T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

MANEVİ DANIŞMANLIK VE REHBERLİK ANABİLİM DALI

MANEVİ DANIŞMANLIK VE REHBERLİK BİLİM DALI

PALYATİF BAKIM SERVİSLERİNDE YATAN HASTALARIN MANEVİ İYİ OLUŞLARI VE MANEVİ ENDİŞELERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zehra ŞİBİL

İSTANBUL

Mayıs-2025

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

MANEVİ DANIŞMANLIK VE REHBERLİK ANABİLİM DALI

MANEVİ DANIŞMANLIK VE REHBERLİK BİLİM DALI

PALYATİF BAKIM SERVİSLERİNDE YATAN HASTALARIN MANEVİ İYİ OLUŞLARI VE MANEVİ ENDİŞELERİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zehra ŞİBİL

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Feyza BEKİ

İstanbul

Mayıs-2025

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı, Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Feyza BEKİ

Üye Prof. Dr. Emel YURTSEVER

Üye Doç. Dr. Esra TÜRK

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım "**Palyatif Bakım Servislerinde Yatan Hastaların Manevi İyi Oluşları ve Manevi Endişelerinin İncelenmesi"** adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Zehra ŞİBİL

ÖN SÖZ

Kısa süre önce Rahmet-i Rahman'a kavuşan merhum Çekmeköy İlçe Müftümüz Vehbi Akşit'in, "Hoca Hanım, Ankara'dan isim istediler. Ben de bu görevi layıkıyla yapacağını düşünerek ismini verdim." sözleriyle manevi danışmanlık kavramı hayatıma girmiş oldu. Akabinde, ülkemizde henüz yeni filizlenmekte olan bu alanda yüksek lisans yapmaya karar verdim. Teorik olarak edindiğim bilgileri, eş zamanlı olarak sahada uygulama imkânı bulmam neticesinde ise bu çalışma ortaya çıktı.

İlk günden itibaren manevi danışmanlık alanının önemine vurgu yapan ve çalışma sürecim boyunca desteğini esirgemeyen palyatif bakım servisi sorumlumuz Prof. Dr. Umut Safer'e; çalışmanın birçok aşamasında görüşlerinden faydalandığım, özellikle analiz sürecinde değerli katkılar sunan Doç. Dr. Nezahat Müge Çatıkkaş'a; yazım aşamasında bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Feyza Beki'ye; MDR bölüm başkanımız Doç. Dr. Esra Türk'e ve jüri başkanım Doç. Dr. Emel Yurtsever'e katkılarından dolayı teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak, varlığından güç aldığım sevgili eşim Mehmet Ali Şibil'e; zaman zaman vakitlerinden alsam da benimle her daim gurur duyan çocuklarım Süleyman Kerem Şibil ve Zeyneb Gülefza Şibil'e; dualarıyla her zaman yanımda olan anne ve babama teşekkür ederim.

Zehra ŞİBİL

İstanbul-2025

ÖZET

PALYATİF BAKIM SERVİSLERİNDE YATAN HASTALARIN MANEVİ İYİ OLUŞLARI VE MANEVİ ENDİŞELERİNİN İNCELENMESİ

Zehra ŞİBİL

Yüksek Lisans, Manevi Danışmanlık ve Rehberlik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Feyza BEKİ

Mayıs, 2025 – 85 Sayfa

Bu çalışmada palyatif bakım servislerine yatırılan hastaların manevi iyilik düzeylerini belirlemek ve uygulanan ölçekler ile yapılan tespitleri değerlendirmek amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda, Prof.Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesinde bulunan Palyatif Bakım servisine yatarak tedavi ve bakım hizmetinden faydalanan,142 kadın, 58 erkek olmak üzere gönüllü 200 hasta üzerinde uygulanmıştır. Hastalara,"Manevi İyilik Hali" (FACIT-SP 12) ve "Manevi Endişeler Kontrol Listesi" ölçekleri uygulanmıştır. Araştırmada nicel araştırma yaklaşımlarından biri olan genel tarama modeli kullanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda katılımcıların manevi iyilik düzeylerinin ortalaması yüksek, anlam alt boyutu ortalaması çok yüksek, barış alt boyutu ortalaması orta ve inanç alt boyutu ortalaması çok yüksek olarak bulunmuştur. Katılımcıların manevi endişelerinin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonucunda, katılımcıların en fazla ölüm korkusu, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duymak, dualaların işitilmemesi, ölüm sürecinden korkma, geçmişteki davranışlardan dolayı suçluluk, cehennem korkusu ve başkalarına karşı affedicilik yönünden endişe duydukları tespit edilmiştir.

