

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLAMINDA MANEVİ BAKIM
(HOLLANDA VE TÜRKİYE ÖRNEKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Mehmet Şerif KAYA

İstanbul, 2018

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLAMINDA MANEVİ BAKIM
(HOLLANDA VE TÜRKİYE ÖRNEKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Mehmet Şerif KAYA

Öğrenci No:

140746334

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. İlkay KANIK

İstanbul, 2018

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım (Hollanda ve Türkiye Örneklerinin Karşılaştırılması)” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun bir şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.
12 / 01 / 2018

Mehmet Şerif KAYA

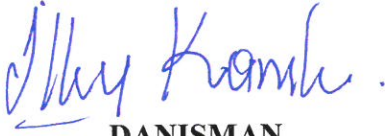


T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

15.2.2018

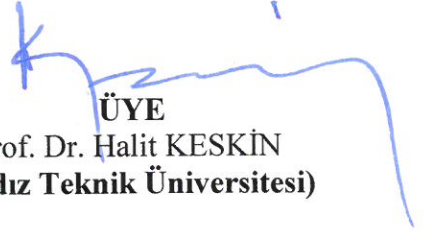
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **140746334** numaralı **Mehmet Şerif KAYA**'nın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım (Hollanda ve Türkiye Örneklerinin Karşılaştırılması)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 23.01.2018 tarih ve 2018/04 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (5.) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. İlky KANIK
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Prof. Dr. Halit KESKİN
(Yıldız Teknik Üniversitesi)



ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Talat FİRLAR
(Beykent Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Mehmet Şerif KAYA

Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. İlkey KANIK

Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2018

Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi

Anahtar Kelimeler : Sağlık Hizmetleri, Manevi Bakım

ÖZ

SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLAMINDA MANEVİ BAKIM (HOLLANDA VE TÜRKİYE ÖRNEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI)

Manevi bakım, sosyal bilimler açısından, son yıllarda önemi artan ve ilgi uyandıran konuların başında gelmektedir. Çalışmamızda manevi bakımın, sağlık hizmetleri bağlamındaki yeri ve önemi irdelenmiştir. Manevi bakımın temel özellikleri, çalışma alanları ve yöntemi konusunda Psikoloji ve Teoloji biliminin olanaklarından faydalanılmıştır. Çalışmada manevi bakımın, kendine özgü yöntemleri olan bir profesyonel bir bakım modeli olduğu vurgulanmaktadır. Çalışma oluşturulurken, sağlık kurumlarının konuya dair güncel çalışmaları, konu hakkındaki güncel veriler ve alanında uzman akademisyenlerin çalışmalarından faydalanılmıştır.

Çalışmada, dünyadaki manevi bakım uygulamalarından örnekler verilmiştir. Ardından Hollanda ve Türkiye'nin manevi bakım uygulamaları üzerinde durulmuştur. Bu ülkelerin manevi bakım uygulamalarının yapısı, kapsamı ve hukuki boyutları ile ilgili güncel verilerden yararlanılarak, özgün bir karşılaştırma yapılmıştır. Çalışmada, Hollanda'nın manevi bakım konusunda profesyonel ve kapsamlı bir bakım modeline sahip olduğu görülmüştür. Bunun yanında, Türkiye'nin manevi bakım konusundaki çalışmalarının başlangıç düzeyinde olduğu görülmüştür. Sosyolojik ve kültürel farklılıklar, kurumsallaşma süreçlerindeki aksaklıklar ve mevcut farklı hukuki yapılar, bunun sebepleri arasında gösterilmiştir.

Name and Surname : Mehmet Şerif KAYA

Supervisor : Yrd. Doç. Dr. İlkey KANIK

Degree and Date : Master, 2018

Major : Hospital and Healthcare Management

Key Words : Health Services, Spiritual Care

ABSTRACT

SPIRITUAL CARE IN THE CONTEXT OF HEALTH SERVICES

(A COMPARATIVE EXAMPLE OF TURKEY AND NETHERLANDS)

In terms of social sciences, spiritual care is one of the leading and intriguing issues which has become increasingly important and popular in recent years. In our study the place and importance of spiritual care in the context of health services has been investigated. We have benefited from the means of psychology and theology sciences in the matter of the basic features of the spiritual care, its study fields and methods. In this study it's emphasized that spiritual care is a professional care model which has its own methods. While the study conducted the latest studies of health institutions regarding the topic, updated data about the issue and the studies of the academists in the field have been benefited.

A number of examples of spiritual care practices around the world have been given in the study. Then spiritual care practices in Turkey and the Netherlands have been shed light on. By making use of current data, a unique comparison has been made on the structure scope and legal aspects of spiritual care practices of these countries. It has been found out that the Netherlands has a professional and extensive care model while Turkey's endeavours and practices about spiritual care are at the beginner level. Among the reasons; sociological and cultural differences, disruptions in the process of institutionalization and different legal structures are shown.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1. SAĞLIK HAKKINDA GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. Sağlığın Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi	4
1.2. Sağlığın Boyutları	5
1.2.1. Sağlık Algısı	6
1.2.2. Sağlığın Yaşam Kalitesine Etkisi	7
1.3. Sağlık Ekonomisi	8
1.3.1. Sağlık Ekonomisinin Çalışma Alanı	9
1.3.2. Sağlık Pazarlaması.....	9
1.3.3. Sağlık Harcamaları	11
1.4. Sağlık Politikaları.....	12
1.5. Sağlık Teknolojisi	15
1.5.1. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Durumu.....	17
1.5.2. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Süreci.....	17
1.6. Sosyal Sağlık.....	18
1.7. Sağlık Hukuku.....	18
1.7.1. Hukukta Hasta Kavramı	19

1.7.2. Hukukta Hasta Hakları	19
1.7.3. Hasta Haklarının Tarihçesi	20
2. SAĞLIK HİZMETLERİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER	22
2.1. Hizmet Kavramı	22
2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	22
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri	22
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Boyutları.....	23
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Temel Unsurları	23
2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	25

İKİNCİ BÖLÜM

MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1. MANEVİYAT HAKKINDA GENEL BİLGİLER	30
1.1. Maneviyat Kavramı.....	30
1.2. Maneviyatın Diğer Bilimlerle Olan İlişkisi.....	31
1.2.1. Maneviyat - Din İlişkisi.....	31
1.2.2. Maneviyat - İlahiyat İlişkisi.....	33
1.2.3. Maneviyat - Felsefe İlişkisi	35
1.2.4. Maneviyat - Psikoloji İlişkisi.....	36
1.2.5. Maneviyat - Sosyoloji İlişkisi.....	39
1.2.6. Maneviyat-Ahlak İlişkisi	39
2. MANEVİ BAKIM HAKKINDA GENEL BİLGİLER.....	41
2.1. Manevi Bakımın Tanımı ve Kapsamı	41
2.2. Manevi Bakımın Tarihçesi	42
2.3. Dünyada Manevi Bakım Uygulamaları	43
2.3.1. Amerika’ da Manevi Bakım Uygulamaları	43

2.3.2. İngiltere’ de Manevi Bakım Uygulamaları.....	44
2.3.3. İsviçre’ de Manevi Bakım Uygulamaları	45
2.3.4. Almanya’ da Manevi Bakım Uygulamaları	45
2.4. Manevi Bakımı Etkileyen Unsurlar	46
2.5. Manevi Bakım Modelleri	47
2.5.1. Tebliğ ve İrşat Modeli	47
2.5.2. Terapi Modeli	47
2.5.3. Teselli ve Tefsir Modeli	48
2.6. Manevi Bakım Uzmanı / Görevlisi	49
2.6.1. Manevi Bakım Uzmanı / Görevlisi Kavramı.....	49
2.6.2. Manevi Bakım Uzmanının / Görevlisinin Görevleri	50
2.7. Manevi Bakımın Çalışma Alanı.....	51
2.8. Manevi Bakımın Sağlık Hizmetlerindeki Rolü.....	52
2.9. Dinin Hastalıklarla Baş Etmede Rolü	53
2.10. Sağlıkta Kalite Bakımından Manevi Bakım	57

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HOLLANDA VE MANEVİ BAKIM UYGULAMALARI

1. HOLLANDA’ NIN SOSYAL VE SİYASİ YAPISI	58
2. HOLLANDA SAĞLIK SİSTEMİ	59
2.1. Hollanda Sağlık Sisteminin Temel Özellikleri	60
2.2. Hollanda’ nın Sağlık Verileri	60
2.2.1. Hollanda’ nın Bağışıklama Oranları.....	61
2.2.2. Hollanda’ nın Sağlık Harcamaları	61
2.2.3. Hollanda’ da Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi.....	61
2.2.4. Hollanda’ da Kanserle Bağlı Ölüm Oranları	62

2.2.5. Hollanda’ da Bebek Ölüm Hızı	62
3. HOLLANDA VE MANEVİ BAKIM	63
3.1. Hollanda’ da Manevi Bakıma Genel Bir Bakış.....	63
3.2. Hollanda’ da Manevi Bakım Organizasyonu	63
3.2.1. Manevi Bakım Sağlayıcıları Birliği’ nin Yapısı.....	64
3.2.3. Manevi Bakım Sağlayıcıları Birliği’ nin Hizmet Verdiği Gruplar.....	69
3.3. Hollanda’ da Manevi Bakımın Hukuki Boyutu	72
3.4. Hollanda’ da Manevi Bakım Eğitimi	74

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE VE MANEVİ BAKIM UYGULAMALARI

1. TÜRKİYE’ NİN SOSYAL VE SİYASİ YAPISI.....	76
2. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ.....	77
2.1. Türkiye Sağlık Sisteminin Temel Özellikleri	77
2.2. Türkiye’ nin Sağlık Verileri	78
2.2.1. Türkiye’ nin Bağışıklama Oranları.....	79
2.2.2. Türkiye’ nin Sağlık Harcamaları	80
2.2.3. Türkiye’ de Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	80
2.2.4. Türkiye’ de Kansere Bağlı Ölüm Oranları	81
2.2.5. Türkiye’ de Bebek Ölüm Hızı	81
3. TÜRKİYE VE MANEVİ BAKIM.....	82
3.1. Türkiye’ de Manevi Bakıma Genel Bir Bakış.....	83
3.2. Türkiye’ de Manevi Bakım Organizasyonu	83
3.3. Türkiye’ de Manevi Bakımın Hukuki Boyutu	84
3.4. Türkiye’ de Manevi Bakım Eğitimi	86
3.4.1. Türkiye’ de Manevi Destek Personelinin Nitelikleri.....	86

3.4.2. Türkiye’ de Manevi Destek Personelinin Eğitimi	87
---	----

BEŞİNCİ BÖLÜM

HOLLANDA VE TÜRKİYE' NİN MANEVİ BAKIM KARŞILAŞTIRMASI

1. MANEVİ BAKIMIN TARİHSEL YÖNDEN KARŞILAŞTIRILMASI	87
2. MANEVİ BAKIMIN ANLAM VE KAPSAM KARŞILAŞTIRILMASI	89
3. MANEVİ BAKIMIN KURUMSAL YÖNDEN KARŞILAŞTIRILMASI	90
4. MANEVİ BAKIMIN METOT VE MATERYAL BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	92
5. MANEVİ BAKIMIN HUKUKSAL YÖNDEN KARŞILAŞTIRILMASI	93
6. MANEVİ BAKIMIN HİZMET ALANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	95
7. MANEVİ BAKIM EĞİTİMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	96
SONUÇ	97
KAYNAKÇA	99
EKLER	
Ek-1) Manevi Destek Görüşme Formu	113

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AGİT	: Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Teşkilatı
AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
APA	: Amerikan Psikoloji Derneği
ASCS	: İsviçre Manevi Bakım Çalışma Grubu
BM	: Birleşmiş Milletler
BUN	: Hollanda Budist Birliği
C.	: Cilt
CT	: Kesit Yazar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ENHCC	: Avrupa Sağlık Bakımı Ağı Şebekesi
EUROSTAT	: Avrupa İstatistik Enstitüsü
FBZ	: Mesleki Bakım Federasyonu Kurulu
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla
HOİ	: Hümanistik Eğitim Enstitüsü
IBRD	: Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası
IGGS	: Uluslararası Sağlık ve Maneviyat Topluluğu
IMF	: Uluslararası Para Fonu
İİT	: İslam İşbirliği Teşkilatı
KHG	: Hindu Manevi Bakım Sağlayıcıları Birliği
LRC	: Ulusal Seyahat Önerileri Merkezi
MR	: Manyetik Rezonans

NATO	: Kuzey Atlantik Anlaşması Örgütü
NHS	: Milli Sağlık Hizmeti
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
RING – GV	: Kurumsal Olmayan Manevi Bakım Konseyi
RÖLYEF	: Hristiyan Bakım Sağlayıcıları Derneği
S.	: Sayı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHİDK	: Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu
SHS	: Sağlık Hesaplama Sistemi
SING	: Kurumsal Olmayan Diğer Gruplar
SKGV	: Manevi Bakım Kalite Kayıt Vakfı
STDD	: Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Durumu
STDS	: Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Süreci
TDK	: Türk Dil Kurumu
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
UvH	: Hümanizm Üniversitesi
vb.	: Ve Benzeri
VGvZ	: Manevi Bakım Sağlayıcıları Birliği
WB	: Dünya Bankası
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu

GİRİŞ

Sağlık hizmetinin sunumunda manevi ihtiyaçların giderilmesi, en az fiziksel ihtiyaçların giderilmesi kadar önemlidir. Bu açıdan bakıldığında hastalara manevi bakımın etkin ve profesyonel bir şekilde verilmesi kaçınılmazdır. Manevi bakım, Psikoloji ve Teoloji bilimlerinden faydalanan, fakat özgün bir destek modeli sunan profesyonel bir hizmeti ifade etmektedir.

- Çalışma Konusunun Seçimi: Yaşam ve yaşam kalitesi açısından sağlığın önemi; vazgeçilemez, ertelenemez, başka bir olgu ile değiştirilemez bir durumdur. Hayata anlam ve amaç kazandırmada anahtar rol olarak tanımlanabilecek olan maneviyat kavramının, bir bakım modeli olarak, sağlık hizmetleri bağlamında ele alınması; Teoloji, Sosyoloji ve Psikoloji bilimleri açısından son derece önemli bir gelişmedir. Son zamanlarda, maneviyatın hastalara; moral, motivasyon, direnç kazandırma, hastalıklarla mücadele etme, ağrı eşiğini arttırma gibi, tedavi sürecine ciddi katkılar sunmasının bilimsel verilerle ortaya konması, konunun bilimselliğini ve evrenselliğini göstermektedir.

Manevi bakım desteğinin, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde olduğu kadar hastaların rehabilite ve tedavi edilme sürecinde de sağladığı katkılar, manevi bakım desteğinin insan hayatındaki önemine işaret etmektedir. Manevi bakım desteğinin etnik, dini, ideolojik vb. hiçbir ayırım gözetmeksizin tüm insanlara sunulması ve kendi alanında spesifik bir disiplin olma yolunda ilerlemesi konuya olan ilgiyi arttırmaktadır. Manevi bakımın, bu hizmetten faydalanan bireylerin kişisel tercihlerine saygı duyarak gelişme iddiası, manevi bakımın sağlık hizmetlerindeki rolüne önemli bir hassasiyet kazandırmaktadır.

- Çalışmanın Amacı: Manevi bakımın bir destek modeli olarak sağlık hizmetleri içerisinde yer aldığı bilinmektedir. Manevi bakımın uygulama modelleri birbirinden farklılık arz etmektedir. Kimi ülkelerde manevi bakım konusunda tarihi bir derinlik ve metodolojik bir çeşitlilik bulunurken, kimi ülkelerde manevi bakım konusu istenilen düzeyde değildir.

Hollanda, manevi bakım uygulamaları açısından, tarihsel zenginliği ve metodolojik çeşitliliği bakımından Avrupa'daki önemli bir uygulama modelidir. Türkiye ise manevi bakım hizmeti konusunda henüz istenilen düzeyde değildir. Çalışma oluşturulurken, bu iki uygulama modeli arasındaki farkları ve benzerlikleri ortaya koyarak, manevi bakımın Türkiye'deki uygulanabilirliği üzerine fikir yürütme amaçlanmıştır. Manevi bakım konusundaki akademik çalışmalar dizisine katkıda bulunmak, çalışmanın diğer bir amacını teşkil etmektedir.

- **Çalışmanın Önemi:** Özellikle son yıllarda başta ABD ve Avrupa' daki birçok ülke olmak üzere, bilimsel yayınlarda, sağlık hizmetlerindeki manevi bakım uygulamalarından alınan olumlu neticeler, bu konuya olan ilgiyi arttırmıştır. Manevi bakımın kendine ait bir bilimsel disiplin olma iddiası konunun önemini ortaya koymaktadır.

Hollanda ve Türkiye' nin manevi bakım uygulamalarının kıyaslanması, manevi bakım modellerindeki farklılıkları ve benzerlikleri ortaya koymaktadır. Bu da ülkelerin manevi bakım konusundaki hassasiyetlerini göstermektedir. Çalışma, manevi bakımın ülkelerdeki mevcut durumuna ışık tutmakla, önemli bir durum tespiti sunmaktadır.

- **Çalışmanın Planı:** Çalışma beş ana bölümden oluşmaktadır. Bunları şu şekilde açıklayabiliriz;

Birinci bölümde, sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili kavramlara yer verilmiştir. Bu kavramlar bu bölümde tanımlanmış olup, literatür taramalarından konu ile alakalı edinilen bilgiler ışığında konuya giriş yapılmıştır.

İkinci bölümde, manevi bakım konusu ele alınmış olup, bu kavramın sağlık hizmetleri bağlamındaki uygulanabilirliği, hukuki durumu ve kapsamı ile ilgili akademik çalışmalar irdelenmiştir.

Üçüncü bölümde, Hollanda'nın sağlık sistemi ve manevi bakım konusundaki uygulamalarına değinilmiş, manevi bakımın sağlık hizmetleri bağlamındaki saha uygulamaları konu edinmiştir.

Dördüncü bölümde, Türkiye'nin sağlık sistemi ve manevi bakım konusundaki güncel durumu anlatılmış, ilgili kurumların çalışmalarına yer verilmiş ve sahadaki uygulamaları irdelenmiştir.

Beşinci bölümde, Hollanda ve Türkiye' deki manevi bakım uygulamaları çeşitli başlıklar altında özgün bir karşılaştırma yöntemi kullanılarak izah edilmiştir.

- **Kullanılan Metot ve Teknikler:** Çalışma teorik olduğundan, literatür taraması ve tarihsel kronoloji yönteminden faydalanılmıştır. Çalışma oluşturulurken, bilimsel yayın ve dergiler, resmi gazete ilanları, yayınlanmış akademik kitaplar irdelenmiştir. Çalışmaya katkı sağlayabilecek birçok arşiv taranmış ve gerekli görülen bilgiler, kaynak gösterilerek özenle düzenlenmiştir. Çalışma oluşturulurken manevi bakım konusunda hizmet veren Hollanda ve Türkiye' deki ilgili kurumlardan edinilen bilgilerden faydalanılmıştır.

- **Çalışmanın Hipotezi:** Çalışma, Hollanda' nın manevi bakım konusunda Türkiye' den daha kapsamlı bir yapıda olduğunu öngörmektedir. Yine Hollanda' nın manevi bakımın kurumsallaşması anlamda Türkiye' den daha güçlü ve köklü olduğu ortaya konmaktadır. Manevi bakım, Hollanda' da profesyonel ve fonksiyonel bir şekilde uygulanırken, Türkiye' de dağınık ve bireysel çabalarla yürütülmektedir.

- **Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar:** Konunun güncel bir konu olması, ulaşılabilir kaynak sayısını ciddi oranda azaltmıştır. Bununla beraber ulaşılan yabancı kaynakların tercüme edilmesi zaman almıştır. Tarihsel olayların kronolojik olarak düzenlenmesi ve gözden geçirilmesi, çalışma düzeninde özenli olmayı zorunlu kılmıştır. Çalışmanın özünü yansıtacak uygun başlıkların seçilmesi ve bölümlerin oluşturulması süreci zaman almıştır. Manevi bakım konusundaki çalışmalar yeni olduğundan, detaylı bir nitel ve nicel karşılaştırma yapmak yerine, özgün başlıklar seçilerek konunun çerçevesi çizilmeye çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1. SAĞLIK HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Sağlık kavramına ilişkin akademik değerlendirmelerin ve buna bağlı olarak düzenlenen gerekli sınıflandırmaların yer aldığı ilgili bölüm, sağlık ile ilgili genel bilgilerin bilinmesinin yanı sıra, konunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

1.1. Sağlığın Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi

Sağlık kavramı, üzerinde birçok tartışma yapılan, resmi ve gayri resmi birçok tanımı bulunan kavramlardan biridir. Sağlık kavramı ile ilgili yapılan değerlendirmeler birçok çalışma disiplini açısından farklı boyutlarla ele alınmaktadır. Son yüzyılda, özellikle Sosyoloji ve Psikoloji alanında yaşanan gelişmeler ışığında, sağlığın geleneksel tanım çerçevesi dar bulunmuş, sağlığı tanımlamada manevi refah ve sosyal durum da esas ölçütlerden biri haline gelmiştir. Bununla beraber sağlığın kavramsal çerçevesi sosyal bilimlerdeki gelişmelere paralel olarak gelişmektedir.

Alanında otorite olan birçok uzmanın belirttiğine göre sağlık, tanımlanması oldukça güç kavramlardan biridir. Sağlık kelimesinin tanımlanma şekli ait olduğu zamanın fikri, siyasi, bilimsel yönlerine göre değişiklik gösterebilir. Nitekim son zamanlarda ABD’ de, sağlık kavramı, sağlıktan beklentilerin çeşitliliğine göre çok farklı şekillerde izah edilmiştir. Örneğin sağlık; insanların, yaşamlarını sürdürebilme yeteneklerine, hasta olup olmadıklarına, günlük yaşamsal faaliyetlerini yerine getirip getiremediklerine, mutluluk ve huzur duygusuna sahip olup olmadıklarına ve iyilik halinin sağlanıp sağlanmadığına varıncaya kadar değişik şekillerde karşılık bulmaktadır. Bu da sağlığın çok farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur. (Somunoğlu 1999, 52)

Sağlık ile ilgili yapılan güncel tanımlamalar, bir insanın sağlığının yerinde olması için, sadece fiziksel yönü ile ilgili iyilik durumlarının yanında, ruhsal ve sosyal yönden de, bir bütüncül iyilik halinin bulunmasını şart koşturmuştur.

DSÖ' nün 1948' de yayımlanan ilgili tüzüğünde, sağlığın tanımında esas alınan parametreler sıralanırken, bedende hastalık veya sakatlık gibi faktörlerin yanı sıra; sosyal ve ruhsal refah gibi faktörler de birer bileşen olarak belirtilmiştir. (Dünya Sağlık Örgütü 1986, 1) Sağlık sübjektif olarak düşünüldüğünde sadece fiziksel iyilik hali olarak yorumlanabilir. Sağlık kavramı, hayatın anlam kazanmasında ve hayatın çeşitli aşamalarında önemli bir bileşen olarak kabul edilmektedir. Sağlığın tanımlanmasında, ruhsal boyutun da en az fiziksel boyut kadar önemli bir bileşen olduğunun vurgulanması, sağlığın kavramsal çerçevesinin anlaşılmasında önemli bir farkındalık oluşturmaktadır.

1.2. Sağlığın Boyutları

Şüphesiz sağlık, içerisinde birçok boyutu barındıran ve bu yönüyle birçok tartışmanın konusu olan, birçok açıdan ele alınması gereken bir dinamiktir. Sağlık kavramının anlaşılmasında, sağlığın boyutlarının ortaya konması konunun genel çerçevesinin anlaşılması için gereklidir.

DSÖ, sağlık kavramının boyutuna, onu insani ve vazgeçilmez bir hak gören Ottawa Sözleşmesi' nde değinmiştir. Yeterli bir düzeyde maddi kaynak, huzur ve saadet, dengeli bir ekosistem ve var olan kaynakların dikkatli kullanımının yer aldığı bir dizi maddeler öngörülmüştür. Öngörülen bu maddeler; sosyal hayat, ekonomik şartlar, fiziksel çevre, bireysel yaşam tercihleri ve sağlığın boyutları arasında önemli bağlantılar olduğunu göstermektedir. (Dünya Sağlık Örgütü 1986, 1-3) Bu bağlantılara bakıldığında, sağlığın boyutlarının genel çerçevesini sosyal hayat ve bireysel tercihler arasındaki değerler dizisi belirlemektedir.

Özellikle son yüzyılda, ruhsal sağlık kavramının yaygınlaşması, sağlığın boyutlarını belli bir ölçüde geleneksel algılardan kurtarmaktadır. Günümüzde DSÖ' nün sağlık hakkını, vazgeçilmez, ertelenemez ve temel bir insani hak olarak görmesi de sağlığın tanımı ışığında, hastalara nasıl bir sağlık hizmeti sunulması gerektiğini ve bu hizmetin boyutlarını tartışmayı da zorunlu kılmıştır. (Dünya Sağlık Örgütü 1986, 1-3) Kapsamlı bir sağlık anlayışından bahsedebilmek, toplumdaki insanların sosyal ve ekonomik koşullarını, yaşadıkları sosyal çevrenin yapısını göz önünde bulundurmanın

gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bunlarla beraber sağlının, ekonomik, sosyal, manevi, teknolojik vb. boyutları, geniş bir perspektiften bakılarak incelenmelidir.

1.2.1. Sağlık Algısı

Sağlının DSÖ'ye göre tanımından yola çıkılarak sağlının objektif tanım ölçütlerine bakacak olursak, sosyal ve ruhsal iyilik halinin varlık bulamadığı birçok yoksulluk sınırının atında yaşayan toplumun 'sağlıksız toplum' olduğu tezi savunulabilir. Kapitalist ve sömürgeci Avrupa ülkelerinin izledikleri yanlış politikalar yüzünden, yoksulluk sınırının altında yaşayan, temiz içme suyuna ulaşmaya dahi olanak bulamayan ülkelerin insanları, 'sağlıksız toplum' kavramına özne olmaktadır.

Avrupa veya ABD' de yaşayan insanlar ile Asya ve Afrika' da yaşayan insanlar için sağlık algısı şüphesiz çok farklıdır. Örneğin, koruyucu sağlık sistemlerinin ve hizmetlerinin geliştiği Avrupalı bir insan, kontrol amaçlı rutin bir muayene seansını kaçırdığında kendini tıbben ihmal etmiş hissine kapılıp depresyona girebilir. Oysa Sahra altında kalan Afrika' da sadece çocuklarının susuzluktan ölmemesi gayesi ile su bulmaya çıkmış bir annenin bir çamurlu su çukuruna ulaşmış olması ile tarifi zor bir mutluluk yaşayabilir. Bu durum, dünya sisteminin üzerine kurulduğu adaletsiz yapıyı işaret etmenin yanı sıra, insanların sağlık algılama düzeylerinin de ne kadar farklı olabileceğini ortaya koymaktadır.

Sağlık kelimesinin birçok farklı disiplin ve otorite tarafından farklı tanımlamalarını yapmak mümkündür. Sağlının kimin tarafından açıklandığı meselesi de, sağlının anlaşılmasında diğer bir faktördür. Genel olarak resmi tanımlar, sağlık profesyonelleri tarafından açıklanmış sağlık tanımlarından oluşmaktadır. Resmi olmayan sağlık tanımları ise, sağlık konusunda profesyonel olmayan kişilerin sağlığa ilişkin sübjektif varsayımlarıdır. Yine kişilerin sağlığa dair algılamaları, mevcut toplum değerlerine ve kişisel algı derecelerine göre değişebilmektedir. (Somunoğlu 1999, 52)

1.2.2. Sağlığın Yaşam Kalitesine Etkisi

Sağlık, sosyal hayata ciddi etkileri bulunan bir durumdur. Yaşam kalitesinin objektif ölçütleri arasında bulunan sağlık, hayatın anlam kazanmasında ve mutluluk haline ulaşılmasında oldukça önemlidir.

Sağlığın yaşam kalitesi ile olan bağlantısı dikkat çekicidir. Yaşam kalitesi tanımlanırken, ‘iyilik hali’ kavramını vurgulamak gereklidir. Sağlığın yaşam kalitesi ile olan bağının, sağlık kavramından daha detaylı bir konu olduğu bilinmelidir. Ve yaşam kalitesinin nesnel bir tanımı yoktur. Dolayısıyla, üzerinde ittifak edilen bir tanımlama metni bulunmamaktadır. Bu konuda sosyal bir rolden bahsetmek mümkündür. Sağlığın tanımlanmasında, toplumsal etkileşimin etkisi, somatik bir takım duyular, fonksiyonel bir takım yetenekler birer bileşen olarak kullanılır. Tüm bu kavramların, yaşam kalitesi kavramıyla bir olarak görülmesi, zaten mevcut olan kavramsal kargaşayı, daha da içinden çıkılmaz bir hale sürüklemektedir. (Öksüz ve Malhan 2005, 1-2)

Psikoloji ve sosyoloji dünyasında birçok otoritenin kabul gördüğü Abraham Maslow’ un (1943) ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramı, sosyal bilim araştırmaları için önemli bir parametredir. Bu kuram, yaşam boyunca insanın ihtiyaç duyduğu bir dizi gereksinimlerin, insan hayatındaki önem sırasını konu edinmektedir. Bu parametreden yola çıkacak olursak, ‘self actualization- kendini geliştirme’ olan en üst basamağa ulaşmak için, en alttaki basamak olan ‘fizyolojik gereksinimlerin karşılanması’ basamağını gerçekleştirmiş olmak gereklidir. Şüphesiz kişinin sağlık durumunun ideal ölçütlerde olmaması, onun fizyolojik gereksinimlerini gerçekleştiremeyeceğini gösterir. Bu da sevgi, ait olma, kendini gerçekleştirme gibi üst seviyedeki basamakları gerçekleştirmek için, sağlığın ne kadar önemli bir kavram olduğunu ortaya koymaktadır. (Maslow 1943, 370-396)

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin mevcut hastalığının fiziksel, manevi ve sosyal tesirlerine verilen yanıtların toplamı olarak tanımlanmıştır. (Öksüz ve Malhan 2005, 5) Yaşam kalitesinde kullanıldığı gibi, sağlık kavramının tanımlanmasında da birer mihenk taşı mahiyetindeki bileşenler olan, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik gibi kavramların tekrar vurgulanması, sağlığın yaşam kalitesi ile olan önemli bağını ortaya

koymaktadır. Yaşam kalitesinden bahsedebilmek, biraz da onun nasıl tanımlandığı ile ilgilidir. Yine sağlık kavramından bahsedebilmek, onun da nasıl tanımlandığı ile ilgilidir. Yaşam kalitesini, sağlık kavramından bağımsız düşünmek, bu kavramların tanımlanmasında çok farklı bileşenlerin ortaya konması anlamına gelecektir.

DSÖ, kendi bünyesinde, yaşam kalitesine verdiği önemin, sağlık kavramı ile olan vazgeçilmez bağını ortaya koymak için, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (WHOQOL) adlı bir grup kurmuştur. Bu grup, yaşam kalitesini, bir algılayış biçimi olarak değerlendirmektedir. Bu algının oluşmasında kendi kültürleri içerisindeki değerler sisteminin rolüne dikkat çekilmek istenmektedir. (Öksüz ve Malhan 2005, 9) DSÖ burada, objektif değerler ve sübjektif algıların sentezi ile yaşam kalitesini tanımlama yoluna gitmiş, bu durumun nesnel olarak tanımlanmasının mümkün olmadığı görüşünü ortaya koymuştur.

Yaşam kalitesi soyut bir kavramdır. Yaşam kalitesi kavramı, hayatın tüm boyutları ile ilgilidir. Coğrafya, Felsefe, Tıp, Edebiyat, Sosyoloji, Psikoloji gibi birçok disiplini kapsayan bir kavramdır. Bir bireyin hayatının tüm yönlerinin bilinmesi, bu kavramın anlaşılması için gereklidir. Dolayısıyla yaşam kalitesi kavramını tanımlamak oldukça güçtür. (Bowling 2001, 2)

1.3. Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin alt dallarından biridir. Ekonomi bilimine ait kaide ve kuralların, sağlık hizmeti faaliyetlerine uygulanması neticesiyle ortaya çıkmış özellikli bir alandır. Özellikle sağlık sektörü için tahsis edilmekte olan kaynakların sürekli ve dengesiz artışı dolayısıyla, bu bilim dalı alanındaki çalışmalar ivme kazanmıştır. Bu yaklaşıma paralel olarak sağlık ekonomisi de, sağlık ve sağlık hizmetleri alanına tahsis edilmekte olan teknolojik, ekonomik ve insan gücüne dayalı tüm kaynaklarla ilgilenir. Sayılan bu kaynaklardan en ideal düzeyde nasıl bir sağlık hizmeti sunulmasını ve bu sayılan kaynakların en verimli şekilde nasıl kullanılacağını araştırır. Sonuç olarak üretilen bu sağlık hizmetlerinin, topluma en adaletli şekilde nasıl bölüştürülmesi gerektiğini bulmayı amaçlar. Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin, bilinen genel kurallarının dışına çıkmadan, sağlık girdileri ve çıktılarını analiz eder. (Tokat 1994, 1-3)

1.3.1. Sağlık Ekonomisinin Çalışma Alanı

Sağlık ekonomisi, kendine ait geniş bir çalışma metodu ve disiplini olan ekonomi biliminin alt dalıdır. Ülke politikalarına göre farklı boyutları olan bu bilim dalı da, gelişen teknoloji ile beraber son yıllarda daha da önem kazanmıştır. Bu bilim dalının farmakoekonomi gibi alt bilim dalları vardır. Küreselleşen dünyada, sağlık harcamalarının dünya piyasalarını etkilemesi, ilaç israfının ülkelerin yıllık maddi kayıplarını ciddi oranda arttırması, edinilmesi zorunlu temel sağlık hizmetlerinde ülkelerin gelir durumunun farklı olmasından kaynaklı adaletsizlikler bu bilim dalının gelişmesini motive etmiştir. Ayrıca sağlık işgücü ile arz-talep oranındaki dengesizlikler, nüfusa göre verimli hizmetlerin sunulamaması gibi etkenler, bu bilim dalının araştırılmasını ve geliştirilmesini zorunlu kılmıştır.

Sağlık harcamalarının boyutlarının ülke ekonomilerini zorladığı son yıllarda, Ar-Ge çalışmaları da önem kazanmış ve gerek ülkesel, gerekse uluslararası tedbirler ile bu konu hakkında küresel ve bölgesel duyarlılıklar sağlanmaya çalışılmıştır.

Ne yazık ki, birincil öneme sahip hastalıkların tedavisindeki fırsat eşitsizliği, basit hastalıklardan bile artan mortalite oranları, küresel politika üreten başta WB, IMF, BM, UNICEF ve WHO gibi kurumların güvenilirliğini ve evrenselliğini sorgulamakta ve kapitalizmin egemen olduğu küresel politikalar, üçüncü dünya ülkelerini kendi kaderleri ile baş başa bırakmayı tercih etmektedir. Tüm bunlarla beraber, bütün bir insanlık için küresel sağlık politikalarının gözden geçirilmesi hayati öneme sahiptir. Nitekim son yıllarda özellikle Asya ve Afrika'da meydana gelen getirilen bazı bulaşıcı hastalıklar (AIDS, Kuş Gribi, Kırım Kongo, Zika Virüsü vb.) daha oluşmadan önce fonlarla desteklenmez veya oluşuktan sonra ciddi fonlar ile küresel politikalar gerçekleştirilmez ise, bu durum bütün dünyayı tehdit edebilecek bir hal alabilecektir.

