunması gerektiğini ifade etmişlerdir. Aksan'ın (2019) yapmış olduğu araştırmada aynı ifadeye verilen cevapların toplam oranı; % 77.1 ile Macit ve Karaman'ın (2019) yapmış olduğu çalışma da ise toplam oran; % 83.4 ile çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlara ve yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; zorlu tedavi döneminde sağlık alanında hasta ve yakınlarının, dini ve manevi konularda danışabileceği bir uzmana ihtiyacı olduğu söylenebilir.

3.2.11. Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algısına İlişkin Bulgular

Tablo 11'de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının, öznel dindarlık algı durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %5.3'ü dinle ilgim yok, %9.4'ü dindar değilim, %26.5'i biraz dindarım, %45.9'u dindarım, %12.9'u çok dindarım olduğu görülmektedir. Katılımcıların, %85.3'ünün kendisini dindar olarak nitelendirmektedir. Kılınçer'in (2017) yapmış olduğu çalışmasına katılan üniversite öğrencilerine sormuş olduğu “*Kendinizi ne kadar dindar hissediyorsunuz?*” sorusuna katılımcıların %5.4'ü oldukça çok, % 10.8'i kısmen, % 60.8'i orta, %20, %45'i çok dindar olarak nitelendirmişlerdir. Şirin'in (2017) yapmış olduğu çalışmasında 288 katılımcıdan “*Kendinizi Dindar Biri olarak Tanımlıyor musunuz?*” Sorusunda sadece % 11.9 hayır cevabını vermiştir.

Tablo 11: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algısı ve Maneviyat Düzeylerine Göre Dağılımları

Hasta ve Hasta Yakınları			
		N	%
Öznel Dindarlık Algısı	Dinle ilgim yok	9	5.3
	Dindar değilim	16	9.4
	Biraz dindarım	45	26.5
	Dindarım	78	45.9
	Çok dindarım	22	12.9
Toplam		170	100.0

Baynal'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada araştırmaya katılan katılımcıların büyük çoğunluğu, kendini dindar olarak nitelendirmişlerdir. Bunlara ek olarak Uysal'ın (1996), Şahin'in (2019) Taş'ın (2019) ve Şentepe'nin (2009) yapmış oldukları araştırmalarda katılımcıların kendilerini dini ve manevi yönetime yakın hissetmelerinden dolayı çalışmamızla paralellik göstermektedir. Elde edilen bulgulardan ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında; katılımcıların, genelinin öznel dindarlık algısında olumlu yönde olduğu ve çalışmamızla paralellik gösterdiği görülmektedir. Bu sonuçlar ülkemizde kişiler üzerinde dindar olmanın önemli olduğu ve kendilerini genel anlamda dindar olarak nitelendirdikleri ile ilişki olabilir (Baynal, 2015: 213). Kişinin kendi veya bir yakının sağlığı üzerinde ortaya çıkan problemlerle baş etmesinde ve bu zorlu süreçten çıkarak yeniden yaşama sevincini diri tutmasında dinin destekleyici bir güç olarak kendini gösterdiği ifade edilebilir (Es, 2018: 6).

3.2.12. Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algıları Göre Maneviyat Ölçeği Bulguları

Tablo 12'de görüldüğü üzere katılan hasta ve hasta yakınlarının, öznel dindarlık algılarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 12: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algılarına Göre Maneviyat Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	n	Sıra Ortalaması	KW Değeri	p	Bonferroni
Öznel Dindarlık Algısı	Dinle ilgim yok (1)	9	7.50	103.525	0.000*
	Dindar değilim (2)	16	36.88		
	Biraz dindarım (3)	45	52.30		
	Dindarım (4)	78	107.72		
	Çok dindarım (5)	22	141.89		

*p<0.05

Test sonucuna göre; katılımcıların öznel dindarlık algılarına göre Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Öznel dindarlık algısı, dindarım ve çok dindarım olan katılımcıların Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalamasının, dindarlık durumu; dinle ilgim yok, dindar değilim ve biraz dindarım olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Öznel dindarlık algısı durumu; çok dindarım olan katılımcıların Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalamasının, öznel dindarlık algısı; dindarım olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre kendisini dindar olarak algılayan kişilerin, aynı zamanda manevi açıdan da güçlü hissettikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Bu sonuca neden olay şey ise; öznel dindarlık algısı ve maneviyat durumları arasında Batı ülkelerine nazaran Türkiye’de tam olarak bir ayrışmanın olmaması olarak ifade edilebilir. Batı ülkelerinde din büyük oranda kurumsal, maneviyat ise bireysel tecrübeye dayanan ve anlam arayışına odaklanmaktadır. Batı’da olduğu kadar ülkemizde din ve maneviyat arasında net bir farklılaşma söz konusu değildir. Bu da her iki kavramın ülkemizde birbiri ile ilişki içerisinde olarak değerlendirilmesindendir. Bunun sebebi de İslam’da kilise gibi kurumsal bir yapı olmadığı için dini ve manevi unsurlar bir arada tezahür edilebilmektedir (Düzgüner, 2019: 21).

3.2.13. Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algılarına Göre Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 13’e bakıldığında araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının öznel dindarlık algısı durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Test sonucuna göre: Katılımcıların, öznel dindarlık algısı durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 13: Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Öznel Dindarlık Algısı Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Sıra Orta- laması	KW De- ğeri	p	Bonfer- roni
Öznel Dindarlık Algısı	Dinle ilgim yok (1)	9	5.33	75.165	0.000*	3>1, 4>1, 5>1, 4>2, 5>2, 4>3, 5>3
	Dindar deği- lim (2)	16	47.16			
	Biraz dinda- rım (3)	45	58.08			
	Dindarım (4)	78	110.06			
	Çok dindarım (5)	22	115.20			

*p<0.05

Öznel dindarlık algısı durumu; biraz dindarım, dindarım, çok dindarım olan katılımcıların puan sıra ortalamasının, dindarlık durumu; dinle ilgim yok olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Dindarlık durumu; dindarım, çok dindarım olan katılımcıların puan sıra ortalamasının, dindarlık durumu; dindar değilim ve biraz dindarım olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmadan çıkan sonuçlara göre katılımcıların, öznel dindarlık algıları ile manevi destek algısı arasında pozitif düzeyde ilişki olduğu belirlendi. Buna göre kendisini dindar olarak nitelendiren bireylerin manevi destek hizmetine daha olumlu baktığı söylenebilir. Buna neden olan şey ise kişiyi dini ve manevi yönelime sevk eden şeyin insanın dünya hayatında var olmasından itibaren hayatını nihai olarak anlamlandırmak ve yaşamda karşısına çıkan zorluklarla mücadele edebilmesi için kendisinden daha üstün bir varlığa ihtiyaç duyması olarak ifade edilebilir (Masat, 2018: 85).

3.3. Sağlık Çalışanlarına Ait Bulgular

Çalışmamıza katılan katılımcılar, Bolu'da İzzet Baysal Hastanesinde görev yapmakta olan doktor, hemşire ve sağlık lisansiyerlerinden oluşan sağlık çalışanlarıdır. Çalışmamıza katılan katılımcıların %50'si doktorlardan %50'si hemşire ve sağlık lisansiyerlerinden oluşmuştur.

3.3.1. Sağlık Çalışanlarının Yaş Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların yaş ortalaması 36.00 ± 7.04 olarak bulunmuştur (Tablo 14). Çiğdem'in (2020) hemşireler üzerine yapmış olduğu çalışmada, yaş aralığının 25-34 arası %55.3, 35-44 %31.6 çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Acar'ın (2019) hemşireler üzerine yapmış olduğu araştırmada yaş ortalaması 37.11 ± 8.34 olarak bulmuştur. Gider'in (2018) aynı şekilde hemşireler üzerinde yapmış olduğu araştırmada, % 42'si 30-39 yaş arası olarak saptanmıştır. Kurt Sezer'in (2018) hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında çalışmaya katılanların büyük oranı orta yaş gurubunda yer almaktadır. Bu sonuca göre sağlık alanında çalışan personelin çoğunluğunun orta yaş grubuna dahil olduğunu söylenebiler.

Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Yaşları İle Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği Arasındaki İlişki

	Maneviyat	Manevi Destek Algısı
Yaş ($\bar{X} \pm SS$, 36.00 ± 7.04)	0.102	0.028
p	0.250	0.748

**p<0.01

Tablo 14'e bakıldığında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, yaş durumlarına göre Maneviyat Ölçeği arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların, yaş değişkenine göre Maneviyat Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p<0.01).

Tablo 14'e bakıldığında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak Spearman korelasyon uygulanmıştır. Test sonuçlarına göre: Katılımcıların, yaş değişkenine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (p<0.05).

Yılmaz ve Okyay'ın (2009), Kostak ve ark. (2010), Kavak ve ark. (2014), Kurt Sezer'in (2018) ve Türk'ün (2020) hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım kavramlarını konu

edinen çalışmalarda, yaş değişkeni ile maneviyat düzeyi ve MDA arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Sonuç olarak yapılan çalışmaların geneline bakıldığında sağlık alanında hizmet etmekte olan personelin yaş durumunun, maneviyat düzeyi ve manevi destek algısı üzerinde bir etkisi olmadığı ifade edilebilir.

Tablo 15: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Değişkenlerine Göre Maneviyat Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Sıra Ortalaması	U/KW Değeri	p
Cinsiyet	Erkek	56	55.44	U=1508.500	0.008*
	Kadın	74	73.11		
Medeni Durum	Bekar	46	57.97	U=1585.500	0.091
	Evli	84	69.63		
Gelir Durumu	Düşük	17	74.76	KW=3.090	0.213
	Orta	89	66.65		
	Yüksek	24	54.69		
Eğitim Durumu	Lise	24	69.33	KW=1.693	0.429
	Üniversite	84	66.96		
	Lisansüstü	24	56.67		
Hastanedeki Konumunuz	Doktor	65	63.60	U=1989.000	0.565
	Hemşire/Sağlık Lisansiyeri	65	67.40		
Sosyal Çevre	Kentsel	118	65.65	U=690.000	0.885
	Kırsal	12	64.00		
Manevi Destek Hizmetini Duyuma Durumu	Evet	66	68.55	U=1910.500	0.348
	Hayır	64	62.34		

*p<0.05

Tablo 15'e bakıldığında araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının demografik özelliklerine göre Maneviyat Ölçeğinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Karşılaştırmada, iki bağımsız grup arasındaki farkı bulmak için Mann Whitney U uygulanmıştır. İki'den fazla bağımsız grup karşılaştırmak için ise Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Fark bulunan gruplarda fark yaratan grubu bulmak için düzeltilmiş Bon-

ferroni yöntemi kullanılmıştır. Demografik özelliklere ilişkin her bir bulgu, ayrı başlıklar halinde aşağıda yer almaktadır.