Sonuç olarak katılımcıların manevi iyilik düzeylerinin iyi seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Manevi Danışmanlık, Manevi Destek, Palyatif Bakım, Hasta, Hasta Yakını

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE SPIRITUAL WELL-BEING AND SPIRITUAL CONCERNS OF PATIENTS HOSPITALIZED IN PALLIATIVE CARE

Zehra ŞIBIL

Master, Spiritual Counseling and Guidance

Thesis Advisor: Asst. Dr. Feyza BEKI

May, 2025 – 85 Pages

This study aims to determine the level of spiritual well-being of patients admitted to palliative care units and to evaluate the findings obtained through the applied scales. In this context, the study was conducted on 200 voluntary patients—142 women and 58 men—who received inpatient treatment and care services in the Palliative Care Unit of Prof. Dr. Feriha Öz Emergency Hospital. The "Spiritual Well-Being" (FACIT-Sp 12) scale and the "Spiritual Concerns Checklist" were administered to the patients. The study used the general survey model, one of the quantitative research approaches. Statistical analyses were performed using SPSS version 20 software. The normal distribution of the data was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test. As a result of the study, the average spiritual well-being level of the participants was found to be high. The mean score of the meaning sub-dimension was very high, the peace sub-dimension was moderate, and the faith sub-dimension was very high. In the analysis aimed at identifying participants' spiritual concerns, it was found that the most common concerns included fear of death, regret over past behaviors, feeling that prayers are not heard, fear of the dying process, guilt due to past actions, fear of hell, and concerns related to forgiveness toward others.

Keywords: Spiritual Counseling, Spiritual Care, Palliative Care, Patient, Patient Relative

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **i**

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ ..... **ii**

ÖN SÖZ ..... **iii**

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **v**

İÇİNDEKİLER ..... **vi**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **ix**

KISALTMALAR LİSTESİ ..... **x**

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ **1**

1.1. Araştırmanın Problemi 2

1.2.Araştırmanın Amacı 3

1.3. Araştırmanın Önemi 3

1.4.Varsayımlar 4

1.5. Sınırlılıklar 4

1.6. Tanımlar 4

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE **7**

2.1. Palyatif Bakım 7

2.1.1. Palyatif Bakımın Tarihçesi 7

2.1.2. Dünya Sağlık Örgütüne Göre Palyatif Bakım İlkeleri 8

2.1.3. Palyatif Bakım Servislerinden Hangi Hastalar Hizmet Alır? 9

2.1.4.Palyatif Bakım Ekibinde Kimler Yer Alır? 10

2.1.5.Multidispliner Ekibin Bir Parçası Olan Manevi Danışmanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar 12
2.2.Palyatif Bakımda Manevi Destek 16
2.2.1.Hastalığı Kabullenme ve Başa Çıkma Sürecinin Aşamaları 17
2.2.2. Palyatif Bakım da Hastalara Manevi Destek Verilmesi 21
2.2.3. Palyatif Bakım da Hasta Yakınlarına Manevi Destek Verilmesi 22
2.2.4. Manevi Desteğe Öncelikli Olarak İhtiyaç Duyabilecek Hastalar Kimlerdir? 23
2.3. Palyatif Bakımda Manevi Destek ve Manevi İyi Oluş 25
2.4.Hastaların ve Yakınlarının Manevi İhtiyaçları Nelerdir? 26
2.4.1. Yardım İhtiyacı 27
2.4.2. Umut ve Anlam İhtiyacı 27
2.4.3. Hastalığı Kabul Etme İhtiyacı 28
2.4.4. Pişmanlık ve Tövbe İhtiyacı 29
2.4.5.Dürüst Olma İhtiyacı 30
2.4.6. Affetme ve Affedilme İhtiyacı 30
2.4.7. Öfkeyi Denetleme İhtiyacı 31
2.4.8. Başa Çıkma İhtiyacı 31
2.4.9. Şükretme ihtiyacı 32
2.4.10. Dua ve İbadet İhtiyacı 32
2.4.11.Ahiret Bilincinin Kazanılması İhtiyacı 33