1.3.2. Sağlık Pazarlaması

Çağımızdaki sağlık kurumlarında, sağlık hizmetini pazarlama kavramı, yeni bir anlayış ve boyutla ele alınmaktadır. Bu anlayışın oluşma sürecine baktığımızda, özellikle son yıllardaki gelişmelerin bunu etkilediği söylenebilir. Fakat pazarlama

konusunda bilgi düzeyinin artmasına paralel bir şekilde, bu bilgi birikimin bir disiplin olarak sağlık hizmetleri alanına tatbik edilmesi elbette kolay değildir. Genellikle bu hizmet alıcısında; acı, ıstırap ve rahatsızlık yaygın olduğundan, bu sektör ile insanların isteklerine cevap vermeye ve onları mutlu etmeye çalışmak ile diğer tüketim malları yoluyla pazarlama yapmak arasında farklı yönler bulunmaktadır. Hastanelerin ve diğer sağlık merkezlerinin bulunduğu sağlık sektörü de, nihayetinde hizmet veren bir sektördür. Sağlık ile ilgili hizmetlerin, bu disipline uygun olarak pazarlanması, etkin ve kaliteli bir hizmet sunulmasını, ayrıca yoğun bir gayret harcanmasını gerekli kılmaktadır. (Kavas ve Güdüm 1994, 219-229)

Sağlık hizmetinin işletiminde pazarlama alanı, bu alandaki girişimcilerin ve yöneticilerin tamamını ilgilendiren başlıca dört ana kısmı temel olarak oluşturulmalıdır. Bunlar; pazarlama ve pazar alanındaki araştırmalarla işletmenin dışındaki diğer unsurlara uygun bir taban oluşturma, pazarlamanın ltleri, pazarlamaya dair sağlık politikaları ve sunulan hizmet içindeki stratejilerin öncekilerden ilham alınarak geliştirilmesine dair düşünceler geliştirme ve alana örnek teşkil edebilecek modeller üretme fonksiyonlarını görecek bir şekilde uygulamadır. (Cengiz 2014, 1-13)

Sağlık hizmetinin sunulduğu temel sağlık kurumlarında, sunulan hizmetlerin somut çıktısının ölçülmesi ve sonuçlarının elde edilmesi oldukça zordur. Hasta tatmini burada önemli bir memnuniyet bileşeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık ıktısının niteliğini oluşturan birinci etken, hastanın sağlık hizmetinden kaynaklanan somut beklentilerdir. İkinci etken ise, hastaya sunulan sağlık hizmetinin, hasta tarafından algılanma boyutudur. Algılanan sağlık hizmetinin, beklenen sağlık hizmetini karşılaması nesnel nitelikte bir memnuniyet olarak ifade edilebilir. Hasta tatmini, sağlık kurumlarında verilen hizmetin değerlendirilmesinde kullanılan faktörlerin başında gelmektedir. (Kavuncubaşı ve Yıldıırım 2010, 290-297)

Sağlık kurumları çoğunlukla bakıma dayalı soyut bir hizmet modeli sunduğundan, maddi bir karşılık yoluyla ve istatistiksel bir takım veriler ışığında bu hizmetin ölçümünü gerçekleştirmek söz konusu değildir. Nitekim bu alan, diğer maddi karşılığı olan hizmet alanlarından çok daha karmaşıktır.

1.3.3. Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları, sağlık ekonomisinin çıktısının toplam paydaki kısmını ifade eden bir kavramdır. Gerek özel ve gerekse resmi sağlık kurumlarının, üretilen sağlık politikaları sonucu, sağlık çıktılarını etkileyen farklı unsurlar bulunmaktadır. Sağlık harcamalarının arttığı son yıllarda, bunun kontrolü zorlaşmış ve bu alanda ciddi tedbirlerin alınması, ülkelerin ekonomileri açısından zorunlu hale gelmiştir.

OECD bünyesinde sağlık faaliyetlerini hesaplamak için Sağlık Hesapları Sistemi adında bir sistem oluşturulmuştur. Bu sisteme göre, sağlık ile örtüşen bütün sağlık harcamaları ve diğer yapılan faaliyetler, maddi amaçlarına bakılmadan Ulusal Sağlık Hesapları kategorisinde değerlendirilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi veya mevcut sağlık esaslarının korunması amacıyla benimsenmiş bütün koruma, geliştirme, tedavi etme, tedbir alma, fiziksel ve psikolojik anlamda bakım verme, beslenme gereksinimlerini karşılama ve diğer acil durumlar karşısında geliştirilen tüm programlar için planlanan harcamaları, sağlık harcaması olarak nitelendirmek mümkündür. OECD' nin geliştirdiği bir hesaplama sistemi olan Sağlık Hesapları Sistemi Sınıflandırması, sağlık harcamalarını iki başlık altında incelemektedir. Bunlar yapılan sağlık yatırımları ve cari sağlık harcamalarıdır. Cari sağlık harcamaları da kendi içinde, bireysel sağlık harcamaları ve kolektif sağlık harcamaları olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. (Yılmaz ve Yentürk 2015, 5)

Kamu hizmetlerinin sunumunda, sağlık sektöründeki yatırımların rolleri ile yapılan sağlık harcamalarının giderek artmasının nasıl kontrol altına alınacağı tartışılmaktadır. Bu hizmet alanında çalışmalar yapan birtakım birimler mevcuttur. Bunlar, hem ulusal boyutlardaki sağlık sistemlerinin sağlık harcamaları seviyeleriyle, hem de sağlık sektöründeki harcama seviyeleri ile sağlık hizmetinin somut çıktıları arasında yoğunlaşmaktadırlar. Bu araştırmacılar ilgili alanda önemli gelişmelerde bulundular. Birtakım farklı çalışmalar sağlık harcamalarının, yapılan toplam harcamalar içerisindeki kamusal düzeydeki oranının yükselmesinin, sağlık harcamalarını daha kolay bir şekilde hesap altında tutmaya olanak verdiğini vurgulamaktadır. (Yılmaz ve Yentürk 2015, 1)

Yapılan araştırmalar ile sağlık harcamalarının ekonomik boyutuna bakarak, o ülkedeki pozitif sağlık ıktıları ile paralel bir bağlantı kurmanın hatalı olduğu kabul edilmiştir. Dünya Sağlık rgt 2000 yılında sunmuş olduğu bir araştırma sonucunda, yüksek bir oranda özel sağlık sigortasının egemen olduğu bir sağlık sistemi bulunan Amerika Birleşik Devletleri, kişi başına en yüksek miktarda sağlık harcaması yapan ülkelerin başında gelmektedir. Fakat ABD’ nin sağlık ıktıları, sağlık harcaması ondan çok daha düşük durumda olan ülkelerin sağlık çıktılarından çok daha dşktir. (Dünya Sağlık rgt 2000, 85) Bu durum, sağlık harcamalarının verimli olmasının, sağlık politikalarına bağlı olduğunu gösteren bir gösterge olarak kabul edilebilir.

Sağlık harcamasının maddi olarak fazla olması, sağlık çıktısının değerini arttırmak için tek başına yeterli bir sebep olarak kabul edilmemelidir. Sağlık çıktısını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin ideal bir düzeydeki eşgüdümü sağlıklı bir netice elde etmek için gereklidir.

TK diğer birçok alanda olduğu gibi, sağlık alanında da istatistiki veriler üreten önemli bir kurumdur. TK bünyesinde hesaplanan ilgili alandaki harcamalar, OECD’ nin oluşturduğu SHS’ ye uygun olarak düzenlenmiştir. Ayrıca bu hesaplama sistemi Avrupa İstatistik Enstitüsü (EUROSTAT) verileri ile de uyumluluk arz etmektedir. Fakat bu hesaplama sistemi 1999 yılından itibaren başlamıştır. Yine, Kamudaki sağlık harcamalarını daha dikkatli ve etkili bir şekilde izleyebilmek için, 2009 yılının Ekim ayı itibariyle, kendi bünyesinde, Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu (SHİDK) adında yeni bir komisyon kurulmuştur. (Yılmaz ve Yentürk 2015, 4-7)

1.4. Sağlık Politikaları

Sağlık politikası, ulusal veya uluslararası düzeyde, sağlık bilincinin oluşması, sağlıklı yaşam kalitesinin arttırılması ve hastalıkların bertaraf edilmesi gibi hususlarda, gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasını kapsar. Ayrıca sağlık politikaları, gerek küresel boyutta, gerekse de yerel boyutlarda, teşvikler ve tedbirler yolu ile toplumsal bir bilinç kazandırmayı hedef almaktadır.

Her ülkenin ve toplumların kendi yerel sorunlarının çözümüne yönelik yerel sağlık politikaları olduğu gibi, uluslararası sorun teşkil eden büyük çaplı hastalık ve

sorunların çözümü için de uluslararası kuruluşlar tarafından küresel sağlık politikaları oluşturulur. Bunların oluşmasında temel amaçlar; bilimsel araştırmaların geliştirilmesi, ekonomik yapıların katkılarının sağlanması, kaynakların etkili kullanılması, küresel tehdit oluşturabilecek sağlık sorunlarının giderilmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün sağlanması ve gerekli önlemlerin alınması şeklinde sıralanabilir.

Türkiye'de sağlık politikalarını üretmek, var olan sistemi geliştirmek, kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamak ve sağlık hizmetlerini halka ulaştırmak, Sağlık Bakanlığı' nın birincil hukuki görevleri arasındadır. (Temür ve Bakırcı 2008, 261) Sağlık Bakanlığı, tüm bu hizmetleri uygulamak üzere kendi içinde özelleşmiş birimlere ayrılmış ve kendi içindeki bu birimlerin koordinasyonunu sağlayarak daha etkin ve verimli bir hizmet sunmayı hedeflemektedir.

Türkiye' de, 1920 yılında Sağlık Bakanlığı' nın kurulmasıyla birlikte sağlık alanında örgütlenmeye atılan ilk adımdan, Aralık 2007' ye kadar devlet, vatandaş ve sağlık insan gücünü kapsayan sağlık üçgenini ilgilendiren bütün önemli yasalar yürürlüğe girmiştir. Seksen yedi yıllık bu zaman dilimi içerisinde önemli nitelikteki yasalar oluşturulmuş ve yürürlüğe girmiştir. Yıllar itibariyle incelendiğinde, temel hedefin, öncelikle bakanlığa bağlı bazı sağlık kuruluşlarında uygulanmak üzere, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi olmuştur. Daha sonraları ise, sağlık insan gücüne yönelik yasal hakların korunması ve özel sağlık sektörüne ilişkin ilgili yasal düzenlemelere ağırlık verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, 1990 yılının başlarında sağlık hizmetlerinde, köklü yenilikleri içeren reformları uygulamak amacıyla Sağlıkta Reform Çalışmaları' nı yürürlüğe koymuştur. 2000' li yılların ortasında ise, Sağlıkta Dönüşüm Programları olmak üzere bir takım çalışmalara başlanmıştır. (Yeginboy ve Sayın 2008, 1-3) Sağlık Bakanlığı, OECD ülkelerindeki bakanlıklar içinde, sağlık alanındaki ilgili reformları düzenleme noktasında üzerine düşen görevi ve gelişmeyi sağlamıştır.

Türkiye, kendi ulusal düzeydeki sağlık politikasını oluşturmak amacı ile 1992 yılının mart ayında, 1. Ulusal Sağlık Kongresi' ni düzenlemiştir. Bu kongre, aynı zamanda sağlığı gündem haline getirme amacı taşıyan bir çabadır. (Ölçer 1992, 4)

Kongreye, birçok sağlık meslek kuruluğu, çeşitli bakanlıkların temsilcileri, siyasi partiler, özel sektörlerin ve üniversitelerin temsilcileri, çeşitli bilim insanları, gönüllü birtakım kuruluşlar, sivil toplum örgütleri, sendikaların temsilcileri, yerel yönetimlerin temsilcileri, yerel ve diğer basın mensupları ve yabancı uzmanlar davet edilmiştir.

Konuya dair titizlikle hazırlanan taslak, kamuoyuna tartışılmak üzere sunulmuştur. Bu doküman, I. Ulusal Sağlık Kongresi' nin katılımcılarına, tüm ilgili kuruluşlara ve Dünya Sağlık Örgütü' nün ilgili birimlerine gönderilmiştir. Bu kurum ve kuruluşlardan alınan görüş ve öneriler, aynen yayımlanarak, topluma sunulmuştur. Türk Tabipleri Birliği (TTB) de, bu doküman taslağıyla ilgili görüşlerini, kapsamlı bir çalışma yoluyla ilgililere bildirmiştir. Bütün bu istişareler ve tenkitler ışığında, ilgili taslak doküman üzerinde yeniden bir çalışma yaparak, çalışmanın olgunlaşmış halini Türkiye Büyük Millet Meclisi' ne sunmak üzere "Ulusal Sağlık Politikası" ismiyle hazırlanmıştır. (Sağlık Bakanlığı 1993, 7)

2014 yılının sonlarına doğru, Sağlık ve Kalkınma Bakanlıkları bir araya gelerek, ilk olarak koruyucu sağlık hizmetleri ve mevcut sağlık yapısının geliştirilmesi hizmetlerine ağırlık verileceği ortaya konmuştur. İkinci olarak, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine ağırlık verileceği bildirilmiştir. Buna göre, çok paydaşlı yaklaşıma yönelik "Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı" hazırlanmıştır.

Program bünyesinde, Başbakan'ın başkanlığında, çeşitli kuruluşlar arasında gerekli olan işbirliği ve uyumu yakalamak, temel stratejilerin belirlenmesi ve mevcut sıkıntıların giderilmesi konusunda gereken önlemleri ortaya koymak üzere toplanılmıştır. Toplantıya, Sağlık Bakanı, Milli Eğitim Bakanı, İçişleri Bakanı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı' nın yanı sıra, Dışişleri Bakanı, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, Gençlik ve Spor Bakanı, Kalkınma Bakanı, Kültür ve Turizm Bakanı ve Maliye Bakanı katılmıştır. Ve ilgili toplantının sonunda, "Çok Paydaşlı Sağlık Politikaları Yüksek Konseyi" adında bir konseyin kurulduğu kaydedilmiştir. (Resmi Gazete 2014) Neredeyse bütün bakanlıkların bu ilgili konseye katılması, konuya verilen önemi ortaya koymakla beraber, ilgili bakanlıkların koordinasyonun, çalışmaların verimini arttıracadı düşüncesinden kaynaklanmaktadır.

İlgili konseyin amaçlarının gerçekleştirilmesi, sağlık alanında önemli dinamiklerin hayata geçirilmesini sağlamaya dönük olduğu açıktır. İlgili bakanlıkların koordinasyonu, sağlık alanındaki çalışmalara hızlı bir ivme sağlanmasına aracılık edebilecektir. Yine sağlıklı bir toplumun inşası için eğitim alanında atılacak adımların, en az sağlık alanında atılacak adımlar kadar önemli olduğunun farkında olarak, ilgili bakanlıkların beraber hareket etmesini, ileriki dönem için olumlu bir durum olarak değerlendirmek mümkündür.

Kişilerin ve toplumların sağlığındaki pek çok gelişme sağlık hizmetlerinden daha ziyade, toplumdaki ekonomik, sosyal ve siyasal yapılardaki gelişmelerle ortaya konulabilmektedir. Temel sağlık hizmetlerine dair hazırlanan Alma Ata Bildirgesi (1978) raporunda, genel sağlık durumunun iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için ilgili raporda önerilen araçlar, raporda dile getirilen hedefler için yetersiz olup, özü itibarıyla yanlış bir tespitin neticesidir. (Hamzaoglu 2002, 107-110) Sağlık durumunun iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, ilgili birimlerin alacağı tedbir ve atacakları adımların yanı sıra, toplumsal sağlık bilincinin geliştirilmesi ve mevcut ekonomik yapının durumu ile yakından ilgilidir.

1.5. Sağlık Teknolojisi

Sağlık teknolojisi, sağlık hizmetlerinin uygulanmasında önemli rol oynar. Sağlık hizmetlerini sunarken, gelişmiş teknolojinin kullanılması, ülkelerin ve sağlık kurumlarının gereksinimine, alt ve üst yapı durumlarına ve gerçek ihtiyaçları göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Sağlık teknolojisinin reel politikalara dayanmaması, sağlık hizmetlerine herkesin aynı ölçüde ve sürekli ulaşabilmesi önünde engel teşkil edebilecek faktörlerden biridir. Buradan hareketle, ülkelerin gerçekçi sağlık politikalarını geliştirip uygulamaları için gerekli olan teknolojiyi uygulamak, kamu ve yurttaşlar için vazgeçilmezdir. Gelişmiş teknolojiyi kullanmak, sağlık çıktılarını gelişmiş bir seviyeye taşımak için zorunlu bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. (Sargutan, Sağlık Teknolojisi Yönetimi 2005, 1-12)

Gelişen ve değişen dünyada, sağlık alanında bilimsel ve teknolojik ilerlemeler kaydedilmektedir. Özellikle son yüzyılda gelişen tıbbi cihazlar, hastalıkların teşhisini kolaylaştırmakta ve tedavi sürecinde ciddi katkılar sağlamaktadır. Teşhisin

kolaylaşması da erken müdahaleyi kolaylaştırmaktadır. Bu da ülkelerdeki kronik hastalıklara bağlı mortalite oranlarını düşürmeye yardımcı olmaktadır.

Tıbbi teknoloji, farklı disiplinlerdeki birçok mühendislik alanını bünyesinde barındıran bir sektördür. Bu mühendislik bölümleri; makine, bilgisayar, elektronik, metalürji ve kimya mühendislikleri gibi bölümler olarak sıralanabilir. Bu mühendislik alanlarındaki teknolojik ilerlemeler, tıbbi teknolojiye kullanılan ürünlere de önemli ölçüde yansımaktadır. (TÜBİTAK 2003, 1)

Sağlık teknolojisi ülke ihtiyaçları doğrultusunda kullanılması gereken bir durumdur. Ülkemizde, sağlık teknolojisi maliyet/etkililik prensibine uygun kullanılmamakta olup, mevcut cihazların koruyucu bakım ve ölçümlemeleri düzenli yapılmamaktadır. Ülkemizde tıbbi cihazlara yönelik sanayi yeni gelişmekte, ileri teknoloji gerektiren cihazlar ise ithal edilmektedir. (Sağlık Bakanlığı 1993, 19-20)

Sağlık teknolojisi, hastalıkların teşhisi ve tedavisi amacıyla kullanılan; radyolojik ve ışın tedavisi cihazları, bilgisayarlı kesityazar (CT), manyetik rezonans (MR), sintigrafi, pace-maker, renal diyaliz ve hemodiyaliz, suni solunum cihazları, genel bakım ve yoğun bakım sistemleri, aspiratör sistemleri, ventilatör sistemleri gibi sistemleri içermektedir. Ayrıca koroner cerrahi teknikleri, implant ve stent nakilleri, organ ve doku nakilleri vb. son yıllarda meydana gelen gelişmeler sonucu ortaya çıkan yeni teknikler ve teknolojik uygulamaları da içermektedir. Bunlar gibi bilimsel gelişmeler hızlanarak ve yeni uzmanlaşma alanlarına doğru yol açarak yoğunlaşmaktadır. Sağlık kuruluşlarının teknik ve teknolojik donanımlı yerler haline alması, sağlık hizmetlerini bir tür endüstriye dönüştürdüğü ortadadır. (Sargutan, Sağlık Teknolojisi Yönetimi 2005, 1-5)

Gelişen teknoloji, sağlık alanındaki arz-talep dengesinde bir hareketlenmeye sebep olmakla beraber, toplumları ekonomik bir bilinmezliğe doğru sürüklemektedir. Bu da sağlıkta fırsat eşitliği ilkesinin, yerel bazı alanlarda uygulanmasını zorlaştıracak etkenlerden biridir.

1.5.1. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Durumu

Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Durumu, sağlık sistemindeki mevcut gereksinimlerin giderilip giderilmediğini, ne tür hizmetlerin verildiğini, yapılan başlıca sağlık harcamalarının maddi anlamdaki miktarını inceler. Bunun yanında kullanılan teknolojiyi, diğer mevcut teknolojiler ile karşılaştırarak, diğer taraftan hangi teknolojik yöntemlerin nasıl kullanılacağına analizini yapmaktadır. Sağlık teknolojisi değerlendirilirken, ülke ekonomisine ciddi katkılar sağlar. STDD, sağlık harcamaları yapılırken veya sağlıkla ilgili diğer birçok faktör belirlenirken en uygun kararların alınmasına yardımcı olur.

1.5.2. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Süreci

Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Süreci, teknolojinin sağlık ile ilişkisini araştırma ve geliştirmede rol oynamaktadır. STDS, iki boyutlu ele alınmalıdır. Bunlar; politikanın geliştirilmesi/karar verilmesi aşaması ve araştırma aşamasıdır. Teknolojiye dair değerlendirmeler yapılırken, tamamen bilimsel ve kanıtlanabilir tespit ve analizler yapabilmek ve STDS'nin başarıya ulaşabilmesi için, mevcut politikadan uzak hareket etmek faydalı olacaktır. Politikaların geliştirilmesi sürecinde, ülkemiz için birincil hedef, öncelikli çalışma alanlarının belirlenebilmesi için gerekli araştırmaların yapılmasıdır. Ardından, bilimsel değerlendirme ve gözlemlerin yapılması gerekir. Bilimsel değerlendirme sonuçlandıktan sonra, bilgilerin paylaşılması ve takip edilmesi gereklidir. Politikaların geliştirilmesi ile birlikte, öncelikli çalışma yapılacak alanlar için, hangi birimlerin görev alacağı safhasına geçilir. STDS, yapılan araştırmalarla elde edilen sonuçları da kamuoyu ile paylaşmakla yükümlüdür.

STSD, araştırma sürecinde aktif rol oynamamakla beraber, araştırmacılara konu ile alakalı kaynakları temin ederek, literatür taraması yapmaktadır. Ayrıca, konuya dair rapor veya yayınlarla ilgili genel değerlendirme yaparak, küresel boyutta yapılan diğer araştırma ve çalışmaların ülkemize uygulanmasında rol oynayarak, Türkiye için en uygun modeli bulup geliştirir. Sağlık Bakanlığı ve SGK' nın işletim veri tabanlarında var olan verileri çekerek, bu bilgileri test ederek, detaylı bir analizini yaptıktan sonra, bulguları sentezleyerek, bilimsel bir rapor hazırlar. (Öztürk ve Şahin 2015, 1-3)

Bütün bu çalışmalar yapılırken, sentezlenen bilgilerin kanıta dayalı bilgiler olmasına dikkat edilmesi, STDS'nin bilimsel bir disipline uygun hareket ettiğinin göstergesidir. Yine verilerin toplanması ve araştırılmasında gösterilen özen, çalışmaların doğru değerlendirilmesi ve sonuçlandırılması için önemlidir.

1.6. Sosyal Sağlık

Sosyal sağlık, tıpkı sağlık gibi çok farklı şekillerde tanımlanmıştır. Sosyal sağlık, kişinin kendisini toplumun bir üyesi olarak hissedip, toplum normlarına uygun hareket etmesinin bir derecesi olarak yorumlanmıştır. (Renne 1974, 25-44) Kimine (Caplan 1974) göre sosyal sağlık, sağlığın tanımlanmasında kullanılan önemli bir bileşen olarak karşımıza çıkmaktadır. (Donald, ve diğerleri 1978, 78-80) Kimine göre ise sağlıktan bahsedebilmek için, sağlığı oluşturan temel bileşenlerden biri olan sosyal iyilik hali sorgulanmadan, sağlık kavramına eğilmek dar bir bakış açısı olarak dile getirilmiştir. (Fuchs 1982, 150-151) Sağlığın daha doğru anlaşılması için, daha geniş bir açıdan bakılarak, sosyal sağlık kavramından bahsetmek gerekmektedir.

İnsanların, kişilerarası ve toplum ile olan ilişkilerinin, psikolojik rahatsızlıkların oluşmasını nasıl etkilediği ile ilgili bilimsel çalışmalar ortaya konmuştur. (Leighton 1959) Sosyal sağlık bileşenlerinden olan toplumsal ve ailevi ilişkilerin etkisinin, sağlığın bileşenlerinden olan objektif sağlık yapısını (kan değerleri vb.) nasıl etkilediği ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmış olup, özetle sosyal sağlığın, nesnel sağlık verilerini olumlu veya olumsuz etkilediği genel kabul görmüş bir yaklaşımdır.

Sosyal sağlığın, sağlık üzerindeki etkileri, sosyal bilimcilerin son yıllarda, psikolojik rahatsızlığı olan bireylerle yapılan anketlerin neticeleri ve klinik vakaların etiyolojisindeki tespitler, konunun öneminin anlaşılmasını gerekli kılmakta ve sağlık kavramının sosyal sağlık ile olan ilişkisini ortaya koymaktadır.

1.7. Sağlık Hukuku

Sağlık hukuku, sağlık hizmeti almak üzere herhangi bir sağlık kurumuna başvuran bir hizmet alıcısı ile sağlık hizmetlerini sunan bir hizmet vericisi arasındaki yasal düzenlemelerden oluşur. Burada hizmet alıcısı ve hizmeti sunan sağlık çalışanına

belirli görev ve sorumluluklar yüklenir. Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması ve denetimi ile ilgili ulusal olduğu kadar, uluslararası hukuk normları da mevcuttur. Sağlık çalışanlarının görevlerini yaparken gerçekleştirebileceği bir ihmal veya kasıt, her ülkenin kendi iç hukukuna göre alabileceği bir cezayı gündeme getirmektedir.

1.7.1. Hukukta Hasta Kavramı

Hasta kavramı, köken olarak Farsça diline dayanmaktadır. Kelime anlamı ‘yorgun’ olarak tercüme edilmektedir. Hasta birey, uygun hallerde gerek kendi isteğiyle, gerekse de zorunluluk halinde rızasına bakılmaksızın, bir medikal tedavi ya da cerrahi girişime maruz kalan kişi anlamına gelmektedir. (Hakeri 2016, 30-35) Buradaki tanımdan hareketle, zorunluluk halinde, tedavinin uygulanabilmesi için hastanın rızasına bakılmaması ibaresi önemlidir. Nitekim bazı bulaşıcı hastalıkların tedavisinde veya bazı acil durumlarda yapılması gereken müdahaleler hukuki bir zorunluluk taşımaktadır. Yine mesela, Tüberküloz hastalığının tedavisi yapılırken, hastanın rızasına bakılmaksızın, hasta bir yataklı servise alınarak tedavi altına alınır.

‘Hasta Hakları Yönetmeliği’ ile karşımıza çıkan hasta haklarına bakacak olursak, buradaki tanımlar bölümünde hastanın tanımı; ‘sağlık alanındaki hizmetlerin herhangi birisinden fayda sağlama gereksinimi duyan kimse’ şeklinde karşımıza çıkmaktadır. (Resmi Gazete 1998) Birey, buradaki tanımdan yola çıkılacağı gibi, bir muhtaçlık durumundadır. Bireysel olarak bu ihtiyaçlarını gidermesi söz konusu değildir. Hastanın tedavi alma hakkı, bu durumdan yalnız başına kurtulmasının mümkün olmaması esasına dayanmaktadır.

1.7.2. Hukukta Hasta Hakları

Hukukta hasta hakları kavramına değinmeden önce, hak kavramı üzerinde durmak faydalı olacaktır. Hak, hukuki olarak korunması durumunda fayda arz eden öncelikli ihtiyaçların tümü şeklinde tanımlanır. Bir insanın hayatı boyunca, tümüyle onun insan olması temeline dayanan ve doğuştan itibaren korunması gereken temel hak ve hürriyetler, temel insani haklar olarak tanımlanır. Bu hakların sağlık alanındaki karşılığı da hasta hakları kavramı olarak ortaya çıkmaktadır. (Özlü 2005, 14-17) Sağlık hakkı, her şeyden evvel evrensel insan hakları bağlamında ele alındığından, hasta hakları da evrensel haklardandır.

Hasta hakları, uluslararası sözleşme ve kanunlarda belirtilen, insan hakları temelinden yola çıkarak oluşturulmuştur. Hasta hakları, temel insani haklardan sağlık hakkı kavramından hareketle bir zemine oturtulmuştur. (N. Aydın 2008, 297-326) Hasta hakları, yaşama hakkı ve sağlık hakları birçok düzenlemede bir arada kullanılan kavramlardır. Bu kavramların hepsi, temel insan hakları kapsamında ele alınmalıdır.

Hasta hakları kimi zaman yasalarla, kimi zaman da yönetmeliklerle belirlenmiştir. Hasta hakları, hastanın sağlık hizmetini alırken gerek kurum gerekse de hizmeti veren sağlık çalışanları karşısındaki Anayasal haklarından olan “beden bütünlüğünü koruma ve yaşam hakkına” müdahalenin hukuka uygun yapılmasını sağlamak için uygulanan bir dizi haklardır. (Akar 2011, 7-12)

Hasta haklarına dair birtakım gerekli kanuni düzenlemelerin yapılmış olması, bu haklara dair gerekenlerin yapılacağına dair bir garanti sunmamaktadır. Bir hakkın elde edilebilmesinin yolu, o hakka her insanın eşit düzeyde ulaşılabilirliğinin sağlanması ile ilgili mekanizmaların aktifliğini garanti etmiş olmaktan geçer. Hakların mevcut yasalardaki varlığı tek başına bir mana ifade etmez. Ancak hakların kullanılması noktasındaki mekanizmaların somut bir şekilde işletilmesi, bu konuda bir netice alınmasını sağlayabilecektir. (Aydemir ve Özhan 2012, 83-99)

1.7.3. Hasta Haklarının Tarihçesi

Hasta hakları konusunda bilinen ilk yazılı belgenin, 1947’ de Nuremberg Mahkemeleri’ nde zikredilmiş olduğu bilinmektedir. Bu belgenin aydınlatılmış onam ile ilgili birtakım uyarılar içerdiği kabul edilmektedir. (Sayek 1998, 3-7) Fakat daha kapsamlı olarak, hastanın temel hakları konusuna dair ilk önemli çalışmaların, ABD ‘de ortaya çıktığı ortak bir kabuldür. Ülkemizde ise 1998 yılının öncesinde, hasta hakları konusunda, özel bir düzenleme metni mevcut değildi. Bu temel haklar; bazı kanun, yönetmelik ve tüzüklerde bulunan hastalarla ilgili benzer hükümlere dayandırılarak ortaya konmaya çalışılıyordu. (Sert 2004, 4-12)

Hasta hakları konusunda, uluslararası gelişmelere kronolojik olarak bakacak olursak, 1972 yılında, Amerikan Hastane Birliği, Hasta Hakları Bildirgesi’nde çağdaş hukuka dayalı olarak, hastaların yasal hakları ile ilgili bilgileri açıklamıştır. Bu konuda ilk uluslararası belge ise, Dünya Tabipleri Birliği tarafından ilan edilen Lizbon

Bildirgesi olarak 1981 yılında açıklanmıştır. Lizbon Bildirgesi'nde bulunan ana konu hastanın temel hakları konusudur. Bunun ardından, DSÖ'nün Avrupa Bürosu, Amsterdam'da 1994 yılında "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" ismi ile ilan edilen bildirgeyi kabul ederek, konunun önemine dikkat çekmiştir. İlan edilen bu bildirgeden yaklaşık bir yıl sonra, Endonezya'da, Dünya Tabipleri Birliği, Lizbon Bildirgesi'ni gözden geçirerek, daha kapsamlı bir şekilde Bali Bildirgesi'ni yayımlamıştır. 'Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü' 2002 yılında Roma şehrinde benimsenerek yürürlüğe girmiştir. Yine 2005 yılında, Santiago şehrinde Dünya Hekimler Birliği tarafından, Hasta Hakları Bildirgesi adıyla yakın zamandaki son resmi uluslararası bildirge yayımlanmıştır. (Bostan 2005, 65-72)

Hasta Hakları ile ilgili ülkemizde yapılan yasal düzenlemeler ise 1928 yılında 'Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun' ile başlamış olup ardından 1930 yılında 'Umumi Hıfzıssıhha Kanunu' ile devam etmiştir. (Resmi Gazete 1928) Daha sonra 1960 yılında da, 'Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi', Türkiye'de hasta ve doktor ilişkilerindeki hukuki zemini belirleyen yazılı ilk metin olarak Türk Tabipler Birliği bünyesinde kabul edilmiştir.

1987 yılında 'Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu' kabul edilmiştir. Bunun ardından 1998 yılındaki 'Hasta Hakları Yönetmeliği', 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanmış ve ardından yürürlüğe sokulmuştur. (Resmi Gazete 1998) Fakat bu yönetmelik, Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi ile son maddesinden dolayı farklılık arz etmektedir. İlgili madde ise, 'Hasta Hakları Bildirgesi'nin hasta odalarında veya hastaların okuyabileceği diğer yerlere asılmasını mecburi hale getirmektedir. Ve yine 2003 yılında 'Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge' kabul edilmiştir. Ve son olarak, 2014 yılında, 'Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik', 8 Mayıs 2014 tarihinde ve 28994 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak son güncel hasta hakları kanunu olarak yasalardaki yerini almıştır. (Resmi Gazete 2014)

2. SAĞLIK HİZMETLERİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Sağlık, toplumdaki diğer hizmet gruplarında olduğu gibi belirli bir arz ve talebin olduğu bir hizmet alanıdır. Sağlığın da bir hizmet grubu olduğu düşünülerek, gerekli sınıflandırmalar yapmak sureti ile konunun daha iyi anlaşılması yoluna gidilmiştir.

2.1. Hizmet Kavramı

Hizmet kavramı birçok farklı tanımla yapılabilen bir kavramdır. Bir tanıma göre hizmet, maddiyat ile ilgili olmayan ve karşılanması gereken ihtiyaçları gideren bütün faaliyetlerdir. (Sarıyer 1996, 2) Diğer bir tanıma göre hizmet, herhangi bir eylemin öncelikli amacı ya da ögesi olarak, tüketicinin taleplerini karşılayacak bir şekilde oluşturulabilen ve gözle görülmeyen çabaların toplamıdır. (Üner 1994, 2-11) Bir başka tanıma göre ise hizmet, üretildiği andan itibaren alıcısına değer aktaran, soyut bir üründür. (Konya 1998, 71-90)

Bir tanıma göre hizmeti “üretildiği yerde tüketilen bir iş veya eylem, bir performans, sosyal olay veya çaba” olarak tanımlamak mümkündür. (Uyguç 1998, 8-32) Neal’ e göre hizmetler, müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması amacıyla üretilmiş olan soyut ürünleri kapsamaktadır. (Zerenler ve Öğüt 2007, 502) Sonuç itibarıyla hizmet kavramı, sosyal bilimler alanında, iktisadi alanda, sağlık sektöründe, tanımla değişebilen, talebe göre şekillenebilen soyut bir yapı arz etmektedir. Nitekim bu kavram, kullanıldığı alana göre genişleyip daralabilmektedir.

2.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri, sağlığın korunması, hastalık halinde tedavi edilmesi, hasta olmayan bireylerin sağlıklarının geliştirilmesi durumlarında başvuru tıbbi hizmetlerin toplamını ifade eder. Sağlık hizmetleri, içerisinde birçok boyutu ve unsuru barındıran bir kavramdır. Sağlık hizmetleri birçok alt başlık altında incelenmesi gereken, yer yer sınıflandırılması gereken, genel bir çerçevesi olan bir kavramdır.