Tablo 16: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerine Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Sıra Ortalaması	U/KW Değeri	p
Cinsiyet	Erkek	56	56.07	U=1544.000	0.013*
	Kadın	74	74.64		
Medeni Durum	Bekar	46	59.88	U=1673.500	0.208
	Evli	84	68.58		
Gelir Durumu	Düşük	17	65.03	KW=0.107	0.948
	Orta	89	66.16		
	Yüksek	24	63.38		
Eğitim Durumu	Lise	24	61.38	KW=0.583	0.747
	Üniversite	84	65.49		
	Lisansüstü	24	69.67		
Hastanedeki Konumunuz	Doktor	65	62.71	U=1931.000	0.397
	Hemşire/Sağlık Lisansiyeri	65	68.29		
Sosyal Çevre	Kentsel	118	65.32	U=687.000	0.866
	Kırsal	12	67.25		
Manevi Destek Hizmetini Duyma Durumu	Evet	66	71.74	U=1700.000	0.055
	Hayır	64	59.06		

*p<0.05

Tablo 16’da araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının demografik özelliklerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeğinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Karşılaştırmada iki bağımsız grup arasındaki farkı bulmak için Mann Whitney U uygulanmıştır. 2’den fazla bağımsız grup karşılaştırmak için ise Kruskal Wallis analizi uygulanmıştır. Fark bulunan gruplarda fark yaratan grubu bulmak için düzeltilmiş Bonferroni yöntemi kullanılmıştır. Demografik özelliklere ilişkin her bir bulgu ayrı başlıklar halinde aşağıda yer almaktadır.

3.3.2. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet Durumuna Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde: Katılımcıların; %43,1'i erkek, %56,9'u kadın olduğu görülmektedir (Tablo 2). Yapılan diğer çalışmalarda araştırmamızdan çıkan sonuçlarla benzerlik göstermektedir (Kurt Sezer, 2018; Durğun, 2017; Macit ve Karaman, 2019; Duran, 2019; Irmak, 2018; Esendir, 2016). Buna göre: Sağlık alanında kadın çalışan istihdamının, erkeklere göre daha fazla olduğu söylenebilir (Genç ve Durğun, 2018: 56).

Tablo 15'e bakıldığında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet durumlarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre, katılımcıların cinsiyetlerine göre puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kadın katılımcıların puan sıra ortalamasının, erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 16'da elde edilen bulgulara göre: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, cinsiyet durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Testten elde edilen sonuca göre; katılımcıların, cinsiyetlerine göre puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kadın katılımcıların Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamasının, erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Genç ve Durğun'un (2018), Kurt Sezer'in (2018), Okyay ve Yılmaz'ın (2009), Okyay'ın (2008), Masat'ın da (2018) sağlık alanında maneviyat ve MDA konusu ile ilgili yapmış oldukları araştırmalarında kadın katılımcıların puanları, erkek katılımcılarının puanına oranla daha yüksek çıkmıştır.

Yapılan araştırmalardan elde edilen bulgulara göre kadın katılımcıların; Maneviyat Ölçeği ve Manevi Destek Algısı Ölçeği puanının, erkek katılımcılardan yüksek çıkması şu şekilde açıklanabilir: Kadınların sosyal hayatla daha az ilişkili olmasının bir sonucu olarak kendi içsel dünyalarına yönelmeleri ve kadınların kişilik yapıları itibarıyla inanmaya, telkine, Tanrı'nın affına sığınmaya daha çok açık olması ve din eğitimine daha çok yönlendirilmeleri bu farklılaşmanın nedeni olarak gösterilebilir (Taşan, 2020: 27; Şentepe: 2016: 208; Yapıcı, 2016: 154).

3.3.3. Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 15'e bakıldığında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, medeni durumlarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Elde edilen test sonucuna göre; katılımcıların medeni durumlarına göre Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 16'da elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, medeni durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Elde edilen test sonucuna göre, katılımcıların medeni durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kostak ve ark. (2010), Türk'ün (2020), Yılmaz ve Okyay'ın (2009), Esendir'in (2016) sağlık alanında maneviyat ve manevi destek algısı üzerine yapmış oldukları çalışmalarında; medeni durum değişkeninden elde edilen veriler, çalışmamızla paralellik göstermektedir. Sonuç olarak: Sağlık alanında çalışan personelin, evli veya bekâr olması maneviyat düzeyi ve manevi destek algısını etkilemediği ifade edilebilir.

3.3.4. Sağlık Çalışanlarının Gelir Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 15'e bakıldığında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının gelir durumlarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre: Araştırmaya katılan katılımcıların gelir durumlarına göre Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p<0.05$).

Tablo 16'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının gelir durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre araştırmaya katılan katılımcıların gelir durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p<0.05$).

Elde edilen verilere göre, katılımcıların gelir durumu değişkenine göre Maneviyat Ölçeği ve Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Çelik ve ark.'nın (2014) hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada da gelir düzeyi ile maneviyat ve manevi destek algısı arasında, anlamlı düzeyde ilişki tespit edilmemiştir. Bu sonuçlara göre: Sağlık alanında görev yapmakta olan sağlık çalışanının, gelir düzeyinin iyi ya da kötü olması maneviyat düzeyi ve manevi destek algısındaki değişimi etkilemediği söylenebilir.

3.3.5. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 15' bakıldığında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, eğitim durumlarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre araştırmaya katılan katılımcıların eğitim düzeylerine göre; Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p<0.05$)

Tablo 16'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, eğitim durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre araştırmaya katılan katılımcıların eğitim düzeylerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p<0.05$).

Konuyla alakalı sağlık alanında maneviyat ve manevi destek algısı üzerine Sezer'in (2018), Esendir'in (2016), Kostak ve ark. (2010), Macit ve Karaman'ın (2019), Türk'ün (2020) ve Çelik ve ark. (2014) yapmış olduğu çalışmalar da eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık görülmemesinden dolayı araştırmamızla paralellik göstermektedir. Bununla birlikte Okyay ve Yılmaz'ın (2009), Okyay (2008) yapmış olduğu çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça maneviyat puan ortalamasında arttığı sonucuna ulaşılmış olsa da, çalışmaların geneline baktığımızda; eğitim düzeyinin, sağlık alanında maneviyat düzeyi ve manevi destek algısı üzerinde etkisinin olmadığı ifade edilebilir.

3.3.6. Sağlık Çalışanlarının Sosyal Çevrelerine Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 15'e bakıldığında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sosyal çevrelerine göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre araştırmaya katılan katılımcıların sosyal çevrelerine göre Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p<0.05$).

Tablo 16'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyal çevrelerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis kullanılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucuna göre araştırmaya katılan katılımcıların sosyal çevrelerine göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p<0.05$).

Maneviyat düzeyi ve manevi destek algısı ile sosyal çevre değişkeni açısından puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Çelik ve diğ. (2014), ve Türk'ün (2020) sağlık alanında ebeler ve hemşireler üzerine yapmış oldukları araştırmalarda sosyal çevrenin maneviyat ve MDA üzerinde bir farklılığa neden olmadığı görülmektedir. Elde edilen verilere göre sağlık alanında görev yapan personelin ilçede veya büyük şehirde yaşamasının maneviyat düzeyi ve manevi destek algısında herhangi bir etkiye sahip olmadığı söylenebilir.

3.3.7. Sağlık Çalışanlarının Hastanedeki konumlarına Göre Maneviyat Düzeyi ve Manevi Destek Algısı Bulguları

Tablo 15'e bakıldığında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, hastanedeki konumlarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre, katılımcıların hastanedeki konumlarına göre Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 16'da elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hastanedeki konumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Mann Whitney U kullanılmıştır. Testten elde edilen verilere göre, katılımcıların hastanedeki konumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan

sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p<0.05$). Sonuç olarak: Doktor, hemşire ve sağlık lisansiyeri arasında maneviyat düzeyi ve MDA tutumları arasında bir fark olmadığı ifade edilebilir.

3.3.8. Sağlık Çalışanlarının Manevi Destek Hakkındaki Bilgi Durumları

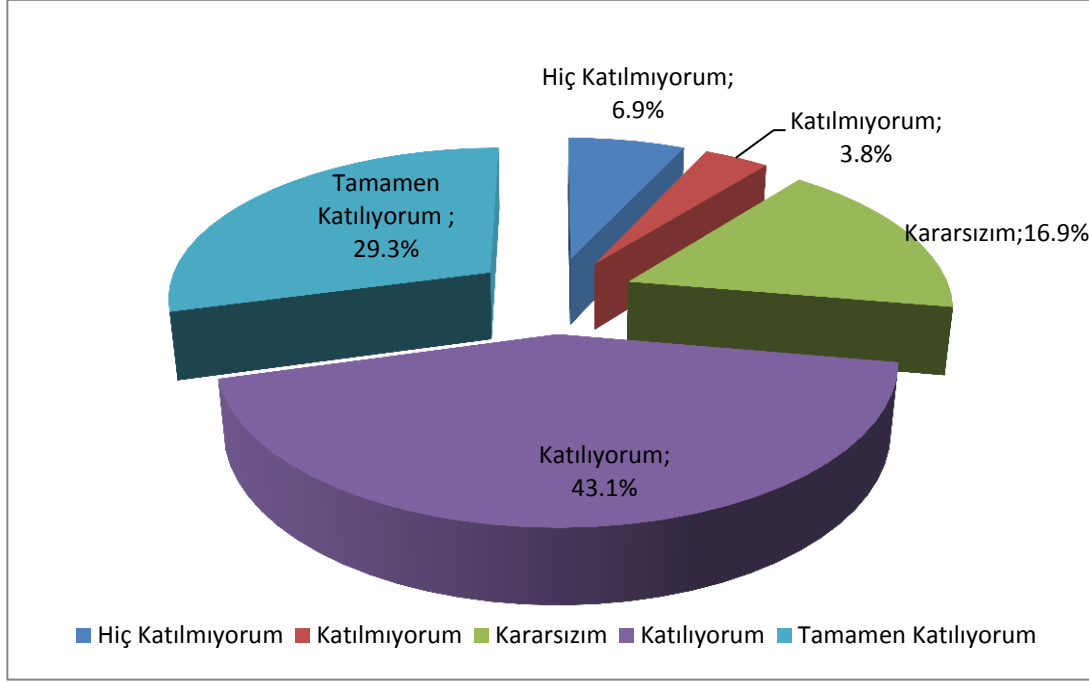
Tablo 1’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının daha önce manevi destek hizmeti hakkındaki bilgi durumuna göre dağılımları incelendiğinde yapılan non-parametrik testlerden Mann Whitney U testi sonucunda katılımcıların; %50.8’i evet, %49.2’si hayır cevabını verdiği görülmektedir. Buna göre sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının daha önce manevi destek hizmetinden haberdar olduğu ve Bolu’da hasta ve hasta yakınlarına oranla daha fazla manevi destek hizmetinden haberdar olduğu görülmektedir.