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ 35
3.1.Araştırmanın Modeli 35
3.2.Çalışma grubu 35
3.3. Veri Toplama Araçları 36

3.3.1.Kişisel Bilgi Formu 36
3.3.2. Manevi Endişeler Kontrol Listesi (Spiritual Concerns Checklist) 36
3.3.3. Manevi İyilik Ölçeği (FACIT-SP 12) 37
3.4. Verilerin Toplanması 37
3.5. Verilerin Çözümlenmesi 37
3.6. Verilerin Yorumlanması 39

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI 40
4.1. Katılımcıların Manevi İyilik Düzeylerinin Belirlenmesi 40
4.2. Palyatif Bakım Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri; Cinsiyet, Yaş, Eğitim Düzeyi, Çalışma Durumu ve Medeni Durumlarına Göre Anlamlı Olarak Farklılaşma Durumu 41

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER 50
5.1. Tartışma ve Sonuç 50
5.1.1. Palyatif Bakım Hastalarının Manevi İyilik Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşma Durumu 50
5.1.2. Palyatif Bakım Hastalarının Manevi Endişe Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşma Durumu 51
5.2 Öneriler 53
KAYNAKÇA 54
EKLER 63
ÖZGEÇMİŞ 72

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.2.1.Katılımcıların Demografik Bilgileri 34

Tablo 3.5.1.Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği 36

Tablo 3.5.2. Araştırmanın Normallik Analizi.. 37

Tablo 4.1.1.Katılımcıların Manevi İyilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi 38

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Cinsiyetine GöreManevi İyilik Düzeylerinin Karşılaştırılması 39

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Yaşına Göre Manevi İyilik Düzeylerinin Karşılaştırılması 42

Tablo 4.2.3. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Manevi İyilik Düzeylerinin Karşılaştırılması 43

Tablo 4.2.4. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Manevi İyilik Düzeylerinin Karşılaştırılması 44

Tablo 4.2.5. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Manevi İyilik Düzeylerinin Karşılaştırılması 45

Tablo 4.3.1. Katılımcıların Manevi Endişe Düzeylerinin Değerlendirilmesi 46

Tablo 4.3.2. Katılımcıların Manevi Endişe Listesine Verdikleri Yanıtların Dağılımı 46

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Manevi Endişe Düzeylerinin Karşılaştırılması 47

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Yaşına Göre Manevi Endişe Düzeylerinin Karşılaştırılması 48

Tablo 4.4.3. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Manevi Endişe Düzeylerinin Karşılaştırılması 48

Tablo 4.4.4. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Manevi Endişe Düzeylerinin Karşılaştırılması 47

Tablo 4.4.5. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Manevi Endişe Düzeylerinin Karşılaştırılması 47

KISALTMALAR LİSTESİ

Çev. : Çeviren

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DİB : Diyanet İşleri Başkanlığı