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Genel Özellikleri

Sağlık hizmetleri, özü itibarıyla tüm topluma hitap etmektedir/etmelidir. Dolayısıyla toplumsaldır ve hizmetin verildiği alanda yaşayan tüm insanları

ilgilendirir. Sağlık alanında verilen hizmetlerin toplam çıktısı, doğrudan paraya çevrilememektedir. Sağlık hizmetinin tüketiminin gerçekleşeceği zaman önceden kestirilemez. Sağlık hizmetinin ertelenememesi de sağlık hizmetinin diğer bir özelliğidir. Sağlık hizmetinin çıktıları doğrudan maddi bir karşılığa tekabül etmez. Sağlık hizmetlerinin maddi karşılığı, sağlık hizmetini alan kişi tarafından tartışmaya konu edilemez. (Can ve Işık 2007, 1-27)

Sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerinden biri de başka alanlarda verilen bir hizmetin, sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine konulamamasıdır. Çünkü sağlık hizmeti dışında verilen hiçbir hizmet, sağlık hizmetinin yerini tutamaz. Sağlık hizmetini alan kişi verilen sağlık hizmetini deneme şansına sahip değildir. Sağlık hizmetinin şeklini ve boyutlarını alan değil, sunan sağlık personeli belirler. Bu konuda hizmet alıcısı, hizmet veren ile tartışma hakkına sahip değildir. (Can ve Işık 2007, 1-36)

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Boyutları

Sağlık hizmetlerini incelerken, bu hizmetleri üç boyut altında sınıflandırmak mümkündür. Bunlar; hastalıklardan koruma, hastalık halinde tedavi etme ve gerekli hallerde rehabilitasyondur. (Orhaner 2006, 3) Sağlık hizmetlerinin bu boyutları, sağlık hizmeti sunumundaki talep doğrultusunda, değişken bir durum arz etmektedir. Kimi hizmet alıcısı, akut gelişen bir hastalığı tedavi ettirmek için bu hizmetten faydalanırken, kimi hizmet alıcısı da sağlığını geliştirmek için bu hizmete başvurmaktadır.

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Temel Unsurları

Sağlık hizmetlerini etkileyen ve sınırlarını belirleyen bir takım unsurlar mevcuttur. Bu unsurlar, her ülkenin kendi ekonomik ve sosyal şartları bakımından değişiklik gösterebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel unsurları ülkelerin gelişmişlik seviyeleri hakkında ipucu verebilmektedir.

2.2.3.1. Sağlık İnsangücü

Sağlık hizmetinin sunulabilmesi için, başta doktor ve hemşireler olmak üzere, nitelikli insan gücüne ihtiyaç vardır. Doktor ve hemşirelerin sayısı olarak yetersiz

olduđu birçok ÷lkede sađlık hizmetinin sunumunda aksaklıklar yaşanmaktadır. ÷lkemizde de kiři bařına dűřen doktor ve hemřire sayısı arzu edilen seviyede deđildir. Sađlıkta insan gűcű, en temel sađlık hizmeti unsuru olarak karřımızda durmaktadır. Geliřmiř ÷lkeler, nitelikli sađlık personeli noktasında ileri seviyededir. (Sargutan, Sađlık Sektűrű ve Sađlık Sistemlerinin Yapısı 2005, 6)

2.2.3.2. Yardımcı Unsurlar

Sađlık hizmetinin sunumundaki unsurlardan biri olan yardımcı unsurlar, insan gűcűnden sonra, fiziki ve teknik alt yapıdan műteřekkildir. Bunlar, gerekli tıbbi ilaç ve aletlerin sađlanması, personellerin ihtiyaçlarının karřılanma mekanizmaları, bilgi ve üretimin sađlanması ve devamlılıđı, iřletme ve sunum hizmetlerinin planlanması gibi konuları içermektedir. Yardımcı unsurlar, sađlık insan gűcűnden sonra en önemli sađlık hizmet unsurudur. (Sargutan, Sađlık Sektűrű ve Sađlık Sistemlerinin Yapısı 2005, 6)

2.2.3.3. Arz ve Talep Dűzenleri

Sađlık hizmetlerinin planlanmasında ve sunulmasında dikkate alınan unsurların bařında, arz- talep mekanizması gelir. Sađlık hizmetleri de, netice itibarı ile bir hizmet olduđundan, uygun usul ve esaslar ile en verimli řekilde sađlık hizmeti alıcısına sunulmalıdır. Kanseri vakalarının çok nadir görűldűđű bir bűlgede, onkoloji hastanelerinin sayısının fazla olması, uygun olmayan arz-talep mekanizmasına bir őrnek olabilir. (Sargutan, Sađlık Sektűrű ve Sađlık Sistemlerinin Yapısı 2005, 6)

2.2.3.4. Yűnetim Yapıları

Sağlık hizmetinin bir diğer unsuru olan yűnetim yapıları, içerisinde birçok alt başlığı barındırır. Sağlık politikalarının verimli sonuçlar vermesi, bilimsel gelişmelerin yakından takip edilmesi, kaynakların en etkili şekilde kullanılması için mekanizmaların oluşturulması, idari sorumluların olađanűstű durumlarda alacağı tedbirler, sağlık kurumlarının idaresi gibi konular, yűnetim yapılarını oluşturmaktadır. (Sargutan, Sağlık Sektűrű ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı 2005, 6)

2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri eski yayınlarda üç başlık altında incelenirken, yeni sağlık hizmetleri sınıflandırılması anlayışına göre dört ana başlık altında incelenebilir. Bunlar; sağlığın hastalık öncesinde korunmasını amaçlayan koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık halinde tedavisini gerektiren tedavi hizmetleri, bazı hastalıkların tedavisi sürecinde veya sonrasında uygulanması gereken iyileştirme hizmetleri ve gelişmiş ülkelerde etkin bir sağlık hizmeti olan sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak karışımıza çıkmaktadır. (Kavuncubaşı ve Kısa 2002, 1-29)

2.2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu gruptaki sağlık hizmeti, hastalıklar oluşmadan önce, bir sağlık politikası olarak, gerekli bağışıklamaların yapılması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, çevresel düzeyde risk boyutu oluşturabilecek zararlı etkenlerin bertaraf edilmesi ve toplumsal bilincin artırılmasını içermektedir. Koruyucu sağlık hizmetinin, diğer sağlık hizmetlerine göre maliyeti en az olmasına karşın, hastalıklarla mücadelede en etkili ve verimli hizmet alanıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri, hastanelerin yükünü azaltır ve daha az yatırım ile uzun vadede sağlık ekonomisine ciddi katkılar sağlar. Koruyucu sağlık hizmetleri başka kaynaklarda farklı şekilde sınıflandırılabilmektedir. Genel olarak koruyucu sağlık hizmetleri iki başlık altında şu şekilde sınıflandırılabilir:

a) Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri: Bu hizmetin diğer bir adı da çevre sağlığı hizmetleri veya çevresel sağlık hizmetleridir. Burada amaç, çevresel düzeyde insan sağlığını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin ortadan kaldırılmasıdır. Çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde yerel yönetimler de aktif görev alabilmektedir. Çevre sağlığı hizmetleri kapsamında yapılan çalışmaları, başlıca şöyle sıralayabiliriz;

- Su kaynaklarının temini ve denetimi
- Katı atıkların denetimi
- Tıbbi atıkların bertaraf edilmesi
- Zararlı mikroorganizmalarla mücadele edilmesi
- Besin arındırma

- Hava kirliliğinin denetimi
- Gürültü faktörlerinin denetimi
- Radyasyon kaynaklarının kontrolü
- İş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması (Kavuncubaşı ve Kısa 2002, 5-35)

b) Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı koruma, tedbir alma ve farkındalık kazandırma'dır. Kişiyeye yönelik sağlık hizmetlerini sunanlar sağlık personeli'dir. Burada sağlık elemanları, kişilere sağlık hizmetini ya dolaylı olarak sunmakta, ya da doğrudan götürmektedir. Kişilere yönelik sağlık hizmetlerinin başlıca çalışma alanlarını şöyle sıralayabiliriz;

- Rutin bağışıklama
- Beslenmenin düzenlenmesi
- Hastalıklarda erken teşhis
- Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri
- Aile ve nüfus planlaması
- İlaç ile koruma
- Kişisel sağlık bilgisi
- Sağlık eğitimi (Kavuncubaşı ve Kısa 2002, 5-37)

2.2.4.2. Genel Tedavi Hizmetleri

Tedavi hizmetleri, genel olarak sağlık bütünlükleri bozulan kişilerin, eski sağlıklarına kavuşabilmeleri için, başvurdukları merkezlerde tedavi edilme süreçlerini kapsamaktadır. Tedavi hizmetleri kapsam olarak, sağlık hizmetleri içinde en büyük paya sahiptir. Tedavi hizmetlerinin etkili ve verimli yürütülebilmesi ve bu hizmet alanının görev dağılımının sağlıklı bir şekilde işletilmesi için, bu hizmet dalı üç ana

gruba ayrılmıştır. Her birinin farklı görev ve sorumlulukları olan bu gruplar, koordineli bir şekilde çalışmaktadırlar.

a) Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Bu tedavi hizmeti alanı, günübirlik hastaların kısa süreli ve gün içinde çözüme kavu turulup taburculukları planlanabilen hasta grubuna müdahaleyi kapsayan hizmet dalıdır. Burada hastalara rutin işlemlerinin yürütülmesi, kısa süreli tedavilerin uygulanması, ciddi uzmanlık gerektirmeyen işlemlerin sürdürülmesi ile ilgili hizmetler sunulmaktadır. Birinci basamak tedavi hizmetleri, lüzum halinde, bir üst hizmet basamağına uygun yönlendirmeyi sağlamakla da yükümlüdür. Özel muayenehaneler, ayaktan bakım merkezleri, hastanelerin acil servisleri, poliklinik hizmetleri veren kurumlar, aile sağlığı merkezleri, evde bakım merkezleri gibi kurumlar, birinci basamak tedavi hizmeti veren kurumların başında gelmektedir.

b) İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Bu kısımdaki tedavi hizmetinin kapsamı, ileri derece bir bilgi birikimi ve ileri bir teknolojik uygulama gerektirmeyen hastaların tedavi sürecini kapsayan sağlık hizmeti alanıdır. Bu hizmet alanında, hastanın eski sağlığına kavu turulmasında kullanılan teknikler ve kullanılan tıbbi malzemeler, ileri bir teknoloji gerektirmez. İkinci basamak tedavi hizmetlerinin temel amacı, büyük bir hasta grubuna hizmet vermenin yanı sıra, üst bir tedavi hizmetine ihtiyaç duyulması halinde, bunların sınıflandırılıp, ilgili birimlere yönlendirilmesini yürütmektir. Düşük yatak sayılı ve rutin hizmetler sunan devlet hastaneleri, bazı dal hastaneleri gibi kurumlar, ikinci basamak tedavi hizmeti veren kurumların başında gelmektedir.

c)    nc  Basamak Tedavi Hizmetleri:    nc  basamaktaki bu tedavi hizmetleri, birinci ve ikinci basamaklardaki tedavi hizmetlerinin kapsamında tedavisi mümkün olmayan, tedavileri için daha ileri teknoloji ve yoğun bir uzmanlık birikimi gerektiren hastaların başvurdukları merkezlerdeki tedavi süreçlerini kapsamaktadır. Bu basamaktaki tedavi hizmetinde, hastaların ihtiyacı olan tahlillere, testlere ve görüntüleme tekniklerine olan ulaşım imkânları daha fazladır.

   nc  basamak tedavi merkezlerinde, birçok farklı alanda ihtisası bulunan sağlık elemanları arasında, farklı g r     nerileri gerektiren bazı karmaşık hastalar için,

güçlü bir koordinasyon da bulunabilmektedir. Eğitim ve araştırma hastaneleri, bazı dal merkezleri, YÖK bünyesinde bulunan üniversite hastaneleri gibi kurumlar, üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kurumların başında gelmektedir. Hastaların genel durumlarına göre, sevk sistemi ile hastalar ikinci basamak bir sağlık kurumundan, üçüncü basamak bir sağlık kurumuna nakledilebilmektedir.

2.2.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, bazı kaza veya travmalar sonucu organ hasarı bulunan hastaların, ileriye dönük yaşamsal aktivitelerini gerçekleştirebilmeleri için, tıbbi ve manevi destek sunan sağlık hizmetlerindeki tedavi ve iyileştirme süreçlerini kapsamaktadır. Bu hizmetin temel amacı, hastaların zarar görmüş organlarına olabildiğince işlevsel beceri kazandırmanın yanı sıra, onlara manevi yönden destek olmaktır. Rehabilitasyon hizmeti gereksinimi olan hastalar, hem yataklı tedavi kurumlarda, hem de evde bakım hizmetleri kapsamında tedavi alabilmesi, bu hizmet grubunu diğer hizmet alanlarından ayıran önemli bir farktır. Bu hizmeti alan hasta grubunda işlevsel beceri kazanım süreci hayli uzayabilmektedir. Rehabilitasyon hizmetlerini iki başlık altında incelemek mümkündür.

a) Tıbbi Rehabilitasyon: Tıbbi rehabilitasyon, doku, duyu veya organ hasarı bulunan kişilere yönelik tıbbi amaçlı, işlevsel becerilerin arttırılmasını amaçlayan tedavi süreçlerini kapsamaktadır. Burada temel amaç, bu hasta gruplarına hayatlarını kolaylaştırmak için uygun formüller geliştirmek ve fonksiyon hasarını en aza indirecek yetenekleri hastaya kazandırmaktır. Bu hizmet alanında, uzun bir tedavi süreci gerektiren bu hasta grubuna yönelik periyodik seanslar uygulanarak, uzun vadede başarılı sonuçlar hedeflenmektedir.

b) Sosyal Rehabilitasyon: Sosyal rehabilitasyon, doku, duyu ve organ hasarı bulunan kişilerin, sosyal hayat içinde daha aktif rol alabilmeleri, iş hayatında rol üstlenebilmeleri, gündelik rutin işlerinde kendi başlarına hareket edebilmeleri için, gerekli olan moral ve motivasyonu sağlamak, uygun formüller geliştirmek, özgüven ve farkındalık kazandırmak gibi sosyal yeteneklerin geliştirilmesini kapsamaktadır. Sosyal rehabilitasyon, hastalara fiziki fonksiyonların tedavisinden ziyade, sosyal

yaşam içinde kendilerini daha iyi ifade etmeleri ve sosyal hayatta daha aktif rol alabilmelerini sağlayan bir dizi sosyal kazanımın sağlanmasını amaçlamaktadır.

Sosyal rehabilitasyon, özel bakım gereksinimi olan kişilerin (kimsesiz çocuklar, sorunlu aileler, yaşlı veya kimsesiz kadınlar, suçlular, fiziksel ve zihinsel engeli olan bireyler) mevcut yaşamlarının iyileştirilmesinin veya yaşam kalitelerinin artırılması esasına dayanır. Burada, bu bireylerin istekleri bu sonucu ortaya çıkarmaktadır. Sosyal rehabilitasyon, mevcut yaşam kalitesinin iyileştirilmesine ve var olan sorunların çeşitli programlarla çözümüne yönelik çalışmalar dizisinin ve diğer farklı yaklaşımların bir sonucudur. Sosyal rehabilitasyon, bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda, insan yaşamının iyileştirilmesinin hedeflendiği ve bunları konu alan birtakım programlardan oluşmaktadır.

2.2.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi alanındaki hizmetlerin tamamı, hastalardan ziyade sağlıklı bireylerin hizmet alanına girer. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, mevcut sağlık yapısını daha ileri bir düzeye taşımayı amaçlayan bir dizi kontrol ve tedbir mekanizmasının işletilmesi sürecidir. Burada temel sorumluluk, hizmeti sunandan ziyade, hizmeti alan bireylerdedir. Sağlığın geliştirilmesi sürecine talep, bu hizmeti talep edenlerin ekonomik ve farkındalık seviyelerine göre değişebilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi, tıbbi bir takım düzenlemeler dışında, bireylerin bilinçlendirilmesini hedefleyen bir takım eğitim sunumunu da kapsayan, geniş bir hizmet alanıdır. Gelişmiş ülkelerde bu hizmet alanı çokça talep edilmektedir. (Kavuncubaşı ve Kısa 2002, 5-39)

İKİNCİ BÖLÜM

MANEVİYAT VE MANEVİ BAKIM HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1. MANEVİYAT HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Maneviyat hakkındaki bilgiler konunun anlaşılması için önem arz etmektedir. Maneviyat konusu anlaşılabilirliği ölçüde, manevi bakım konusu da anlaşılabilir olacağından, bu konudaki akademik verilerden yola çıkılarak bir tasnif yapılmıştır.

1.1. Maneviyat Kavramı

Maneviyat kelimesi şüphesiz izahı zor olan soyut kavramlardan biridir. (Kızılırmak 2015, 31). Birçok dilde farklı kelimelerle izah edilse de birbirine yakın anlamlara tekabül eden bu kelime, köken olarak dilimize Arapça’ dan gelmektedir. TDK’ nın sözlüğünde maneviyat, ‘maddi olmayan/manevi şeyler’ olarak tanımlanmıştır. (TDK 2016) Maneviyatın bir diğer anlamı da mana ve inanca dair şeyler olarak ifade edilmektedir. (Doğan 2001, 876) Latince ‘spiritus’ kelimesi ile karşılık bulan maneviyat; canlı olmak, nefes almak anlamına gelmektedir. (Claude ve Zamor 2003, 314) Maneviyat kelimesi İngilizcede spirit/ruh, morale/moral, inwardness/içdünya kavramlarıyla anılmaktadır. Fransızcada da maneviyat ‘esprit/ruh’ olarak izah edilmektedir. Almanca dilinde de maneviyat geist/ruh-anlam kelimesine tekabül etmektedir. Diğer birçok dilde de maneviyat; ruh, içdünya, anlam, moral kelimelerine yakın anlamlar olarak karşılık bulmaktadır. (Henery 2003, 550-557)

Maneviyat kelimesinin dillerdeki karşılığı birbirine yakın olmasına karşın, bilim adamları maneviyat kelimesine kendi yorumlarını katarak, bu kelimeye farklı bakış açıları kazandırmışlardır. Dolayısıyla maneviyat kelimesi üzerine bir görüş birliği sağlanamamıştır. (Tanyi 2002, 500-509) Kimisi maneviyatı insan hayatındaki değer yargılarının oluşmasında bir itici faktör olarak görürken (Oldnall 1996, 138-144), kimisi de maneviyatı insan hayatındaki entelektüel faktörlerin oluşmasına neden olan bileşenlerin duyusal yönü olarak ifade etmektedir. (Bosch 2009, 139-157) Maneviyat, bir başka görüşe göre, vahyin kaynaklarından ilham alınarak inancın güçlenmesini sağlayan her türlü faaliyet olarak yorumlanmıştır. (Seyyar 2010, 31)

Maneviyat kelimesinin Batı dillerindeki karşılığı kelime olarak Türkçe ile aynı anlamlar taşımasına rağmen, Türkçede bu kelimeler din ve ahlak kelimelerini çağrıştırmaktadır. Yabancı kaynaklarda bu kavramın anlamı bu kelimelerle sınırlandırılmayıp, daha genel manalarda kullanılmaktadır. Batıda inançsız bir kimsenin kendi düşüncesine dayanak olarak hissettiği bir kimse veya bir sembol, o kimse için manevi bir lider veya nesne olarak karşılanabilmektedir. Lakin İslam ve Doğu kültüründe maneviyat kelimesinin somut karşılığı din kavramıyla ilgilidir. (Karagül 2012, 8) Burada kültürel farklılıklar ve din algısındaki kavrayış biçimleri, maneviyat ve benzeri birçok kavramın farklı şekilde yorumlanmasına sebebiyet verebilmektedir. Kültürel farklılıklar akademik düzeyde kavram kargaşasına sebep olabilmektedir. Burada önemli nokta, kavramların çıkış noktasının objektif tahlili ve tarihsel süreçte geçirdiği aşamaların bilimsel tasnifi yapılmadan öne sürülen tezlerin geçerliliklerinin sorgulanma ihtiyacıdır.

1.2. Maneviyatın Diğer Bilimlerle Olan İlişkisi

Maneviyat, başta din ve ilahiyat olmak üzere; felsefe, psikoloji, sosyoloji ve ahlak konuları ile iç içe bir kavramdır. Maneviyatın güçlü bir zihinsel çağrışımı olduğundan dolayı sosyal bilimlerdeki yansıması dikkatle incelenmelidir. Tüm bunlarla beraber manevi bakış, sosyal bilimlerin pozitivist ve maddeci yapısının çok daha ötesinde, yeni bakış açılarının oluşmasına katkı sağlayacaktır. (Seyyar 2010, 34) Maneviyatın sosyal hizmet açısından öneminin çok ötesinde, özellikle psikoloji, felsefe ve sosyoloji dünyasına kazandırdığı derinlik ve sunduğu teorik ve pratik model, onun öneminin anlaşılması için yeterli bir gerekçedir.

1.2.1. Maneviyat - Din İlişkisi

Maneviyat kelimesine etimolojik olarak bakıldığında, altında ilahi bir anlamın, metafizik bir derinliğin bulunduğu görülecektir. Maneviyatın bu yapısından dolayı bazı görüşler maneviyat kavramını din ile ilgili bir kavram olarak dile getirirken, bazıları ise maneviyatı din kavramından ayrı bir kavram olarak dile getirirler. Maneviyat ve din kavramı arasındaki benzer ve farklı yönler birçok tartışmanın konusu olmuştur. Maneviyat ve din kavramlarını birbirinden ayıran çağdaş görüşe göre

maneviyat kişisel ve faydacı bir anlama sahiptir. Bunun yanında din ise, bir dizi geleneksel sembol, inanç ve değerler dizisidir. (Bekiş 2013, 8-10)

Maneviyat ve din kavramları üzerine bir diğer görüşe göre maneviyat dinler üstü bir kavramdır. Dindarlık ve maneviyat kavramlarını birbirinden ayıran görüşlere bakıldığında, bu kavramları birbirinden ayırdıktan sonra maneviyatı dinler üstü görmelerinin altında akılcılık görüşü yatmaktadır. (Giacalone ve Jurkiewicz 2010, 5) Bazı psikologlar maneviyat ile dindarlık kelimelerini birbirlerinin yerine kullanırken, bazıları ise dindarlığın maneviyatı da kapsayan daha geniş bir kavram olduğunu dile getirir. Gelineen noktada maneviyat ve dindarlık birbirlerine yakın anlamlar taşısa da özünde iki farklı kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında maneviyat ve dindarlık birçok ortak zemini olan iki kavramdır. (Köse ve Ayten 2012, 125-126) Din ve maneviyat kavramları çoğu zaman birlikte bir araya gelmesi ve bu iki kavram arasında bulunan sosyal ve psikolojik benzerlikler dikkatle incelendiğinde, maneviyat kavramını dinden ayrı bir kavram olarak düşünme eyleminin ne kadar zor bir eylem olduğu görülecektir. (Peter, ve diğerleri 2013, 109-110)

Din, kurumsal bir kanalla topluma ait bir kurum iken, maneviyat daha bireyseldir. Maneviyat sahibi biri olmak için dindar biri olmaya gerek duymayabiliriz. Nitekim batıdaki popüler kültürde var olan ve gittikçe artan bireysel maneviyat algısı, birçok bilimsel çalışmaya konu olmaya devam etmektedir. (Dein ve Kimter 2014, 741) Maneviyat ve din kavramları ile ilgili yorum yapılırken, maneviyatın ‘iyi’, dinin ise ‘kötü’ olarak yorumlanması, bilgiye dayanan bir analiz olmaktan ziyade bir önyargının eseridir. Nitekim kavramları iyi veya kötü olarak sınıflandırmak, psikolojik araştırmayı ciddi şekilde sınırlandıran bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir dizi inanç ve uygulamanın olumlu veya olumsuz sonuçlarının değerlendirilebilmesi, bunların deneysel olarak sonuçlandırılmasına bağlıdır. (Zinnabauer ve Pargament 2013, 75)

Çağımızın önemli İslam düşünürlerinden biri olan Kutub, din kavramının maneviyat ile olan ilişkisini izah etmeden evvel toplumu kuşatan bir cahiliye kavramından bahseder. Kutub’ a göre toplumun kültürüne, inancına, yaşam biçime, geleneklerine işlemiş bir cahiliye hastalığı mevcuttur. Bunun tarih boyunca şekli değişmişse de kökeni değişmemiştir. Vahyin bedenlerimizde vücut bulamamasının

sebebi olarak gösterdiği bu cahiliye ürünü düşünceler, zihinlerde egemenliğini devam ettirdikçe, adaletin ve merhametin hüküm sürdüğü bir toplumun inşa edilemeyeceğini vurgular. Burada vahye dönük bir yaşamın sebepleri arasında manevi haz alma duygusunun yeterli bir gerekçe olmadığı üzerinde durur.

Kutub, manevi haz almak için değil, amel edip hayata geçirmek için ilahi metinlere yaklaşılması gerektiğini belirtir. Nitekim manevi haz almak için de ilahi metinlerde insanı cezbeden birçok örnekliğin bulunduğunu vurgular. (Kutub 2015, 22-23) Din, tarih boyunca insanlığın manevi ve yüce değerlerinin, soyluluğunun koruyucusu olma görevini üstlenmiştir. Bunun yanında din; hidayet, uyanık olmanın, gerçek aydınlanmanın ve yapıcı olmanın etkenidir. (Şeriati 1999, 118)

1.2.2. Maneviyat - İlahiyat İlişkisi

Yunancada ‘Theos / Tanrı’ ve ‘Logos / Bilgi’ kelimelerinin birleşmesinden meydana gelen Teoloji / Tanrıbilim kavramı, dilimizde ilahiyat kavramına tekabül etmektedir. İlahiyat ve maneviyat arasındaki ilişki, bir anlamda din ve maneviyat arasındaki ilişkinin özel bir halidir. Teoloji, ilahi bir metnin diğer kültürler tarafından takdim edilmiş şekilde yeni bir terminoloji ile yapılmış, belli bir devrin saf ve kültürel bir hali ve özetidir. Her halükarda reformist hareket, gerçeğe olan bağlılığı sayesinde ideolojiye doğru ileri bir adım atıyor fakat henüz antik teolojinin bünyesinde hapsolmaktan kurtulamıyor. (Hanafi 1979, 507)

Maneviyatın din ile ilişkisinin özel bir alanı olarak nitelendirebileceğimiz Maneviyat - Teoloji ilişkisi, Teoloji kavramını nasıl tanımladığımız ile ilgilidir. Teolojiyi maneviyat kavramından ayıran ana eksen, teolojinin bir disiplin alanı olmasıdır. Teoloji kendi içinde çeşitli başlıklara ayrılmaktadır. Bunun yanında Tanrı Bilimi olarak bilinen Teoloji, insan hayatında Tanrı’nın yeri ve insan hayatında Tanrı’nın etkilerini konu edinmektedir. Tanrı’nın insan hayatına etkisine inanan ve O’nun öğretilerine göre yaşayan insanlar, hayatlarında büyük bir manevi haz hissederler. Nitekim varlığına inanılan bir Tanrı, hayatın anlam kazanmasında kendisine rehberlik edecek bir felsefeyi yaratan varlıktır.

Kur’ an- ı Kerim’ de bir ayette şöyle geçmektedir: “ De ki: Muhakkak ki, benim namazım, kurbanım, ibadetlerim, hayatım ve ölümüm âlemlerin Rabbi Allah içindir. ”

(Kur' an- ı Kerim 6, 162) Bu ayete inanan her insanın hayatı, Tanrı kavramına olan teslimiyete göre şekillenecektir. Buradaki Tanrı anlayışı insanın hayatının amacını belirlemektedir. Kur' an' daki bu üslup insanın hayatının manevi zeminini oluşturmaktadır. İnsanın hayatına bir amaç kazandıran bu ifadeler, inananlar için beraberinde sabır ve tatmin duyguları getirecektir. Böylece insan hayatı manevi yönden Tanrı ile metafizik bir bağa kavuşacak ve bu duruş, sıkıntılar karşısında onun doğuştan gelen zayıf yönlerini onaracaktır. Bu metinler, kendisine iman edenleri, tıpkı hayat gibi, ölüm karşısında da insanı müthiş bir isteklendirme ile kuşatacaktır. Ve böylelikle, insana ölüme hazırlama ve ölümden korkmama bilinci üzerine metafizik bir şuur kazandırabilecektir.

Hristiyanlığın kutsal kitabı olan İncil' de bir bölümde şöyle geçmektedir: 'Başlangıçta söz vardı. Söz Tanrı' yla birlikteydi ve söz Tanrı' ydı. Başlangıçta O, Tanrı' yla birlikteydi. Her şey O' nun aracılığıyla var oldu, var olan hiçbir şey O' nsuz olmadı. Yaşam O' ndaydı ve yaşam insanların ışığıydı. Işık karanlıkta parlar. Karanlık onu alt edemedi.' (Yuhanna 1, 1-5) İncil' de geçen bu izahata göre, Tanrı yaşamın merkezidir, öncesi ve sonrasındır. Tanrı yaşama yön verir ve insanlar Tanrı olmadan karanlıkta kalmaya mahkûmdurlar. Tanrı, yaşamdaki enerjinin kaynağı ve sebebidir. Buna inanan insan, yaşamındaki manevi boşluğu bu düşüncelerle dolduracaktır. Ve böylece hayatında gelişen olayları bu ekseninde algılayıp, gelişen dramatik hadiselerde bile kendini manevi yönden motive edecek ve ayakta kalmayı başarabilecektir.

Museviliğin kutsal kitabı olan Tevrat' ın bir bölümünde şöyle bir metin bulunmaktadır: 'O' nun yıktığı onarılamaz, O' nun hapsettiği kişi özgür olamaz. Suları tutarsa, kuraklık olur, salıverirse dünyayı sel götürür. Güç ve zafer O' na aittir. Karanlıkların derin sırlarını açar, ölüm gölgesini aydınlığa çıkarır. Ulusları büyütür, ulusları yok eder, ulusları genişletir, ulusları sürgün eder. (Tevrat, Eyüp Bölümü, 12: 14 - 16; 22 - 23) Yine hayatlarına bu metinleri katarak ve bu öğretileri sindirerek yaşayan insanlar için hayat, Tanrı ile olan ilişkilerimize göre şekillenmelidir. Doğadaki bereketin kaynağı O' dur. Dolayısıyla manevi bir bakış, rahmet ve bereketin kaynağı olan bir Tanrı inancının insan hayatında yer kaplamasına öncülük etmektedir.

Dört kutsal kitaptan biri olan Zebur' un bir bölümünde şöyle bir ifade bulunur: 'Sana seslenince yanıt ver bana, ey adil Tanrım! Ferahlat beni sıkıntıya düştüğümde,

Lütfet bana, kulak ver duama.' (Zebur 4, 1) Bu ifadelerdeki yakarış, Tanrı'ya olan inancın ve insanın acizliğinin bir belirtisidir. Buradaki maneviyat had safhadadır. Tanrı'nın adaletin kaynağı olduğuna inanan bir akıl ve O'ndan başkasına edilen duanın kabul olunmayacağına inanan bir kalp, Tanrı ile olan ilişkisine göre hayatını idame ettirecektir. Bu kaynaklar yoluyla hayatını anlamlandıran insan, Tanrı ile olan yakınlaşma veya uzaklaşma tercihinə göre manevi yönünü belirleyecektir.

Teoloji, insanın Tanrı ile olan ilişkisine göre kişide manevi bir bilinç oluşmasına katkı sağlar. Bununla birlikte Tanrı'nın varlığı / yokluğu, iyiliği / kötülüğü gibi konularda kesin yargılardan kaçınır. Bu durumun insan hayatına olumlu veya olumsuz katkılarının olması kaçınılmazdır. İnsan kendi okuma ve tecrübesiyle yarattığı Tanrı kavramına inanarak, hayatını manevi yönden güçlendirecek bir bilince sahip olabilmektedir.

1.2.3. Maneviyat - Felsefe İlişkisi

Felsefe ile maneviyat ilişkisi, felsefe kavramı ve çağrışımlarını doğru algılamakla daha net ortaya konabilir. Grekçeden gelen 'philosophos' kelimesi, aslında 'sophos' kelimesine karşın oluşturulmuş bir kavramdır. Kelime köken ve mana olarak, kendisinde bilginin bulunduğu kişiden ziyade, bilgiyi seven, bilgi aşığı anlamında bir çağrışımı vardır. Felsefenin gerçeği bulmak, hakikati ortaya çıkarmak gibi bir derdi ve amacı olmadığı gibi deney ve gözlemlerle de ilgilenmez. Felsefe belli bir yolun, düşüncenin üzerinde bulunmayı ifade eder. Soruların cevaplardan daha önem arz ettiği Felsefeyi inkâr eden biri, farkında olmadan, başka bir felsefe yapmıştır. (Jaspers 2001, 53-58)

Din ve dolayısıyla maneviyat kavramları üzerinde geliştirilen birçok teorinin, kaynak olarak Hegel'in metafizik felsefesinden esinlendiği, birçok çevre tarafından kabul edilebilir bir görüştür. (Morris 2004, 19) Hegel, diyalektik bir bakış açısı önererek, ruhsal gerçekliğin kapılarının aralanmasına katkıda bulunmuştur.

Din, içinde barındırdığı mistik tecrübe ile akıl faktörünü merkezin dışına iterek pozitivist felsefenin oklarını kendi üzerine çekmiştir. Bu açıdan bakıldığında, din kavramının sosyal bir form olmaktan çıkıp, daha özel bir form olarak bireysel yaşantı biçiminde maneviyat olarak algılanma süreci, aydınlanma felsefesinin köklerinde

aranmalıdır. (Mirza 2014, 7) Aydınlanma Felsefesi, bazı sapkın Hristiyan din adamlarının ve baskıcı kilisenin ortaçağdaki hatalı uygulamalarından kendine bir çıkış yolu olarak, din yerine maneviyat kelimesini kullanmayı tercih etmeyi uygun görmüştür. Böylelikle Aydınlanma Felsefesi, Aristo'nun 'yalnızca göklerin ilahı' diye nitelendirdiği, yeryüzüne temas etmeyen bir ilah tasavvuru yoluyla, seküler ve bireysel yaşamdaki 'Kendisinin Tanrısı olan insan' algısını temellendirme yoluna gitmiştir.

Maneviyat ve Din Felsefesi üzerine yazılan birçok eser, modern Hristiyanlık geleneğinin Aydınlanma düşüncesi ile olan ilişkisini esas almaktadır. Nitekim din ve maneviyata dair bir izahta bulunmak için, dini sembol ve uygulamalar seçilirken Hristiyanlığa ait kavramlardan yola çıkılmıştır. (Peterson, ve diğerleri 2015, 15-37) Felsefe' nin din ve maneviyat ile olan ilişkisini araştıran birçok modern batı düşünürü, Anglosakson Hristiyan kültürüne ait simgelere göre şekillenen yorumlar yapmışlardır. Bu durumda yaptıkları tespit ve sentezler, bir kurum olan din kavramının izahından ziyade, popüler birer sembol halini almış ve zamanla aşınmış modern Hristiyanlık değerleri üzerinedir.