Manevi destek hizmeti hakkında bilgi sahibi olmayla alakalı sağlık alanında yapılan diğer araştırmalara bakıldığında; Kavak ve ark. (2014) yapmış olduğu çalışmada %54.7 oranında araştırmaya katılan hemşirelerin haberdar olduğu görülmektedir. Yine Irmak’ın (2018) psikiyatri hemşireleriyle (%50.8), Pehlivan’ın (2018) sağlık çalışanları ile (%68.8), Kostak ve arkadaşlarının (2010) hemşire ve ebelerle yapmış olduğu çalışmada (%62.7) sağlık çalışanlarının daha önce manevi destek hizmetinden haberdar olduklarını belirtmişlerdir. Buna karşın Kavak ve ark. (2014) sağlık alanında görev yapan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %76’sı, Yılmaz ve Okyay’ın (2009) katılımcıların hemşireler olduğu çalışmada; %65.2’sinin, Yavuz’un (2020) yapmış olduğu araştırmasında katılımcıların %93.9’nun manevi destek hizmeti hakkında bilgi sahibi olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızdan ve manevi destek alanıyla ilgi yapılan diğer çalışmalara da bakıldığında; sağlık alanında henüz son yıllarda yaygın olan manevi destek hizmetinin bazı sağlık çalışanları tarafından bilinen bir uygulama olduğu söylenebilir. Buna neden olan durum ise: Sağlık çalışanlarının manevi destek hakkında eğitim almaları ve hizmet içi eğitim ve seminere katılmaları olarak ifade edilebilir. Esendir’in çalışmasında manevi destek hizmetinden haberdar olan sağlık çalışanlarına nasıl haberdar oldukları sorulduğunda; katılımcıların üçte birinden fazlası bu bilgiye eğitim sırasında kalan kısmında sosyal medya araçları vasıtasıyla haberdar oldukları görülmektedir (Esendir, 2016: 54). Mane-

vi destek hizmetinin tüm sağlık çalışanları tarafından bilinmesi için doğru bir tanıtıma ihtiyaç olduğu söylenebilir.

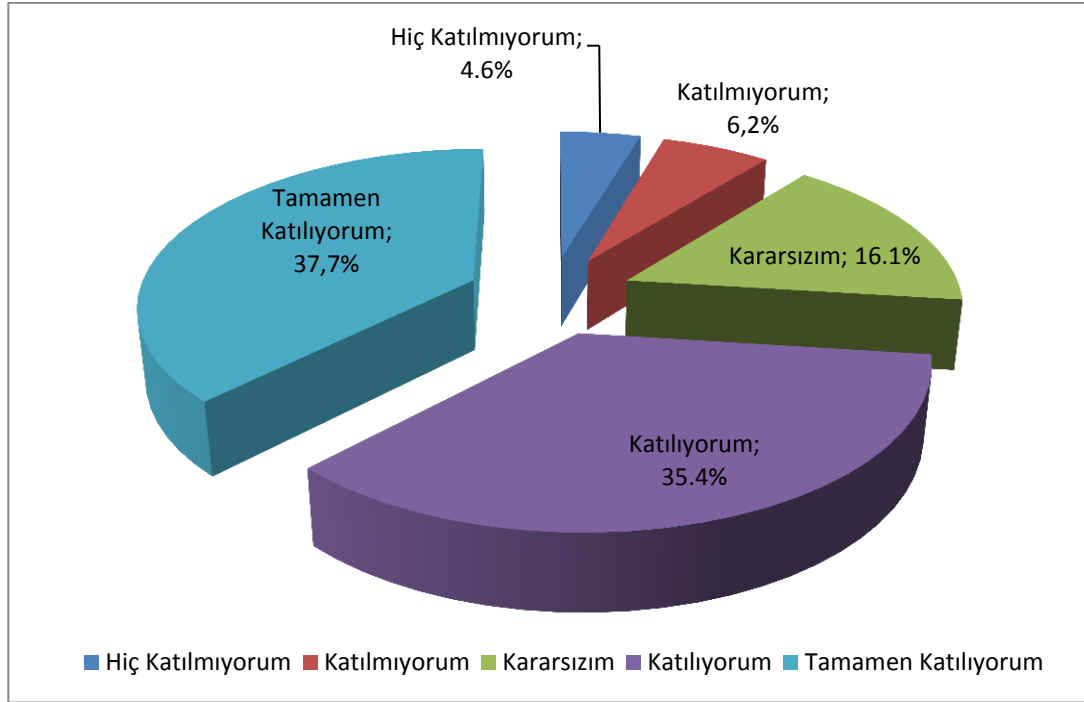
3.3.9. Sağlık Çalışanlarının Manevi Destek İhtiyacı



Grafik 3: Sağlık Çalışanlarının Manevi Destek İhtiyacı Durumlarına Göre Dağılımları

Araştırmamızdaki öncelikli amacın hastane ortamındaki manevi destek algısı ve ihtiyacını tespit etmek olduğu için araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının, *Manevi Destek Algısı Ölçeğinin* 9. sorusu olan “Zaman zaman sağlık personelinin de manevi desteğe ihtiyacı olduğu kanaatindeyim.” ifadesine verilen cevaplar incelenmiştir. Grafik 3’e bakıldığında katılımcıların %6.9 ile “Hiç Katılmıyorum”, %3.8 ile “Katılmıyorum” %16.9 ile “Kararsızım”, %43.1 ile “Katılıyorum”, %29.3 ile “Tamamen Katılıyorum” cevaplarını verdiği görülmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının %72.4’ü manevi bakıma ihtiyaç duymaktadır. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan diğer alan araştırmalarına bakıldığında ise Aksan’ın çalışmasında (2019), Macit ve Karaman’ın (2019) çalışmasında, Pehlivan’ın (2018) ve Kavakçı’nın (2019) gebeler ile yapmış olduğu çalışmasında sağlık çalışanları tarafından manevi destek hizmeti hastane ortamında bir ihtiyaç olarak algılanmaktadır. Buna göre sağlık alanında insanların dini ve manevi ihtiyaçlarını karşılamak için verilen manevi destek hizmetinin sağlık çalışanları tarafından da hastane ortamında gerekli görüldüğü ifade edilebilir.

3.3.10. Sağlık Çalışanlarının Hastanede Manevi Danışman İhtiyacı



Grafik 4: Sağlık Çalışanlarının Hastanede Manevi Danışman İhtiyacına Göre Dağılımları

Grafik 4'e bakıldığında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının *Manevi Destek Algısı Ölçeğinin* 13. sorusu olan “Hastanede her türlü dini ve manevi soruların danışılabilirceği bir uzmana ihtiyaç vardır” ifadesine verilen cevaplar incelendiğinde katılımcıların; %4.6 ile “Hiç Katılmıyorum”, %6.2 ile “Katılmıyorum” %16.1 ile “Kararsızım”, %35.4 ile “Katılıyorum”, %37.7 ile “Tamamen Katılıyorum” cevaplarını verdiği görülmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre; Hastanede görev yapmakta olan sağlık personelinin, toplam da %73.1'i hastanede danışabilecekleri bir manevi destek uzmanının bulunması gerektiğini ifade etmişlerdir. Macit ve Karaman (2019) hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada “Katılıyorum” ve “Tamamen Katılıyorum” olarak cevap verenlerin oranı %83,4 ile çalışmamızla paralellik göstermektedir. Elde edilen sonuçlara göre sağlık çalışanlarının, hastanede; dini ve manevi konularda bilgi veren, kişisel ve sosyal problemleri teşhis ve tedavi eden, insana yaşama gayesini hatırlatan bir personelin görevlendirilmesini destekler nitelikte olduğu söylenebilir (Apaydın, 2016: 72; Özdoğan, 2006: 129-130).

3.3.11. Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algısı Bulguları

Tablo 17’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, öznel dindarlık algısı durumuna göre dağılımları incelendiğinde: Katılımcıların, %1.5’i dinle ilgim yok, %12.3’ü dindar değilim, %32.3’ü biraz dindarım, %46.2’si dindarım, %7.7’si çok dindarım olduğu görülmektedir.

Tablo 17: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algılarına Göre Dağılımları

		Sağlık Çalışanları	
		n	%
Öznel Dindarlık Algısı	Dinle ilgim yok	2	1.5
	Dindar değilim	16	12.3
	Biraz dindarım	42	32.3
	Dindarım	60	46.2
	Çok dindarım	10	7.7
Toplam		130	100.0

Araştırmamızda katılımcıların verdiği cevaplara baktığımızda; %13.8 oranında katılımcı hariç, diğerleri kendilerini dindar olarak nitelendirmektedirler. Yapılan diğer çalışmalara da bakıldığında; Şahin’in (2019), Taş’ın (2019), Uysal’ın (1996), Kılınçer’in (2017), Baynal’ın (2015), Sezen’in (1993), Kayıklık ve Yapıcı’nın (2005) dini ve manevi yönlemlerle alakalı yapmış oldukları çalışmalarla paralellik göstermektedir. Araştırmalardan elde sonuçların geneline göre: Katılımcıların, kendilerini dindar olarak nitelendirdikleri görülmüştür. Bunun sebebi olarak: Türkiye’de Allah kavramına inanma ve Allah’ın varlığından şüphe duymayan %93’lük gibi yüksek orana sahip bir kesimin bulunması gösterilebilir (Çakıroğlu ve Kalaycıoğlu, 2009: 8).

3.3.12. Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algı Durumlarına Göre Maneviyat Ölçeği Bulguları

Tablo 18’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, öznel dindarlık algılarına göre Maneviyat Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak nonparametrik testlerden Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 18: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algısı Durumlarına Göre Maneviyat Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Sıra Ortalaması	KW Değeri	p	Bonferroni
Öznel Dindarlık Algısı	Dinle ilgim yok (1)	2	2.50	59.011	0.000*	4>1, 5>1, 4>2, 5>2, 4>3, 5>3
	Dindar değilim (2)	16	24.09			
	Biraz dindarım (3)	42	48.57			
	Dindarım (4)	60	83.78			
	Çok dindarım (5)	10	105.80			

*p<0.05

Test sonucuna göre, katılımcıların öznel dindarlık algılarına göre Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05).

Öznel dindarlık algısı; dindarım, çok dindarım olan katılımcıların Maneviyat Ölçeği puan sıra ortalamasının, dindarlık durumu; dinle ilgim yok, dindar değilim ve biraz dindarım olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Bu sonuca göre, kendilerini dindar olarak nitelendiren katılımcıların, maneviyat ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek çıkması katılımcılar açısından dindarlık kavramı ile maneviyat kavramı arasında Batı'ya nazaran tam bir ayrışmanın olmadığı ve bu iki kavramının bir biri ile ilişkili olarak algılanmasından kaynaklandığı ifade edilebilir (Düzgüner, 2019: 21).