SSC : Spiritüel Concersns Checklist

TDK : Türk Dil Kurumu

Vb : Ve benzeri

WHO : World Health Organization

BİRİNCİ BÖLÜM
GİRİŞ

Sağlık bakım hizmetlerinin sunulmasında geniş bir bakış açısı olan holistik yaklaşım ile kişi bedeni, duyguları, zihinyapısı, sosyal, kültürel ve manevi yönleri ile tam bir bütündür. Bütün bu saydığımız alanlar kendi aralarında ilişikli ve birbirinden ayrılamaz durumdadır (Uğurlu, 2014). Manevi bakım hizmeti, kişilerin hayatı boyunca karşılaştığı sorunları daha olgun karşılamasını ve olayları kabullenmesine katkı sağlamaktadır. Yerinde ve zamanında verilen manevi bakım hizmetinin birden fazla hastalığın iyileşmesinde faydalı olduğu kanıtlanmıştır(Erişenve Sivrikaya, 2017). Erişen ve Sivrikaya (2017), Doğan (2019) ve Çelebi (2017) tarafından yapılan araştırmalarda maneviyatın, kişinin kendisini huzurlu hissetme, rahatlama, iyi oluş durumu ve hayat kalitesini yükseltme kapsamında etkili olduğu görülmüştür. Özellikle hastalık sürecinde, hastaların yaşam kalitesine büyük katkısının olduğu gözlenmektedir. Bu açıdan bakıldığında ülkemizde hastanelerdeki manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı (DİB) arasında imzalanan protokol neticesinde 2015 yılından itibaren yürütülmeye başlanmıştır. Kısa sürede hasta, hasta yakını ve hastane personeli tarafından kabul görmesi ve olumlu dönütler alınması neticesinde pilot uygulamadan yaygın uygulamaya geçilmiştir. Bu alanda görevlendirilen kişiler DİB personeli olup, tamamı fakültelerin İlahiyat alanından mezun, çoğunlukla din psikolojisi, dini/manevi danışmanlık ve rehberlik, din sosyolojisi gibi alanlarda yüksek lisans veya doktora yapmış veya yapmakta olan personelden oluşmaktadır (DİB, 2017). En son 2025 Ocak ayında görevlendirilen personel ile 76 ilde 196 sağlık kuruluşunda 296 manevi destek personeli ile bu hizmet yürütülmektedir.

Palyatif bakım sadece hastalıktan kaynaklanan şikâyetleri azaltmayı değil aynı zamanda psiko-sosyal ve manevi destek verilmeyi gerektiren, hasta ve hasta yakınları için sağlanabilecek en iyi yaşam konforunu amaçlayan bakım modelidir. Hastalıklarının ilerlemesiyle ne yapacaklarını bilemeyen, zor durumda kalan hastalara sunulacak olan dinî ve manevi bakım, yaşam kalitesini iyileştirmede, hastalığın semptomlarıyla başetmede, yaşamın son anlarında tıbbî olarak verilmesi gereken kararlarda (yoğun bakım) gibi sürecin yönetilmesinde büyük önemi vardır.

Manevi bakımın hem psiko-sosyal hem de fiziksel öneminden bahsetmekle birlikte en büyük faydası, manevi iyilik halinin artmasınadır (Ok, Gedik ve Erşahin, 2019).

Dünyadaki gelişmelere birlikte, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik değişikliklerin yapılmaya çalışıldığı ülkemizde de her geçen gün palyatif bakımla ilgili gerekli çalışmalar yapılmaktadır. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı, sağlıkta dönüşüm programı kapsamında yürütülmeye başlanan Pallia-Türk Projesi kapsamında palyatif bakım, evde bakım hizmetleri alanında hizmet vermeye başlamıştır. Sonrasında palyatif bakım servislerinin hastanelerde oluşturulması için gerekli yasalar revize edilerek, kapsamlı ilk palyatif bakım servisi 2012 senesinde Ankara Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde açılmıştır. Bu merkezin önceliği kanser hastaları olmakla birlikte diğer terminal dönem hastalarının da hizmet görmesi amaçlanmıştır. Bu itibar ile hastanelerdeki palyatif bakım servislerinin yanında kronik hastalığı olanlar için de evde bakım hizmeti birimleriyle palyatif bakım hizmeti ulaştırılmış olmaktadır. Tedavisi tanımlanan hastalar, evde bakım hizmet personeli veya aile hekimleri tarafından takipleri yapılmakta, hastaneye gelme imkânı olmayan uzun süreli yatak hastaları evlerinde ziyaret edilerek palyatif bakım hizmeti verilmekte, bu kapsamda hasta yakınlarının durumu birlikte değerlendirilmektedir (Aygencelve Türkoğlu, 2014).

1.1. Araştırmanın Problemi

Manevi iyi oluş kişileri hayatının tüm safhalarını etkiler. Manevi iyi oluş halleri zayıf olan kişiler ruhsal sorunlar, umutsuzluk, anlamsızlık, depresyon, kaygı vb. durumları yaşayabilmektedirler (Tan ve Yıldız, 2022).

Son dönemde yapılan pek çok araştırma, manevi bakım sebebiyle hissedilen manevi iyi oluşun, yaşam sonundaki umut kaybına ve depresyona karşı önleyici ve koruyucu bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmalarda manevi iyi oluş oranı yüksek olup hayatının son aşamasına gelen hastaların, terminal hastalıklar kapsamında ölümün çabuklaştırılması ve intihar düşüncesinin daha az görüldüğü, umutsuzluğa daha az kapıldıkları tespit edilmiştir. Ayrıca yaşam sonu bakımında, hastaların maneviyata inancı desteklendikçe manevi iyi oluş düzeylerinin yükseldiğive etkilerinin diğer etkenlerden daha güçlü olduğu yapılan tespitler arasındadır (Komisyon, 2021).