1.2.4. Maneviyat - Psikoloji İlişkisi

Modern psikolojinin din ve maneviyat ile olan ilişkisi 1880' li yıllardan sonralara dayanmaktadır. (Köse ve Ayten 2012, 7) Bir başka görüşe göre ise din psikolojisi bağımsız bir disiplin olarak 20. Yüzyıldan itibaren ortaya çıkmıştır. (Vergote 1999, 23) Ülkemizde ise bu alandaki çalışma ve araştırmalar, istenilen seviyede olmasa da, geçmişe kıyasla büyük bir aşamanın kaydedildiği söylenebilir. (Ok 2006, 441-456)

Din ve maneviyat psikolojisinin yeterince ilgi görememesinin bir sebebi maddi desteklerin yetersiz olmasıdır. Nitekim bu alana yeterli maddi kaynağın sağlanamaması, araştırmacıların ilgisiz kalmasına neden olmaktadır. Din ve maneviyat araştırmalarının yeterli ilerleme kaydedememesinin sebeplerinden bir diğeri de bu alandaki psikolog ve doktorların bu araştırmalarla ilgilenirken, diğer taraftan mesleki görevlerine devam etmeleridir. (Nielsen 2000, 1-3) Psikologların çeşitli kaygılar duyarak bu alana yeterince ilgi göstermemesine rağmen, bu alanda yapılan özverili

alışmalar, din ve maneviyat psikolojisinin geleceği hususunda umut verici gelişmelerdir. (A. R. Aydın 2004, 59)

1.2.4.1. Maneviyat Psikolojisine Dair Batılı Görüşler

Din ve maneviyat psikolojisine dair batılı yaklaşımlara bakılacak olursa, Abraham Maslow' un dinin 'aşkın / transcendantal' bir insani gereksinim olduğunu belirttiği, Doğu bilgeliği ile Batı aklının diyalektiğini içeren transpersonal/kişiyüstü psikoloji tezi ön plana çıkmaktadır. Bunun yanında Parapsikoloji alanındaki uygulamalarında da bu duruma rastlanmaktadır. Tüm bu çalışmalara rağmen, parapsikoloji ve transpersonal psikoloji, psikoloji bilimi içinde önemli bir ilerleme kat edememiştir. Bunların yanında Sigmund Freud' un kurucusu olduğu psikanalist teori, din ve manevi düşüncenin psikoloji bilimi ile olan bağını en açık şekilde ortaya koyan teorilerin başında gelmektedir. Bu bağlamda psikanalistin temel işlevlerinden biri, bireyin ihtiyaç duyduğu manevi gereksinimlerden olan, hatasını telafi etme, merhamet etme, sorumluluk ve adil davranma konusunda gelişmesine engel olacak bilinçdişı çatışmalardan bireyi uzaklaştırmaktır. (Özen 2010, 46-49)

Alfred Adler dini ve manevi psikolojinin izahını yaparken Freud' un yaptığı psikopatolojik teoriden farklı olarak, dini tecrübenin insanın insan olmasından kaynaklanan bir norm olduğu görüşünü savunur. Birer filozof ve ayrıca din adamı olan S. Kierkegard ve P. Tillich ise dini ve manevi tecrübeye daha özel anlamlar yüklemektedirler. Bu anlamda hümanist felsefe konusunda Doğu dinlerine daha fazla eğilim gösteren E. Fromm bu yaklaşımın en önemli temsilcilerindendir. (Özen 2010, 47) Jung, Freud' un aksine Tanrı ve dini, nevrozun sebebi olarak değil, insanı nevrozdan kurtaran birer can simidi olarak görerek, insan psikolojisindeki manevi gücün sebebi olarak Tanrı ve din kurumunu göstermiştir. Jung bu yönüyle insanların manevi gereksinimlerinin karşılanmasında dini bir isteklendirme aracı olarak görmektedir. (Köse ve Ayten 2012, 39)

1.2.4.2. Maneviyat Psikolojisine Dair Doğulu Görüşler

İnsanda fitri olarak var olan 'nefs' bilgisi, insanı bir takım iyi veya kötü tercihleri yapmaya yönlendirir. Bu yönlendirme esnasında kötü olan tercihleri aşmak için insana bir takım sorumluluklar yükler. İslami kaynaklarda 'nefis muhasebesi'

olarak ifade edilen bir sürece giren insan, bu süreç sonunda yapacağı kötü tercihlerden sorumlu tutulacaktır. İnsancıl psikoloji ilkelerine göre de durum budur. İnsanın kendisi olması ve kendinde var olanları keşfederek dış dünyaya aktarması için ciddi bir çaba harcaması gereklidir. (Özdoğan 2008, 86-87)

Literatürde, İslam tarihinin bilinen ilk filozofu olarak gösterilen Kindi, ‘nefs’ kavramına dair psikolojik tespitlerinde, nefsi çevreleyen merkezi kuvvetleri açıklarken; tasavvur gücü, hafıza gücü, öfke gücü, arzu gücü, geliştirici güç ve besleyici güç gibi bileşenlerden bahseder. Bu bileşenlerin, insanın psikolojik tepkilerinin hareket üssü olduğunu vurgular. Gerçek zevke ulaşmak için, dünyevi duyuların isteklerinden sıyrılıp, ruhani olana bağlanması gerektiğini belirtir. (Köse ve Ayten 2012, 88)

Dindar insanın ruh halleri üzerinde duran Endülüslü İbni Hazm, Güvercin Gerdanlığı isimli eserinde aşkın hallerinden ve insanın gerçek aşk arayışından bahsetmektedir. İbni Hazm, bu kitabında, insanı kuşatan bencil isteklerin ve öfkenin etkisinden, ancak sevgi ve aşk psikolojisi yoluyla kurtulabileceğini dile getirmektedir. (İbn Hazm 2016) Ragıp el - İsfahani pozitif ve din psikolojisinden hareketle erdemler konusunda yaptığı çalışmalarda, insanın mutluluğa ulaşmasında erdemlerin (akıl, adalet, iffet, cesaret ve cömertlik) rolüne dikkat çekmiştir. Gazali de insan psikolojisinin temelinde saldırganlık, fiziksel, üstünlük ve kötülük güdülerinin olduğunu vurgular. (Köse ve Ayten 2012, 97)

İbni Teymiyye, insan psikolojisinden hareket ederek, nefis’ in ihtiyaçlarını iki kısma ayırmaktadır. Bunların ilki, insan hayatının devamı için zorunlu olan fiziksel gereksinimlerin karşılanmasıdır. İkincisi ise fiziksel gereksinimlerin dışında kalan sosyal ihtiyaçlardır. Psikolojik güven ve mutluluğun sağlanması, gücü her şeyin üstünde olan mutlak bir yaratıcıya gönülden bağlanmakla mümkündür. İbni Teymiyye’ ye göre ruhun hastalanmasının üç belirtisi vardır. Bunlar; algıda bozulma, iradede bozulma ve nefiste ortaya çıkan acılardır. İbni Teymiyye bedensel rahatsızlıklar kadar, ruhsal sağlığın da korunması gerektiğini savunur. İbni Kayyim El-Cevziyye insan psikolojisine dair birçok eser yazmıştır. Medaricu’ s-Salikin, Kitabı’ r- Ruh, Risale fi Emrazi’ l-Kulub isimli kitaplarında nefis kavramı üzerinde durmaktadır. Nefsi bir dağa benzeten El - Cevziyye’ ye göre, kişi Allah’ a ulaşmak

için bu dağı aşmak zorundadır. Yine tefekkürü, ruh psikolojisinin olası problemlerinden kurtulmak için bir formül olarak görmektedir. (Köse ve Ayten 2012, 100-101)

1.2.5. Maneviyat - Sosyoloji İlişkisi

Sosyolojinin bir disiplin olarak görevi, insanın toplum içerisindeki yapısını araştırmak ve onun toplumsal bağlantılarını ortaya koymaktır. Burada insanın ve toplumun yapısı ile olan niteliği ortaya konulacaksa din ve maneviyat sosyolojisi, sosyolojinin özel bir alanı olarak karşımıza çıkacaktır. (Taplamacıoğlu 1963, 2)

Din ve maneviyatın sosyoloji bilimi ile olan ilişkisi açısından taşıdığı önemin bilinmesi psikoloji ve felsefe alanındaki çalışmalara derinlik kazandırmıştır. Yine din ve maneviyatın, toplumsal hareketlerin yükseliş ve alçalışları üzerine ciddi çalışmalar yapılması, çok değerli sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Din ve maneviyatın toplumsal etkilerinin incelenmesinden önce, dinin toplum ile olan temaslarını analiz etmek gerekecektir. Dini ve manevi deneyimlerin teorideki veya pratikteki karşılığı sosyoloji bilimi içerisinde anlam kazanmaktadır. Hayata müdahil olan ve yaşayan bir dini tecrübenin müntesipleri, doğası gereği toplumsal ilişkilerini buna göre düzenlemek ve buna göre hareket etmek zorundadırlar. (Taplamacıoğlu 1963, 68-74)

Modern zamanda din ve maneviyat sosyolojisine en önemli katkıların Emile Durkheim ve Max Weber tarafından sağlandığı söylenmektedir. Burada Durkheim, din kavramını toplumu bütünleştiren ve birleştiren bir unsur olarak izah ederken, Weber ise dinin birincil rolü olarak toplumsal ve sosyal değişimlerdeki etkisine dikkat çekmiştir. (Davis 2004, 298-301)

1.2.6. Maneviyat-Ahlak İlişkisi

Ahlak kavramının temellendiği olguları araştıran etik bilimi, felsefenin bir alt disiplini olarak karşımıza çıkmaktadır. Etik biliminde, insanın ahlaki davranışlarının altında yatan toplumsal ve bireysel davranışlar irdelenir. Burada muhataplarına bir dizi sorular sormak şeklinde yanıtlar aranarak, iyi ve doğru davranışın kapsamına dair varsayımlar üretir. (Akarsu 1984, 62) Yaşamda birçok insanın ahlaki davranışlarının temelinde manevi bilinç bir isteklendirme aracı olarak karşımıza çıkar. Davranışların

şekillenmesinde etkisi olan ve eylemlerin denizine yataklık eden maneviyat, toplumsal davranışlarımızın sebepleri üzerinde durmaktadır.

Ahlaksal davranışlarımızın altında yatan sebeplerden bir diğeri kùltürdür. Ahlaki yükümlölüklerimizin saptanmasında toplumsal kùltürün rolü önemli bir seviyededir. Bu durum bize ahlaki sorumluluklarımızı belirleyen temel ölçütün o zamandaki popüler kùltürün etkisi olduğunu göstermektedir. (Steinberg ve Austern 1996, 140-142) Popüler kùltürün ahlaki sorumluluklarımızı belirlemesi, seküler hayatın dört bir koldan insana dayattığı kolektif bir bilinçtir. Bu durumda maneviyatın ahlaki çerçevesini belirleyen unsur, toplumsal vicdan olması gerekirken, yerini popüler kùltürün vicdanına bırakacaktır. Maneviyat kavramının tinsel çağrışımları, bir takım seküler ideologlar tarafından Hümanist ilkelerle makyajlanarak susturulma yoluna gidilmiştir. Bu açıdan bakıldığında bireysel çabalar üzerinden maneviyatçı bir ahlak anlayışı oluşturmak, popüler kùltürün kuşattığı hayatlarımızın üzerindeki sisi dağıtmakla mümkün olabilecektir. Nitekim maneviyatın egemen olmadığı bir ahlak anlayışı, vitrinlerde sunulan ‘güzel’ ve medyada sunulan ‘doğru’ tuzağına ikna olmaya mahkûm olacaktır.

2. MANEVİ BAKIM HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Manevi bakım, konusu itibarı ile ruh bilimleri ile ilgili akademik çalışmalardan beslenip günümüzdeki hali almıştır. Manevi bakım birçok ülkedeki farklı tanımlama biçimlerine rağmen, psikoloji biliminin ve inanç sistemlerinin etkisindedir. Burada gerekli tasnifler yapmak sureti ile üzerinde durulan temel konu, manevi bakım konusunun kendi bilimsel çerçevesinin oluşturulmasına dayanak olabilecek akademik gelişmişliğidir.

2.1. Manevi Bakımın Tanımı ve Kapsamı

Psikoloji bilimi yıllar boyunca insan ruhunun karanlık kısımları olan, korku, öfke, nevrotik bozukluklar, bunalımlar ve depresyon gibi konular ile ilgilendikten sonra, nihayet dinlerin evvelden beri savunduğu birtakım ahlaki öğretiler yoluyla daha yapıcı bir bilinç inşa etme yoluna gitmektedir. Ve bu dönüşüm psikoloji bilimi açısından akademik bir dönüm noktası sayılmaktadır. (Utsch 2008, 170) Pozitif düşüncenin, insandaki fiziksel iyilik göstergelerinden olan uzun ömür ve sağlıklı yaşam konusunda etkili olduğu birçok araştırmanın sonucunun ortaya konması ile kanıtlanmıştır. (Seligman 2002, 40) Manevi bakım, pozitif düşünce kavramından hareketle, kendine ait teorik alt yapısı ve pratik uygulamaları olan, destek temelli bir sosyal hizmet alanıdır. Bunun profesyonel bir şekilde ve resmi kurumlar tarafından, ilgili yasal düzenlemeler ile uygulanması, bu alandaki akademik birikim ve temennilerin esas beklentisidir.

Manevi bakım / spiritual care, insanların korku, sıkıntı, stres gibi zor zamanlarında onların yanında durmak, dini ve manevi yönden onlara destek sunmak, sorunlarına danışmanlık yapmak suretiyle yardımcı olmak, ibadet veya adetlerinin gereklerini gerçekleştirme konusunda onları desteklemek, hayatlarındaki anlamı yakalamaları sürecinde eşlik etmek olarak tanımlanabilir. (Karagül 2012, 7) Manevi bakım rutin bir uygulama modeli değildir. Manevi bakım ihtiyaç halinde başvurulacak bir kavramdır. İnsanlara istekleri doğrultusunda sunulan manevi bakım, profesyonel bir danışmanlık hizmeti olarak karşımıza çıkmaktadır.

Manevi bakım temelde bir destek amacı taşımaktadır. Manevi bakım, sosyal bakım veya psikiyatrik bir yaklaşımdan farklı olarak, kendine ait metotları olan bir

içeriğe sahiptir. (Karagül 2012, 7-8) Manevi bakımın ne olmadığını anlaşılmaması, en az ne olduğunun anlaşılması kadar önemli bir konudur. Manevi bakımın diğer bilim dallarından faydalanması, onun kendine ait metot ve uygulamaları olan bir alan olmasına engel olmamakla beraber, onu güçlendiren ve yardımcı unsurlarla desteklenebilen yapısına işaret etmektedir.

Manevi bakım, odağında insan olan, bütüncül düşünmeyi gerektiren bir hizmettir. Manevi bakım sosyal açıdan bakım gereksinimi olan bireylerin; maneviyatlarını arttırmak, kendi iç dünyaları ile barışık olmaları için onları desteklemek, korku ve kederlerini gidermek ve hayat ile olan bağlarını güçlendirmek gibi amaçlar taşımaktadır. Manevi bakımın akademik ve bilimsel açıdan bir disiplin olmasını sağlayan bazı unsurları mevcuttur. Sosyal hizmetler açısından manevi bakım gereksinimleri olan bireylerin sorunlarının belirlenmesinde, analitik olarak düşünmek, manevi saplantıların sebeplerine dönük etkili araştırma yöntemleri geliştirmek ve çözüm odaklı önerilerde bulunup uygun iyileştirme yöntemlerini belirlemek bunlardan bazılarıdır. (Seyyar 2010, 260)

2.2. Manevi Bakımın Tarihçesi

Manevi bakım ve danışmanlığın resmi olmayan tarihi kökleri, insanlığın en eski zamanlarına dayanmaktadır. Özellikle psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde, tarihten gelen bir anlayış ve uygulama biçimi olarak ‘dini yapılar’ başvurulan başlıca kaynaklardır. Din adamlarının, manevi bakım modeli olarak, tarihi kaynaklara göre psikolojik hastalara yönelik çeşitli uygulama örnekleri sürekli var olmuştur. Modern anlamdaki manevi ve psikolojik danışmanlıkla ilgili gelişmelerin, Anton Boisen ve onun pastoral alandaki çalışmaları ile başladığı öngörülmektedir. (Koç 2012, 207-210)

Manevi bakım alanındaki gelişmeler, din psikolojisi alanındaki gelişmelere paralel olarak gelişim göstermektedir. Bu yüzden din psikolojisi alanındaki tarihi gelişmeler, manevi bakımın tarihi hakkında ipucu niteliğindedir. Çağdaş anlamdaki psikoloji bilimine olan ilgi, özellikle ABD’ de kurulan ve tüm dünyada etkileri olan Amerikan Psikoloji Derneği (APA) ile beraber kurumsal bir kimlik haline dönüşmüştür. (Koç 2012, 208)

Manevi bakım uygulamalarının ve dini danışmanlık hizmetinin bilinen ilk resmi uygulamaları 1789 yılına dayanmaktadır. 1789 yılında Amerika’ da görülen bu uygulamalarda hizmet alanı, sadece hastaneler ile sınırlı tutulmayıp, askeriye ve cezaevleri de hizmet verilen kurumlardandır. (Mollaoğlu 2013, 55) Manevi bakım uygulamaları 1950 yılından sonra İngiltere’ de bazı akademisyenlerin çabaları ile belirli bir seviyeye getirilmiştir. (Ok, Dini Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi 2012, 37-58)

Manevi bakım alanında yapılan bilimsel çalışmalar ve bulgular, manevi bakım konusunda yeniliklere ve tartışmalara kapı aralamıştır. 21. yy ‘ın ikinci yarısından itibaren özellikle psikoloji alanındaki akademik gelişmeler, manevi bakımın gelişimine katkı sağlamıştır. Avrupa’ daki diğer ülkelerde de manevi bakım günden güne gelişmektedir. Örneğin; Hollanda, manevi bakım konusunda 1971 yılından itibaren resmi ve profesyonel uygulamalar yürütmekteyken, Türkiye manevi bakım konusunda henüz başlangıç düzeyindedir.

2.3. Dünyada Manevi Bakım Uygulamaları

Manevi bakım, dünyanın birçok ülkesinde farklı zaman ve şekillerde uygulanmakta olan evrensel bir destek hizmetidir. Bazı ülkeler manevi bakım konusunda çok köklü bir geçmişe sahipken, bazı ülkelerde ise, manevi bakım konusundaki çalışmalar henüz ilerleme kaydedememiştir. Manevi bakım bazı ülkelerde tümüyle profesyonel ve resmi kurumlar tarafından sağlanırken, bazı ülkelerde ise bazı sivil toplum kuruluşları veya dini cemaatlerin resmi olmayan uygulamalarına bırakılmıştır. Manevi bakım konusunda fikir vermesi açısından, bazı ülkelerin ilgili uygulamalarına ve bu ülkelerde var olan hukuki boyutlara değineceğiz.

2.3.1. Amerika’ da Manevi Bakım Uygulamaları

Amerika eyalet sistemi ile yönetilen bir ülke olduğundan, manevi bakım hizmetleri, eyaletlerin bireysel ve birbirinden farklı uygulama örnekleri ile doludur. Bazı eyaletlerde manevi bakım hizmeti, manevi danışmanlık hizmeti dernekleri tarafından sunulurken, bazı yerlerde ise kilise ve diğer dini kurumların çalışmaları ile yürütülmektedir.

Amerika kıtasında bir dini danışmanlık hizmeti şeklindeki hizmetler 1789 yılına dayanmaktadır. Bu dini danışmanlık hizmeti, sadece sağlık alanında değil, aynı zamanda askeriye ve cezaevlerinde de uygulanmaktadır. (Mollaoğlu 2013, 55) Amerika, psikoloji bilimi alanında kanıta dayalı manevi bakım çalışmalarının yoğun olduğu bir ülkedir. Bu bağlamda manevi bakımın sağlık alanındaki etkileri ölçülebilir ve gözlemlenebilir bir yapıdadır. Dini sembol ve uygulamaların, hastaların moral ve depresyon seviyelerine yaptığı somut etkiler, klinik çalışmalar ile kanıtlanmıştır. Manevi bakımın Amerika’da etkili olarak uygulanmasının arka planında, şüphesiz manevi bakımın klinik anlamdaki ölçülebilir ve gözlenebilir etkilerinin olduğu yadsınamayacaktır.

ABD’ de ortalama olarak her 108 hasta bir manevi danışmanı tarafından hizmet almaktadır. Amerika’ da dini danışmanlık hizmetleri bağlamında görev yapacak personel lisans düzeyinde bir fakülte mezunu olmak veya bir papaz okulunu bitirmiş olmak durumundadır. ABD’ de sağlık sektöründe yaklaşık 3000 manevi danışman görev yapmaktadır. (Koç 2012, 210)

2.3.2. İngiltere’ de Manevi Bakım Uygulamaları

İngiltere’ de manevi bakım alanında ciddi çalışmalar yaparak, bu alanın 1950’lerden itibaren gelişimini sağlayan kişi Weatherhead olarak görülmektedir. Weatherhead ilgili çalışmalarında manevi bakıma öncülük etmiştir. Bu çalışmalardan sonra kurulan manevi bakım dernekleri ile bu konudaki çalışmalar güç kazanmıştır. (Ok, Dini Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi 2012, 37-58)

İngiltere manevi bakım uygulamaları konusunda gelişmiş bir altyapıya sahiptir. İngiltere’de sağlık hizmeti alanında çalışmalar yürüten Milli Sağlık Hizmeti (NHS) bir taraftan sağlık faaliyetlerini yürütürken, diğer taraftan manevi bakım ile ilgili çalışmalar yürütmektedir. NHS sürekli yayımladığı güncel yayınlar yolu ile manevi bakım konusundaki çalışmaların önemini ortaya koymaktadır. Manevi bakım konusunda NHS son zamanlarda çok sayıda proje geliştirmektedir.

İngiltere’ de manevi bakım uygulamaları, meclise karşı sorumlu olan bir denetleme kurulu tarafından akredite edilmiştir. Akreditasyon, manevi bakım uygulamaları konusundaki çalışmalara bir ciddiyet ve resmiyet kazandırmaktadır.

Manevi bakım çalışmaları ile ilgili 2003 yılında kapsamlı bir kılavuz yayımlanmıştır. İlgili kılavuz manevi bakım uygulamalarını ayrıntılı bir şekilde açıklamakta ve uygulamalara belirli standartların getirilmesini sağlamaktadır. (İngiltere Milli Sağlık Hizmeti 2017)

2.3.3. İsviçre’ de Manevi Bakım Uygulamaları

İsviçre sosyal haklar açısından dünyadaki en gelişmiş ülkelerden biridir. Manevi bakım konusunda da günden günde daha kapsamlı çalışmalar yürüten İsviçre, sağlık hizmetleri kapsamında manevi bakım ilkelerini ciddiyle uygulamaktadır. İsviçre manevi bakım uygulamalarında etkili bir kuruluş olan İsviçre Manevi Bakım alışma Grubu (ASCS) bu konudaki en önemli çalışmaları yürütmektedir. (Risch 2017)

İsviçre’ de manevi bakım alanındaki çalışmalar 2010 yılındaki Bakım Kanunu ve buna bağlı yayımlanan yönetmelik ile teminat altına alınmıştır. Bakım yönetmeliğinde bakıma muhtaç kişilerin, yaşlıların ve hastaların günlük manevi bakım ihtiyaçları çeşitli etkinliklerle giderilmesine yönelik planlamalar mevcuttur. Yine ilgili bakım yönetmeliği hem kurumda hem de evde yapılacak manevi bakım uygulamalarını içermektedir. (Seyyar, Dünyada ve Türkiye’ de Manevî Bakım Hukuku 2014)

2.3.4. Almanya’ da Manevi Bakım Uygulamaları

Almanya son on yılda manevi bakım hizmetleri alanında önemli gelişmeler göstermiştir. Özellikle manevi bakım eğitimleri konusunda yenilikler getirilmiştir. Manevi bakımın kapsamı ve manevi bakımın sağlık hizmetlerindeki rolü konusunda tartışmalar devam etmektedir. Almanya, Sosyal Bakım Sigortası Kanunu’nun, manevi bakım ile ilgili 11. maddesinde manevi bakıma dair hukuki düzenlemeleri barındıran bir yasaya sahiptir. (Seyyar, Dünyada ve Türkiye’ de Manevî Bakım Hukuku 2014)

Uluslararası Sağlık ve Maneviyat Topluluğu (IGGS), Almanca konuşulan ülkelerde, 2013 yılında manevi bakım eğitimleri konusunda ankete dayalı bir çalışma düzenlemiştir. İlgili anket sonuçlarına göre manevi bakım eğitiminin büyük kısmı (%36) hastanelerde verilmektedir. Ankete göre, niversiteler tarafından %6, teoloji

fakültelerden %11, psikoloji ve tıp fakültelerinden %2 ve disiplinler arası eğitimden ise %21 oranında eğitim sağlanmaktadır. Yine ilgili anket sonuçlarına göre, eğitimlerin %17'lik önemli bir kesimi sivil toplum kuruluşları ve dernekler tarafından sağlanmaktadır. İlgili çalışmada manevi bakım eğitiminin %49'u Hristiyan geleneğine bağlı olarak gerçekleştiği ortaya konmuştur. (Biomedcentral 2017)

2.4. Manevi Bakımı Etkileyen Unsurlar

Manevi bakım uygulamasının başarılı olmasını sağlayan veya kısıtlayan birtakım faktörler mevcuttur. Özellikle hastane şartlarında, manevi bakım uygulayıcısının hemşirelik unvanı taşıdığı bir sisteme göre manevi bakımda süreci etkileyen faktörler bir dizi madde ile özetlenmiştir. Bunlar: hastayla ilgili faktörler, hemşireye ilişkin faktörler, çevresel faktörler ve diğer profesyoneller olarak sınıflandırılmıştır. (Ross 1994, 439-447) Burada manevi bakım desteğini sunacak görevlinin, manevi bakım uzmanı gibi özgün bir unvan yerine hemşirelik mesleğini esas teşkil edecek bir şekilde sunulmuş olması, bu formatın orijinallikinden ve ufuk açıcı öngörüsünden bir şey eksiltmeyecektir. Tıbbi bilgi birikimi ve yoğun bir çalışma disiplini içeren hemşirelik mesleği, kendine özgü bir mevzuatı ve çalışma alanı olan ayrı bir disiplindir.

Manevi bakım uygulamasının başarıya ulaşması için; hizmeti sunan, hizmeti alan ve diğer fiziksel faktörlerin uygun eşgüdümünü sağlamak gereklidir. Sadece manevi bakım uzmanının yeterli donanımına sahip olması yeterli değildir. Veya hizmet alıcısının iletişime açık olması, başarılı bir uygulama için yeterli değildir. Bazen fiziksel şartların yetersizliği bile başarısız bir manevi bakım sürecinin oluşmasına sebebiyet verebilmektedir. Manevi bakım hizmetinin sunulmasında gerekli fiziksel faktörler ile ilgili çalışmaların yetersizliği de konuya dair standart bir takım çalışmaların etüt edilmesini gerekli kılmaktadır.

Manevi bakım hizmetinin etkin sunumu için çok yönlü faktörlerin bir araya getirilmesi gerekmektedir. Manevi bakımın etkin ve sürekli sunumu için gerekli alt yapı sağlandıktan sonra, manevi bakım görevlilerinin kendi aralarındaki istişare ve toplantıları, manevi bakım gereksinimi olan bireylerin sorunlarına farklı açılardan çözümler sunacak, böylelikle hedefe daha kısa sürede ulaşılacaktır. Bu durum tıbbi

tedavi sunan yataklı hastanelerde yatan hastaların, alanları dışında tıbbi bilgi gerektiğinde, diğer branşlardaki doktorların görüşüne başvurulması esasına dayalı, hasta sunumu şeklinde uygulanabilir.

2.5. Manevi Bakım Modelleri

Manevi bakım konusunda uluslararası bir entegrasyon ve standardizasyon süreci henüz geliştirilememiştir. Bu bakımdan her ülke kendi içindeki eğitim sürecinin ve sosyolojik kültürün etkisi ile kendi bakım modellerini oluşturmuşlardır. Bu modeller oluşturulurken, çeşitli inanç yapılarının, dini ilimlerin ve psikolojik bilgilerin kaynak olarak ilham aracı olduğu söylenebilmektedir.

2.5.1. Tebliğ ve İrşat Modeli

Tebliğ ve irşat modelinde iletişim tek yönlüdür. Temelde nasihatçi bir yaklaşım söz konusudur. Burada amaç iletilmek istenen mesaj veya düşüncenin muhataba iletilmiş olmasıdır. Burada kişilerin dinlenilmesi söz konusu değildir. Sadece mesajı iletmek isteyen kişi söz sahibidir. (Karagül 2012, 20) Bu iletişim modelinde daha çok dini bir takım öğütleri iletmek söz konusudur. Bu özellikle hastanelerde son dönemlerini yaşayan, ölümcül hastalığa yakalanmış kimselere dini bir danışmanlık amacı taşıyan kimselerin kullandığı bir manevi bakım modelidir. Tebliğ edilen mesajlar hastayı psikolojik olarak rahatlatma amacı taşır. Kişiler bu bakım modelinden yararlanmak için talepte bulunabilirler. Bu model cezaevi ve askeri kurumlarda da ilgili sosyal hizmetler planlaması ile uygulanabilmektedir. Manevi bakımın bu modelinde kişiye bir yol gösterilir. Bu yolun doğru yol olduğuna ikna edilir. Ve kişinin bu yolu benimsemesi için çaba harcanır.

2.5.2. Terapi Modeli

Terapi modelindeki iletişim şekli karşılıklı düşüncelerin aktarılması prensibine dayanır. Burada muhataba, aktif dinleme, duygudaşlık kurma gibi psikolojik terapi tekniklerini kullanarak manevi sıkıntıların giderilmesi yoluna gidilir. Burada kişinin bu bakım modelini kendisinin tercih hakkı göz önünde bulundurularak uygulanması söz konusudur. Bu terapi modelinde hasta veya muhatabın yanı sıra, onun yakınları da zaman zaman terapiye katılıp, manevi bakım hizmetinin çok yönlü gelişimi

sağlanabilir. Bu bakım modelinde hastaya emir ve telkin kavramlarından ziyade, hastanın kendi tercihinine göre bir yol izlenmektedir. Bu model bir takım Hristiyan ilahiyatçılar tarafından kullanılmaktadır. Terapi modeli sunulurken, hastanın gereksinim duyduğu konulardan yola çıkarak hareket edilir. (Karagöl 2012, 20) Burada manevi bakım uygulayıcısı, hastayı veya muhatabı çok iyi tanımalı ve sunacağı hizmeti onun psikolojik durumuna göre önceden planlamalıdır. Terapi modelinde muhatap veya hasta dışında, onun yakınlarının da terapiye katılması bu modeli tebliğ ve irşat modelinden ayırmaktadır. Bu yönüyle çok daha kapsamlı bir bakış açısı ile hastanın yakınlarının katılımı sağlanarak, arzulanan hedefe daha etkili bir şekilde varılmaya çalışılacaktır.

2.5.3. Teselli ve Tefsir Modeli

Teselli ve tefsir modelinde kullanılan yöntem, tebliğ-irşat modeli ile terapi modelinin her ikisinden faydalanılarak oluşturulmuştur. Buradaki temel odak, hastaya veya muhataba hayatının yeniden anlamlandırması konusunda ona ufuk açmaktır. Manevi bakım görevlisinin buradaki birinci görevi hastayı çok iyi analiz etmektir. Manevi bakım görevlisi, muhataba hayatının yeniden anlamlandırması sürecinde, ona umut etmek, pozitif düşünmek gibi telkinlerden yola çıkarak onun ruh halini rahatlatıp, ona yeni bir pozitif bakış açısı kazandırmalıdır. Burada manevi bakım görevlisi hastayı veya muhatabı kendi kurguladığı noktaya taşımak yerine, hastada mevcut olan sorunun aşılması için çözüm önerisinde bulunma yoluna gidecektir. (Karagöl 2012, 20)

Manevi bakım görevlisi hastayı veya muhatabı mevcut sıkıntılı tablodan kurtarmak için onu destekleme ve cesaretlendirme yoluna giderek, ona telkinlerde bulunmalıdır. Bu yönüyle manevi bakım görevlisi psikoloji biliminin iletişim tekniklerinden yararlanmalıdır. Bunu yaparken hemen sonuç alıcı olmayı beklemeden, sabır ve metanet ile muhatabı anlamaya çalışıp, uygun bir program çerçevesinde sağaltım uygulanmalıdır. Manevi bakım görevlisi, hastayı veya muhatabı sık sık ziyaret ederek, ona yalnız olmadığını hissettirerek bir güven duygusu sağlamalıdır. (Karagöl 2012, 21-22) Bu şekilde manevi bakım görevlisi ile muhatap arasında olumlu bir köprü kurulmuş olacaktır. Bu olumlu köprü sayesinde manevi bakım görevlisi, muhatabın zihninde yer edinecek ve telkinlerinin etkisi daha kalıcı bir hal alabilecektir.

Güven inşa etmek, sonrasında verimli bir bakım hizmeti sunmayı kolaylaştıran önemli bir unsurdur.

Bir açıdan manevi iyileştirme olarak yorumlanabilecek bu metot kullanılırken, dini sembollerden olan merhamet, iyilik, sabır ve tevekkül gibi kavramların muhataba etkili bir teknikle sunulması, hastayı veya muhatabı rahatlatabilecek bir etki sağlayacaktır. Muhatabın kafasındaki soru işaretlerini gidermek için onu doğru anlamak, doğru çözümü sunmak için gerekli ve ilk adımdır. Manevi bakım hizmeti sunulurken, beklenen hedefe ulaşmak için mevcut durum ile karşılaştırma yoluna gidilerek, alınacak yol hususunda program yapılmalıdır. Bu şekilde bir programın yapılması, hedefe olan mesafeye göre seçilen metodun sorgulanması sağlanacak ve lüzum halinde değişik metotlar değerlendirilecektir.

2.6. Manevi Bakım Uzmanı / Görevlisi

Manevi bakım hizmetlerinin yürütülmesini sağlayan temel unsur manevi bakım uzmanı / görevlisidir. Etkili bir manevi bakım hizmetinden bahsedebilmek, nitelikli ve donanımlı bir manevi bakım hizmeti görevlisinden bahsetmekle mümkün olabilecektir. Manevi bakım personeli, birçok ülkede gönüllülük esasına göre hizmet vermektedir. Bu da manevi bakımın kalitesini etkileyecek bir unsurdur. Manevi bakım görevlisinin, manevi bakım hizmetinin etkili bir şekilde sunulduğu ülkelerde daha yetkin oldukları gözlemlenmiştir. Yine manevi bakım görevlisi, birçok ülkenin farklı şekilde sertifikalandırılması ve farklı eğitim alanlarında başarılı olması neticesinde görevlendirilmektedir. Manevi bakım hizmetlerinin yürütülmesinde görev alacak personelin mesleki ismi birçok Avrupa ülkelerde oturmuş bir nitelendirme iken, bu durum manevi bakım hizmetinin henüz oturmadığı ülkelerde tartışma konusu olmaya devam etmektedir.