3.3.13. Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algı Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Bulguları

Tablo 19'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının öznel dindarlık durumuna göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için nonparametrik testlerden Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tablo 19: Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öznel Dindarlık Algısı Durumlarına Göre Manevi Destek Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Sıra Orta- laması	KW Değeri	p	Bonferroni
Öznel Dindarlık Algısı	Dinle il- gim yok (1)	2	20.25	50.240	0.000*	5>1, 4>2, 5>2, 4>3, 5>3
	Dindar değilim (2)	16	22.97			
	Biraz din- darım (3)	42	51.57			
	Dindarım (4)	60	81.93			
	Çok din- darım (5)	10	102.55			

*p<0.05

Test sonucuna göre, katılımcıların dindarlık durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Öznel dindarlık durumu; çok dindarım olan katılımcıların puan sıra ortalamasının, dindarlık durumu; dinle ilgim yok olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Dindarlık durumu; dindarım ve çok dindarım olan katılımcıların puan sıra ortalamasının, dindarlık durumu; dindar değilim ve biraz dindarım olan katılımcılara göre daha fazla olduğu görülmektedir. Çıkan sonuçlara göre: Dindarlık ve manevi destek algısı arasında pozitif ilişki olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre kendilerini dindar olarak nitelendiren sağlık çalışanlarının manevi destek kavramına da olumlu baktığı söylenebilir. Dindarlık kavramıyla alakalı yapılan diğer araştırmalarda da ibadet etmek, dua etmek gibi dini uygulamaların ruhsal sıkıntılarla manevi olarak başa çıkmasında kişiye büyük güç ve umut olduğu aynı zamanda intihar etmek gibi olumsuz düşüncelerden de kurtulmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle katılımcılardan dindar olanların manevi destek hizmetine daha olumlu bakması maneviyat ve dindarlık arasındaki karşılıklı ilişkinin bir sonucu olarak ifade edilebilir (Şengül, 2007: 147; Ceylan, 2009: 51-53; Albayrak ve Sezer, 2016: 62-63).

3.4. Ölçekler Arasındaki İlişki

Bu başlık altında Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği arasındaki karşılıklı ilişki ele alınmıştır.

3.4.1. Maneviyat Ölçeği ve MDA Ölçeği Arasındaki İlişki

Tablo 20’ de görüldüğü üzere kullanılan maneviyat ölçeği ile manevi destek algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 20: Araştırmada Kullanılan Maneviyat Ölçeği ve Manevi Destek Algısı Ölçeği Arasındaki İlişki

	Maneviyat	Manevi Destek Algısı
	1.000	0.803
	-	0.000**
Maneviyat	0.803	1.000
p	0.000**	-

**p<0.01

Korelasyon analizinden elde edilen sonucuna göre, maneviyat ölçeği ile manevi destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0.803$, $p<0.01$). Elde edilen veriler neticesinde kendisini manevi açıdan güçlü hisseden katılımcıların, manevi destek kavramına da aynı şekilde kendilerini yakın hissettikleri söylenebilir. Benzer olarak sağlık alanında maneviyat ve manevi destek kavramıyla alakalı yapılan çalışmalarda da katılımcıların maneviyat ve manevi destek algılarının pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir (Çidem, 2020: 59; Aksoy, 2015: 27). Genç ve Durğun’un (2018) yılında doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru ve sağlık lisansiyeri üzerinde hastane ortamında yapmış oldukları çalışmada manevi destek algısı ile dini tutum arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir. Bu karşılıklı pozitif ilişkiye sebep olan şeyin genellikle manevi destek hizmetinin kişinin dini ve manevi alandaki ihtiyacına odaklanması ile bu alandaki soru ve sorunları konu edinmesi olarak ifade edilebilir (Ağılkaya Şahin, 2016: 17).

3.4.2. Katılımcıların Hastanedeki Konumuna Göre Maneviyat Ölçeği ve MDA Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 21’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan katılımcıların Maneviyat Ölçeği ve Manevi Destek Algısı Ölçeği puanlarını karşılaştırılmak için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Elde edilen test sonucuna bakıldığında; katılımcıların, Manevi Destek Algı-

sı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Sağlık çalışanları hasta, hasta yakınların maneviyat düzeyleri ve MDA algılarının birbiriyle farklılaşmaması insanın ilk varoluşundan itibaren dini ve manevi alana ilgi duyması ve bu çerçevede arayışlarını sürdürmesi olarak ifade edilebilir. Çünkü insanın varlığından söz edildiği her ortamda cinsiyeti, ırkı, mesleği statüsü ne olursa olsun bir inanç sistemi ve buna bağlı yaşam tarzından söz etmek mümkündür (Karacoşkun, 2013: 63).

Tablo 21: Araştırmaya Katılan Katılımcıların Hastanedeki Konumuna Maneviyat Ölçeği ve Manevi Destek Algısı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		n	Sıra Ortalaması	U Değeri	p
Maneviyat Ölçeği	Hasta ve hasta yakınları	170	155.69	10168.000	0.236
	Sağlık çalışanları	130	143.72		
Manevi Destek Algısı Ölçeği	Hasta ve hasta yakınları	170	157.55	9851.500	0.107
	Sağlık çalışanları	130	141.28		

* $p<0.05$

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık alanında manevi destek algısı ve ihtiyacını tespit etmeyi konu edinen bu çalışma, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan sağlık çalışanları ve tedavi süreçlerini geçiren hasta ve hasta yakınlarının olduğu 300 katılımcıdan oluşan bir örneklem üzerinde incelenmiştir. Çalışmanın amaç ve problemlerine uygun olarak hazırlanan anket formu, 2019- 2020 yılları arasında kamu kurumlarından gerekli etik izinler aldıktan sonra uygulanmıştır. Araştırma, giriş ve devamında üç bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümü: Araştırmanın amacı, problemleri, önemi, hipotezleri, yöntemi, ön kabulleri ve sınırlılıklarından oluşmaktadır. Kavramsal çerçeveden oluşan birinci bölüm: Din ve maneviyat tanımı, din ve maneviyat arasındaki ilişki, din ve sağlık arasındaki ilişki ile manevi destek kavramının tanımı, manevi danışmanın tanımı ve yeterlilikleri, manevi destek hizmetinin felsefesi, psikolojik yaklaşımları, manevi desteğin hizmet alanları ve Hz. Peygamber döneminde hastalara manevi destek hizmeti hakkın da verilen bilgilerden oluşmaktadır. Üçüncü bölümde: Uygulanan anketlerden elde edilen verilerden yola çıkarak yapılan analizlere ve yorumlarına yer verilmiştir.

Araştırmada, sağlık alanındaki manevi destek algısı ve ihtiyacını tespit etmek amacıyla Manevi Destek Algısı Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekle birlikte manevi destek hizmeti kişinin manevi boyutuyla ilgilendiği için Maneviyat Ölçeği de uygulanmıştır. Daha sonra ölçekler arasındaki ilişkiye bakılmış ve manevi destek algısı ile maneviyat düzeyleri arasındaki ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca anket çalışmasına öznel dindarlık algılarını tespit eden bir soru eklenmiş ve ölçekler ile arasındaki ilişki tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanların, verdiği cevaplar incelendiğinde: Manevi Destek Algısı Ölçeği ile Maneviyat Ölçeği arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında; ise hasta ve hasta yakınlarının puanlarının, sağlık çalışanlarına oranla daha yüksek çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca neden olan durum: Hasta ve hasta yakınlarının, zorlu tedavi sürecinde fiziksel rahatsızlıklara kendilerinin maruz kalmaları ve sağlık çalışanlarına oranla alışık olmadıkları hastane ortamında bulunmaları olarak ifade edilebilir.

Araştırmada yaş durumlarına göre hasta ve hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının, Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği arasındaki ilişki ayrı ayrı değerlendirildi-

rilmiştir. Hasta ve hasta yakınları açısından, yaş arttıkça Manevi Destek Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puan ortalamalarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık çalışanları açısından ise yaş değişkeni ile ölçekler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bu sonuç ile “*Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının yaş düzeyi arttıkça maneviyata yönelim ve manevi desteğe duyulan ihtiyaçta artmaktadır.*” hipotezinin hasta ve hasta yakınları açısından doğrulandığı sonucu ortaya çıkmıştır. Hasta ve hasta yakınlarında, yaşın artmasının bu farklılığa sebep olması; sağlık çalışanlarına oranla katılımcıların yaşlarında daha fazla üst yaş gurubuna sahip hasta ve hasta yakını olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkeni ile Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puanlarına bakılacak olursa; kadınların, erkeklere oranla puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Hasta ve hasta yakınlarında ise cinsiyet değişkeni ve ölçekler arasında anlamlı düzeyde ilişki tespit edilmemiştir. Buna göre çalışmamızda cinsiyet değişkeninin hasta, hasta yakınlarında MDA ve maneviyat düzeyi üzerinde bir etkisinin olmadığı ancak sağlık çalışanları üzerinde etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç ile “*Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarından kadın katılımcıların erkeklere oranla manevi destek algısı ve maneviyat düzeyi daha yüksektir.*” hipotezinin sağlık çalışanları açısından doğrulandığı görülmektedir. Buna göre Bolu’da hastane ortamında görev yapmakta olan kadın sağlık çalışanlarının erkeklere göre daha fazla manevi yöneleme sahip olduğu ve manevi destek hizmetine daha olumlu yaklaştıkları söylenebilir. Bu farklılığa neden olan şey ise kadın katılımcıların oranının daha çok olması olarak ifade edilebilir.

Katılımcıların medeni durum değişkeni bulgularına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği ilişkisine bakıldığında hasta ve hasta yakınlarından; evli olanların bekâr olanlara oranla, puan ortalamalarının yüksek çıktığı sonucu elde edilmiştir. Sağlık çalışanlarının medeni durum bulgularına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puanlarına bakıldığında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilemediği görülmektedir. Medeni durumun, sağlık çalışanlarının manevi destek algısı ve maneviyat düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşırken; hasta ve hasta yakınlarında evli olanların, bekâr olanlara oranla manevi destek algısı ve maneviyat düzeyinin yüksek çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen veriler neticesinde “*Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarından evli olan katılımcıların, bekâr olan katılımcılara oranla manevi*

destek algısı ve maneviyat düzeyi daha yüksektir.” hipotezinin hasta ve hasta yakınları açısından doğrulandığı sonucuna ulaşırken; sağlık personeli açısından doğrulanmadığı görülmektedir. Hasta ve hasta yakınlarında medeni durumun maneviyat ve manevi destek algısı üzerinde etkili olup sağlık çalışanlarında etkili olmaması, iki grup arasındaki eğitim farklılığından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmada katılımcıların gelir durumlarına göre Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puanlarına bakıldığında; hasta ve hasta yakınlarının, gelir durumu orta ve yüksek olan katılımcıların puanları yüksek çıkmıştır. Sağlık çalışanlarında ise gelir durumu değişkeninin Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puanlarını anlamlı derece de etkilemediği görülmektedir. Elde edilen veriler neticesinde *“Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarından gelir durumu yüksek olan katılımcıların, gelir durumu düşük olan katılımcılara oranla maneviyat düzeyi ve manevi destek algısı daha yüksektir.”* hipotezinin hasta ve hasta yakınları açısından doğrulandığı sonucu elde edilirken, sağlık çalışanları açısından doğrulanmadığı ortaya çıkmıştır. Buna göre hastane ortamında hasta ve hasta yakınlarında gelir durumu orta ve yüksek olanların puanlarının yüksek çıkması, sağlık çalışanlarında ise bir etkisi olmaması gelir düzeyi ortalamasının; sağlık çalışanlarında birbirine daha yakın olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, eğitim durumu açısından hasta ve hasta yakınlarının Maneviyat Ölçeği puanı açısından anlamlı bir fark tespit edilmezken Manevi Destek Algısı Ölçeği puanının eğitim düzeyi düşük olanların puan ortalamalarının daha yüksek çıktığı görülmektedir. Sağlık çalışanları açısından ise eğitim düzeyinin Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puanlarını etkilemediği sonucuna ulaşmaktayız. Elde edilen sonuçlara göre *“Hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarından eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların eğitim düzeyi yüksek olan katılımcılara oranla manevi destek algısı ve maneviyat düzeyi daha yüksektir.”* hipotezinin hasta ve yakınlarında sadece Manevi Destek Algısı Ölçeğinde doğrulandığı görülürken, Maneviyat Ölçeği ve sağlık çalışanlarında ise her iki ölçekten de elde edilen sonuçlar neticesinde doğrulanmadığı rapor edilmiştir. Eğitim düzeylerinin manevi destek algısı hariç, katılımcılar üzerinde bir etkisi olmadığı görülmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe Manevi Destek Algısı Ölçeği puanının düşmesi ise rasyonel alana ilginin etkisi olarak gösterilebilir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre, hastanedeki konum değişkeni ile hasta ve hasta yakınları arasındaki ilişkiye bakıldığında; hastanede tedavi görmekte olan hastaların

Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puanının onlara refakat eden hasta yakınlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarında ise hastane bulundukları konumun (doktor, hemşire, sağlık lisansiyeri) Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği düzeyini etkilemediği görülmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre hasta ve hasta yakınlarının sosyal çevre değişkeni ile Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarında kırsal alanda yaşamlarını sürdürenlerin puan ortalamaları, kentte yaşayanların puan ortalamalarına göre daha yüksek çıkmıştır. Sağlık çalışanları yaşam yerleri değişkeni ile Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Hasta ve hasta yakınlarında kırsalda yaşayanların puanlarının sağlık çalışanlarından daha fazla çıkması eğitim ve yaşam alanıyla ilgilendirilebilir.

Araştırmadan elden edilen bulgulara göre; sağlık çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarına oranla daha fazla manevi destek hizmeti hakkında bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının manevi destek hizmeti hakkında hasta ve hasta yakınlarına oranla daha fazla bilgiye sahip olması katıldıkları eğitim ve daha önce hastane ortamında bu konuyla alakalı çalışmaların yapılması olarak gösterilebilir.

Araştırmada sağlık personelinin: *“Zaman zaman sağlık personelinin de manevi desteğe ihtiyacı olduğu kanaatindeyim.”* Hasta ve hasta yakınlarının da: *“Hastaların fiziksel iyileşmesi için ruhi (manevi) iyileşmenin de gerekli olduğu kanaatindeyim.”* ifadesine verdikleri cevaplar incelendiğinde katılımcıların, büyük oranının manevi destek hizmetinin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sonuca göre, bütüncül sağlık hizmetlerinin bir gereği olarak zorlu tedavi sürecinde hem tedavi görmekte olan hasta ve hasta yakının hem de tedavi hizmetini yürüten sağlık çalışanlarının manevi desteğe ihtiyacı olduğu söylenebilir. Bu soruyla alakalı aynı şekilde katılımcılara *“Hastanede her türlü dini ve manevi soruların danışılabilceği bir uzmana ihtiyaç var.”* ifadesine katılımcıların büyük oranı sağlık alanında manevi danışmana ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. Bu da katılımcıların manevi destek ihtiyaçlarını karşılayabilmek için profesyonel olarak bir uzmanın hastane de görev yapmasını destekler niteliktedir. Bununla birlikte araştırma da kullanılan Manevi Destek Algısı Ölçeği ile Maneviyat Ölçeği arasında pozitif yönde ilişki olduğu görülmektedir. Elde edilen bu sonuçlar göre araştırmanın *“Hastane ortamında hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının maneviyyat düzeyi ile manevi destek*

algısı arasında pozitif ilişki vardır. Ayrıca katılımcıların sağlık alanında manevi destek hizmetine ihtiyacı vardır.” ana hipotezinin doğrulandığı görülmektedir.

Araştırmada, katılımcıların öznel dindarlık algıları tespit etmek için sorulan soruya verdikleri cevaplar incelendiğinde: Katılımcıların büyük oranda kendilerini dindar olarak algıladığı ve maneviyat durumlarının iyi olduğu tespit edilmiştir. Öznel dindarlık algıları yüksek olan katılımcıların, Manevi Destek Algısı Ölçeği ve Maneviyat Ölçeği puan ortalamaları öznel dindarlık algıları düşük olan katılımcılara göre daha yüksek çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.

Genel olarak sonuçlara bakıldığında: Bolu’da sağlık alanında hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının maneviyat düzeyleri, ortalamanın üzerinde çıkmıştır. Katılımcıların hastane ortamında manevi destek hizmetinin verilmesini ve hastane de manevi danışmanın görev yapmasını destekledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Manevi Destek Algısı Ölçeği ile Maneviyat Ölçeği arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Öznel dindarlık algısı açısından; kendisini dindar olarak nitelendiren katılımcılar, aynı zamanda manevi açıdan güçlü oldukları ve manevi destek algılarının yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Öneriler

- Araştırmamızda hasta ve hasta yakını kadar sağlık personelinin de manevi destek hizmetine ihtiyacı olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Şuan yürütülen manevi destek hizmeti daha çok hasta ve hasta yakınına odaklanmaktadır. Verilen hizmetten sağlık çalışanlarının da en iyi şekilde yararlanabilmesi için gerekli çalışmalar yapılabilir. Bu çerçevede sağlık çalışanları üzerinde öncelikle alan taraması yapılarak eksikliğin; teorik mi? yoksa pratik mi? olduğu tespit edilip ve elde edilen sonuçlara göre sağlık çalışanları için ayrı bir program hazırlanabilir.
- Manevi destek hizmetinin kavram bilgisini artırmak ve önemini kavratmak adına; seminer, hizmet içi eğitimler, kurslar, televizyon programları ve sosyal medya aracılığıyla bilgilendirmeler yapılabilir.
- Hastanede yürütülen manevi destek hizmetinin, evde bakım gören hastaların ve onların bakımı ile ilgilenen hasta yakınlarının da faydalanması için ayrı bir program dâhilinde çalışmaların yapılması önerilebilir.

- Manevi destek ihtiyacı açısından kamu hastanelerinde yürütölen hizmetin özel hastanelerde de geliştirip yaygınlaşması için çalışmaların yapılması önerilebilir.
- Bu araştırma, Bolu'daki kamu hastanesine bağılı iki ünite ile sınırlı tutulmuştur. Üniversite hastanesi, özel hastaneler ve araştırmamıza dâhil olmayan kamuya bağılı diğör ünitelerinde bulunduğı, daha kapsamlı bir alan araştırması yapılabilir.

KAYNAKÇA

- ACAR, G. (2019). Onkoloji Hastalarının Manevi Bakım Gereksinimleri İle Onkoloji Hemşirelerinin Manevi Bakım Yeterliliklerinin İncelenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi SBE.
- ACAR, M. C. ve APAK, H. (2020). Sosyal Hizmet Uygulamasında Din ve Maneviyatın Rolü ile Manevi Yönelim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 15. (24).
- ADIGÜZEL, N. (2002). Meşşai İslam Filozoflarında “Tabiat” Kavramı. *Dini Araştırmalar*, Mayıs-Ağustos 2002, c. 5, s. 41-56.
- AĞILKAYA ŞAHİN, Z. (2014). Federal Almanya Cumhuriyeti’nde Dini Danışmanlık: Teori- Eğitim- Uygulama. *Yayımlanmış Doktora Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi S.B.E.
- AĞILKAYA ŞAHİN, Z. (2017). *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik (Almanya Örneği)*. İstanbul: Marmara Akademi Yay.
- AKDUR, R. (2006). *Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu”*. Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları.
- AKSAN, B. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Manevi Danışmanlık: Ankara İlinde Bulunan Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi SBE.
- AKSOY, M. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Algılayışları. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi SBE.
- ALBAYRAK, A. ve KURT, E. (2016). Meme Kanseri Hastalarında Ağrı ve Uzun Kaybına (Mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık İle İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*.
- ALTINTAŞ, M.E. (2019). Ceza İnfaz Kurumlarında Gerçekleştirilen Manevi Rehberlik ve Din Hizmetleri Üzerine Nitel Bir Araştırma (Kayseri Örneği). *Diyanet İlmi Dergi*. 55(1). Ocak-Şubat-Mart 2019.
- ALTINTAŞ, M.E. (2018). Hastanelerde Gerçekleştirilen Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetleri Üzerine Nitel Bir Araştırma (Kayseri Örneği). *Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. Cilt 7, Sayı 11, 221-256.
- ALTAŞ, N. (1999). Hastanelerde Dini Danışmanlık Hizmetleri (Türkiye Uygulaması Üzerine Deneysel Bir Araştırma). *Ankara İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 39(39).
- ALTAŞ, N. (2000). Dini Danışmanlığın Teorik Temelleri. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 41 (1) 327-350.

- ALTAŞ, H. (2020). Palyatif Bakımda Hasta Yakınlarının Maneviyat Düzeylerinin Ölüm Karşı Tutumlarına Etkisi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi SBE.
- APAYDIN, H. (2016). *Din Psikolojisi Terimler Sözlüğü*. 1. Basım. İstanbul: Bilimkent Yayınları.
- ARSLAN, A, B. (2019). Hastane Planlamasında Poliklinik Yerleşimi ve Sirkülasyon Analizi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Konya Üniversitesi. FBE.
- ATAK, M. (2016). *Maneviyat Psikolojisi*. İstanbul: Türdav Yayınları.
- AYBEY, S. (2015). Diyanet İşleri Başkanlığı Aile ve Dini Rehberlik Bürolarına Gelen Soruların Analiz ve Değerlendirilmesi (Ege Bölgesi Örneği). *Yayımlanmış Doktora Tezi*. Süleyman Demirel Üniversitesi SBE.
- AYDIN, G. (2016). Manevi Destek Bağlamında Hz. Peygamber'in Hastalara Yaklaşımı. *Bilimname*, 30(2): 249-277.
- AYTEN, A. (2013). Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*. 8 (3), 7-31.
- AYTEN, A. KOÇ, M. ve Tınaz, N. (2016). *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik (Cilt-I)*. 1. Basım. İstanbul: Dem Yayınları.
- BAHADIR, A. (2008). Türkiye'de Psikoloji ve Din Psikolojisi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi SBE
- BALANUYE, Ç. (2008). Beden ve Aşkınlık. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*. 6. ss. 49-59.
- BAŞAR, S. (2008). Diyanet İşleri Başkanlığı'nın Yürüttüğü Cami Din Hizmetleri Kapsamında Hastanelerde Din Hizmeti İhtiyacı. *I. Din Hizmetleri Sempozyumu(3-4 Kasım 2007)*. Bulut, M. Ankara: *Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları*. Cilt1.
- BAYKUT, S, Ş. (2019). İnsan Haklarının Korunması Açısından Ceza İnfaz Kurumları ve Tutukevleri İzleme Kurulları. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Edirne: Trakya Üniversitesi SBE.
- BAYNAL, F. (2015). Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırma Dergisi*. (4), s.1.
- BELEN, F. (2014). Manevi Danışmanlıkta Bibliyoterapi Tekniği ve Uygulaması. *Yayımlanmış Doktora Tezi*. Ankara Üniversitesi SBE.
- BİÇER, B. ve SARIÇAM, H. (2015). Öz-Aşkınlık ile Manevi İyi Olma Arasındaki İlişki. *Felsefe, Eğitim ve Bilim Tarihi Sempozyumu*. 12-14 Kasım 2015.