Bu çalışmada palyatif bakım hastalarının, hastane sürecinde sosyodemografik değişkenlere göre manevi iyi oluşlarını ve manevi endişelerini belirlemek, tezin araştırma problemini oluşturmaktadır.

1.2.AraştırmanınAmacı

Sağlığın tanımlanmasında insanın sadece biyolojik ihtiyaçlarının olduğu görüşünün yerini zamanla biyolojik ve psiko-sosyal ihtiyaçlara sahip olduğu görüşü almış, günümüzde ise biyolojik ihtiyaçları ile psiko-sosyal ihtiyaçlarına ek olarak manevi ihtiyaçları olduğunu kabul eden yaklaşım hâkim olmuştur. Bu sebepledolayı, insanlar gerek psikolojik gerek fiziksel rahatsızlıklarından kaynaklanan zor ve sıkıntılı dönemlerinde, inanç ve maneviyata yönelik olan danışmanlık hizmetine ihtiyaç duyabilmektedir. Bu doğrultuda hastane, huzurevi, cezaevi vb. gibi bu hizmete ihtiyaç duyulan merkezlerde, manevi bakım uygulamalarının temel gayesi; hasta ve hastaya bakım veren yakınlarının karşılaştıkları durumlar nedeniyle yaşama ve olaylara bütüncül bir pencereden bakabilmelerine yardımcı ve destek olmaktır.

Bu çalışmada ülkemizde, hastanelerde uygulanan manevi danışmanlık hizmetleri kapsamında ziyaret edilen palyatif bakım servisleri ele alınmıştır. Palyatif bakım servislerine yatırılan hastaların manevi iyi oluşlarını ve manevi endişelerini belirleyip onların içinde bulundukları durumu tespit etmek amaçlanmıştır. Bu çalışmayla aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Palyatif bakım hastalarının manevi iyilik düzeyleri; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
2. Palyatif bakım hastalarının manevi endişe düzeyleri; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve medeni durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Araştırma Diyanet İşleri Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan protokol neticesinde belirlenmiş hastanelerden olan Prof.Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesinde bulunan palyatif bakım servisindeki yatan hastalar üzerinde yapılmıştır. Açıklanmaya çalışılan temel problemler kapsamında sosyodemografik değişkenlere göre hastaların manevimanevi iyi oluşları ve manevi endişeleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu nedenle yapılan araştırma ülkemizde manevi danışmanlık ve

rehberliğe yönelik yapılmakta olan bilimsel araştırmalara katkı sağlayacak ve literatürde bu alandayapılan çalışmalar için önemli veriler ortaya çıkarması beklenmektedir.

Türkiye de manevi danışmanlık ve rehberlik alanında yapılan çalışmaların geçmişi çok eski yıllara dayanmamaktadır. Bu çalışmaların çoğunluğu son yıllarda yapılmış, pandemi döneminden sonra artış göstermiştir. Şimdiye kadar palyatif bakım servisleri ile ilgili gerçekleştirilen çalışmalarda; palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi(Arkın, 2017),palyatif bakım ünitesinde hastası olan ailelerin psiko-sosyal sorunları ve ihtiyaçları(Canım, 2022),palyatif bakım çalışanlarının karşılaştıkları güçlüklerle baş etmede dini değerlerin rolü(İçipek, 2020) konuları incelenmiştir. Bu araştırma, palyatif bakım hastalarının manevi iyi oluşları ve manevi endişelerini incelemesi konusu açısından özgün bir çalışmadır.

1.4.Varsayımlar

Araştırmaya katılan hastalarınölçekleresamimi cevap verdikleri varsayılmaktadır.

1.5. Sınırlılıklar

Araştırma Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi Palyatif bakım servisine yatarak tedavi ve bakım hizmetinden faydalanan, gönüllü 200 hasta üzerinde uygulanmıştır.