2.6.1. Manevi Bakım Uzmanı / Görevlisi Kavramı

Manevi bakımı uygulayacak görevlinin akademik veya resmi unvanının ne olması konusunda çeşitli görüşler mevcuttur. Bu görüşlerden bazılarına göre bu görevli; manevi bakım görevlisi, manevi bakım uzmanı, manevi destek personeli, manevi danışman, dini danışman, manevi bakım elemanı, din psikoloğu gibi isimlerle nitelendirilmektedir. Burada bu unvanlardan biri seçilirken, manevi bakımın

kapsamına dair görüş farklılıkları belirleyici olmaktadır. Nitekim maneviyatı dini bir anlayış olarak yorumlayan görüşe göre bu unvan din psikoloğu olarak nitelendirilirken, maneviyatı dinler üstü bir olgu olarak yorumlayan görüşe göre bu unvan manevi bakım elemanı olarak nitelendirilir. Manevi bakım görevlisinin hangi unvan ile isimlendirileceği konusu önemli bir konu olarak önümüzde durmakla beraber, manevi bakım uygulayıcısının teorik ve pratik yapısı tartışmanın diğer bir konusudur.

Manevi bakım uygulayıcısının unvanını, manevi bakım uzmanı olarak nitelendirenlerin gerekçesi, bu unvanı taşıyan görevlinin bir uzmanlık deneyimi gerektirmesine olan düşüncedir. Yine bunun yanı sıra onun uluslararası standartlara uygun bir format ile standardize edilme ihtiyacı vardır. Hangi dini inanca veya etnik yapıya mensup olursa olsun manevi bakım, hayatında kendine göre bir takım kutsalları olan her insana bir merhamet ve iyilik köprüsü olma amacını taşıyacaktır.

2.6.2. Manevi Bakım Uzmanının / Görevlisinin Görevleri

Her meslekte olduğu gibi manevi bakım uygulamalarında da gerekli bilimsel eğitimleri ve pratik deneyimleri edinmek gereklidir. Nitekim kendisinde mesleki bilgi ve tecrübenin vücut bulmadığı bir manevi bakım uzmanının / görevlisinin görevini hakkıyla ifa etmesi düşünülemez. Profesyonellik gerektiren bir meslek olan manevi bakım uygulamalarının, kısa süreli bir takım sertifikalar yolu ile istihdam edilmesi, niteliksiz ve deneyimsiz bir başlangıca kapı aralayacaktır. Genç bir alan olan manevi bakım konusundaki akademik gelişme sağlandıkça, manevi bakımın etik ilkeleri ve eğitim modeli daha belirgin bir hal alabilecektir.

Manevi bakım uzmanı / görevlisi her şeyden önce kendi mesleğinin etik ilkelerine uygun hareket etmek zorundadır. Bunu yaparken genel sosyal bakım ilkelerini de göz ardı etmemelidir. Manevi bakım uzmanı / görevlisi, hizmet sunduğu kişilere ait bilgileri gizli tutma yükümlülüğü altındadır. (Seyyar 2010, 335) Manevi bakım hizmetini sunan görevlilerin kendi aralarında istişare yolu ile fikir alışverişinde bulunmaları mesleki gelişim açısından değerli bir çabadır. Manevi bakım ilkelerinden olan sevgi ve merhamet kavramları, hizmetin başarılı olması için önemli iki anahtar kelimedir. Burada etkili iletişim tekniklerini kullanarak, gerektiğinde sadece aktif

dinleme metodunu uygulayarak başarılı sonuçlar elde etmek mümkündür. Bu açıdan manevi bakım uzmanlarının / görevlilerinin bu konularda kendilerini geliştirmiş olmaları gereklidir.

Manevi bakım uzmanı / görevlisi, hizmet sunduğu bireyler arasında dini, etnik veya sosyal yönden bir fark gözetmeden, hepsine eşit mesafede durarak hizmet sunmak durumundadır. Nitekim bakıma muhtaç bireyler arasında herhangi bir sebepten dolayı ayrımcılık yapılması mesleğin etik ilkeleri ile uyuşmadığı gibi, meslekin bilimsel yönüne yönelik akla bir takım soru işaretleri de getirmiş olacaktır. Manevi bakım sunucusu, hizmetin profesyonelliğini düşünerek hareket etmeli ve bunu yaparken hissi davranmaktan kaçınmalıdır. Manevi bakım uzmanı / görevlisi, hasta veya muhataba, kendi düşüncelerini dayatmak gibi bir düşünce taşımamalıdır. Bu durum manevi bakımın etik kurallarına uymadığı gibi ahlaki de değildir.

2.7. Manevi Bakımın Çalışma Alanı

Manevi bakım, başta hastaneler olmak üzere, askeri kurumlar ve cezaevleri gibi kurumlarda da kendisine çalışma alanı bulan özgün bir disiplindir. Sosyal hizmetler bağlamında değerlendirilen manevi bakım, kendi içinde farklı çalışma metotları barındırmakla birlikte, temelde bakım endeksli bir hizmet dalıdır. Nitekim cezaevlerinde bireylerin topluma yeniden kazanımı ve ıslaha yönelik hizmetler ön planda tutulurken, askeri kurumlarda stresle başa çıkma ve öfke kontrolü gibi hizmetler ön planda tutulmaktadır. Bunların yanında hastanelerdeki manevi bakım hizmeti ise, hastalara sarsıntı durumlarında destek olma, dini ve manevi ihtiyaçlarını gidermede danışmanlık yapma ve sosyal açıdan yardım sağlamak gibi maddelerin uygulanmasına aracılık eder.

Sosyal hizmet alanındaki paradigma değişimine paralel olarak değişen ve büyük bir ihtiyacı giderebilecek uygulamalardan biri olması beklenen ‘Manevi Destek Birimi’, bireylerin, grupların ve genel olarak tüm toplumun dini ve manevi ihtiyaçlarına çözüm olmayı hedeflemektedir. Bu birim, danışmanlık ve eğitim gibi programlar yolu ile aile kurumunun ve bireylerin manevi ihtiyaçlarını giderebilecek bir yapı halini alabilecektir. (Karataş 2009, 12) Manevi bakım hizmeti; huzurevleri, ıslah evleri, çocuk esirgeme kurumları gibi, manevi bakıma ve ilgiye muhtaç bireylerin

olduğu diğerkurumlarda da uygulanabilecek bütüncül bir destek hizmetidir. Tüm bunların uygulanması için gereken birikim, eğitim gereksinimi ve uygulama modelleri üzerine verimli tartışmalar sürdürülürken, diğertaraftan bilimsel bir zemin oluşturularak ve ortak anlayışların olgunlaşması yolu ile düzenli bir ilerleme sağlanmalıdır. Bu konuda alanında otorite olan akademisyenler ve ilahiyatçıların koordinasyonu ile manevi bakımın uygulama alanları ve modelleri üzerinde gerekli uzlaşıs ağılandıktan sonra, bilimsel bir veri tabanı oluşturularak, denetlenebilecek bir şekilde yasal bir boyuta taşınmalıdır.

2.8. Manevi Bakımın Sağlık Hizmetlerindeki Rolü

Manevi bakım özellikle hastanelerde tek başına bir tedaviye alternatif olmamakla beraber, hastaların stresle mücadele etme, hastalık ve tedavi şeklini kabullenme, dua etme, rıza halinde hastanın ibadetlerini yerine getirmede yardımcı olma, sıkıntılarının giderilmesinde alternatif çözümler sunmak gibi konularda profesyonel bir danışmanlık hizmeti olarak, sağlık hizmetlerinde önemli bir rolü üslenmektedir.

Manevi bakım hizmetini sunacak kişinin, hastayı bütüncül bir yaklaşım ile ele alması hayati derecede önemlidir. Hastanın hastaneye yatış ve tedavi süreci göz önünde bulundurularak, durumuna uygun hizmet modeli planlanmalıdır. Bu süreç hastanın psiko-sosyal, sosyo-ekonomik ve demografik yapısı göz önünde bulundurularak oluşturulmalıdır. Hastanın ihtiyaçları doğrultusunda bir model belirlenmeli, hedefe yönelik kademeli bir süreç izlenmelidir. Manevi bakım görevlisi, hastanın yanı sıra hasta yakınları ile de iletişim kanallarını açık tutmalı, hasta yakınlarını da bakım sürecine müdahil etmelidir.

Manevi bakım hizmeti, hastaların manevi yönlerini keşfetmelerini sağlayacak, onları manevi yönden güçlendirecek ve bu şekilde bir program uygulayarak, onların hastalıklarıyla baş etmelerinde onlara destek ve cesaret sunacak profesyonel bir bakım hizmetidir. Manevi bakım bu yönüyle insanlar için bir sabır, şükür ve tevekkül gibi tekinler ile hastaya, hastalık süreciyle baş etmede ciddi katkılar sağlayacaktır.

Hastanelerde yatan bireylerin fiziksel sıkıntıları olduğu gibi manevi yönden bakım gerektiren sıkıntıları da olabilmektedir. Hastaların fiziksel sorunlarının tespitini

yapmak kolay olmasına karşın, manevi gereksinimlerinin belirlenmesi oldukça zordur. Hastaların manevi gereksinimlerinin tespitini yapmak güç olduğundan dolayı, onlara bu alanda hizmet sunmak da ihmal edilebilen bir husus haline gelebilmektedir. (Ergül ve Bayık 2004, 38) Manevi bakım görevlisi, hastaların manevi gereksinimlerinin tespit edilmesinde gözlem gücü ve iletişim tekniklerini doğru kullanma konusunda becerilerini ortaya koymalıdır.

2.9. Dinin Hastalıklarla Baş Etmede Rolü

Şüphesiz din kavramı, içinde barındırdığı enerji sayesinde insandaki fiziksel ve zihinsel süreçleri belli oranlarda etkileme gücüne sahiptir. Dinin sosyal hayatta birçok kararın alınmasında ve uygulanmasında birçok insana rehberlik ettiği bilinen sosyolojik bir konudur. Hastalık gibi kaçınılmaz bir durumda din kaynaklarının vereceği ilham ve sabır telkini, insanı teselli edebilecek unsurların başında gelmektedir. Din, bu yönüyle güçlü bir isteklendirme kaynağıdır. Özellikle kendini dindar olarak tanımlayan insanlar için din, çaresizlik, hastalık ve sıkıntılı durumlarda güçlü bir teskin sebebidir. Dinin sosyal hayattaki etkileri üzerine birçok başlık oluşturulabilir. Lakin hastalık durumunda din faktörünün, insanın çektiği ıstıraplarını anlamlandırıp, zihinsel yollarla dindirme yolunu başarabilmesi, dinin insan metabolizmasında birçok değişikliği psikolojik yollarla başarabildiğini ortaya koymaktadır.

Din, insanın zor zamanlarında, sorunların üstesinden gelebilmek için başvurulmuş bir mekanizmadır. (Tomas-Sabado ve Limonero 2006, 111) Hastalık süreci de, insanların üstesinden gelmek için dine başvurdukları bir süreçtir. Buradaki espri, insanın kendi sorununun çözümü için dini referans kabul edip etmediğidir. Dini, insan hayatındaki zor süreçlerin aşılması için bir sığınak olarak görmeyenler ile dinin insan hayatındaki olası etkilerini kabul edenler, hastalık karşısında dini kaynaklara aynı bakış açısı ile bakmazlar.

Dini başa çıkmada insanların dindarlık düzeyleri ve nitelikleri, belirleyici faktörlerin başında gelmektedir. (Ayten 2012, 40) Dini başa çıkma, sorunların aşılmasında alternatif ve güçlü bir bileşen olarak karşımızda durmaktadır. Özellikle hastalıkla ve stresle ilişkili durumlarda din ve maneviyatın güçlü etkileri, her geçen

gün akademik çevrelerce araştırmalar ve incelemeler yoluyla kanıtlanarak ortaya konmaktadır.

Dinin insan hayatındaki etkileri üzerine yazılan çok sayıda bilimsel çalışma mevcuttur. Örneğın kanser hastaları üzerine yapılan bir araştırmada, hastaların duydukları ıstırap konu edinmiştir. Çalışma dindar olan kanser hastaları ile dindar olmayan kanser hastalarının duydukları acı ve ıstırapların aynı olmadığını, dindar olan kanser hastalarının hastalık süreci boyunca daha az ıstırap duydukları gerçeğini ortaya koymaktadır. (Perez, ve diğeri 2007, 7) Dinlerin genel ilkeleri olan iyiliklerin mükâfatlandırılması, kötülüklerin cezalandırılması, sabır ve güzel ahlak gibi erdemlerin doğrultusunda hayatlarını sürdüren insanlar, hastalık sürecinde de manevi yönden daha güçlü durarak, sürecin daha iyimser bir tablo halini almasını sağlayacaklardır.

Dinin özellikle kanser hastalarındaki manevi gücü artırarak, hastalık sürecine iyimser katkılar sağlayıp, hastaların iyileşmesine katkı sağlaması, birçok batı ülkesinde bu alandaki çalışmaların artmasına sebep olmuştur. (Çifçi 2007, 2) Hastaların iyileşmesi ve stresin azalması konusunda dinin önemli bir katkısı olduğı ortaya konmuştur. (E. Kavas 2013, 141-143) Bunun yanı sıra bazı araştırmacılar stres ile mücadele etmede din ve inanç kavramlarından destek alan bireylerin vücut dirençlerinde pozitif bir katkı sağlandığını ortaya koymuşlardır. (Joshi, Kumari ve Jain 2008, 349)

Stres ile mücadelede dinin önemi, üzerinde durulması gereken konuların başında gelmektedir. Çünkü günümüzde modern tıp, hastalıkların altında yatan sebeplerin başında stresin olduğunu birçok bilimsel çalışmada ortaya koymuştur. Stres ile mücadelede din ve maneviyat psikolojisinin önemi bilimsel çalışmalar ile kanıtlanmışken, henüz din ve maneviyat psikolojisinin sağlık hizmetleri bağlamında gereken ilgiyi görmemesi düşündürücüdür.

İnsanların kanser ile mücadele etmede din ve maneviyatın etkilerini araştıran bir araştırmada katılımcıların önemli bir oranı, kanser ile başa çıkmada duaya ve Allah inancına yöneldikleri kanıtlanmıştır. (Çuşta 2013, 9-30) Dini disiplinlerde çok önemli

bir yer tutan dua ve Allah inancı, insanların sadece hastalık sürecinde değil birçok farklı zamandaki diğer sorunların çözümü için de önemli bir kaynaktır.

Yoğun bakımda yatan çocuklar ile ilgili yapılan bir çalışmada, manevi bakım gereksinimi olan bu çocukların anneleri ile ilgili önemli bilgiler elde edilmiştir. İlgili araştırmada yoğun bakım çocuklarının annelerinin spiritual gereksinimleri irdelenmiştir. Çalışmada öne çıkan tespitlere göre, yoğun bakımdaki yatan çocukların annelerinden önemli bir kısmı ayakta durabilmek için bir takım dini inançlara dayanma ihtiyacı hissettikleri ortaya konmuştur. Anneler inançlarına sarılarak güç bulduklarını ve dua ederek rahatladıklarını dile getirmişlerdir. (Sülü 2006, 150) Bu çalışma, insanların hastalıkla mücadele etmede dini ve manevi değerlerin rolüne ilişkin önemli bilgiler sunmakla beraber, manevi bakım gereksinimi olan hastalarla beraber, hasta yakınlarının da bu gereksinimlerden istifade etmesinin pratik sonuçlarını da gözler önüne sermiş bulunmaktadır. Bu durum, manevi bakım hizmetlerinin yalnızca hastalar için değil, hasta yakınları için de ciddi katkıları olan bir disiplin olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık çalışanlarının manevi bakım algılarını konu alan bir araştırmada, manevi bakım ile sağlık çalışanlarının farkındalık düzeyleri ile ilgili önemli bilgilere yer verilmiştir. Bu çalışmada doktor, ebe ve hemşirelerin manevi bakım algı düzeylerinin birbirine yakın olduğu, yani eğitim düzeylerinin manevi bakım algısının oluşmasında fark oluşturan bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Çalışmada ankete katılan katılımcıların diğer demografik özellikleri arasında belirgin bir farkın olmadığı görülmektedir. Çalışmaya katılan sağlık görevlilerinden yaklaşık üçte birlik kesimi, manevi bakım konusunu, eğitim alırken duyduklarını belirtmişlerdir. Manevi bakım hizmetini kimin sunması gerektiğine dair sorulan soruya en çok dini görevliler yanıtı verilmiştir. (Esendir 2016, 62-68)

Manevi bakım konusunda sağlık çalışanlarının görüşlerine başvurulması önemli bir girişimdir. Buradaki tespitlerden yola çıkılarak, manevi bakım algısının artırılması için gereken adımların atılması gerektiği söylenebilir. Bu hem mesleki eğitimler yoluyla hem de devletin diğer olanakları ile sağlanmalıdır. Toplumsal bilinçlenme düzeyinin artırılması için sağlıkçıların da manevi bakım ile ilgili düşüncelerini dile getirmeleri ve tartışmanın bir parçası olmaları gerekmektedir.

Çocuklardaki manevi bakıma dair yapılan bir çalışmada, çocuklarda uygulanması gereken manevi bakımın ülkemizdeki çalışmalarda çok az örneklerinin olması eleştirilmiştir. (Koçak 2015, 5) Hastanelerde uygulanan manevi bakım hizmetinin çocuklardaki uygulanabilirliğini irdeleyen bu önemli çalışma, çocukların da manevi gereksinimlerinin karşılanması gerektiğini izah etmektedir. Burada bu hizmeti uygulayacak manevi bakım uzmanlarının, genel manevi bakım hizmeti bilgisinin yanı sıra psikoloji ve pedagojik bilgi eğitimi de tahsil etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Çalışmada birçok farklı ülkede uygulanan manevi bakım modelleri gözler önüne serilmiş olup, bunların ülkemizdeki uygulanabilirliği üzerinde durulmuştur. (Koçak 2015, 11)

Manevi bakım hizmetlerinin farklı uygulama örneklerinden biri olan Halthcare Chaplaincy örneğini konu edinen diğer bir önemli çalışmada, bu uygulama modelinin bazı ilkeleri ortaya konmuştur. Hastanede uygulanan manevi bakım hizmeti bağlamında, hasta ile ilgili gerekli bilgilerin manevi bakım uzmanına verilmesi ve manevi bakım uzmanının hastanın sosyo - kültürel yapısına uygun seçiminin yapılmış olması, ilgili ilkelerden birkaçıdır. Hastanın ailesinin de sürecin bir parçası olduğunun bilinmesi, hasta ile ilgili yapılan görüşmelerin kayıt altına alınması ve manevi hizmet sunumu yapılırken zaman kavramına dikkat edilmesi de diğer ilkelerdendir. (Mollaoğlu 2013, 85) Bu manevi bakım ilkelerinin, diğer manevi bakım hizmetleri için bir ilham kaynağı olması düşünülmektedir.

Darülaceze örneği üzerinden yola çıkılarak, bakıma muhtaç kişilerin manevi gereksinimlerini konu edinen, ankete dayalı bir diğer çalışma örneği mevcuttur. İlgili çalışmada ankete katılan bakıma muhtaç kişilerin büyük çoğunluğu (%82), kendilerine sosyal hizmetler bağlamında uygulanan manevi bakım etkinliklerini yeterli bulduklarını ifade etmişlerdir. Dini-manevi hizmete dayalı etkinliklere katılma sebepleri arasında en yüksek payı (%57) din ve inanç noktasında bilmedikleri konuları öğrenmek almaktadır. (Akgül 2009, 107) İlgili çalışma, bakıma muhtaç kişilerin, manevi bakım uzmanlarından en büyük beklentilerinin dinlerini doğru anlamak ve bu konuda akıllarındaki soru işaretlerinin en güzel şekilde giderilmesi olduğunu dikkate değer bir sonuç olarak ortaya koymaktadır.

Manevi bakımın hastane hizmetleri bağlamında hemşirelik mesleği üzerinden yola çıkılarak uygulanması ile ilgili geniş bir çalışma ortaya konmuştur. Düzenlenmiş olan ilgili çalışmada, hemşirelere bir dizi sorular yöneltilmiştir. Manevi bakım hizmetinin hemşireler tarafından uygulanma durumunun yüksek bir oranla (%78, 7) neticelendiği bu çalışmada, hemşireler manevi bakım hizmetini uygularken en çok dinleme tekniği (%89) üzerinde durduklarını belirtmişlerdir. (Okuy 2008, 22)

2.10. Sağlıkta Kalite Bakımından Manevi Bakım

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, tıbbi ve sosyal uygulamaların tümünün kalite ve akreditasyon açısından ilgili mevzuatlara uygun olması zorunludur. Hastalara bakım sürecinde ilgili sağlık personelinin, hastanın fiziksel ve tıbbi ihtiyaçlarını karşılamasının yanı sıra, hastanın bütüncül bir bakış açısı ile manevi ihtiyaçlarının karşılanması da sağlıkta kalite kavramı ile ilgili bir durumdur. Bu hem hasta memnuniyeti hem de hasta hakları ile ilgili bir durum olduğundan, kalite ve akreditasyon kavramları ile doğrudan ilgilidir.

Hastaların bir yataklı sağlık hizmeti sunulan kuruma yatışı ile başlayan hasta bakım süreci, hastanın tıbbi ihtiyaçlarının yanı sıra, diğer fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarının da giderilmesi gereken bir süreci ifade etmektedir. Bir sağlık kurumunun temel amacı hastaya bakımdır. Hastalık sürecinin kısılması, tedavi sırasında oluşabilecek olası yan etkilerinin önlenmesi ve hastanın yaşantısına bir canlılığın kazandırılması gibi maddeler, hasta bakım sürecinin uygulanmasının gerekçesini oluşturur. (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2012, 75)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HOLLANDA VE MANEVİ BAKIM UYGULAMALARI

1. HOLLANDA' NIN SOSYAL VE SİYASİ YAPISI

Gelişmiş bir Kuzey Avrupa ülkesi olan Hollanda, güneyinde Belçika ve doğusunda Almanya ile komşudur. Başkenti Amsterdam, yaklaşık nüfusu 16 milyon, para birimi Euro, resmi dili Felemenkçe olan Hollanda, aynı zamanda Avrupa Birliği(AB), NATO ve OECD gibi askeri ve ekonomik kuruluşlara bağlıdır. Ülke yönetiminden bahsetmek gerekirse, yönetimi belirleyen kral, hükümet ve parlamento arasındaki ilişkidir. Kral aynı zamanda devlet başkanıdır. Yürütme yetkisi hükümetin denetimindeki bakanlar tarafından kullanılır. Hollanda da, kişi başına düşen GSYİH oranı 50.355 dolar olup, gelişmiş ülkeler sınıfında yer almaktadır. Ayrıca Hollanda birçok farklı inanç ve etnik yapının bir arada yaşadığı müreffeh bir yapıya sahiptir.

Hollanda' nın sosyal mevzuatı, dünyada var olan sosyal mevzuatlar içerisinde kapsam olarak en geniş şekilde tanımlanmış olan mevzuatlardan biridir. Hollanda' da var olan bu sistemin esası, ülkede yaşayan her türlü etnik ve sosyal tabakadaki insanın, toplumda eşit ve adaletli bir şekilde rol almasını sağlamaktır. Hollanda' nın sosyal mevzuatı en az iki asırlık bir geçmişe sahiptir. Son yıllarda malullük, işsizlik fonu ve erken emeklilik gibi konularda radikal politikalar geliştirme yoluna gidilmektedir. (Hollanda Devleti Resmi Sitesi 2017)

Hollanda gelişmiş bir demokrasiye sahip olmasına rağmen özellikle, kürtaj, ötenazi, eşcinsel hakları, yabancı düşmanlığı gibi konularda tartışmalı bir takım yasalara sahiptir. Lakin bu yasaların oluşmasına katkı sağlayan sosyolojik tabanı göz ardı etmememiz gerekir. Bunun yanı sıra ülkede yaşayan en büyük yabancı unsur olan Türklerin ve dolayısıyla Müslümanların sosyal haklar konusunda, güvenlik politikaları gerekçe gösterilerek, haklarını kısıtlama yoluna gidilmesi, tartışılması gereken bir konudur. Bu konularda kısmen diğer Avrupa ülkelerine göre daha esnek olmasına karşın, özellikle nüfusunun azalması ve terör olaylarının artmasına paralel olarak, ülke yönetimi adaleti sağlama noktasında, bir takım radikal tedbirler almaktadır.

2. HOLLANDA SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlık ile ilgili çalışmaların ve hizmetlerin yürütülmesi için yetkili olan kurum Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı' dır. Bu bakanlık sağlık hizmetlerinin sunumunda yerel yöneticilerle koordineli olarak çalışır. Doğal afet veya diğer gerekli hallerde bu bakanlık, iç işleri bakanlığı ile beraber çalışır. Sağlık hizmetlerinin etkili ve sürekli sunulup sunulmadığı denetimlerle sık sık kontrol edilir. Sağlık hizmeti denetimi, ülkedeki üç büyük önemli denetim mekanizması içinde en önemli olanıdır. (Sargutan 2017, 1184)

Hollanda sağlık sisteminde standart sağlık sigortası ve buna ilave olarak ek sağlık sigortası mevcuttur. Devlet tüm vatandaşlarının gelirin e göre bir sigorta fonu oluşturarak, tüm sağlık harcamalarını bu fondan sağlar. Bunun yanı sıra isteğe bağlı olarak kişiler, diş bakımı ve fizik tedavi gibi konularda ek bir sigortaya sahip olabilirler. Bağışıklama tümüyle ücretsiz olup belediyelerin sağlık birimlerinde veya sağlık evlerinde yapılmaktadır. Bağışıklamanın yaptırılması için yasalarda bir zorunluluk durumu söz konusu değildir. Yine 18 yaşından küçüklerin sigorta fonuna bakılmaksızın tüm sağlık masrafları devlet tarafından karşılanmaktadır. Ebeveynler çocuklarının doğmasından itibaren, onları dört ay içinde bir sigorta şirketine kayıt ettirmek zorundalar. (Hollanda Devleti Resmi Sitesi 2017)

Hollanda, aile hekimliği sisteminin etkin bir şekilde kullanıldığı bir sağlık sistemine sahiptir. Aile hekimliği sistemine göre, birinci basamakta görev alan pratisyen hekimlerin onayı olmadan, bir üst basamaktaki uzman hekime muayene olma durumu söz konusu değildir. Pratisyen hekimler genel bakım hizmetlerinin ekseriyetini yürütmekle görevli olup, sözleşmeli bir pozisyonda istihdam edilirler. Bu sağlık döngüsünün düzenli bir şekilde işletilebilmesinde pratisyen hekimler önemli roller üstlenirler. (Sargutan 2017, 1184) Bu durum, aile hekimliğinin adeta bir süzgeç işlevi gördüğünü, hastanelerdeki gereksiz yığılmaları önlediğini ortaya koymaktadır. Bu sevk sistemi, ülkenin hem zaman ekonomisine hem de bütçesine dolaylı olarak ciddi katkılar sağlamaktadır.

Hollanda sağlık sisteminde ikinci sınıf ve üçüncü sınıf sağlık hizmetlerinin sunumunda çoğunlukla özel sektörler rol üstlenmektedir. Özel sektörün yanı sıra kar

amacı gütmeyen diğer kuruluşlar da bu hizmetlerin yürütülmesinde görev alırlar. İkinci ve üçüncü sınıf sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtisas sahibi hekimler görev almaktadır. Bu kurumlarda yataklı tedavi hizmetleri uygulanmaktadır. (Sargutan 2017, 1184)

2.1. Hollanda Sağlık Sisteminin Temel Özellikleri

Hollanda, özel sektörün ve kamu sektörünün birlikte işletildiği bir sağlık sistemine sahiptir. Çoğunlukla özel sektörün hâkim olduğu bu sağlık sisteminde, etkili bir kamu denetim mekanizması mevcuttur. Bu sağlık sisteminde, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilen sağaltım ve koruyucu hizmetler, birbirinden bağımsız olarak işletilmektedir. (Meseri 2007, 247)

Hollanda sağlık sisteminde en temel özellikler şöyle sıralanabilir:

a). Finansman olarak kamunun ve özel sektörün birlikte hareket etmesi söz konusudur. Sağlık sisteminde maddi kaynakların karşılanması konusunda, devletin desteğinin yanı sıra özel sektörün de etkisi mevcuttur.

b). Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel teşebbüslerin payı, kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinden çok daha büyük bir oranda yer kaplamaktadır. Özel sektörün sağlık piyasasındaki etkisi, devletin teşebbüslerinden çok daha ileri bir seviyededir.

c). Sağlık hizmetlerinin planlanması, programlanması ve sunulmasında kamu ve özel sektör birlikte hareket etmektedir. Sağlığa dair alınan kararlarda görüş oluşturulurken özel sektör ile kamu kararın uygulanmasında da birlikte hareket etmektedir.

d). Sağlık denetimlerinde çok sıkı kurallar mevcuttur. Özellikle özel sektörün denetiminin etkin yapılması için uzun süreçlere yayılan listeler yoluyla, özel sektörün hareketleri kontrol altında tutulmaya çalışılmaktadır. (Meseri 2007, 248)

2.2. Hollanda' nın Sağlık Verileri

Hollanda OECD ülkeleri arasında ekonomik kalkınmasına paralel olarak geliştirdiği sağlık reformlarıyla sağlık verilerini Avrupa ülkeleri ortalamasının üzerine

çıkarmıştır. Hollanda sağlık verilerinin, Hollanda' nın ekonomik gelişimine bağlı olarak iyileştirilmesi, ekonomik olarak sağlığa dönük yapılan yatırımlara ve düzenlemelere dikkat çekmektedir.

2.2.1. Hollanda' nın Bağışıklama Oranları

Hollanda' nın ulusal aşı takvimindeki aşilar, zorunlu olmamasına rağmen çocuklarda bağışıklama oranı %97 olarak izlenmektedir. Aşıların tümüyle ücretsiz ve yerel yönetimlerin de katılımıyla teşvik edilmesine rağmen bu oran, Hollanda nüfusuna kıyasla daha iyileştirilebilir bir seviyededir. (OECD 2017)

Hollanda' dan başka ülkelere seyahat etmek isteyen Hollanda vatandaşları için, hem belediye hizmeti olarak, hem de aile hekimleri tarafından, gidilecek ülkelerin taşıdığı riske göre bağışıklama danışmanlığı yapılmaktadır. Seyahat sırasında gerekebilecek aşı programı Ulusal Seyahat Önerileri Merkezi (LRC) aracılığıyla hazırlanan yönerge esas alınarak hazırlanmıştır. Burada edinilecek sertifika seyahat esnasında gerekli olacaktır. (Hollanda Devleti Resmi Sitesi 2017)

2.2.2. Hollanda' nın Sağlık Harcamaları

Hollanda' da kişi başına düşen yıllık sağlık harcama oranı, kişi başına 377 dolar seviyesindedir. Bu oran OECD ülkeleri içinde beşinci sırada olduğunu göstermektedir. Bu harcama esas alınırken, hükümetin yaptığı sağlık yatırımları bu hesaplamanın dışında tutulmaktadır. Hesaplama yapılırken dikkat edilen hususlar, devletin ödediği sağlık primleri, bireylerin ödedikleri sağlık primleri ve gönüllü sağlık sigortası primleri gibi harcamalardır. (OECD 2017)

2.2.3. Hollanda' da Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

Hollanda' da doğuştan beklenen yaşam süresi bayanlar için 81,4 yıl, erkekler için ise 79,5 yıl olarak hesaplanmıştır. Bu oran ile OECD ülkeleri arasında on dördüncü sırada yer almaktadır. (OECD 2017)

Hollanda, nüfusunun yaşlandığının farkında olmasına karşın, sayısal göstergeler her geçen gün yaşlı nüfusun arttığını ortaya koymaya devam etmektedir. Bu konuda hükümetin sorumluluğu ön plana çıkmaktadır. Özellikle Groningen ve Limburg da azalan nüfusa bağlı olarak birçok okul kapatılma tehlikesi ile karşı karşıya

kalmaktadır. Yerel yönetimler, nüfusun yaşlanmasına engel olmak amacıyla hükümetten destek almasına karşın, demografik yaşlanma neticelerinin üstesinden gelmekte hayli zorlanmaktadırlar. (OECD 2017)

2.2.4. Hollanda’ da Kansere Bağlı Ölüm Oranları

Hollanda’ da her yıl, her 100 bin kişiden 235 kişi kansere bağlı hastalıklar sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Bu oran ile OECD ülkeleri arasında altıncı sırada yer almaktadır. (OECD 2017) Hollanda’ nın kansere bağlı ölümler hususunda bu kadar büyük oranlara sahip olmasının altında yatan sebeplere değinmek gerekirse, öncelikle yaşlı nüfusun fazla olmasına bağlı bir durumdan kaynaklandığı fark edilmektedir. Yaşlanmaya bağlı olarak özellikle erkeklerde akciğer ve prostat kanserleri görülmektedir. Yine bayanlarda da yaşlanmaya bağlı olarak rahim kanseri gibi kanser türleri görülebilmektedir. Bu durum, kanser göstergeleri bakımından ülke sıralamasını olumsuz etkileyen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.2.5. Hollanda’ da Bebek Ölüm Hızı

Bebek ölüm hızı, ülkelerin gelişmişlik seviyelerinin belirlenmesinde, önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Hollanda’ da bebek ölüm hızı, her 1000 canlı doğum için 3,8 olarak hesaplanmıştır. Hollanda, bu konuda OECD ortalamasının üzerindedir. Avrupa’ da bazı ülkeler kayıt altında tuttukları bebek oranlarını hesaplarken, 22 haftadan önce doğanları kayıt dışında tutmaktadırlar. Bu durum verilerden sağlıklı bir şekilde hesaplama yapılmasını zorlaştırmaktadır. (OECD 2017)

3. HOLLANDA VE MANEVİ BAKIM

Hollanda, manevi bakım konusunda birçok Avrupa ülkesinden daha ayrıntılı bir program yürütmektedir. Manevi bakımın uygulanma şekli bakımından birçok ülkeye örneklik teşkil edebilecek bir kurumsal geçmişi ve yapısal zenginliği mevcuttur. Hollanda manevi bakım konusundaki bu hali ile manevi bakım konusunu inceleyen akademisyenler için temel kaynak niteliği olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.1. Hollanda’ da Manevi Bakıma Genel Bir Bakış

Hollanda, manevi bakım uygulamaları konusunda Avrupa ülkeleri içinde, en kapsamlı bakım planlarını içeren bakış açısına sahiptir. Ülkedeki etnik ve dini yapılar ile kendini hümanist olarak gören diğer unsurlar göz önüne alındığında, ülkedeki manevi bakım anlayışının bu denli iyi uygulanmasının sebeplerini irdelemek gerekecektir. Hollanda toplum yapısında, manevi bakımın dini bir gereklilik olduğunu düşünenler olduğu gibi, manevi bakımı dinler üstü bir iyileştirici güç olarak görenler de mevcuttur. Her iki durumda da manevi bakım, gereksinim duyduğu kişilere ciddi katkılar sağlayan çok yönlü bir bakım hizmetidir.

Hollanda, manevi bakımın içeriği hususunda her kesimin kendi dini ve inançsal düşüncesini, mensubu olduğu kişilere özgürce aktarması için gerekli adımları atmıştır. Her inanç mensubu, kendi düşüncesine paralel olarak manevi bakım talebini, tercih ettiği kurumdan talep etmektedir. Etnik ve inançsal yapının heterojen olduğu toplumlarda bu taleplerin karşılanması, gerekli alt yapının oluşturulmasını zorunlu kılacaktır. Hollanda, bu açıdan bakıldığında hemen hemen tüm kesimlerin kendi kurumlarından manevi bakım talep edebilme imkânını vatandaşlarına sunmayı başarmıştır.