- BOZTİLKİ, M. ve ARDIÇ, E. (2017). Maneviyat ve Sağlık. G.O.P Taksim E.A.H. *Ja-ren* 3. s. 39-45.
- BUDAK, S. (2010). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- CANDA, E. R. ve L. D. Furman; (2010), *Spiritual Diversity in Social Work Practice* (2nd ed.), New York, Oxford University Press.
- CEYLAN, V. (2009). Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar. *Uzmanlık Tezi*. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- CEVİZCİ, A. (2002). *Felsefe Sözlüğü*. 1. Basım. İstanbul: Paradigma Yayınları.
- CİCCARELLİ, S. K. ve WHITE, J. N. (2016). *Psikoloji (Bir Keşif Gezintisi)*. Çev. Şahin, D.N. Ankara: Noel Akademik Yayınları.
- COŞKUNSEVER, A. (2016). Sosyal Hizmet Kurumlarında Dini Danışmanlık ve Rehberlik (Yetiştirme Yurdu ile Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Örneği). *Yayımlanmış Doktora Tezi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi SBE.
- ÇAKIROĞLU, A. ve KALAYCIOĞLU, E. (2009). Türkiye’de Dindarlık: Uluslararası Bir Karşılaştırma. *TUBİTAK*.
- ÇELİK, C. (2001). Kentleşme Sürecinde Dini Hayat. *Erciyes Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 11.
- ÇELİK, A. ve Diğ. (2014). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakımı Algılama Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.
- CİRHİNLİOĞLU, F. (2014). *Din Psikolojisi*. 2. Basım. Ankara: Nobel Akademik Yayınları.
- ÇİDEM, A. (2020). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakım Düzeyleri İle Duygusal Emek Davranışları. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi SBE.
- DAŞDAN, B, N. ve BUZLU, S. (2010). Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 3 (1).
- DEMİR, M. (2017). Dindarlık- Yardımseverlik İlişkisi (Malatya Örneği). *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi SBE.
- DOĞAN, M. (2014). *Büyük Türkçe Sözlük*. 25. Basım. Ankara: Yazar Yayınları.
- DURĞUN, A. (2017). Hastanelerde Bakım Hizmeti Veren Meslek Elemanlarının Manevi Bakıma İlişkin Düşüncelerinin Belirlenmesi (Bolu Örneği). *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi SBE.

- DÜZGÜNER, S. (2008). Dine Psikolojik Yaklaşımda Değişimin Dinamikleri. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Selçuk Üniversitesi SBE.
- DÜZGÜNER, S. (2013). Maneviyat Algısı ve Diğerkâmlıkla İlişkisi(Kan Bağış Örneğinde Türkiye ve Amerika Karşılaştırmalı Nitel Bir Araştırma). *Yayımlanmış Doktora Tezi*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi SBE.
- DÜZGÜNER, S. (2019). Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Planı: Din ve Maneviyat. *Diyanet Aylık Dergi*. S.338.
- DURAN, A. (2019). Yoğun Bakım Kliniklerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Spiritüalizme İle İlgili Bilgi ve Tutumları. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- DURMUŞ, M. (2010). Maneviyatı Güçlendirme Eğitiminin Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi. *Yayımlanmış Doktora Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi SBE.
- EMEKCİ, S. (2016). Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi: Denizli Örneği. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi SBE.
- ERDEM, M. ve KESGİN, B. (2017). Manevi Destek Uygulayıcılarının Manevi Destek Hizmetine İlişkin Görüşleri. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*. 7. (15). 124-140.
- ES, M. (2018). Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Maneviyat ve Manevi Bakım Algılarının İncelenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Başakşehir Üniversitesi.
- ESENDİR, N. (2016). Sağlık Çalışanlarının Manevi Bakım Algısı İstanbul Örneği. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi SBE.
- ESENDİR, N. ve KAPLAN, H. (2018). Sağlık Çalışanlarının Maneviyat ve Manevi Destek Algısı: İstanbul Örneği. *Ekev Akademi Dergisi*. 22.
- GEÇİOĞLU, A.R. ve KAYIKLIK, H. (2019). Dindarlık ve Evlilik Uyumu İlişkisi: Evli Bireyler Üzerinde Bir İnceleme. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 19(1).
- GENÇ, Y. ve DURĞUN, A. (2018). Manevi Bakım Gerekliliği ve Bakım Hizmeti Veren Meslek Elemanlarının Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. *Turkish Studies*
- GİDER, N. (2018). İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Spiritual Bakıma İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi SBE.
- GÖKTEPE, A. (2017). Yaşlılara Yönelik Manevi Danışmanlık ve Rehberlikte Yeni Bir Model Önerisi; “Hayat Ağacı Modeli”. *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Teori ve Uygulama Alanları*. Ayten, A. 1. Basım. İstanbul: Dem Yayınları.
- GÜRDAL, S. (1984). *Din Nedir*. 3. Basım. İstanbul: Beyan Yayınları.

- GÜRMAN, G. (2019). Psikologlarda Narsisizm Düzeyleri İle Tanrıya Bağlanma ve Gelecek Beklentileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Gelişim Üniversitesi SBE.
- GÜRSU, O. (2018). Manevi İyi Oluş ve Yaşlılık. *Türk Akademik Araştırmalar Dergisi Uluslararası Multidisipliner Kongresi*. 12-12 Ekim.
- GÜVEN, H. (2008). Depresyon ve Dindarlık İlişkisi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE.
- HANÇERLİOĞLU, O. (1978). *Felsefe Ansiklopedisi Kavramlar ve Akımlar*. 1. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi Yayınları.
- HAYTA, A. (2017). Bağlanma Kuramı ve Tanrı Tasavvuru İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Yayımlanmış Doktora Tezi*. Uludağ Üniversitesi SBE.
- HOROZCU, Ü. (2010). Tecrübi Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki. *DergiPark Akedemi*, 7(1), 209-240.
- HÖKELEKLİ, H. (2003). *Din Psikolojisi*. Ankara: DİB Yayınları.
- HÖKELEKLİ, H. (2009). *Psikolojiye Giriş*. 2. Basım. İstanbul: Düşünce Kitabevi Yay.
- IRMAK, H. (2018). Psikiyatri Hemşirelerinin Manevi Bakım Uygulamaları, Algıları ve Yeterlilikleri Arasındaki İlişki. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi SBE.
- İMAMOĞLU, T. ve YAZOĞLU, R. (2010). Bâberti'nin Bütüncül İnsan Anlayışının Modern Dünyadaki Yeri ve Önemi. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Yayınları*. S.33.
- JONES, W. (2012). Din, Sağlık ve Din Psikolojisi: Din ve Sağlık Konusunda Yapılacak Hangi Araştırmalar, Dini Anlamamıza Yardımcı olur. Çev. Behlül Tokur ve Metin Güven, *Biliname Dergisi*, 2 (23), 229-243.
- KABAKCI, E. (2019). Ebelerde Spiritüel Bakım Yetkinliğinin İncelenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi SBE.
- KARACA, F. (2010). Din Hizmetlerinde Dini Danışmanlık ve Rehberlik. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Süleyman Demirel Üniversitesi SBE.
- KARACOŞKUN, M. (2013). *Din psikolojisi*. 2. Basım. Ankara: Grafiker Yayınları.
- KARAGÖZ, İ. (2010). *Dini Kavramlar Sözlüğü*. 5. Basım. Ankara: D.İ.B. Yayınları.
- KARAMAN, A. (2019). Hemşirelerin Manevi Bakım Algıları ile Manevi Bakım Yeterlilikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi SBE.

- KARAMAN, M. (2018). Psikoloji Sermaye ve Maneviyat Algısının Algılanan Performansa Etkisi: Sağlık Çalışanlarında Bir Uygulama. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi SBE.
- KARATAŞ, Z. (2009). Manevi Sosyal Hizmet Mümkün mü? *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Rize Üniversitesi SBE.
- KARATAŞ, Z. (2015). Manevi Temelli Sosyal Hizmet Yaklaşımı. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Dergisi*. C. 1, S.1, (Ocak).
- KARAGÜN, Ş. Ö. (2006). Acil Tıp Birimine Başvuran Hastalarında Hoşnutluk Düzeyi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Uzmanlık Tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fak. Acil Tıp Anabilim Dalı.
- KARTOPU, S. (2013). Dini Yaşayışta Hayatı Sorgulama ve Anlam Arayışı. Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2(3).
- KAVAK, F. ve Diğ. (2014). Hemşirelerin Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3(1): 21-24
- E. KAVAS ve N. KAVAS (2014). Manevi Destek Algısı (MDA) Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Turkish Studies International Periodical For The Languages*. Volume 9/2 p. 905-915.
- KAVUKLU, H. (2018). İşyerinde Maneviyat ve Psikolojik Sermaye Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Kastamonu: Kastamonu Üniversitesi SBE.
- KAYIKLIK, H. ve YAPICI, A. (2005) Gençlerde Dinsel Hayatın “Öteki’ne Yönelik Tutumlara Etkisi: Çukurova Üniversitesi Örneği. *Ç.Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 5(1).
- KILINÇER, H. (2017). Tıp, Psikoloji ve İlahiyat Öğrencilerinin Türkiye’deki Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Uygulamalarına Yönelik Tutumları Üzerine Bir Araştırma. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE.
- KILINÇER, H. (2017). Manevi Danışmanlık ve Rehberlik (MDR) Üzerine: Psikoloji, İlahiyat ve Tıp Alanlarında Maneviyat ve MDR Algısı. Ali AYTEN. *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Teori ve Uygulama Alanları*. (19-60). İstanbul: DEM Yayınları.
- KIMTER, N. (2013). Din, Maneviyat ve Tıp: Uygulama İçin Araştırma Bulguları ve Öneriler. *DergiPark Bilimname*.
- KIZILGEÇİT, M. (2017). *Din Psikolojisinin 200’ü*. İstanbul: M.G. Medya Pro Pek Yayınları.

- KOCABAŞ, D. ve TOROMAN, A. (2018). Yoğun Bakım ve Ameliyathane Birimlerinde Çalışan Personelin İşyeri Maneviyatı Üzerine Bir Çalışma. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*.
- KOÇ, M. (2016). *Türkiye’deki Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Çalışmaları Bağlamında ‘I. Uluslararası Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Kongresi’* (2016) Üzerine Bibliyometrik Analizler. Dergipark Yayınları.
- KOÇ, M. (2012). Manevi- (Psikolojik) Danışmanlık ile İlgili Batı’da Yapılan Bilimsel Çalışmaların Tarihi ve Literatürü (1902-2010) Üzerine Bir Araştırma –I. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. C. 12, S.2, S. 201-237.
- KOÇ, M. (2017). Diyanet İşleri Başkanlığı’nın Hastanelerdeki Manevi Rehberlik Hizmetleri (1995-2015) Sınırlılıkları ve Bir Eğitim Programı Önerisi. *Diyabet İlmî Dergi*(Ekim- Kasım-Aralık 2017). C. 53, S.4.
- KOSTAK ve Diğ. (2010). Hemşire ve Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi* Sempozyum Özel Sayı 2010.
- KÖYLÜ, M. (2007). Ruh Sağlığı ve Din: Batı Toplumu Açısından Bir Değerlendirme. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 23 (23).
- KÖSE, A. ve AYTEN, A. (2017). *Din Psikolojisi*. 7. Basım. İstanbul: Timaş Yayınları.
- KULA, N. (2019). Abraham Maslow’un Kendini Gerçekleştirme Kavramının Aziz Neseî’nin İnsan-ı Kamil Kavramıyla Karşılaştırılması. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 6(11), 9-39.
- KURT, A. (2009). Dindarlığı Etkileyen Faktörler. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 18 (2).
- KURT SEZER, H. (2018). Pediatri Hemşirelerinin Duygu Gereksinimleri İle Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi SBE.
- MACİT, M. ve KARAMAN, M. (2019). Hemşirelerde Manevi Destek Algısının İncelenmesi. *SdÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10 (3).
- MARTI, H. (2015). *Sosyal Hizmet Kurumlarında Din Hizmetleri Rehberi*. 2. Basım. Ankara: DİB Yayınları.
- MASAT, S. (2018). Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi SBE.
- MOLLAOĞLU, H. (2013). Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım ve New York Healthcare Chaplaincy Örneği. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi SBE.

- NEVEVİ, M. (2012). *Riyazu's Salihin Metin ve Çeviri*. Çev. B. Erul ve M.E. Özafşar. 1. Basım. Ankara: DİB Yayınları.
- NEVEVİ, M. (2017). *Riyazu's Salihin İmam Nevevi*. Çev. H. Akın. 5. Basım. İstanbul: Ensar Yayınları.
- OKYAY, N. (2008). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşüncelerinin Belirlenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi SBE.
- ONUR, D. (2018). Psikoloji Kuramları ve Yaratıcılık İlişkisi. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 145-156.
- ÖZCAN, İ. (1991). *İslam Ansiklopedisi*. İstanbul: Milliyet Yayınları.
- ÖZDEMİR, S (2012). Dini Sosyal Hizmetlerinin Temelleri. *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 25, 125-138.
- ÖZDOĞAN, Ö. (2006). İnsanı Anlamaya Yönelik Bir Yaklaşım: Pastoral Psikoloji. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 47(2), 127-141.
- ÖZEN, Y. (2010). Tanrı- Sen ve Ben Üçümüzün Yolu- Pastoral psikoloji ve Danışmanlığın Gerekliliği Üzerine. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 10(2), 41-57.
- ÖZKAN, A. (2019). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Manevi Danışmanlık: Bir Karma Yöntem Araştırması. *Yayımlanmış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi SBE.
- ÖZÜNLÜ, M, B. (2018). Ebeveyn Yoksunluğu Yaşayan Bireylerde Aşkınlık, Kendini Toparlama Gücü ve İyi oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayımlanmış Doktora Tezi*. Gazi Üniversitesi.
- PARGAMENT, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and adressing the sacred*. New York.
- PAZARLI, O. (1972). *Din psikolojisi*. 2. Basım. Ankara: Remzi Kitabevi Yayınları.
- PEHLİVAN, M. (2018). Sağlık Çalışanlarına Göre Hastanelerdeki Manevi Destek ve Rehberlik Projesi Uygulaması: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Örneği. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi SBE.
- PEKER, H. (2012). *Din Psikolojisi*. 8. Basım. İstanbul: Çamlıca Yayınları.
- SARI, R. (2019). Hastane Hizmetleri Kapsamında Kadın Doğum Bölümünde Manevi Danışmanlık (Konya Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum Hastanesi Örneği). *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi SBE.
- SAYAR, K. ve DİNÇ, M. (2008). *Psikolojiye Giriş*. İstanbul: DEM Yayınları.

- SAYGILI, S. (2011). *Yaşlılık Psikolojisi*. İstanbul : Türdav Yayınları.
- SİGMUND, F. (2017). *Bir Yanılsamanın Geleceği Neden Savaş(Freud'un Einstein'a Mektubu)*. Çev. Kamuran Şipal, 1. Basım, Ankara: Say Yayınları.
- SÖYLEV, Ö. (2014). Türkiye’de Dini Danışma ve Rehberlik- Alanları, İmkanları ve Yöntemleri (Diyanet İşleri Başkanlığı). *Yayımlanmış Doktora Tezi*. Uludağ Üniversitesi SBE.
- SÖYLEV, Ö. (2015). Psikolojik Yardım Hizmetleri Bağlamında Türkiye’de Dini Danışma ve Rehberlik. *İslam Medeniyeti Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 287-308.
- SÖZGÜN, Z. (2017). Dini Danışma ve Rehberliğin Hayatımızdaki Yeri ve Önemi. *Yakın Doğu Üniversitesi İslam Teknikleri Merkezi Dergisi*, C. 3, S. 1(Bahar). S 207-220).
- ŞAHİN, E. (2019). Orta Öğretim Öğrencilerinde Dindarlık Düzeyi ve Okul Başarısı İlişkisi (Kayseri-Sarıoğlu Örneği). *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi SBE.
- ŞENGÜL, F. (2007). Dindarlık ve Ruh Sağlığı. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE.
- ŞENTEPE, A. (2009). Yaşlılık Döneminde Temel Problemler ve Dini Başaçaıkma. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE.
- ŞENTEPE, A. (2016). Ruh Sağlığı Belirtilerinin Yordayıcısı Olarak Affetme ve Dindarlık İlişkisi. *Yayımlanmış Doktora Tezi* . Sakara: Sakarya Üniversitesi SBE.
- ŞİMŞEK, F.Z. (2019). Manevi Danışmanlık İlkeleri Bağlamında Mevlana ve Yunus Emre Düşüncesinin Değerlendirilmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Kon-ya: Necmettin Erbakan Üniversitesi SBE.
- ŞİRİN, T. (2017). Ergenlerin problem Becerileri ile Öznel Dindar İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*. C.15. 33.
- ŞİRİN, T. (2018). Maneviyat Ölçeği’nin Geliştirilmesi: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Turkish Studies*.
- TAKMAZ, Z. (2015). Psikolojik Danışma Etkileşiminde Maneviyata Bakış: Nitel Bir Çalışma. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi EBE.
- TAŞ, N. (2019). Tıp ve İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinde Batıl İnanç, Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi SBE.
- TAŞAN, N. (2020). Kanseri Hastalarında Maneviyat İle Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İnönü Üniversitesi. SBE.

- TEKEŞ, A. (2019). Manevi Bakım Hizmetlerinin Kaygı, Depresyon ve Umutsuzluk Üzerine Etkisi (Kayseri Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Örneği). *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi SBE.
- TOPUZ, İ. (2014). *Din Görevlilerinin Manevi Danışmanlık Yeterlilikleri*. Isparta: Manas Yayınları.
- TULUM, M. (1985). *Temel Türkçe Sözlük*. 1. Cilt. 1. Basım. İstanbul: Karakuşak Yayınları.
- TUNCEL, M. (2010). Halk Sağlığının Korunmasında Yapılan İletişim Faaliyetlerinin Rolü Üzerine Bir Araştırma. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE.
- TUGUT, A, K. (2013). İbn Haldun Felsefesinde Tabiat- İnsan İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 2 (31).
- TÜFEKÇİ, Ç. (2004). Transpersonel Psikolojiye Göre Bilinçlilik Aşamaları ve Dini Tecrübe. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi SBE.
- TÜMER, G. ve KÜÇÜK, A. (1988). *Dinler Tarihi*. 1. Basım. Ankara: Ocak Yayınları.
- TÜMER, G. (1987). Çeşitli Yönleriyle Din. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 28(1). 213-267.
- TÜRK, R. (2020). Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi: Kars Örneği. *Araştırma Makalesi*. Kafkas Üniversitesi.
- ULU, M. (2013). Dindarlığın Tanımı, Boyutları ve Ölçülmesi Üzerine Psikolojik Bir Araştırma Erciyes Üniversitesi Öğrencileri Örneği. *Yayımlanmış Doktor Tezi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi SBE.
- UÇAR, M. (2017). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ile Spritüalite (Maneviyat) Arasındaki İlişki. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Malatya: İnönü Üniversitesi. SBE.
- USTA, Z. (2018). Türkiye’de Hastanelerde Manevi Destek Hizmetleri(Manevi Destek Görevlileri Üzerinde Bir Araştırma). *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi SBE.
- UYSAL, V. (1996). *Din psikolojisi Açısından Dini Tutum Davranış ve Şahsiyet Özellikleri*. İstanbul: Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları.
- UYSAL, S. (2007). Transpersonel Psikoloji ve Din. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: M.Ü. SBE.
- WEITEN, W., HAMMER, E.Y. ve DUNN, D.S. (2016). *Psikoloji ve Çağdaş Yaşam İnsan Uyumu*. Çev. Ebru İkiz. Ankara: Nobel Akademik Yay.
- WILLAME, J. P. (2003). Dinin Tanımlanması Meselesi. Çev. Halife Keskin ve Abdullah Alperen, Ç.Ü. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 3 (1), 322- 333.

- WULF, D.M. (2006). Transpersonel (Benötesi) Psikoloji. Çev. A. Ulvi Mehmedoğlu ve Saliha Uysal, *M.Ü İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 31(2), 243-254.
- YAPICI, A ve KAYIKLIK, H. (2005). Ruh Sağlığı Bağlamında Dindarlığın Öz Saygı ve Kaygı ile İlişkisi: Çukurova Üniversitesi Örneği. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 3 (9), 177-206.
- YAPICI, A. (2016). Cinsiyete Göre Farklılaşan Dindarlıklar ve Kadınlarda Dinsel Yaşamın Farklı Görüntüleri. *Dini Araştırmalar, Kadın Özel Sayısı*. s. 131-161
- YAVUZ, K. (2013). *Günümüzde İnancın Psikolojisi*. 1. Basım. Ankara: Boğaziçi Yayınları.
- YAVUZ, T. (2020). Hemodiyaliz Hastalarında Sabır ve Yaşam Memnuniyeti İlişkisi. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi SBE.
- YILDIRIM, E. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Dindarlık ve Modernleşme Algısı: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. *Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi SBE.
- YILMAZ, M. (2013) Yaşlılıkta Manevi Destek ve Din Eğitiminin Önemi. *Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Sayı 39.
- YILMAZ, M. ve OKYAY, N. (2009). Hemşirelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, s.3.
- YILMAZ, N ve ERDEM, R. (2016). Uzmanlaşma ve Tıpta Bütüncül Yaklaşım Üzerine Bir Değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. C. /, s.16. s. 35-47.
- 2828 Kanun Numaralı, 24.05.1983 Tarihli Sosyal Hizmetler Kanunu Yayımlandığı Tarih: 27.05.1983, Resmi Gazete Sayısı: 18059.
26. 10. 2011 Tarihli Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı Arasında İşbirliği Protokolü.
- 01.08.1998 Tarihli, 23420 Sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği.
- 7 Ocak 2015 DİB ile Sağlık Bakanlığı Arasında Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği protokolü.
- 633 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, mad. 38.