3.2. Hollanda’ da Manevi Bakım Organizasyonu

Hollanda, manevi bakımın organizasyonunda, yetkili kıldığı bir mesleki kuruluş olan Vereniging van Geestelijk VerZorgers(VGVZ) yoluyla, manevi bakım uygulamalarını yürütmektedir. Manevi Bakım Sağlayıcıları Birliği (VGVZ) olarak tercüme edilebilecek olan bu grubun özgün bir yapısı bulunmaktadır. Bu kurum lüzum

halinde sadece hastanelere değil, askeriye ve hapishanelere de manevi bakım görevlisi ya da manevi bakım sağlayıcısı (Geestelijk Verzorger) atama yetkisine sahiptir.

VGvZ, içinde birçok temsil organının bulunduğu farklı yapıdaki birçok inanç grubuna hizmet etme sorumluluğu taşıyan üst bir kuruluştur. Hristiyan, Müslüman ve Hümanist gibi temsil organları, kendi inançları doğrultusunda hizmet sunacak manevi bakım sağlayıcılarını VGvZ aracılığı ile kurumlara atama yetkisine sahiptirler. VGvZ yalnızca devletin resmi olarak tanıdığı temsil gruplarının taleplerini değerlendirmekle mükelleftir. Devletin resmi olarak tanımadığı temsil organlarının, VGvZ' den hizmet talep etmesi söz konusu olamamaktadır.

Amsterdam' da sekreterlik ofisi bulunan VGvZ, manevi bakım görevlilerinin mesleki olarak, hemen hemen bütün işlerini yürüttüğü bir Yönetim Kurulu'nu bünyesinde barındırmaktadır. Yönetim Kurulu'nun yanı sıra, Şikâyet Komisyonu da, VGvZ' nin içinde bulunan bir organdır. Şikâyet Komisyonu, VGvZ' nin bünyesinde profesyonel olarak çalışan manevi bakım görevlilerinin şikâyetlerini değerlendirmektedir. Manevi bakım hizmeti alan bireyler, yönetmelik usulüne uygun olmayan davranışlar sergileyen manevi bakım görevlilerini bu organa şikâyet edebilirler. (VGvZ 2017)

VGvZ içerisinde üç kişiden oluşan bir danışma kurulu bulunmaktadır. Bu kurul üyeleri belirli aralıklarla toplanmaktadır. Manevi bakım görevlileri, bu bireylerden lüzum halinde tavsiyeler isteyebilmektedirler. Manevi bakım görevlileri, görevlerini yaparken mesleki anlamda veya bireysel anlamda bu görevlilerin yardımlarına müracaat edebilmektedirler. (VGvZ 2017)

3.2.1. Manevi Bakım Sağlayıcıları Birliği' nin Yapısı

Manevi bakım konusunda Hollanda' nın yetkili kıldığı bir mesleki birlik olarak tanımlanabilen VGvZ kendine ait bir tüzüğü olan bir kuruluştur. VGvZ' nin tüzüğünde, kurumun organları ve görevleri ayrıntılı olarak belirtilmektedir. Tüzükte, Hollanda' nın manevi bakım görevlilerinin birleştirilmesi ve hukuki olarak savunulmalarının hedeflendiği ifade edilmektedir. VGvZ, ilgili organlar arasındaki eşgüdümü sağlamak, üyelerin haklarını savunmak, üyelerinin mesleki gelişimlerinde onlara katkı sağlamak gibi amaçlar taşıdığını tüzükte belirtmek suretiyle ifade etmiştir.

Günümüzde, Hollanda’ da yaklaşık olarak 1000 tane Manevi bakım görevlisi görev yapmaktadır. (VGVZ 2017)

VGVZ içerisinde farklı görevleri bulunan daimi komiteler mevcuttur. Bunlar;

Çalışma ve Proje Komitesi: Manevi bakım alanındaki çalışmaları ve projeleri hayata geçirmek için bir fonu bulunan bu komite, Yönetim Kurulu’ ndan mali destek sağlayabilmek için taleplerde bulunabilir. Bağımsız bir uzman komitesi tarafından proje ve çalışmalar için istişare edilerek değerlendirmeler yapılmaktadır. Başvuruların taşınması gereken ölçütler ve diğer konulara dair kendi bünyesinde bir protokolü barındırmaktadır.

Bilim Komitesi: VGVZ, manevi bakım alanında, bilimsel araştırmaların teşvik edilmesini sağlamaktadır. Mesleki anlamda gerçekleştirilen bilimsel araştırma sonuçlarını açıklamaktadır. Kendisine ait bir web sitesi olan bu komite, manevi bakımın bilimsel yönden desteklenmesi için, bu alandaki gelişmeleri takip ve teşvik etmektedir.

Onkoloji ve Palyatif Bakım Komitesi: Bu komite, onkoloji ve palyatif bakım ile ilgili güncel bakım ilkelerin takibini yapmaktadır. Ayrıca, onkoloji ve palyatif bakım ile ilgili kılavuz ve taslakların hazırlanmasında VGVZ adına hareket etmektedir.

VGVZ içerisinde farklı görevleri bulunan geçici komiteler bulunmaktadır. Bunlar;

Kurum Dışı Bakım Hizmeti Komitesi: Bu kuruluş, temsil organı olmayan inanç grubunda bulunup, manevi bakım talebinde bulunan bireylerin taleplerinin karşılanması için oluşturulmuş bir yapıdır.

Ziyaret Komitesi: Ziyaret komitesi, manevi bakım görevlileri ve manevi bakım gereksinimi olan bireylerin genel anlamdaki durumlarını inceleyen bir organdır. Sahadaki uygulamaları gözlemleyen, kurumdan hizmet alan bireylerin memnuniyetlerini değerlendiren ve teşvik eden bir yapıya sahiptir.

VGVZ ‘ nin dış temsil organları bulunmaktadır. Bunlar;

SKGV: Bir yönetim kurulu koltuğu bulunan bu yapı, manevi bakım üyelerinin lisans diplomalarının geçerliliğini denetlemektedir. Manevi bakım üyeleri, sertifikalarını bu organ vasıtası ile elde etmektedirler.

FBZ: Bu kuruluş bir mesleki federasyondur. VGVZ, iki üyesi ile bu Mesleki Bakım Federasyonu Kurulu' nda temsil edilmektedir. Bu kuruluş, bakım hizmetinin profesyonel olarak yapılmasını savunan bir duruşa sahiptir.

RÖLYEF: Hristiyan Bakım Sağlayıcıları Derneği olarak tanımlanan bu dernek, VGVZ' nin de temsil edildiği bir dış temsil organıdır. Bu organ, önemli bir temsil nüfusu olan Hristiyanların manevi bakım gereksinimlerinin karşılanması ve güncel gelişmelerin takip edilmesi için diğer kurumlar ile birlikte hareket etmektedir.

ENHCC: Avrupa Sağlık Bakımı Ağı Şebekesi, VGVZ' nin de üye olduğu güçlü bir dış temsil organıdır. Bu bakım ağı şebekesi, VGVZ' nin de içinde olduğu birçok bilgi şöleni gerçekleştirmekte ve kurumlar arası eşgüdümü sağlayan önemli bir pozisyonda bulunmaktadır. (VGVZ 2017)

3.2.2. Manevi Bakım Sağlayıcıları Birliği' nin Çalışma Alanları

VGVZ manevi bakım hizmetini, birçok farklı alanlarda sağlık hizmeti yürütülen kurumlarda sunmaktadır. Bu kurumları şöyle sıralayabiliriz;

Hastaneler: Hollanda, küçük ve büyük çapta farklı hizmet türleri sunan 167 hastanede, 267 manevi bakım görevlisi barındırmaktadır. Hastanelerin çalışma konseylerinde VGVZ' nin temsil edildiği bir platform bulunmaktadır. Bu konsey, manevi bakım görevlilerinin fikir alış verişinde bulunmasını teşvik eder. Manevi bakım görevlisi, çeşitli faaliyetler yoluyla 'uygulama toplulukları' şeklinde belirli temalar oluşturarak görevlerini icra ederler. (VGVZ 2017)

Hastanelerde manevi bakım görevlileri, özellikle yoğun bakım gibi servislerdeki hasta ve hasta yakınlarına yönelik, kayıtlar tutup ve eğitimler vererek, çeşitli organizasyonları düzenlemektedirler.

Hemşirelik ve Bakım Evleri: Manevi bakımın öneminin büyük olduğu bu kurumlarda, manevi bakım görevlileri kendi aralarında bir çalışma konseyi

oluşturmuşlardır. VGVZ üyesi olan tüm manevi bakım görevlileri aynı zamanda, Hemşirelik ve Bakım Evleri' nin de bir üyesidir. Bu çalışma alanında, 430' un üzerinde manevi bakım görevlisi üye görev yapmaktadır. (VGVZ 2017)

Hemşirelik ve Bakım Evleri' nde çalışan manevi bakım görevlileri, çalışma alanı konseyi olarak şu konular ile ilgilenmektedirler;

- Profesyonelleşme
- Eğitim
- Danışmanlık
- İletişim

Rehabilitasyon Merkezleri: VGVZ içinde küçük ve seçkin bir alan olan bu kurum, Hemşirelik ve Bakım Evleri ile ortak bir zemin oluşturmaktadır. Rehabilitasyon hizmeti sunan manevi bakım görevlileri, yılda üç kez ulusal çapta bir toplantı yapmaktadırlar. Rehabilitasyon süreci, kronik bir hastalık veya bir kaza sonucu gerçekleşen ve bir süreci başlatan bir dönemi ifade etmektedir. Bu nedenle manevi bakım görevlileri, işbirliği ve disiplin açısından dikkate dayalı bir hizmet yürütmektedirler.

Hollanda' da bir çoğu bağımsız olan rehabilitasyon merkezlerinde, 2 tanesi bedensel engelli olan yaklaşık 30 tane manevi bakım görevlisi görev yapmaktadır. Rehabilitasyon merkezlerinde görev yapan manevi bakım görevlilerinin tamamı, VGVZ kurumunun üyesi olmak zorundadır. (VGVZ 2017)

Psikiyatri Merkezleri: Bu çalışma alanı, mesleki anlamda uyumlu ve teşvik edici olmayı ilke edinmektedir. Zihinsel sağlık kuruluşları ve Psikiyatri hastanelerinde yaklaşık 120 manevi bakım görevlisi ile canlı bir çalışma alanı mevcuttur. VGVZ üyesi olup, Psikiyatri alanında çalışan manevi bakım görevlileri, aynı zamanda mesleki alanın da üyesidirler.

Psikiyatri merkezlerinde çalışan manevi bakım görevlileri, diğer psikiyatri merkezleri ile görüş alışverişi sağlamaktadırlar. Mesleki gelişim ve çalışma alanı

konseyinin düzenlemesi ile ulusal faaliyetler düzenlenebilmektedir. Psikiyatri merkezlerindeki çalışma alanı konseyi, VGVZ' nin kalite belgesine katkı sunmayı amaçlamayı hedeflemektedir. Bu amaçla güncel konular tartışılmakta, değişimler teşvik edilmekte ve gelişmeler yakından takip edilmektedir. (VGVZ 2017)

Zihinsel Engelliler Merkezi: Zihinsel engelli bireylerin, daha etkin bir şekilde manevi gereksinimlerinin sağlanması için, manevi bakım hizmeti dört bölgeye ayrılmıştır. Bunlar;

- Kuzey ve Güney Hollanda
- Brabant - Zeeland
- Güney Hollanda (Limburg)
- Kuzey, Doğu ve Orta Hollanda şeklinde sıralanmaktadır.

Zihinsel engellilerin manevi bakım gereksinimi sağlanırken, yılda birkaç kez bölgesel konsey düzeyinde toplantılar düzenlenmektedir. Ulusal çalışma alanı olan VG - zorg, bölgesel düzeydeki diğer temsilciliklerin de içinde olduğu üst bir konseydir. Bu konsey, mesleği gelişim açısından gerekli olan danışmanlık hizmetinin sürdürülmesinde rol oynar ve bilgi kaynağı açısından liderlik yapmakla görevlidir.

Her iki yılda bir bilgi şöleni gerçekleştiren bir çalışma konseyine sahip olan ve zihinsel engellilere hizmet sunan manevi bakım görevlileri; kilise, dini gruplar ve uluslararası bir ağ ile multidisipliner bir işbirliği ile hareket etmektedir. Yaşam öyküsü, bakım planı, etik, teşhis etme ve bölgesel destek fonksiyonu gibi konular, çalışma konseyinin güncel çalışma alanlarını teşkil etmektedir. (VGVZ 2017)

Gençlik Bakım Merkezleri: VGVZ içerisindeki hizmet grupları içerisinde en genç bireylerin olduğu gruptur. Manevi bakımın bu gruptaki çalışma alanı, pedagojik formasyonu olan manevi bakım görevlilerinin rehberliğinde gerçekleştirilir. Bu gruptaki gençler, hafif zihinsel / fiziksel engeli olan veya davranış sorunları olan bireylerdir. Bu merkezlerde, yaşamın anlamını arama, yaşam tarzı farklılıkları gibi konularda, gençlere etkili bir bakım hizmeti sunmak amaçlanmaktadır. Mesleki üyeler,

yılda iki kez toplanarak, bilgi alışverişi ve durum değerlendirmesi yapmaktadırlar. (VGVZ 2017)

Birinci Basamak Sağlık Merkezleri: Yeni bir çalışma alanı olan bu bakım hizmeti, birinci basamak sağlık merkezlerindeki manevi bakım gereksinimi olan bireylere sunulan hizmettir. Yaklaşık 20 tane manevi bakım görevlisinin görev yaptığı bu çalışma alanında, uzun vadeli politikaların planlaması yapılmaktadır. Bilgi paylaşımı ve uzmanlık bu çalışma alanının anahtar kelimeleridir.

3.2.3. Manevi Bakım Sağlayıcıları Birliği' nin Hizmet Verdiği Gruplar

VGVZ' nin hizmet verdiği sektörler, farklı inanç ve düşünce dünyasının müntesipleridir. Bu sektörler kendi toplantılarını belirli aralıklarla düzenlemektedirler. Bu sektörlerin eşgüdümünü sağlayan ayrı bir birleştirici konsey bulunmaktadır. Sektörler ayrıca kendi çalışma saatlerini ve etkinliklerini belirlemekte ve organize etmektedirler. Her sektörün kendine ait bir web sitesi bulunmaktadır. Sektörlerin çalışma günlerini organize etmelerinde çeşitli yönergelerle göre hareket etmeleri gerekmektedir. (VGVZ 2017)

VGVZ, başlıca sekiz ana sektöre hizmet vermektedir. Bunları şöyle sıralamak mümkündür;

Protestanlar: Hristiyanlıkta da olduğu gibi mezhepler bazı yönleri ile birbirinden farklılaşan dünya görüşlerine sahip olduklarından, manevi bakım görevlilerinin de çalışma prensipleri değişebilmektedir. Protestan sektöründe, dini görevliler profesyonel bir şekilde kendilerini geliştirmişlerdir. Bu konuda gerekli bilgiler ve konferanslar yoluyla, üyelere farkındalık kazandırma yoluna gidilmiştir. VGVZ çeşitli komiteler yolu ile bu sektöre katkılar sunmaktadır.

Protestanlık sektörü, ulusal olarak örgütlenmiş bir yapıdadır. VGVZ' ye kayıtlı bütün Protestan manevi bakım görevlileri bu sektöre üyedirler. Protestan manevi bakım görevlisi sayısı yaklaşık 420 kişi kadardır. Protestanlık sektörünün üyeleri, sekreterliğe mail yolu ile görüşlerini bildirmektedirler. Bu sektörün üyeleri; kongreler, farklı inisiyatifler ve fikirler sunmak yolu ile iletişim ve gelişimin artırılması için aktif

olarak çalışmaktadırlar. Bu sektör, farklı fikirleri olanların, fikirlerini dile getirmeleri için sitelerine katkıda bulunulmasını arzu etmektedirler. (VGVZ 2017)

Katolikler: Hristiyanlığın farklı bir mezhebi olan Katoliklerin manevi bakım görevlileri, VGVZ' nin amaçları ve hedefleri doğrultusunda gelişim göstermektedir. Katolik sektörü, VGVZ içindeki Roman Katolik ve Eski Katolik manevi bakım görevlileri olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Toplam 300 civarı Katolik manevi bakım görevlisi bulunmaktadır.

1960 yıllarından itibaren Katolik manevi bakım görevlileri, papazların gözetiminde çalışmalar ve toplantılar düzenlemek amacıyla bir araya gelmişlerdi. 1971 yılında, Hastane Vaizleri Çalışma Grubu ile VGVZ birleşerek tek bir çatı altında toplanmıştır. Bu sektörün meclis kurulu yılda 6 kez toplanmaktadır.

Katolik manevi bakım görevlileri, Katolik inancına dayalı olarak düşünmek ve bu alanda profesyonelleşmek için sürekli hizmet içi kurslar düzenlemektedirler. Katolik sektörü, diğer dış Katolik gruplar ile bağlantı kurarak, yapılabilecek ortak faaliyetler açısından çalışmalar yürütmektedir. Örneğin; 29 Eylül - 6 Ekim 2017 tarihleri arasında, İtalya' daki Hristiyanlık kökenlerini anlamak üzerine, manevi bakım üyeleri için bir gezi düzenlenmiştir. Burada amaç, Hristiyanlık kültürünün daha iyi anlaşılması ve profesyonel bir şekilde aktarılması için manevi bakım üyelerine bilgi vermektir. (VGVZ 2017)

Hümanistler: Hümanist sektör, VGVZ' nin politikalarına uygun olarak hümanist bir perspektifle manevi bakım danışmanlığı faaliyetlerini yürütmektedir. Hümanist sektörün manevi bakım görevlileri, hümanistler ve onlara yakın düşünce sistemini benimsemiş diğer gruplara da hizmet vermektedir. Yaklaşık 120 hümanist manevi bakım görevlisi bulunmaktadır.

Hümanizm, genelde Avrupa' da ve özelde Hollanda' da yaygın olan bir inanıştır. Bu düşüncenin müntesiplerinde dinlere yaklaşım genelde olumsuzdur. Bu yüzden manevi bakım görevlileri, hümanist düşünce sistemini benimsemiş kişilere yaklaşırken, hümanizmin evrensel ilkelerini esas almaktadır. Hümanistler, Hollanda' da kendilerine ait bir üniversiteleri olan güçlü bir tabanı olan bir zümreyi ifade

etmektedir. Ayrıca hümanist dernekler de Hollanda’da aktif olarak faaliyet yürütmektedirler. Hümanist manevi bakım görevlileri, eğitimlerini Hümanizm Üniversitesi (UvH) aracılığı ile ya da Hümanistik Eğitim Enstitüsü’ nde (HOI) elde etmektedirler.

Hümanist sektör, kendilerine ait olan üniversite ve dernekleri vasıtası ile manevi bakım konusunda eşgüdüm ile çalışmakta ve faaliyetlerini koordineli olarak yürütmektedir. Sektörün konseyinde 4 danışman görev yapmaktadır. Sektörün meclisi, hümanist manevi bakım görevlilerinin profesyonelleşmeleri için, kendileri ile sürekli temasta bulunulması gerektiğine inanmaktadır. Bu yüzden, sektörün tüm üyelerine, hem mail olarak hem de bilgilendirme toplantıları yaparak, hümanist manevi bakım görevlilerini eğitmeyi amaçlamaktadır. (VGVZ 2017)

Müslümanlar: Bir milyondan fazla Müslümanın yaşadığı Hollanda’da, Müslümanlara ait resmi olarak tanınmış olan bu sektör, İslami hayat tarzını yaşayan bireylere, manevi bakım hizmeti sunmaktadır. Müslüman manevi bakım görevlileri, Hollanda’ daki çeşitli İslami kurumlar ile bağlantı kurarak, faaliyetlerine devam etmektedir. Müslüman manevi bakım sektörü görevlileri, Hollanda’ da ulusal olarak örgütlenmiş bulunmaktadır. Sektör, meclis üyelerini yılda 3 defa toplamakta ve ayrıca yılda 1 defa çalışma günü düzenlemektedir. (VGVZ 2017)

Hollanda’ da Müslüman manevi görevlisi olarak çalışabilmek için, öncelikle Hollanda’daki insanların konuştuğu Felemenkçe dilini bilmek gereklidir. Bunun yanı sıra, manevi bakım görevlisi olmak için, Hollanda’nın resmi üniversitelerinin birinden mezun olma zorunluluğu vardır. Müslüman manevi bakım görevlisinin sayıca az olmasının sebeplerini bu açıdan irdelemek gerekmektedir. (Karagül 2012, 14)

Museviler: Manevi bakım hizmeti, Yahudiler açısından Hollanda’ daki bütün sağlık kurumlarında verilmektedir. Yahudi sektörü, nüfusları az olmasına rağmen etkili çalışan bir yapıya sahiptir. Musevi Psikiyatri Hastanesi, zihinsel engelliler için enstitü ve bazı sosyal konutlar aracılığı ile manevi bakım hizmeti yürütülmektedir. Bu sektör; Rotterdam, Eindhoven, Amsterdam gibi yerlerde klinikleri olan ve ulusal bir ruh sağlığı boyutunda çalışmalar yürütmektedir. (VGVZ 2017)

Hindular: Yakın bir zamanda kurulan Hindu sektörü, çeşitli eğitim ve mesleki alanlardan birçok Hindu din adamının desteğini almaktadır. Hindu manevi bakım görevlileri, Kring Hindoe Geestelijken (Hindu Manevi Bakım Sağlayıcıları Birliği-KHG) kurumunun üyesidirler. Bu kurumun dışından da, Hindu manevi bakım görevlisi olmak isteyenler olursa, onların da başvuru ve tavsiyeleri değerlendirilmektedir. (VGvZ 2017)

Budistler: Bu sektörün hedefi, bir yandan Budizm bakış açısına sahip bireylerin manevi gereksinimlerini gidermek, diğer taraftan VGvZ'nin amaçlarına sahip çıkmaktır. Ülkedeki bütün Budist manevi bakım görevlileri, bu sektörün üyesidir. 2016 yılının Şubat'ında, VGvZ içerisindeki Budist sektörü kurulumunu gerçekleştirmiştir. Budist sektörü tüm üyelerini sektördeki gelişmeler ve faaliyetler hakkında bilgilendirmektedir. Budist sektörü, Hollanda Budist Birliği (BUN) ile temas halinde çalışmaktadır. (VGvZ 2017)

Kurumsal Olmayan Diğer Gruplar (SING): SING, maneviyatın yeni biçimlerini ortaya koymak için bir araya gelen insanların oluşturduğu bir platform olarak nitelendirilebilir. SING, farklı inanç grupları arasında bir köprü kurmayı hedefliyor. SING, herhangi bir din veya inanç sisteminin egemen olmadığı bir sektörü temsil etmektedir. Burada kişilerin kendi yaşam felsefeleri ve hayata bakış açıları göz önünde bulundurulmaktadır.

Manevi bakım görevlisi, bireylerin kendi yaşam görüşlerini açıkça ifade etmelerini sağlamayı ve olası sorunlar karşısında baş etme becerisinin geliştirilmesini hedeflemektedir. SING, kendi özel web sitesi üzerinden, üyelerine ortak bir tartışma oluşturmak ve yenilikçi fikirlerin sunulmasını amaçlamaktadır. (VGvZ 2017)

3.3. Hollanda' da Manevi Bakımın Hukuki Boyutu

Hollanda manevi bakım konusunda eskiden kilise ve dini grupların desteği ile yürütülmekte olan bir yapıya sahipti. Kilise, orta çağ ve yakın çağdan gelen sosyal bir durum olarak, manevi bakım konusundaki ihtiyacı kültürel bir şekilde gidermekteydi. Özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, devletin desteği ile bu konudaki yardımlar resmi yollarla, devlet desteği ile sunulmaya başlanmıştır. Devletin desteğini sürdürmesi ile bu durum, gönüllülük esasından kalkmış olup, resmi bir şekilde

yürütülen bir devlet desteği uygulaması halini almıştır. Manevi bakımın istenilen düzeyde başarılı olmasının yolu da, bu uygulama modelinin devletin desteğini alarak gelişmesini öngören bir yapıya kavuşturulması ile mümkün olmaktadır. Zira manevi bakım modelinin hukuki alt yapısı olmadan, gönüllülük esasına veya gayrı resmi kurumların kısmi inisiyatiflerine bırakılarak başarıya ulaşması, hiçbir ülkede muvaffakiyet sağlanabilecek bir durum olarak karşımıza çıkamayacaktır. (Karagül 2012, 25)

Hollanda, dini grupların ibadetlerini yerine getirmeleri için gerekli olan hukuki ilkeleri anayasal bir güvence altına almıştır. Örneğin, Hollanda anayasasındaki eşitlik ilkesinden hareketle, Hollanda’ da yaşayan Müslüman toplumun talebiyle, 1975 yılında Rotterdam’ da Müslümanlara özgü bir mezarlık açılmıştır. Yine bunun gibi, Almeo şehrinde açılan cami için Hollanda hükümeti maddi katkılar sunmuştur. Yine 1977’ de Müslümanların helal et hassasiyetleri göz önünde bulundurularak, İslami usule uygun et kesilmesi kanuni güvence altına alınmıştır. (Yükleyen ve Kuru 2006, 45-46) Bu gibi gelişmeler Müslümanların her alandaki hukuki haklarının iade edilmesi hususunda birer başlangıç olmuştur. İlerleyen zamanlarda Müslümanların kamusal alandaki inançlarına dayalı taleplerinin yerine getirilmesi kaçınılmaz olmuştur.

Hollanda laiklik ilkesini benimseyen bir ülke olmasına rağmen, dini gruplara dolaylı olarak yardımda bulunabilmektedir. Örneğin orduda ve cezaevlerindeki dini hizmetlere finansal açıdan dolaylı olarak destek vermektedir. Yine bu tür dini hizmetlere sağlanan bağışlar için vergi muafiyeti yoluyla da, mali katkılarda bulunmaktadır. (Torfs 1996, 945-971)

Hollanda’ da manevi bakım konusundaki yasalardaki açık hüküm Sağlıkta Kalite Kanunu’ nun ilgili maddesinde ifade edilmiştir. İlgili maddeye göre sağlık kurumuna müracaat eden kimselerin, hastanede kalış süreleri 24 saatten fazla olursa, bu durumda devlet ilgili kişiye manevi bakım hizmetini sunmak durumundadır. (Karagül 2012, 21) Hollanda’da manevi bakım hizmetinin, sağlıkta kalite hukukunun bir dayanağı olarak ele alınması üzerinde durulması gereken bir konudur.

3.4. Hollanda’ da Manevi Bakım Eğitimi

Hollanda’ da, resmi kurumlarda manevi bakım danışmanı olarak göreve başlayabilmek için, VGVZ kurumunda kayıtlı olmak gerekmektedir. VGVZ kurumuna manevi bakım danışmanı olarak kayıt yapabilmek için ise, belirli alanlarda lisans seviyesinde bir diplomaya ve bunun yanında, akreditasyonu VGVZ’ nin ilgili kurumu tarafından (SKGV) belirlenen, Teoloji, Hümanizm ve bazı dinlerin temel eğitimini almış olmak düzeyinde bir yüksek lisans derecesine de sahip olmak gerekiyor. (VGVZ 2017) VGVZ’ ye manevi bakım danışmanlarının tam üyeliklerinin sağlanması için, bir yüksek lisans programını bitirmiş olmaları yasal bir zorunluluktur. (VGVZ 2017)

Manevi bakım danışmanı olabilmek için, lisans düzeyindeki eğitim diplomasının ve ilgili yüksek lisans programının SKGV tarafından onaylanması gerekmektedir. SKGV, manevi bakım danışmanı adaylarının diplomalarını onayladıktan sonra süreç, kurumun içindeki ilgili eğitim ve inceleme organı olan RING - GV’ nin bir takım yazılı ve sözlü sınavlar yoluyla, manevi bakım danışman adaylarının yetkinliklerini sınaması ile devam eder. RING-RV’ nin yapacağı sınav ve mülakatlardan başarılı neticeler elde eden manevi bakım adayları, sertifika ile yetkilendirilmek suretiyle, görevlerine başlamak için gerekli donanımına sahip olduklarını kanıtlamış bulunurlar. (RING-GV 2017)

RING - GV yapısal olarak üç kuruldandır. Bunlar, Değerlendirme Kurulu, İnceleme Kurulu ve İtiraz Kurulu’ dur. İnceleme Kurulu, ilgili yazılı ve sözlü sınavları uygular. Değerlendirme Kurulu sınav sonuçlarını ve adayın yetkinliğini ‘yeterli’, ‘şüpheli’ ve ‘yetersiz’ gibi derecelerle belirlemek suretiyle neticelendirir. Neticenin durumuna göre bazı adaylar, ek sınavlara da tabi tutulabilmektedirler. İtiraz Kurulu ise, manevi bakım danışmanı adaylarının, yapılan sınavın sonuçlarının yeniden değerlendirmesini talep etmeleri durumunda, adayların yeniden değerlendirilmesine olanak sağlayan ilgili birimi ifade etmektedir. (RING-GV 2017)

Manevi bakım danışmanı adayları RING - GV’ nin derecelendirmesi sonucu yetkili sertifikayı aldıktan sonra, VGVZ’ ye tam üyelik için ilgili şartları taşıyıp taşımadıkları göz önünde bulundurulmaktadır. Adaylar, ilgili şartları da taşıdıktan

sonra, VGVZ ve SKGV kurumlarına sertifikalarını göndererek üyelik yapabilmektedirler. (RING-GV 2017)



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE VE MANEVİ BAKIM UYGULAMALARI

1. TÜRKİYE' NİN SOSYAL VE SİYASİ YAPISI

Türkiye, 80 milyona yaklaşan nüfusu bulunan, halkının % 99' unun Müslüman olduğu demokratik, laik, sosyal bir hukuk devletidir. Birçok etnik yapının (Türk, Kürt, Arap, Çerkez, Arnavut vb.) bir arada yaşadığı Türkiye, hem Asya hem Avrupa'da toprakları bulunan, üç tarafı denizlerle çevrili olan, aynı anda dört mevsimin yaşanabildiği bir ülkedir. Başkenti Ankara ve resmi dili Türkçe olan Türkiye, gelişmekte olan ülkeler kapsamındadır. Türkiye; NATO, BM, OECD, AGİT, D8, İİT, G20 gibi siyasi, askeri ve ekonomik kuruluşlara üyedir.

Osmanlı İmparatorluğu' nun bakiyesi olan Türkiye, dönemsel olarak birçok siyasi dönüşüme tanıklık etmiştir. Bulunduğu jeopolitik konum, tarihsel önem taşıyan yapısı ve değerli kaynakları ile Türkiye, birçok ülkenin dikkatini çekmektedir. Kendi iç bütünlüğünü ve birliğini sağlamak, enerji ve askeri birçok konuda dışa olan bağımlılığını bitirmek, daha güçlü bir ekonomik istikrarı yakalamak ve mutlak anlamdaki bağımsızlığını sağlamak gibi hedefleri olan Türkiye, genç nüfusu ve reformist politikaları ile arzu ettiği hedeflerine odaklanmış durumdadır.

2. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ

Türkiye’ de sağlık faaliyetlerinin planlanması, uygulanması ve denetlenmesi görevini Sağlık Bakanlığı üstlenmektedir. Sağlık Bakanlığı kendisine bağlı olarak çalışan ve belirli alanlarda farklı görev dağılımları olan birçok alt kuruluşun organizasyonu ve koordinasyonu ile sağlık alanındaki faaliyetlerini yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı, sel, deprem, yangın vb. durumlarda diğer bazı bakanlıklar ile koordinasyonu sağlamakta ve olağanüstü durumlarda eşgüdüm ile çalışmalarını yürütmektedir.

Birçok batı ülkesinde görülen, hem kamunun hem de özel sermayenin finansman oluşturduğu sağlık sistemi, Türkiye’ nin de büyük oranda uyguladığı geçerli bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’ de sağlık harcamalarında, kamunun oluşturduğu finansman kaynağının büyük bir bölümünün, devletin mevcut bütçesi veya dolaylı yollarla sağlanan vergiler yolu ile elde edildiği bilinmektedir. Sağlık harcamalarının finansmanında özel sektörün payı da gün geçtikçe artmaktadır.

Türkiye’ de 2003 yılından sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile hastaneler birleştirilmiş, Sosyal Güvenlik Kurumu’ nun ve diğer kurumların bünyesinde hizmet veren hastaneler Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır. Ayrıca değişik yapıdaki birçok sosyal güvenlik kurumları, artık SGK bünyesinde, tek bir çatı altında birleştirilmiştir. 2008 yılının Ekim ayından itibaren yürürlüğe girmiş olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile birlikte, tüm gelir gruplarına yönelik hizmet veren tek bir yapı oluşturulmuştur. (OECD ve IBRD/DÜNYA BANKASI 2008, 12)

2.1. Türkiye Sağlık Sisteminin Temel Özellikleri

Türkiye Cumhuriyeti’ nin 1982 Anayasa’sının 56. Maddesi’ nde, sağlık hizmetlerini esas alan ilgili başlık altında, herkesin sağlıklı bir yaşam sürme hakkının olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık hizmetinin sunumunda, devletin birincil sorumluluğu olduğunu savunan ilgili anayasa maddesinde, devletin denetleme yetkisine de dikkat çekilmekte ve devletin gereken durumlarda genel sağlık sigortasının kurulabileceği açıkça ifade edilmektedir. Anayasa maddesi, devletin

sağlık hizmetlerinin planlayıcısı olduğuna da dikkat çekmektedir. (T.C ANAYASASI 1982)

Ülkelerin ekonomik istikrarı sağlamak için öncelikle sağlık hizmetlerine, ardından da eğitim hizmetlerine ağırlık verilmesi kaçınılmaz bir gerekliliktir. (Serin 1972, 64) Hem bu bağlamdan bakıldığında, hem de sosyal devlet olmanın gereklilik şartları açısından bakıldığında, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından yürütülmesi, Türkiye’ nin mevcut yapısal hukukundan kaynaklanmaktadır.