EKLER

EK 1: “Hastanelerde Manevi Destek Algısı ve İhtiyacı Üzerine Bir Çalışma (Bolu Örneği)” İle İlgili
Araştırmanın Kişisel Bilgi Onam Formu

Sizi **Özgür ŞENTÜRK** tarafından yürütülen “**Hastanelerde Manevi Destek Algısı ve İhtiyacı Üzerine Bir Çalışma (Bolu Örneği)**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı hastane ortamında tedavi süreçlerini geçirmekte olan hastaların ve onların bakımları ile ilgilenen hasta yakını ve hastane çalışanının manevi destek algısını ölçmek ve Bolu’da henüz başlamamış olan hastanelerdeki manevi destek ihtiyacının olup-olmadığını ortaya koymaktır. Araştırmada sizden tahminen **15 dakikanızı** ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen **450** kişi katılacaktır. Araştırma anket yöntemi olup **53** soru bulunmaktadır. Ankette **2 ölçek ve araştırmacı tarafından oluşturulan iki anket formu** kullanılmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarmanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Ek 2: “Hastanelerde Manevi Destek Algısı ve İhtiyacı Üzerine Bir Çalışma (Bolu Örneği)” İle İlgili
Sağlık Çalışanlarına Ait Araştırmanın Kişisel Bilgi Formu ve Anket Soruları

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Saygıdeğer Katılımcı,

Bu çalışma, Din Psikolojisi sahasında yapmakta olduğumuz araştırmada önemli bir veri kaynağıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilecek sonuçların güvenilir olması, size verilen soru listesini samimi bir şekilde cevaplamanıza bağlıdır. Anket kapsamında paylaştığımız bilgiler tamamıyla bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bireysel bir değerlendirme yapılmayacağı için isminizi belirtmeniz gerekli değildir. Lütfen hiçbir soruyu eksik bırakmayınız. Araştırmamıza gösterdiğiniz ilgi ve katkı için teşekkür ederiz.

*SAÜ İlahiyat Fakültesi Felsefe ve Din Bilimleri
Din Psikolojisi Bilim Dalı
Özgür ŞENTÜRK*

1. Yaşınız? ()

2. Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın ()

3. Medeni durumunuz?

Evli () Bekar ()

4. Gelir Durumunuz?

Düşük () Orta () Üst ()

5. Eğitim durumunuz?

Okur-Yazar değil () İlkokul -Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()

6. Hastanedeki konumunuz?

Doktor () Hemşire- Sağlık Lisansiyeri ()

7. Hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?

Büyükşehir () İl () İlçe () Köy-Kasaba ()

8. Daha önce manevi destek ve rehberlik hizmetini duydunuz mu?

Evet () Hayır ()

9. Kendinizi dindarlık bakımından nasıl değerlendirirsiniz?

() Dinle ilgim yok. () Biraz dindarım. () Dindar değilim.

() Dindarım. () Çok dindarım

Ek 3: “Hastanelerde Manevi Destek Algısı ve İhtiyacı Üzerine Bir Çalışma (Bolu Örneği)” İle İlgili
Hasta ve Hasta Yakınlarına Ait Araştırmanın Kişisel Bilgi Formu ve Anket Soruları

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Saygıdeğer Katılımcı,

Bu çalışma, Din Psikolojisi sahasında yapmakta olduğumuz araştırmada önemli bir veri kaynağıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilecek sonuçların güvenilir olması, size verilen soru listesini samimi bir şekilde cevaplamanıza bağlıdır. Anket kapsamında paylaştığınız bilgiler tamamıyla bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bireysel bir değerlendirme yapılmayacağı için isminizi belirtmeniz gerekli değildir. Lütfen hiçbir soruyu eksik bırakmayınız. Araştırmamıza gösterdiğiniz ilgi ve katkı için teşekkür ederiz.

*SAÜ İlahiyat Fakültesi Felsefe ve Din Bilimleri
Din Psikolojisi Bilim Dalı
Özgür ŞENTÜRK*

1. Yaşınız? ()

2. Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın ()

3. Medeni durumunuz?

Evli () Bekar ()

4. Gelir Durumunuz?

Düşük () Orta () Üst ()

5. Eğitim durumunuz?

Okur-Yazar değil () İlkokul -Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()

6. Hastanedeki konumunuz?

Hasta () Hasta Yakını ()

7. Hayatınızın çoğunu nerede geçirdiniz?

Büyükşehir () İl () İlçe () Köy-Kasaba ()

8. Daha önce manevi destek ve rehberlik hizmetini duydunuz mu?

Evet () Hayır ()

9. Kendinizi dindarlık bakımından nasıl değerlendirirsiniz?

() Dinle ilgim yok. () Dindar değilim. () Biraz dindarım.

() Dindarım. () Çok dindarım.

EK 4: “Manevi Destek Algısı Ölçeği”

Manevi Bakım; Hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedavilerine hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile talep eden hastalara manevi telkinde bulunmak, onları ruhsal ve moral yönden desteklemek, ibadetlerini hastalıklarının verdiği imkânlar çerçevesinde yerine getirmelerine rehberlik etmek ve yaşama dirençlerini desteklemek amacıyla sunulan manevi destek hizmetleridir. Bu ölçek; Doktor, Ebe ve Hemşirelerin Manevi Destek hakkındaki kanaatlerini tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen yan sütunda verilen derecelendirmeyi kullanarak, sizin görüşlerinize en uygun olan seçeneği X ile işaretleyiniz.		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Aşağıdaki maddeleri manevi desteğe ilişkin kendi durum ve görüşlerinize göre cevaplayınız.		0	1	2	3	4
1	Hastaların fiziksel iyileşmesi için ruhi (manevi) iyileşmesinin de gerekli olduğu kanaatindeyim.					
2	Manevi desteğin, hastalık döneminde kişiye güven duygusu verdiği kanaatindeyim.					
3	Manevi desteğin, hastalık ile baş etmede tıbbi tedaviyi destekleyeceği kanaatindeyim.					
4	Hastaların tedavi sürecinde manevi moral desteğe ihtiyaçları olduğu kanaatindeyim.					
5	Manevi destek, hastalarda psiko-sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.					
6	Manevi desteğin, hastalardaki manevi sapmaları (hurafeleri) gidereceği kanaatindeyim.					
7	Manevi desteğin, hastalarda yaşama direncini arttıracığı kanaatindeyim.					
8	Manevi desteğin, hastalarda fiziki iyileşmeye de destek olacağı kanaatindeyim.					
9	Zaman zaman sağlık personelinin de manevi desteğe ihtiyacı olduğu kanaatindeyim.					
10	Sağlık personeli olarak, hastalara manevi desteğin nasıl yapılacağını öğrenmek isterim.					
11	Sağlık personeli olarak, hastalara manevi destekte bulunmak isterim.					
12	Hastaların manevi desteği istemeye veya reddetmeye hakkı olduğu kanaatindeyim.					
13	Hastanede, her türlü dini ve manevi sorunların danışılabilceği bir uzmana ihtiyaç var.					
14	Hastaların, manevi bakımdan önem taşıyan eşyalarına saygı gösterilmelidir.					
15	Hastalar manevi gereksinimlerini (ibadet, kitap, vb.) hastane ortamında karşılayabilmelidir.					

EK 5: “Maneviyat Ölçeği”

Elinizdeki ölçek bireyin maneviyatının farklı boyutlarını ölçmek üzere hazırlanmıştır. Ölçekte 27 Adet soru bulunmaktadır. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin numarasını işaretleyiniz Lütfen her ifadeye mutlaka tek yanıt veriniz ve kesinlikle boş bırakmayınız. Katkılarınız için teşekkür ederiz. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederiz.		(1) Bana Hiç Uygun Değil	(2) Bana Uygun Değil	(3) Bana Biraz Uygun	(4) Bana Oldukça Uygun	(5) Bana Tamamen Uygun
1.	Allah’ın beni sevdiğini hissediyorum					
2.	Bir sorunla karşılaştığımda dua ederim					
3.	Dini etkinliklere katılırım					
4.	Dua ettiğimde Allah’a kendimi yakın hissederim					
5.	Enerjisine inandığım şeyleri üzerimde taşıyım					
6.	Hayata dair bir hoşnuthluk duygusu hissediyorum					
7.	Hayata gelmemin bir amacı olduğuna inanırım					
8.	Hayatımda büyük bir boşluk varmış gibi hissediyorum *					
9.	Maneviyatım bana güç verir.					
10.	Yediğim şeylerin enerjisinin beni etkilediğine inanıyorum					
11.	Hayatımı manevi kabullerime göre yaşarım					
12.	Maneviyat stresli durumlarla başa çıkmanızı sağlar.					
13.	Hayatımın amacımı halen bulabilmiş değilim *					
14.	Hayatta hiçbir şey sebepsiz olmaz					
15.	Hayatta iyilikle kötülüğün bir savaşı var					
16.	Her canlının taşıdığı bir enerji vardır					
17.	Her insan hayatının anlamını bulmaya çalışmalıdır					
18.	İlâhî bir gücün beni koruduğunu hissederim.					
19.	Kâinatta, aşkın (ilâhî) bir varlığın olduğuna inanıyorum.					
20.	Maneviyat hayatın anlamıyla ilişkilidir.					
21.	Maneviyata önem veririm.					
22.	Kâinatta her şeyin bir bütünün parçası gibi birbirine bağlı olduğuna inanırım.					
23.	Maneviyatım davranışlarım üzerinde etkilidir.					
24.	Maneviyatımı güçlendirmek için bazı manevi egzersizler (zikir, meditasyon, dua vb.) yaparım.					
25.	Maneviyatla ilgili bir eğitim olduğumu görürsem katılmaya çalışırım.					
26.	Olduğum kişi olmaktan mutlu değilim. *					
27.	Maneviyat konusunda eğitim almak gerektiğine inanıyorum.					

Yıldız (*) işaretli maddeler ters maddelerdir.

ÖZGEÇMİŞ

Özgür Şentürk, 2016 yılında Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi’nden mezun oldu. 2018 yılında Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Din Psikolojisi bilim dalında yüksek lisans yapmaya başladı.

2015 yılında Diyanet İşleri Başkanlığında imam-hatip olarak göreve başladı. Halen imam-hatiplik görevine devam etmektedir. 2021 yılında Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Şentepe Lokmanoğlu danışmanlığında “*Hastaneler Manevi Destek Algısı ve İhtiyacı Üzerine Bir Çalışma (Bolu Örneği)*” isimli tez çalışmasını tamamladı.