Türkiye’ nin sağlık sisteminin temel özelliklerini şöyle sıralamak mümkün olacaktır:

a). Sağlık hizmetlerinin finansmanında en yüksek pay sahibi kamu kaynaklarıdır ve bunu özel kaynaklar takip etmektedir. Özel kaynakların sağlık hizmetlerinin finansman oranı son yıllarda artmaktadır.

b). Türkiye 2000’ li yıllardan sonra sağlıkta reform sayılabilecek yenilikleri uygulamaya koymuştur. Sağlık hizmetlerine erişim hususundaki kentsel-kırsal eşitsizliklerin giderilmesi için düzenlemeler yapılmıştır.

c). Sağlık sonuçlarının OECD ülkelerinin ortalamasının altında kalması ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yürütülmesinde yaşanan aksaklıklar dikkate alınarak, SDP ile buna sebep olan verimsiz yapı büyük ölçüde dönüştürülmüştür.

d). Bağ - Kur, SSK, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart gibi programlar SGK adı altında birleştirilerek, GSS adı altında yeni bir fon kurulmuştur. GSS insanların ödeme gücü ile orantılı olacak şekilde bir sistem ile yürütülmektedir.

e). Kamu hastanelerindeki etkili ve verimli sevk sisteminin oluşturulması için, aile hekimliği sisteminin birinci basamaktaki ve koruyucu sağlık sistemlerindeki öneminin artırılması yoluna gidilmektedir. (OECD ve IBRD/DÜNYA BANKASI 2008, 36)

2.2. Türkiye’ nin Sağlık Verileri

Türkiye’ nin sağlık verilerine genel olarak bakıldığında, bazı verilerin OECD ülkelerinin ortalamasının altında, bazı verilerin de OECD ülkelerinin ortalamasının

üstünde kaldığını görebiliriz. Bunun sebeplerini sorguladığımızda, sosyo-ekonomik faktörlerin bu verilerin oluşmasındaki payının yüksek olduğunu gözlemleyebiliriz. Türkiye, son yıllardaki reformlar yolu ile bazı konulardaki gelişmişlik seviyesini yukarılara taşımayı başarmışsa da, genel olarak bakıldığında, hala üzerinde çalışılması gereken bazı konuların mevcut olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

Türkiye artan nüfusuna paralel olarak sağlık personeli sayısındaki personelin, istenilen miktarda artmaması bir sorun teşkil etmektedir. Yine bağışıklama oranlarının yüksek olmasına rağmen, mülteci göçüne maruz kaldığından bazı başarılı göstergelerin gerileyebilmesi mümkün gözükmemektedir. Yine ekonomik büyümenin sağlığa olan orantılı katkısı, birçok göstergenin iyileştirilmesi için bir fırsat sunmaktadır. Bireysel farkındalık ve eğitim düzeyinin yükselmesi de dolaylı olarak sağlık harcamalarına katkıda bulunacak önemli faktörlerdendir. Türkiye' nin sosyo-kültürel yapısının bölgesel farklılıklardan kaynaklanması gerçeğini göz önünde bulundurduğumuzda, alınacak sağlık politikası kararlarının bu farklılıkları gözetenek alınması gerekliliğini gözler önüne sermektedir.

2.2.1. Türkiye' nin Bağışıklama Oranları

Türkiye' nin ulusal aşı takvimindeki temel aşların tamamına yakını ücretsiz olmasına karşın, bazı aşlar ücretlidir. OECD' nin 2015 yılına ait dünya ülkelerinin bağışıklama oranları listesinde Türkiye' nin bağışıklama oranı % 97 olarak görünmektedir. (OECD 2017) Türkiye' nin ekonomik yapısı ve eğitim durumu göz önünde bulundurulduğuna bu oranın iyi bir başarı olduğu söylenebilmektedir. Bu oranın yakalanmasındaki etkenler, sağlık reformu ve aşı programlarının uygulanmasındaki kararlılık olarak değerlendirilebilir. Türkiye' nin, bu başarısı, halk sağlığının korunmasına yönelik ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanmasına yönelik önemli bir adımdır.

Türkiye son yıllarda artan mülteci nüfusu ile birlikte, sağlık reformundaki başarılı istikrarını koruma yönünde önemli bir sınav vermektedir. Bağışıklama oranı ve diğer sağlık göstergelerindeki olumlu tablonun korunabilmesi için, sağlık alanındaki tedbir ve denetimlerin artırılması gerekmektedir. Yine bağışıklama

oranın sağlıklı bir şekilde kayıt altına alınması, bu alandaki çalışma ve istatistiki verilerin doğruluğuna katkı sağlayacaktır.

2.2.2. Türkiye' nin Sağlık Harcamaları

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde en önemli finansman kaynağı devlet bütçesidir. Sağlık harcamalarının finansmanı, 1960 sonrası Planlı Kalkınma Dönemiyle birlikte ağırlıklı olarak bütçeden (hazine) karşılanmıştır. Dünya Bankası, sağlığa ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu' nda ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini önermiştir. Bu nedenle sağlık harcamalarının finansmanında devlet payının büyük olmasını beklemek yanlış değildir.

Sağlık harcamalarında işveren, işçi ve devletin katkısıyla finanse edilen ve yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi konular yanında sağlık konusunda da başvuru alan sosyal sigortalar da önemli bir finansman kaynağıdır. Özel kesim, sağlık harcamalarına doğrudan hizmet bedelini ödeyerek, bağış ve yardımlar yaparak ya da özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır. Günümüzde hemen her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi, ülkemizde de görülmektedir. Ancak sağlık finansman kaynaklarının kombinasyonu ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir. (E. Orhaner 2006, 6-7)

2.2.3. Türkiye' de Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

Doğuşta beklenen yaşam süresi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde önemli bir göstergedir. Doğuşta beklenen yaşam süresi, ülkelerin ekonomik ve eğitim göstergelerinin belirlenmesine önemli bir gösterge olduğu gibi, yaşam biçimi de bu göstergelyi etkileyen önemli bir bileşendir. Türkiye doğuşta beklenen yaşam süresi konusunda eskiye oranla tahminlerin üstünde bir gelişme göstermektedir. Bunun en önemli sebepleri arasında ekonomik gelişme ve eğitim düzeyinin artması gösterilebilir.

Türkiye' de doğuştan beklenen yaşam süresi, kadın ve erkeklerin ortalaması alınarak 78 yıl olarak hesaplanmaktadır. Bu oranın cinsiyete göre dağılımına bakacak olursak, erkeklerde 75, 5 ve bayanlarda ise 80, 7 yıl olarak hesaplanmaktadır. Bu orana

baktığımızda kadınlar ile erkeklerin doğuştan beklenen yaşam süresi farkı 5, 4 yıl olarak karşımıza çıkmaktadır. (TÜİK 2017)

2.2.4. Türkiye’ de Kansere Bağlı Ölüm Oranları

Türkiye’ de kansere bağlı ölüm oranları ile ilgili son yapılan istatistiki verilere göre, Türkiye’ de 65 yaş altında kalan kişilerin % 29’ u kansere bağlı hastalıklardan dolayı ölmektedir. 65 yaş üstündeki kişilerin ölümlerindeki kanser oranı ise % 16 olarak karşımıza çıkmaktadır. (TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri 2015)

Kansere bağlı ölüm oranlarının kanser türü-cinsiyet kıyaslamasına bakıldığında, erkeklerde en sık görülen kanser türünün akciğer kanseri olduğu görülürken, bayanlarda en sık görülen kanser türünün ise meme kanseri olduğu görülmektedir. (Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014, 32) Ölüm sebeplerinin ülkeler çapındaki nedenlerine bakıldığında, Avrupa’ daki ülkelerin ve Türkiye’nin de istatistiksel anlamda en sık görülen ölüm sebebinin kanser olduğu görülmektedir. Kansere bağlı ölüm oranlarının azaltılmasında erken tanı ve teşhis ile sağlık teknolojisindeki gelişmeler önemli rol oynamaktadır.

2.2.5. Türkiye’ de Bebek Ölüm Hızı

Türkiye’ de 2015 ve 2016 yılları itibari ile bebek ölüm hızının istatistiki verileri göz önünde bulundurulduğunda, bebek ölüm hızında anlamlı bir azalmanın söz konusu olduğu görülmektedir. Türkiye’ de 2015 yılı itibarı ile her 1000 doğumda 10, 2 bebek ölürken, 2016 yılında bu oran her 1000 doğumda 10’ a düşmüştür. (TÜİK 2016)

Türkiye bebek ölüm hızı konusunda son yıllarda anlamlı bir düşüşü yakalamıştır. Bunun sebeplerine bakılacak olursa, sağlıktaki diğer istatistiki verilerin iyileştirilmesinin bu sonucu meydana getirdiği görülecektir. Kişi başına düşen hekim sayısı, kişi başına düşen hastane sayısı ve kişi başına düşen ebe sayısının artması, doğal olarak bebek ölüm hızındaki oranın düşmesine sebep olacaktır. Yine eğitim durumunun iyileştirilmesi de bebek ölüm hızına dolaylı olarak etki etmektedir.

3. TÜRKİYE VE MANEVİ BAKIM

Türkiye, sosyolojik olarak din olgusunun önemli oranda hayata müdahale eden bir etkisi olduğuna inananların ekseriyette olduğu bir yapıya sahiptir. Türkiye halkının çoğunluğu din ve inanç psikolojisinin, davranış biçimini etkileyen güçlü bir isteklendirme kaynağı olduğunu düşünmektedir. Dini sembollerin, inanç merkezlerinin, önemli gün ve ayların hayatın içinde önemli bir yer tuttuğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Fakat her inanç grubunun da din ve inanç konusunda aynı hassasiyet ve değer yargılarına sahip olmadığı da önemli bir meseledir.

Türkiye’ de yaşanan İslamiyet inancı, modern hayatın bazı simgeleri ile kendisini ortaya koymaktadır. Moderniteye gönderme yapan birçok batılı kavramın, İslami birer kavram gibi yorumlanması, artık sıradan bir hal alıp normalleşmiştir. (Göle 2008, 12) Manevi bakım kavramı da, birçok farklı batılı kavramın farklı inanç şekilleri ile tercüme edilme şekline göre farklı anlamlar kazanabilmektedir. Burada üzerinde durulması gereken husus, manevi bakım algısının davranış biçiminde nasıl karşılık bulduğu meselesidir. Manevi gereksinimlerin karşılanma şekilleri, maneviyata ve inanca dair düşüncelerin nasıl tasavvur edildiği ile ilgilidir.

Türkiye’ de manevi bakım anlayışının birbirinden farklı olmasının sebeplerini irdelemek gerekmektedir. Manevi bakım anlayışını belirleyen en önemli sebeplerden biri, din anlayış biçimi ve dinin yorumlanma şeklidir. Örneğin, sosyal hayatında dinin etkisinin önemli bir yer tuttuğu kişiler ile sosyal hayatında dini ilkelerin yer etmediği kişilerin manevi bakım algı ve arayışları farklılık arz edebilmektedir. Yine, tasavvuf geleneğine göre düşünce yapısı şekillenmiş kesimin manevi bakım anlayışı ile diğer dini grupların manevi bakım anlayışında benzer yönler olduğu gibi, farklı yönler de bulunabilmektedir.

Türkiye’ de sosyal ve sağlık hizmetleri kapsamında manevi bakımın gündeme gelmesi ile beraber, bir takım laik-sol çevrelerin kaygılarını dile getirmesi söz konusu olmuştur. Manevi bakım konusunda tek tip bir inançsal anlayış modelinin dayatılması endişesi taşıdıklarını ifade eden bu çevrelerin kaygılarına değinmek gerekmektedir. Bu kaygıları gidermenin en önemli tarafı, manevi bakımın bilimsel ve profesyonel bir yaklaşım modeli olduğunun algılanamama problemi olduğunu ifade etmektir. Yine

manevi bakım modelinin profesyonel bir meslek dalı olduğunu vurgulamak gerekir. Burada diğer önemli bir husus, manevi bakım modelinin sadece bir inancın ilkelerinin dayatılacağı bir sistem olduğu yanılgısı değil, manevi bakımın kuşatıcı bir bakım ve destek modeli olduğunun farkına varabilmektir. Bu bakım ve destek modelinin içeriğine dair tartışmalar sürmekle beraber, bunun profesyonel bir şekilde, bilimsel verilerin de sonuçlarına dayanarak sürdürülmesi hususu, üzerinde durulması gereken meselelerdir.

3.1. Türkiye’ de Manevi Bakıma Genel Bir Bakış

Türkiye’ de manevi bakım konusundaki alt yapı çalışmaları ne yazık ki istenilen düzeyde değildir. Bunun sebeplerine gelecek olursak, en önemli sebeplerinden biri, sosyolojik ve dini gerekçelerle insanların zorluk ve hastalık sürecinde kişilerin dayanışması ve telkinleri, sistematik olarak yapılması gereken manevi bakım ihtiyacının kısmen karşılanmasıdır. Türkiye’ de manevi bakıma dair yeterli bilimsel makale ve çalışmaların olmaması da bu konudaki farkındalığın önünde bir engel teşkil etmektedir. Yine manevi bakım ilkelerinin ve manevi bakım uygulayıcılarının nesnel bir şekil alması için zamana ihtiyaç vardır. Fakat manevi bakım konusundaki güncel gelişmeler, konunun toplum nezdinde daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

Kutsal alan ile seküler alan, bireylerin iç dünyalarında bulunan faktörlerin, değişik biçimlerde dışavurumları olarak ifade edilebilir. (Mirza, Yeni Dinselleşme Eğilimleri Ve Maneviyat Arayışları 2014, 70) Türkiye’de seküler bir yaşam biçimini benimsemiş kişiler ile din inancının baskın bir şekilde yönlendirdiği insanların, manevi bakım anlayışındaki bakış açısı farklılığının bir diğer sebebi de kutsal olana atfedilen değer yargılarının farklı tezahürleridir. Fakat manevi bakım modelinin bir takım evrensel bakım ilkelerine dair bilimsel ve kuşatıcı yönünün anlaşılması burada önem arz etmektedir.

3.2. Türkiye’ de Manevi Bakım Organizasyonu

Türkiye’ de sağlık hizmetleri kapsamındaki manevi bakım çalışmaları; bilimsel bazı makaleler, tezler ve bazı yayınevlerinin çıkardığı kitaplar düzeyinde iken, bu

alışmalar yavaş yavaş yerini bazı resmi kurumların inisiyatifine bırakmıştır. Bu kurumlar Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı' dır.

Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında, sağlık hizmetlerinde manevi bakım konusunda 07.01.2015 tarihinde, hastanelerde manevi destek sunmaya yönelik bir işbirliği protokolü imzalanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı'nın imzaladığı bu işbirliği protokolü neticesinde, ilk olarak pilot iller seçilmek suretiyle, manevi bakım hizmeti ilk kez resmi ve profesyonel bir şekilde verilmeye başlanmıştır. Bu pilot iller ilkin; Ankara, İstanbul, Ordu, Erzurum, Kayseri ve Samsun olarak belirlenmişken, daha sonra bu illere 21 Aralık 2016 tarihinden sonra; Adana, İzmir, Afyonkarahisar, Çorum, Bursa, Kahramanmaraş, Sakarya ve Konya'nın da ilave edilmiştir. Son illerin de dāhil edilmesi ile şu an toplam 14 ilde manevi bakım hizmeti verilmektedir. Bu illerin sayısının zamanla artması planlanmaktadır. (Din Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015)

Türkiye' de manevi bakım konusunda, Müslümanlar dışındaki diğer dini ve inanç gruplarının temsilcileri ve talepleri henüz olgunlaşmamıştır. Bu yüzden diğer inanç gruplarının manevi bakım gereksinimlerinin nasıl giderileceği konusu tartışılmakta ve alternatif çözüm nerileri bulunmaktadır. Örneğin Hıristiyan hastaların manevi bakım gereksinimlerinin karşılanması için, talep edilmesi halinde ilgili dini kuruluşların temsilcileri ile diyaloga geçilebilecektir. Benzeri konulardaki taleplerin karşılanması için bir olgunlaşma sürecine ihtiyaç duyulmaktadır.

3.3. Türkiye' de Manevi Bakımın Hukuki Boyutu

Türkiye' de sağlık hizmetleri bağlamında, manevi bakım hizmetinin sağlanabilmesi, 1982 Anayasası' nın 17. Maddesindeki 'manevi bakımı gerçekleştirme hakkı' tabiri ile dayanak bulmaktadır. Sosyal devlet olmanın gereği olan manevi bakım hizmetini, dini veya inancı ne olursa olsun her vatandaşın talep etme hakkı mevcuttur. (Seyyar, Dünyada ve Türkiye' de Manevî Bakım Hukuku 2014)

Türkiye' de, hastanelerde manevi bakım hizmetinin yürütülmesine dair ilk resmi gelişme 1994 yılının sonlarına doğru, Sağlık Bakanlığı Bütçe Plan Komisyonu' nda, oy birliği ile alınan bir karara dayanmaktadır. Diyanet İşleri Başkanlığı da 19. 01. 1995 tarihinde, illerdeki müftülüklere gönderdiği yazıda, hastanelerdeki manevi bakım

uygulamalarının usul ve esaslarını izah etmiştir. İlgili yazıda, manevi bakım görevlisinin hastalara sabır ve şükürden, kaza ve kaderden bahsedilmesi, talep halinde hastalara Kur'an-ı Kerim okunabileceği dile getirilmekteydi. Uygulama başladıktan sonra, konuya dair eleştirilerin olması üzerine, Diyanet İşleri Başkanlığı 09.03.1995 tarihinde illere bir yazı göndererek, konuya dair bir değerlendirme yapmıştır. Danıştay' ın da müdahil olduğu ilgili davalar neticesinde, Diyanet İşleri Başkanlığı illere bir yazı göndererek 07.06.1995 tarihinden itibaren uygulamanın yürürlükten kaldırıldığını ilan etmiş bulunmaktadır. Hastanelerde manevi bakım hizmetinin yürütülmesine dair geçmişte başlatılan bu uygulama, konuya dair ilk somut gelişme olsa da, yaklaşık 5 ay bile uygulanamadan yürürlükten kaldırılmıştır. (Altaş 1999, 599-600)

Hastanelerde manevi bakım hizmetinin uygulanmasına dayanak olan diğer bir hukuki gerekçe, '663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname' ve ilgili 38. Maddesidir. 'Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma' başlığı altında düzenlenen ilgili yasada, hastaların hastanelerde sağlık hizmeti bağlamında manevi bakım görevlisi ya da dini danışman talep etme hakları öngörülmektedir. (Resmi Gazete 1998)

Hastanelerde sağlık hizmeti bağlamında ilgili yasalardan dayanak olarak, Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında 07.01.2015 tarihinde manevi destek hizmetinin uygulanmasına yönelik bir işbirliği protokolü imzalanmıştır. İlgili protokol 11 maddeden oluşmaktadır. Manevi bakım görevlisinin görev ve sorumluluklarını, idari işleyiş mekanizmasını ve kurumların karşılıklı yükümlülüklerini de içeren bu protokol, imzalandığı günden itibaren yürürlüğe girmiştir. (Din Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015)

Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan manevi destek işbirliği protokolünün güçlü ve zayıf yönlerini gözden geçirmek amacıyla 22 - 24 Aralık 2015 Tarihinde, Ankara' da, 'Hastanelerde Manevi Destek Hizmeti Çalıştayı' düzenlenmiştir. İlgili çalıştaydan sonra 15.01.2015 tarihinde birçok üniversiteden akademisyenlerin de katıldığı bir istişare toplantısı düzenlenmiştir.

Diyanet İşleri Başkanlığı, sağlık kurumlarında manevi destek hizmeti uygulamasının usul ve esaslarını belirlemek amacıyla 04.05.2017 tarihinde bir yönerge imzalamıştır. İlgili yönergede, manevi bakım hizmeti sunacak müftülük personelinin görev ve sorumlulukları, çalışma alanları ve genel esaslar belirtilmiştir. Yönergede dikkat çeken hususlardan biri, gerekli olduğu durumlarda manevi bakım görevlisinin, evde bakım hizmetleri kapsamında da manevi destek sunmasıdır. (Diyanet İşleri Başkanlığı 2017)

3.4. Türkiye’ de Manevi Bakım Eğitimi

Türkiye’ de sağlık hizmetleri bağlamında manevi bakım eğitimi ile ilgili gelişmeler henüz olgunlaşmamıştır. Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan manevi destek uygulamasına yönelik işbirliği protokolü ile başlayan süreç, çeşitli üniversitelerdeki alanında uzman akademisyenlerin de katıldığı istişare toplantıları ile devam etmiştir. Manevi destek istişare toplantılarında gündeme gelen manevi bakım eğitimi konusunda, manevi bakım hizmeti sunacak dini danışmanların sayıları ve yeterlilikleri değerlendirilmiştir.

3.4.1. Türkiye’ de Manevi Destek Personelinin Nitelikleri

Manevi bakım hizmeti sunacak personellerin hangi yeterlikte olacağı sorusunun cevabı Diyanet İşleri Başkanlığı’nın 04.05.2017 tarihli ‘Sağlık Kuruluşlarında Manevi Destek Hizmetlerinin Yürütülmesine Dair Yönerge’ sinin 5. Maddesinde açıklanmıştır. İlgili maddeye göre sağlık kurumlarında manevi bakım hizmetini sunacak personellerin aşağıdaki maddelerin yükümlülüğünü taşıyor olmaları gerekmektedir;

- a). Lisans düzeyinde ve dini bir yükseköğrenim bölümünden mezun olmak,
- b). Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı’ nın müşterek düzenlediği ve hastanelerde manevi bakım hizmetini konu edinen eğitimden başarılı olmak,
- c). Manevi Destek ile ilgili bir alanda lisansüstü bir eğitimi okuyor olmak veya bu eğitimden mezun olmak,

d). Manevi Destek ile ilgili bir sertifikaya sahip olmak. (Diyanet İşleri Başkanlığı 2017)

Türkiye’ deki manevi destek personeli, hastane hizmetleri bağlamında manevi bakım ilkelerini uygularken bağlı bulundukları müftülükler ile her zaman temas halinde bulunurlar. Hastanelerde ve evde bakım hizmetleri kapsamında yürüttükleri manevi bakım hizmetlerinin çıktısını, kayıt altına almak sureti ile belirli zamanlarda ilgili müftülüklere teslim ederler. Manevi bakım görevlisi, manevi bakım hizmeti sundukları kişilere yönelik olarak hazırlanan ‘Manevi Destek Görüşme Formu’ ile beraber hastalara yönelik çalışma yaparlar. Manevi destek personeli, bu form ile hastaların manevi bakım gereksinimlerini kayıt altına alır ve çeşitli girişimlerle manevi bakım gereksinimlerini giderme yoluna gider. (Ek-1)

3.4.2. Türkiye’ de Manevi Destek Personelinin Eğitimi

Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan manevi destek işbirliği protokolünün ardından, manevi bakım hizmetini sunabilecek kişilerin sayısı belirlenmiştir. Gönüllülük esasına bağlı olarak tercih edilen 20 müftülük personeli ile manevi bakım eğitiminin yapılması kararlaştırılmıştır. Bu gönüllü manevi bakım personeli adaylarından; din psikolojisi, dini danışmanlık, din eğitimi ve din sosyolojisi gibi alanlarda yüksek lisans mezunu olanlar seçilmiştir.

23 Şubat - 27 Mart 2015 tarihleri arasında manevi destek personeli adaylarına 5 hafta boyunca, birçok üniversiteden gelen akademisyenler ve alanında uzman çalışmacılar tarafından ‘Hastanelerde Manevi Bakım Destek Eğitimi’ adı altında bilgilendirme etütleri gerçekleştirilmiştir. Manevi destek personeli olarak görevlendirilecek kişiler ilk etapta bu şekilde sertifikalandırılarak, manevi bakım alanında bilgi sahibi olmaları sağlanmıştır.

Manevi bakım eğitimi konusunda resmi makamların girişimleri ve akademik gelişmelerin akabinde gündeme gelen bu konudaki çalışmalar devam etmektedir. Manevi bakım eğitiminin üniversitelerde verilmesi önerisi ciddi bir talep olarak karşılanmayı beklemektedir. Manevi bakım eğitiminin sağlık ve ilahiyat kökenli üniversite programlarında yer alması diğer bir talep olarak akademisyenlerin vurguladığı noktalar arasında sayılmaktadır. Manevi bakım eğitimi sağlayacak

gerekli hukuki zeminin de sağlanması, bu süreçteki gelişmeleri hızlandıracak bir etken olarak karşımıza çıkabilecektir.



BEŞİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE VE HOLLANDA' NIN MANEVİ BAKIM KARŞILAŞTIRMASI

1. MANEVİ BAKIMIN TARİHSEL YÖNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

Hollanda manevi bakım konusunda tarihsel olarak gelişim göstermektedir. Daha önceden de belirtildiği üzere Hollanda' nın Manevi Bakım Sağlayıcıları Mesleki Birliği olan VGVZ, Hollanda' da manevi bakım faaliyetlerini yürüten yetkili kuruluştur. VGVZ, 1971 yılında kurulan bir örgüttür. Bu kuruluş hastanelerde çalışan, özellikle Katolik ve Protestan olan Hristiyan din adamları tarafından kurulmuştur. 2013 yılına gelindiğinde manevi bakım alanında ciddi anlamda bir gelişim geçirerek, sadece Hristiyan dünyasının değil, diğer grupların da hizmet alabildiği bir yapıya dönüşmüştür. (VGZ 2017)

Türkiye, manevi bakım hizmetleri konusunda anayasal zemin bulunmasına rağmen, kurumsal hizmet anlamındaki resmi girişimler 1994 yılının sonlarında Sağlık Bakanlığı' nın bütçe görüşmelerinde gündeme gelmiştir. Sağlık Bakanlığı ilgili görüşme sonrasında, illerdeki hastanelere bir yazı göndererek, illerin müftülüklerine konuya dair değerlendirme yapmalarını istemiştir. 19.01.1995 tarihinde, Diyanet İşleri Başkanlığı illerde kendisine bağlı olarak çalışan müftülüklere bir yazı göndermiş ve böylelikle manevi bakım alanındaki ilk resmi çalışmalar yürürlüğe girmiştir. (Altaş 1999, 599)

Manevi bakım uygulamaları esnasında, manevi bakım uygulamasının, yöntemi ve içeriğine dair bir takım eleştirilerin olması üzerine, 09.03.1995 yılında Diyanet İşleri Başkanlığı, müftülüklere değerlendirme amacı taşıyan bir bilgilendirme formu göndermiştir. Danıştay' a 12.12.1995 yılında manevi bakım hizmetlerinin iptali hakkında açılan dava sürecinde, 12.04.1996 tarihinde uygulamanın yürürlükten kaldırılması hukuki açıdan karar verilmiştir. Sağlık Bakanlığı' nın itirazına rağmen, 18.08.1996 tarihinde hukuki itiraz reddedilmiştir. Sağlık Bakanlığı hukuki sürecin aleyhte gelişmesi üzerine, valiliklere bir yazı göndererek manevi bakım hizmetinin yürürlükten kaldırıldığını bildirmiştir. (Altaş 1999, 599)

Sağlık hizmetleri bağlamında, Türkiye' deki manevi bakım hizmetlerinin yaklaşık 1,5 yıl sürmesinden sonra, bu konudaki tartışmalar devam etmiştir. Akademik

yayınlar ve toplumsal talep bu konuyu gündemde tutmayı başarmışsa da, bu alandaki hukuki ve resmi gelişmeler 07.01.2015 yılındaki ‘Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü’ nün imzalanması ile tekrar yürürlüğe girmiştir. Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan bu işbirliği protokolü ile manevi bakım hizmeti resmi olarak tekrar yürürlüğe girmiş ve halen devam etmektedir.

Türkiye ve Hollanda’ daki sağlık hizmetleri bağlamındaki manevi bakımın tarihçesine baktığımızda, Hollanda’ nın tarihsel olarak daha köklü bir yapıda olduğu görülmektedir. Bu konudaki akademik çalışmaların da daha geçmişe dayandığı fark edilmektedir. Manevi bakımın Hollanda örneğine baktığımızda 1970’ li yıllardan itibaren kurumsallaştığını gözlemlemek mümkündür. Manevi bakımın Türkiye örneğinde ise 1994 yılına kadar bir kurumsallaşmanın söz konusu olmadığı gözlemlenmektedir. Bunun sebepleri arasında şüphesiz sosyolojik ve kültürel farklılıklar olduğu gibi, ideolojik ve siyasi kurumsallaşma süreçlerinin de etkisinin olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye’ deki birçok alandaki kurumsallaşma sürecinde yaşanan aksaklıklar söz konusu olduğu gibi, manevi bakım alanında da maalesef bu konu karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye’ de İslami terminolojide çok kolay bir karşılık ve anlam bulabilen manevi bakım konusundaki talep, gerekli hukuki zemin ve akademik çalışmalar; manevi bakım konusunun çok daha erken bir dönemde uygulanmasını gerektirmeliydi. Hollanda’nın manevi bakım konusunda bu kadar erken bir dönemde uygulamaları hayata geçirmesinde şüphesiz en önemli etkenler; Hollanda’ nın din psikolojisi alanındaki akademik gelişmeleri, toplumsal inanç açısından farklı grupların demokratik talepleri ve Hollanda’nın kurumsallaşma sürecindeki yapısal durumundan kaynaklanmaktadır.

2. MANEVİ BAKIMIN ANLAM VE KAPSAM KARŞILAŞTIRILMASI

Hollanda manevi bakım hizmetini resmi olarak VGVZ aracılığı ile sunmaktadır. VGVZ manevi bakımı; insanlara profesyonel ve resmi olarak, dini ve inançsal görüşlerine dayalı olarak gerçekleştirilen bir yardım ve destek modeli olarak tanımlamaktadır. (Karagül 2012, 13) Hollanda, manevi bakımın tanımını yaparken ‘resmi ve profesyonel’ tabirini kullanmaktadır. Burada manevi bakım kapsamının, sosyal bilimlerin bir konusu ile sınırlı tutulmayıp, devletin eli ve imkânları ile desteklenen bir yapı olduğuna işaret edilmektedir. Manevi bakımın anlamının, sosyal bilimlerin ve din psikolojisinin akademik alanlardaki çalışmaları ile karşılık bulduğu bilinmektedir. Burada, maneviyat psikolojisinin nesnel bir tanımını yapmak mümkün olmamakla beraber, bu konudaki görüşlerin farklı inanç sayısı kadar çeşitli olabileceği düşünülebilir.

Türkiye’ de manevi bakıma dair yapılan son işbirliği protokolünde manevi bakım ile ilgili ‘dini referanslardan hareketle, insanlara zor zamanlarında onların hayatlarına anlam verme’ açıklamasına yer verilmektedir. (Diyanet İşleri Başkanlığı 2017) Buradan hareketle, Türkiye’ de manevi bakımın kapsamının dini referanslardan hareket edilerek gerçekleştirilmesi öngörülmekte ve bunun bir destek hizmeti olduğu vurgulanmaktadır. Manevi bakımın Türkiye’ deki anlam ve kapsamı henüz olgunlaşma sürecini tamamlamadığından, bu konudaki akademik gelişmeler sürecin tamamlanmasına katkı sağlayacaktır.

Manevi bakımın tanım ve kapsamı, Hollanda ve Türkiye örneklerine bakıldığında birbirine benzer yönleri bulundurmasına rağmen, farklı bakış açılarına sahip oldukları görülmektedir. Buradaki farklılıklar, ülkelerin sosyolojik ve kültürel farklılıklarına dayandırılabilir. Nitekim çok farklı dini ve etnik yapıları barındıran Hollanda, ülkedeki her temsil grubuna kendi inançlarına uygun, farklı bir manevi bakım hizmeti sunarken; Türkiye, manevi bakım konusunda daha homojen bir yapıda ve kurumsal olarak daha tekil bir yapı arz etmektedir.

3. MANEVİ BAKIMIN KURUMSAL YÖNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

Manevi bakım hizmetinin yürütülmesi kadar, manevi bakım hizmetinin hangi kurumlar tarafından yürütüldüğü de önemli bir konudur. Türkiye, manevi bakım hizmetlerinin yürütülmesinde henüz çok genç olduğundan ve manevi bakım hizmeti talebinin çoğunlukla Müslümanlardan oluştuğu gözlemlenmektedir. Türkiye diğer dini ve ideolojik grupların talepleri doğrultusunda manevi bakım konusundaki gelişmelere ve tartışmalara açıktır. Yine mezhepsel farklılıkların da göz önünde bulundurularak, diğer gruplara yönelik manevi bakım hizmetlerinin içeriği de geliştirilmesi gereken bir konudur.

Müslümanların taleplerinin Türkiye’ de en güçlü dile getirildiği kurum olan Diyanet İşleri Başkanlığı, bu konudaki en güçlü resmi yapıdır. Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Bakanlığı arasındaki protokole dayanarak gerçekleşen manevi bakım uygulamaları, bu iki kurumun eşgüdümü sayesinde hayata geçmiştir. Müslümanların kendi içindeki mezhep farklılıklarına dayanarak, manevi bakım konusunda ne gibi farklı metot ve materyaller ile uygulamalar gerçekleştirebileceği konusu tartışılması gereken bir konudur. Bu konuda Diyanet İşleri Başkanlığı’nın üstlendiği görev, Türkiye halkının % 99’ unun Müslüman olduğu gerçeği ile örtüşmektedir. Diğer grupların bir toplumsal talep olarak manevi bakım konusundaki çalışmaları, bir olgunlaşma sürecine ihtiyaç duymaktadır.

Hollanda’ nın manevi bakım hizmetleri konusundaki yetkili kıldığı kuruluş olan VGVZ ülkedeki güçlü etnik ve dini grupların taleplerini karşılamaktadır. Katolik, Protestan, Müslüman, Musevi, Hümanist, Hindu, Budist ve diğer temsil grupları gibi güçlü grupların talepleri VGVZ çatısı altında birleşmektedir. Burada üzerinde durulması gereken husus, Hollanda’daki etnik ve dini çeşitliliktir. Bu heterojen yapının kurumsal temsil gruplarının olması, bu alandaki taleplerin karşılanmasını kolaylaştırmaktadır.

Kurumsallaşma süreçlerine etki eden siyasi ve kültürel yapı, her ülkenin kendine özgü yapısal sonuçlar üretmesini sağlamaktadır. Bilimsel gelişmeler, modern hayatın ölçsüz bir şekilde dayatılması, toplumsal taleplerin siyasi korkular yüzünden göz ardı edilmesi, günden güne büyüyen ve derinleşen anlam arayışları gibi konular,

maneviyata duyulan ihtiyacı körüklemektedir. Maneviyatın resmi olarak sunulması ve ilgili vasıtalar ile kurumsallaşması süreci henüz genç olmasına rağmen, önümüzdeki yıllarda önemini arttırarak gelişimini sürdürecektir.

Türkiye ve Hollanda, manevi bakım konusundaki uygulamalar yönünden birbirinden oldukça derin farklar ihtiva etmektedir. Manevi bakımın anlam ve kapsamı, tarihsel arka planı, manevi bakım personelinin eğitimi ve manevi bakımın çalışma alanları yönünden birbirinden farklı yapılar mevcuttur. Manevi bakımın sağlık alanında her iki ülkede de bir şekilde uygulanıyor olması, konunun içeriğine dair bir karşılaştırma yapılması fikrini doğurmuştur. Manevi bakımın aynı başlıklar altındaki iki farklı yapı olarak değerlendirilmesi, konu bütünlüğü ve sunumu açısından bir zorunluluk arz etmektedir. Her iki ülkedeki farklı manevi bakım parametreleri, manevi bakıma dair ülkelerin geldikleri yer anlamında ipucu vermektedir.

4. MANEVİ BAKIMIN METOT VE MATERYAL BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Türkiye ve Hollanda, din ve inanç psikolojisinin etkileri ve kaynakları konusunda benzer yapıdadır. Bunun sebepleri arasında gösterilmesi gereken en büyük etken, manevi bakımın kendine özgü yöntemleri olan, psikolojik bir destek modeli olduğuna olan ortak inançtır.

Manevi bakım hizmetlerinin sunumunda şüphesiz en büyük metot ve materyal, din psikolojisi ve maneviyat alanındaki akademik çalışmalardır. Yine bilimsel gelişmelerin ve çalışmaların neticesinde, birçok hastalığın oluşmasında/iyileştirilmesinde maneviyat psikolojisinin etkilerinin olduğu görülmektedir. Maneviyatın güçlü yönlerinin insan yapısındaki metabolizma hareketlerine etkisine dair akademik çalışmalar, bizleri bu konudaki metot ve materyale yönlendirmektedir.

Başta psikoloji bilimi olmak üzere, diğer bilim alanlarından da dayanak bulan manevi bakım, uygulama bakımından bir destek modeli taşımaktadır. Hollanda, manevi bakım hizmetlerini uygularken akademik gelişmeler ve ekonomik imkânlar bakımından daha iyi bir konumda olduğundan, metot ve materyal olarak daha gelişmiş durumdadır. Türkiye bu konudaki gelişmeler bakımından henüz olgunlaşma sürecini tamamlamadığından, metot ve materyal açısından istenilen düzeyde değildir.

5. MANEVİ BAKIMIN HUKUKSAL YÖNDEN KARŞILAŞTIRILMASI

Hukuksal yönden alt yapısı bulunan uygulamalar ile hukuksal yönden bir dayanağı bulunmayan uygulamaların geçerlilikleri ve verimlilikleri birbirinden farklıdır. Hukuksal zemini olan uygulamalara erişim imkânı, hukuksal zemini olmayan uygulamalara göre daha kısıtlıdır. Bu açıdan hukuksal yönden alt yapısı olan uygulamalar daha kalıcı ve etkin olarak yürütülebilmektedir. Hukuksal yönü ve dayanağı bulunmayan uygulamalar zamanın olumsuz etkilerinden kurtulamazlar

Hollanda, manevi bakım uygulamalarında güçlü bir hukuki alt yapıya ve uluslararası akreditasyonlara sahiptir. Öyle ki, manevi bakım konusu ‘Sağlıkta Kalite Kanunu’ ile güvence altına alınmıştır. İlgili kanuna göre, sağlık kuruluşlarına başvuran bir hastaya, en geç 24 saat içinde bir manevi bakım görevlisi hizmet vermek durumundadır. Hollanda, manevi bakım konusunu kalite kanunu ile güvence altına alarak, konuya verdiği önemi ortaya koymuştur. (Karagül 2012, 25)

Türkiye manevi bakım konusunda ‘Hasta Hakları Yönetmeliği’nin ilgili maddesinde, hastaların talep etmeleri durumunda dini görevlilerden destek isteme hakkının olduğu bir hukuka sahiptir. Lakin profesyonel ve resmi olarak Türkiye’de bu hukuki talep karşılanmamıştır. Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında, 2015 yılında imzalanan manevi destek işbirliği protokolü ile bu hukuki talebin eksikliği, giderilme yoluna gitmiştir. Bu geç kalınmış ve eksikleri bulunan bir girişim olsa da, manevi bakımın hukuki zeminde karşılık bulması açısından çok değerli bir adımdır.

Hollanda ve Türkiye, manevi bakım hukuku açısından bir takım hukuki düzenlemelere sahiptir. Bu hukuki düzenlemelerin var olması, konunun etkin ve verimli bir şekilde uygulanması için gerekli ilk adım olsa da, yeterli adım değildir. Hukukta karşılığı olan her konunun da aslına uygun icra edilemeyeceği bilinen bir gerçektir. Sahadaki uygulamaların başarısı, mevcut potansiyel farkındalık ve etik ilkelere uygunluk ile ilişkilidir. Hollanda hukuki olarak Türkiye gibi yasalara sahip olmasına karşın, manevi bakım alanında Türkiye’den çok daha etkin bir konumdadır. Bunun hukuki gerekçelere dayandırılması kısmen doğru olsa da, saha çalışmaları ve

kurumsallaşma süreçlerinin manevi bakım hizmetinin yürütülmesinde daha etkili olacağı tezi daha kabul edilebilir bir gerekçedir.



6. MANEVİ BAKIMIN HİZMET ALANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Türkiye manevi bakım konusunda resmi ve profesyonel olarak Diyanet İşleri Başkanlığı' nı yetkin kılmıştır. Türkiye' de manevi bakımın, sağlık hizmetleri açısından karşılık bulması için yataklı sağlık kurumlarında hizmet alan hastalara yönelik çalışılmaktadır. Manevi destek işbirliği protokolünde, gerekli görüldüğü takdirde 'evde bakım hizmetleri' kapsamında da manevi bakım hizmeti verilebileceği hukuki olarak düzenlenmiştir. (Diyanet İşleri Başkanlığı 2017)

Hollanda, sağlık kurumlarında manevi bakım hizmeti sunulması konusunda daha geniş bir hizmet alanına sahiptir. Hollanda VGVZ aracılığı ile; hemşirelik ve bakım evlerinde, hastanelerde, rehabilitasyon ve psikiyatri merkezlerinde, zihinsel engelliler merkezi vb. kurumlarda manevi bakım hizmeti yürütmektedir. Hollanda cezaevleri ve askeri kurumlarda da manevi bakım hizmeti sunmaktadır. Hollanda, sağlık hizmetleri bağlamında yürütülen manevi bakım hizmetlerinin, beden ve zihin bütünlüğü bozulan bireylere ulaştırılması konusunda çalışmalar yürütmeye devam etmektedir.

Türkiye ve Hollanda manevi bakımın çalışma alanı konusunda birbirinden farklı hizmet gruplarına hizmet götürmektedir. Bunun en önemli sebebi, Hollanda' da kurumsallaşan ve güçlü bir geçmişe dayanan manevi bakım hizmeti alanındaki çalışmalar ile henüz yeni sayılabilecek manevi bakım çalışmaları yürüten Türkiye' nin yapısal farklılığıdır.

7. MANEVİ BAKIM EĞİTİMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hollanda manevi bakım hizmetini sunarken, ülkedeki yetkili kurum olan VGVZ'nin kurumsal hedeflerine uygun hareket etmektedir. VGVZ, Hollanda'daki etnik ve dini grupların temsil organları için, farklı manevi bakım hizmeti modellerini sunmaktadır. Bunu yaparken VGVZ'ye bağlı olarak hizmet yürüten SKGV kurumunun akreditasyonu ve hizmet içi eğitiminden başarılı olan manevi bakım hizmeti görevlilerini yetkilendirmektedir. Hollanda VGVZ'nin aktif olarak gerçekleştirdiği sertifika programlarından başarılı olanları, manevi bakım hizmeti alanında yetkili kılmaktadır. Hollanda manevi bakım görevlisi olacak kişilerde, lisans düzeyinde bir eğitimin yanı sıra, yüksek lisans düzeyinde bir üst öğrenimden de başarılı olma şartı aramaktadır.

Türkiye manevi bakım eğitimi konusunda manevi bakım görevlisi seçerken, en az lisans düzeyinde bir dini eğitim alınmış olmasının yanı sıra, alanla ilgili bir sertifika programının da bitirilmiş olmasını şart koşmaktadır. (Diyanet İşleri Başkanlığı 2017) Manevi bakım görevlisi seçiminde gönüllülük esasının olduğu Türkiye'deki manevi bakım personeli seçiminde içtenliğe verilen önem ortaya konmuştur.

Hollanda manevi bakım hizmetlerini sunacak manevi bakım görevlileri için çok sayıda sertifika programı ve çalışma alanı düzenlemektedir. Türkiye bu konuda Diyanet İşleri Başkanlığı'nın bünyesinde sınırlı sayıda gerçekleşen sertifika programlarını yürütmektedir. Hollanda VGVZ'ye bağlı sektörlere yönelik çeşitli programlar düzenlemekte ve bunları internet sitesinde paylaşmaktadır. Her zaman farklı konular gündeme getirilerek, birçok sektör grubunun bundan istifade etmesi amaçlanmaktadır. Türkiye henüz bu konuda istenilen düzeyde olmamakla beraber, bunun en önemli sebebinin de, ülkedeki alanda yetişmiş akademik personel sayısının eksik olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

SONUÇ

Sağlık hizmetinin, bireylere bütüncül bir bakış açısı ile verilmesi kaçınılmazdır. Sağlık hizmeti sunucularının bireylerin maddi ihtiyaçlarını gidermek gibi, manevi ihtiyaçlarını da gidermesi bütüncül yaklaşımın gereğidir. Manevi bakım hizmeti, hukuki olarak güvence altına alınmış insani bir gereksinimdir. Manevi bakım hizmetinin, bireylere profesyonel bir şekilde ve resmi kurumlar tarafından verilmesi gerekmektedir. Manevi bakım hizmeti, bireylerin inançlarına uygun olarak planlanmalı ve bireylerin rızaları alınarak sunulmalıdır. Manevi bakımı sunacak görevlilerin alanında kendini geliştirmiş olması ve iletişim tekniklerine hâkim olması gereklidir. Çalışmada, Manevi bakımın Hollanda ve Türkiye örneklerinden hareketle, manevi bakım anlam ve kapsam yönünden irdelenmiştir.

Çalışmada, manevi bakımın Hollanda’da köklü ve profesyonel bir şekilde uygulandığı görülmektedir. Hollanda’ da kendi meslek kodları ve mesleki dernekleri bulunan manevi bakım görevlileri, yüksek lisans derecesinde bir eğitime ve devletin resmi çalışanı unvanına sahiptirler. Yine Hollanda’da birbirinden farklı inanç gruplarına yönelik çalışmalar yürüten, sadece sağlık sektöründe yaklaşık 1000 manevi bakım görevlisi mevcuttur. VGVZ, Hollanda manevi bakım uygulamaları ve eğitimi ile ilgili yetkili kurumdur.

Çalışmada, Türkiye’ deki manevi bakım uygulamalarının çok yeni olduğu görülmektedir. Türkiye’ deki Manevi bakım ile ilgili çalışmalar 1995 yılına dayansa da, çok kısa bir süre sonra sona ermiştir. Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasında imzalanan protokol ile birlikte manevi bakım ile ilgili resmi çalışmalar yeniden başlamıştır. Manevi bakım hizmetini sunacak nitelikli görevli sayısı çok azdır. Manevi bakım hizmeti pilot bazı illerde uygulanmakta olup, konuya dair kurumsal düzeyde çalışmalar devam etmektedir. Türkiye’ nin manevi bakım konusunda bu seviyede olmasında, kurumsallaşma sürecinin yavaş işleminin etkisi vardır.

Manevi bakımın anlam ve kapsamının toplumsal düzeyde doğru anlaşılması için birçok kuruma belli başlı görevler düşmektedir. Başta Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı olmak üzere birçok kurum üzerine düşen görevi yapmak

durumundadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde sağlık personelinin, hastaların fiziksel bulgularını gözlemek gibi, manevi gereksinimlerini de gözlemlemesi gerekmektedir. Manevi bakım hizmetinin hasta hakları kapsamında bir hak olduğu, hastaların yatış süresince kendilerine tebliğ edilmesi gerekmektedir. Toplumsal farkındalığın oluşması için bu konuda sosyal medya da aktif bir şekilde kullanılmalıdır. Hastanelerde ve diğer sağlık kurumlarında manevi bakım hizmeti konusunda broşürler ve kitapçıklar dağıtmak şeklinde tanıtıcı bilgiler sunulabilir.

Manevi bakımın Türkiye’ de uygulanmasına yönelik olumlu ve yapıcı eleştiriler konunun daha iyi anlaşılmasına ve yaygınlaşmasına katkı sunacaktır. Manevi bakımın üniversitelerin sağlık ile ilgili bütün bölümlerinde okutulması, konunun akademik düzeyde sağlık personeline telkin edilmesini sağlayacaktır. Manevi bakımı uygulayacak personellere yönelik eğitimler ve kurslar Türkiye’ nin birçok yerinde düzenlenmelidir. Manevi bakım hizmetinin uygulanma şekli ve yöntemi hakkında Psikoloji ve Teoloji bilimlerinden faydalanılmaktadır. Manevi bakımın kendine ait bir disiplin olma yönündeki iddia; manevi bakıma kendine ait bir bilimsel çerçeve oluşturmasını gerektirecektir. Bu da akademisyenlerin bu alandaki çalışmalarını birleştirmeleriyle mümkün olabilecektir.

KAYNAKÇA

- Akar, Tülay Yıldız. «Hastane Enfeksiyonlarının Hukuki Yansımaları.» İstanbul: İstanbul Barosu Yayınları, 2011. 7-12.
- Akarsu, Bedia. Felsefe Terimleri Sözlüğü, Savaş Yayınları, Ankara. Ankara: Savaş Yayınları, 1984.
- Akgül, Ayşe. «Yaşlılarda Sosyal ve Manevi Bakım (Darülaceze Örneği).» T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Din Eğitimi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2009. 107.
- Aktan, C. Coşkun, ve A.Kadir Işık, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. Ankara: Aura Yayınları, 2007.
- Altaş, Nurullah. «Hastanelerde Dinî Danışmanlık Hizmetleri (Türkiye Uygulaması Üzerine Deneysel Bir Araştırma).» AÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi (Ankara Üniversitesi Basımevi), 1999: 599-600.
- Aydemir, İshak, ve Ali Özhan. «Hasta Hakları Uygulamalarının Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi.» Toplum ve Sosyal Hizmet 23, no. 1 (2012): 83-99.
- Aydın, Ali Rıza. «Çağdaş Araştırmalar Işığında Din Psikolojisine Bir Bakış.» Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, no. 3 (2004): 59.
- Aydın, Nizamettin. «Hasta Haklarının Hukuki Boyutu ve Korunma Yolları.» Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, no. 22 (2008): 297-326.
- Ayten, Ali. Tanrıya Sığınmak: Dini Başa Çıkma Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma. 2. Baskı. İstanbul: İz Yayıncılık, 2012.
- Bekiş, Tuba. «İş Yeri Maneviyatının İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığa Etkisi Üzerine Bir Araştırma.» Yayınlanmış Doktora Tezi. 2013. 8-10.

BMC Medical Education

<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-112>

(erişildi: Aralık 08, 2017).

Bosch, L. «The Inevitable Role of Spirituality in the Workplace.» Business Intelligence Journal 2, no. 1 (2009): 139-157.

Bostan, Sedat. «Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri.» İbni Sina Tıp Dergisi 10, no. 2-3 (2005): 65-72.

Bowling, Ann. Measuring Disease- A Review of Disease-Specific Quality of Life Measurement Scales. 2. Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2001.

Caplan, Gerald. «Support Systems and Community Mental Health.» Behavioral Publications, 1974.

Cengiz, Ebru. «Sağlık Pazarlaması.» Uluslararası Hakemli Pazarlama ve Pazar Araştırmaları Dergisi 1, no. 3 (2014): 1-13.

Claude, Jean, ve Garcia Zamor. «Workplace Spirituality in the United States and Former East Germany.» Handbook of Workplace Spirituality and Organizational Performance. London: M. E. Sharpe, 2003. 314.

Ćufta, Muharem. «Kanser Hastalığı ile Başa Çıkmada Dini İnancın Rolü (Kosova Örneği).» Balkan Araştırmaları Dergisi 4, no. 1 (2013): 9-30.

Çifçi, Aişe. «Ağır Hastalıklarla Başa Çıkmada Dinin Rolü (Kanser Hastalığı Örneği).» Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi. İstanbul, 2007. 2.

Davis, Winston. «Din Sosyolojisi.» Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2004: 298-301.

Dein, Simon, ve Nurten Kimter. «Din, Maneviyat ve Depresyon: Tetkik ve Tedavi İçin Öneriler.» Ekev Akademi Dergisi, no. 58 (2014): 741.

Din Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

<http://www2.diyamet.gov.tr/DinHizmetleriGenelMudurlugu/SosyalKulturelIsbirligiProtokolleri/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Protokol%C3%BC.pdf> (erişildi: Aralık 24, 2017).

Diyanet İşleri Başkanlığı.

www2.diyamet.gov.tr/HukukMusavirligi/Mevzuat/Yonergeler/SaglikKuruluslarindakiManeviDestekHizmetlerininYurutulmesineDairYonerge.pdf (erişildi: Aralık 14, 2017).

Diyanet İşleri Başkanlığı. <http://kuran.diyamet.gov.tr/mushaf/kuran-meal-2/enam-suresi-6/ayet-162/diyamet-isleri-baskanligi-meali-1> (erişildi: Kasım 15, 2017).

Doğan, Mehmet. Büyük Türkçe Sözlük. Ankara: Vadi Yayınları, 2001.

Donald, A. Cathy, John E. Ware, Robert H. Brook ve Allyson Ross Davies. «Social Health Measures In The His.» Conceptualization And Measurement Of Health For Adults In The Health Insurance Study, no. 4 (1978): 78-80.

Ergül, Şafak ve Ayla Bayık. «Hemşirelik ve Manevi Bakım.» C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8, no. 1 (2004): 38.

Esendir, Nihal. «Sağlık Çalışanlarının Maneviyat Ve Manevi Bakım Algısı (İstanbul Örneği).» T.C. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale, 2016. 62-68.

Fuchs, V. R. Economic Aspects of Health. Cilt 4, Economics of Education Review. Yazan Philip Jacobs, 150-151. Chicago: University of Chicago Press for National Bureau of Economic Research, 1982.

Giacalone, R.A., ve C.L. Jurkiewicz. Handbook of Workplace Spirituality and Organizational Performance. London: M. E. Sharpe, 2010.

Göle, Nilüfer. Melez Desenler. İstanbul: Metis Yayınları, 2008.

- Hakeri, Hakan. Ceza Hukuku, Genel Hükümler-Temel Bilgiler. 14. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2016.
- Hamzaoglu, O. «Reel Sosyalizmin Çözülüşünün İpucu: Alma Ata Bildirgesi.» Toplum Ve Hekim Dergisi, 2002. 107-110.
- Hanafi, H. «Teoloji mi Antropoloji mi? » Çeviren: Dr. Mustafa Sait Yazıcıoğlu. Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 23, no. 1 (1979): 507.
- Henery, N. «Constructions of spirituality in contemporary nursing theory.» Journal of Advanced Nursing 6, no. 42 (2003): 550-557.
- Hollanda Devleti Resmi Sitesi.
<https://www.government.nl/topics/health-insurance/contents/standard-health-insurance> (erişildi: 10 3, 2017).
- Hollanda Devleti Resmi Sitesi. <https://www.government.nl/topics/social-policy> (erişildi: 10 3, 2017).
- Hollanda Devleti Resmi Sitesi. <https://www.government.nl/topics/population-decline> (erişildi: Haziran 8, 2017).
- Hollanda Devleti Resmi Sitesi.
<https://www.government.nl/topics/vaccinations/question-and-answer/who-can-give-me-advice-on-travel-vaccinations> (erişildi: Haziran 5, 2017).
- İbn Hazm, Said. Güvercin Gerdanlığı. 25. Çeviren Mahmut Kanık. İstanbul: İnsan Yayınları, 2016.
- İncil. <https://incil.info/arama/Yuhanna+1> (erişildi: Kasım 12, 2017)
- İngiltere Milli Sağlık Hizmeti. <https://www.england.nhs.uk/chaplaincy/> (erişildi: Aralık 14, 2017).
- Jaspers, K. Felsefe Nedir. İstanbul: Say Yayınları, 2001.

- Joshi, Shobhna, Shilpa Kumari, ve Madhu Jain. «Religious Belief and Its Relation to Psychological Well-Being.» Journal of the Indian Academy of Applied Psychology 34, no. 2 (2008): 349.
- Karagül, Arslan. «Manevi bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi: Hollanda Örneği.» Dini Araştırmalar, no. 40 (2012): 8.
- Karataş, Zeki. «Manevi Sosyal Hizmet Mümkün Mü?» T.C. Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Sosyoloji Tarihi Yüksek Lisans Ödevi). Rize, 2009. 12.
- Kavas, Alican ve Gül Güdüm. «Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması.» Dokuz Eylül Üniversitesi SBE Dergisi 1 (1994): 219-229.
- Kavas, Erkan. «Dini Tutum Stresle Başa Çıkma İlişkisi.» Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, no. 37 (2013): 141-143.
- Kavuncubaşı, Şahin ve A. Kısa. Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, Anadolu Üniversitesi Yayın No:1429, 2002.
- Kavuncubaşı, Şahin ve Selami Yıldırım. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 2. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2010.
- Kızılırmak, Özlem. «Genç Yetişkinlerde Yaşamda Anlamanın Maneviyat Ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi» Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ekim 2015. 31.
- Koç, Mustafa. «Manevî-[Psikolojik] Danışmanlık ile İlgili Batı'da Yapılan Bilimsel Çalışmaların Tarihi ve Literatürü (1902-2010) Üzerine Bir Araştırma.» Düzenleyen: Kerim Yavuz Armağanı. Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi Din Psikolojisi Özel Sayısı 12, no. 2 (Temmuz-Aralık 2012): 208.
- Koçak, Dilek Bal . «Çocuk Hastalara Ve Yakınlarına Uygulanan Manevi Bakım (Hollanda Örneği).» T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2015. 5.

- Konya, Ümit. «Kütüphane Hizmetlerinin Pazarlanması.» Kütüphanecilik Dergisi: Belge Bilgi Kütüphanecilik Araştırmaları, no. 4 (1998): 71-90.
- Köse, Ali ve Ali Ayten. Din Psikolojisi. 2. İstanbul: Timaş Yayınları, 2012.
- Kutub, Seyyid. Yoldaki İşaretler. Çeviren Kamil M. Çetiner. İstanbul: Beka Yayıncılık, 2015.
- Leighton, Alexander Hamilton. My Name is Legion: Foundations For A Theory Of Man in Relation To Culture. New York: Basic Books, 1959.
- Maslow, Abraham Harold. «A Theory of Human Motivation.» Psychological Review, no. 50 (1943): 370-396.
- Meseri, Recî. «Hollanda Sağlık Sistemi.» Toplum ve Hekim 22. no. 4 (Temmuz-Ağustos 2007): 247.
- Mirza, Gözde Aynur. «Yeni Dinselleşme Eğilimleri Ve Maneviyat Arayışları.» Doktora Tezi. Düzenleyen: Hacettepe Üniversitesi. Ankara: Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı, 2014.
- Mollaoğlu, Hasan. «Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım Ve New York Healthcare Chaplaincy Örneği.» T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2013. 85.
- Morris, Brian. Din Üzerine Antropolojik İncelemeler, Bir Giriş Metni. : İmge Kitabevi Yayınları. Sayfa,. Ankara: İmge Yayınları, 2004.
- Nielsen, Michael E. «Psychology of Religion in the USA.» Georgia Southern University, 2000: 1-3.
- OECD ve IBRD/Dünya Bankası. «OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri– Türkiye.» 2008, 12.
- OECD. <https://data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.htm> (erişildi: Nisan 11, 2017).

- OECD. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (erişildi: Haziran 6, 2017).
- OECD. <https://data.oecd.org/healthstat/deaths-from-cancer.htm#indicator-chart> (erişildi: Haziran 10, 2017).
- OECD. <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart> (erişildi: Haziran 10, 2017).
- OECD. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm> (erişildi: Haziran 8, 2017).
- Ok, Üzeyir. «Dini Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi.» Dini Danışmanlık ve Din Hizmetleri. yazar Nurullah Altaş ve Mustafa Köylü. Ankara: Gündüz Yayınları, 2012.
- Ok, Üzeyir. «Türkiye’de Din Psikolojisi: Neredeyiz ve Nereye Gidebiliriz?» İslami Araştırmalar, 2006: 441-456.
- Okyay, Nesrin. «Hemşirelerin Maneviyat Ve Manevi Bakıma İlişkin Düşüncelerinin Belirlenmesi.» T.C Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. Sivas, Eylül 2008. 22.
- Oldnall, A. «A Critical Analysis Of Nursing: Meeting The Spiritual Needs Of Patients.» Journal of Advanced Nursing, no. 23 (1996): 138-144.
- Orhaner, Emine. «Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası.» Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, no. 1 (2006)
- Öksüz, Ergün, ve Simten Malhan. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi-Kalitemetri. Ankara, 2005.
- Ölçer, Selim. «1. Ulusal Sağlık Kongresi Değerlendirmesi.» Toplum ve Hekim 7, no. 50 (Mayıs 1992): 4.
- Özdoğan, Öznur. «İnsana Manevi-Psikolojik Yaklaşım.» Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 49, no. 2 (2008): 86-87.

Özen, Yener. «Tanrı, Sen ve Ben Üçümüzün Yolu, Pastoral Psikoloji Ve Danışmanlığın Gerekliliği Üzerine.» Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi 10, no. 2 (2010): 46-49.

Özlü, T. Hasta Hakları. İstanbul: Timaş Yayınları, 2005.

Öztürk, Kirstin ve G. Merve Şahin. «Sağlıkta Bilimsel Karar Verme Aracı Olarak Sağlık Teknolojisi Değerlendirme.» TÜSSİDE Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi Ar-Ge, 2015. 1-3.

Perez, John E., Sami Lubega, Carl Thoresen, ve David Spiegel. «Pain, Distres, and Social Support in Relation to Spiritual Beliefsand Experiences Among Personal Living With HIV/AIDS.» Religion and Psychologyresearch Progress içinde, yazan Joan C. Upton, 7. New York: Nova Science Publishers, 2007.

Peter, C. Hill, ve diğerleri. «Din ve Maneviyatı Kavramlaştırma: Birleşme ve Ayrılma Noktaları.» Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, no. 3 (2013): 109-110.

Peterson, Michael, William Hasker, Bruce Reichenbach, ve David Basinger. Akıl ve İnanç: Din Felsefesine Giriş. 5. İstanbul: Küre Yayınları, 2015.

Renne, Karen S. «Measurement Of Social Health In A General Population Survey.» Social Science Research 3, no. 1 (1974): 25-44.

Research Institute for Spirituality and Health

<http://new.rish.ch/de/spiritual-care-schweiz> (erişildi: Kasım 12, 2017).

Resmi Gazete «23420 Sayılı Tebliğ.» Hasta Hakları Yönetmeliği. 01.08.1998.

Resmi Gazete «23420 Sayılı Tebliğ.» Hasta Hakları Yönetmeliği. 01.08.1998.

Resmi Gazete «23420 Sayılı Tebliğ» Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma. 01.08.1998.

Resmi Gazete «28994 Sayılı Tebliğ.» Hasta Hakları Yönetmeliği. 08.05.2014.

Resmi Gazete «29214 Sayılı Tebliğ» Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı. 23.12.2014.

Resmi Gazete. «1219 Sayılı Tebliğ.» Tababet ve Şuabatı San' atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. 14.4.1928

RING-GV <http://www.ring-gv.nl/meld-je-aan/> (erişildi: Kasım 15, 2017).

RING-GV <http://www.ring-gv.nl/toetsingscriteria/> (erişildi: Kasım 17, 2017).

RING-GV <http://www.ring-gv.nl/toetsingsprocedure/> (erişildi: Kasım 18, 2017).

RING-GV <http://www.ring-gv.nl/toetsingsprocedure/> (erişildi: Kasım 25, 2017).

Ross, Linda A. «Spiritual Aspects Of Nursing.» Journal of Advanced Nursing 19, no. 3 (1994): 439-447.

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. «Sağlık İstatistikleri Yıllığı.» 2014.

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. «SKS Işığında Sağlıkta Kalite.» Cilt 3. Ankara: Pozitif Matbaa, Kasım 2012. 75.

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ulusal Sağlık Politikası. Ankara: 1993, 7.

Sargutan, A. E. «Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı.» Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 8, no. 3 (2005): 6.

Sargutan, A. E. «Sağlık Teknolojisi Yönetimi.» Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 8, no. 2 (2005): 6.

Sargutan, A.E. «84 Ülke Ve Türkiye' nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri.» <http://www.sargutan.com/39%20HOLLANDA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> (erişildi: 01 10, 2017).

Sarıyer, N. «Belediyelerde Hizmet Pazarlaması.» Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 1996. 2.

- Sayek, Füsün. Sağlıkla İlgili Uluslar Arası Belgeler. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 1998.
- Seligman, Martin E. P. Authentic Happiness. New York: Free Press, 2002.
- Serin, Necdet. Eğitim Ekonomisi. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayını, 1972.
- Sert, G. Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde. 1. İstanbul: Babil Yayınları, 2004.
- Seyyar, Ali. «Dünyada ve Türkiye’ de Manevî Bakım Hukuku.» www.manevibakim.com/bilim_alanlari/manevi_bakim/makale_17.pdf (erişildi: Eylül 14, 2017).
- Seyyar, Ali. Tıbbi Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım. İstanbul: Rağbet Yayınları, 2010.
- Somunoğlu, Sinem. «Kavramsal Açıdan Sağlık.» Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 4, no. 1 (1999): 52.
- Steinberg, Sheldon S., ve David T. Austern. Hükümet, Ahlak ve Yöneticiler. Çeviren Turgay Erün. Ankara: TODAİE Yayınları, 1996.
- Sülü, Esmâ. «Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spiritüel Bakım) Gereksinimleri.» T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 2006. 150.
- Şeriatî, Ali. Ne Yapmalı. 2. Baskı. Çeviren Ali Erçetin. İstanbul: Birleşik Yayıncılık, 1999.
- T.C ANAYASASI. 24 Kasım 1982. <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.htm> (erişildi: Kasım 24, 2017).
- Tanyi, R.A. «Towards Clarfication Of The Meaning Of Spirituality.» Journal of Advanced Nursing 3, no. 39 (2002): 500-509.

Taplamacıoğlu, Mehmet. Din Sosyolojisi. 68-74: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1963.

TDK.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a5ba8a35983b1.64402155 (erişildi: Ekim 24,2017).

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü «Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi.» Cenevre, 1986.

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fl%C4%B1g%C4%B1n%20te%C5%9Fviki.pdf> (erişildi: Aralık 12, 2017).

Temür, Yusuf ve Fehim Bakırcı. «Türkiye' de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir Vza Uygulaması.» Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 10, no. 3 (Aralık 2008): 261.

Tevrat. <https://kutsalkitaplarvesahifeler.wordpress.com/tevrat/eyup/> (erişildi: Kasım 12, 2017)

Tokat, Mehmet. Sağlık Ekonomisi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1994.

Tomas-Sabado, Joaquin, ve Joaquin T. Limonero. «Religiousness and Death Anxiety.» Religion and Psychology: New Research içinde, yazar D. Ambrose Sylvan, 111. New York: Nova Science Publisher, 2006.

Torfs, Rik. «Church and State in France, Belgium, and the Netherlands: Unexpected Similarities and Hidden Differences.» Brigham Young University Law Review, 1996: 945-971.

TÜBİTAK. «Teknoloji Öngörü Projesi Sağlık Ve İlaç Paneli Özet Raporu.» Ankara, 2003, 1.

TÜİK. <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24649> (erişildi: Haziran 7, 2017).

TÜİK. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> (erişildi: Eylül 5, 2017).

TÜİK. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24640> (erişildi: Eylül 27, 2017).

Utsch, Michael. «Pozitif Psikolojiden Güdüler- Din Psikolojisi Araştırmaları ve Terapik/Manevi Yardım Uygulamaları.» Düzenleyen: Abdülkerim Bahadır. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2008: 170.

Uyguç, N. Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım. 1. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları, 1998.

Üner, M. «Hizmet Pazarlamasında Pazarlama Karması Elemanları Değişiklik Gösterir mi?» Pazarlama Dünyası Dergisi 8, no. 43 (1994): 2-11.

Vergote, Antoine. Din, İnanç ve İnançsızlık. İstanbul: Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları, 1999.

VGvZ. <https://vgvz.nl/lidmaatschap/> (erişildi: Kasım 25, 2017).

VGvZ. <https://vgvz.nl/over-de-vgvz/> (erişildi: Haziran 01, 2017).

VGvZ. <https://vgvz.nl/over-de-vgvz/organisatie/> (erişildi: Eylül 5, 2017).

VGvZ. <https://vgvz.nl/sectoren/> (erişildi: Kasım 16, 2017).

VGvZ. <https://vgvz.nl/sectoren/boeddhistisch/> (erişildi: Kasım 22, 2017).

VGvZ. <https://vgvz.nl/sectoren/hindoe/> (erişildi: Kasım 24, 2017).

VGvZ. <https://vgvz.nl/sectoren/humanistisch/> (erişildi: Kasım 19, 2017).

VGvZ. <https://vgvz.nl/sectoren/islamitisch/> (erişildi: Kasım 20, 2017).

VGvZ. <https://vgvz.nl/sectoren/joods/> (erişildi: Kasım 22, 2017).

VGvZ. <https://vgvz.nl/sectoren/katholiek/> (erişildi: Kasım 18, 2017).

VGvZ. <https://vgvz.nl/sectoren/protestant/> (erişildi: Kasım 16, 2017).

- VGvZ. <https://vgvz.nl/sectoren/sing-institutioneel-niet-gezonden/> (erişildi: Kasım 24, 2017).
- VGvZ. <https://vgvz.nl/werkvelden/jeugdzorg/> (erişildi: Kasım 15, 2017).
- VGvZ. <https://vgvz.nl/werkvelden/psychiatrie/> (erişildi: Kasım 11, 2017).
- VGvZ. <https://vgvz.nl/werkvelden/revalidatie/> (erişildi: Kasım 10, 2017).
- VGvZ. <https://vgvz.nl/werkvelden/verpleeg-en-verzorgingshuizen/> (erişildi: Kasım 7, 2017).
- VGvZ. <https://vgvz.nl/werkvelden/verstandelijk-gehandicaptenzorg/> (erişildi: Kasım 11, 2017).
- VGvZ. <https://vgvz.nl/werkvelden/ziekenhuizen/> (erişildi: Kasım 5, 2017).
- World Health Organization «The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance.», Cenevre, 2000, 85.
- Yeginboy, E. Y., ve K. ř. Sayın. «Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları Ve Sorunları.» 2. Ulusal İktisat Kongresi, İzmir, 2008, 1-3.
- Yılmaz, Volkan, ve Nurhan Yentürk. «Türkiye’de Sağlık Harcamalarına Tarihsel Bir Bakış.» (İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi) 2015: 5.
- Yükleyen, Ahmet, ve Ahmet T. Kuru. Avrupa’da İslam, Laiklik ve Demokrasi: Fransa, Almanya ve Hollanda. İstanbul: TESEV Yayınları, 2006.
- Zerenler, Muammer, ve Adem Öğüt. «Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği.» Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, no. 18 (2007): 502.
- Zebur. <https://christiananswers.net/turkish/bible-tr/tr-psa4.html> (erişildi: Kasım 14, 2017)

Zinnabauer, Brian J., ve Kenneth I. Pargament. «Dindarlık ve Maneviyat.» Din ve Maneviyat Psikolojisi- Temel Yaklaşımlar ve İlgi Alanları. Yazan Raymond F. Paloutzian ve Crystal L. Park, Çeviren Sevdener Düzgüner, 75. Ankara: Phoenix Yayınları, 2013.



MANEVİ DESTEK GÖRÜŞME FORMU



Kimlik Bilgileri

Görüşülen kişi (Hasta, H. Yakını, Hastane Personeli)	
Adı Soyadı (zorunlu değildir)	
Doğum Yılı	
Tedavi Olduğu Birim (Hasta İçin)	
Görüşme Tarihi	
Görüşmenin Yapıldığı Yer	
Kayıt No	

Manevi Destek Birimine Başvuru/Havale/Görüşme Nedeni

--

Değerlendirme

--

Sonuç ve Öneriler

--

Görüşmeyi Yapan

ÖZGEÇMİŞ

01.04.1989 Tarihinde Mardin' in Mazıdağı ilçesine bağlı olan Arısu Köyü' nde doğdum. İlk ve ortaöğrenimimi Diyarbakır'da tamamladım. 2013 yılında Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü ve ardından Anadolu Üniversitesi Adalet bölümünü bitirdim. Sırası ile Diyarbakır Memorial Hastanesi, Lice 2 no' lu ASM ve İstanbul Şişli Etfal EAH' de çalıştım. Şu an Viranşehir Devlet Hastanesi' nde sağlık memuru olarak çalışıyorum. Evli ve bir çocuk babasıyım.

Mehmet Şerif KAYA