Araştırmamız tüm zamanları kapsamayıp, hastane sürecindeki duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Zira katılımcıların, inanç ve tutumlarında zaman içinde değişiklikler olabileceği dikkate alındığı için bulgular zamanla sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Maneviyat: TDK'nin Türkçe sözlüğünde iki anlamda tanımlanmaktadır; "*maddi olmayan manevi şeyler*" ve "*karşılaşılan zorluk ve tehlikeler karşısında inanç ve ahlaki değerlere bağlılıktan doğan dayanma gücü*" (TDK, 2024). Maneviyat, insanın ruhsal yönünü, iç dünyasını, anlam arayışını ve evrendeki yerini sorgulama sürecini ifade eden bir kavramdır. Genellikle din, inanç, etik, değerler ve bireysel deneyimler üzerinden şekillenir. Maneviyat, kişinin kendisi, diğer insanlar ve evrenle kurduğu derin bağları ve anlam arayışını yansıtır (Şirin, 2018). Bu doğrultuda çalışma

içerisinde maneviyat olgusu, maddi olmayan unsurlar ve kişinin maddi olmayan unsurlar ile bağlarını temsil edecek şekilde kullanılmaktadır.

Manevi Bakım: Koşulsuz bir sevgi üzerine kurulan, bireyin yegâne değerini onaylayan, manevi ve kültürel bağlamda din ve inanç desteğidir. İnsanların ümitsiz, sıkıntılı, acılı, korkulu, kendini yalnız hissettiği (hastalık, mahkûmiyet, yaşlılık, afet vb. gibi) hallerinde yanlarında olabilmek, din ve inanç açısından destek sağlayabilmek, soru ve sorunlarında danışmanlık yapmak, ibadetlerini yerine getirmelerinde yardımcı ve rehber olma, hayatlarına yeni bir anlam, varlıklarına bir mana katmakta eşlik edebilmektir (Karagül, 2012).

Manevi Danışmanlık: Manevi bakım insanların sıkıntıları ile baş etmelerine yönelik ümit, güç, rahatlama ve huzur hissettirirken aynı zamanda; moral olarak daha iyi olmalarına dolayısıyla tedavi ve hastalık sürecini kabullenme, stres ve depresyon gibi nevrotik durumlarla baş etmede fayda sağlar. Dolayısıyla yaşam kaliteleri yükselip, toplum içindeki sosyal statülerine geri dönmeye yönelik onlara motivasyon sağlar (Erişenve Sivrikaya, 2017).

Palyatif Bakım: Hayatlarının son dönemine gelmiş, yaşamı tehdit eden hastalıklarla başetmeye çalışan bireylerin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen tıbbi bir yaklaşımdır. Bu bakım, hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi ihtiyaçlarını bütüncül bir şekilde ele alır. Palyatif bakımın hedefi, hastalığın tedavi edilemez olduğu durumlarda bile hastanın ve ailesinin rahatlamasını sağlamak ve onlara destek olmaktır (WHO, 2021).

Hasta: Fiziksel, zihinsel veya duygusal sağlık sorunları nedeniyle tıbbi ya da psikolojik desteğe ihtiyaç duyan kişiyi ifade eder. Hastalar, çeşitli durumlar nedeniyle sağlık hizmeti alabilirler; bu durumlar akut (kısa süreli) ya da kronik (uzun süreli) olabilir. Hastalara yaklaşımda temel ilke, bireysel ihtiyaçlarına saygı göstererek fiziksel ve duygusal destek sağlamaktır:

Tıbbi Bakım: Hastalığın tedavisi veya semptomların hafifletilmesi.

Psikolojik Destek**:** Hastanın hastalık sürecinde ruhsal açıdan desteklenmesi.

Manevi Destek**:** Özellikle ciddi hastalık durumlarında hastaya manevi yönden yardımcı olmak.

Sosyal Destek**:** Aile ve yakın çevrenin hastaya yardımcı olması(Halk Sağlığı G. M., 2024).

İKİNCİ BÖLÜM
KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu kısımda ilk olarak palyatif bakımın tanımı ve tarihçesi, açıklanmıştır. Palyatif bakım servislerinden hizmet alan ve bu servislere yatan hastaların muhatap olacağı multidisipliner palyatif ekibinintanımı yapılmıştır. Manevi destek görevlisinin görevinin kapsamı, sınırlılıkları, hasta ve hasta yakınları ile olan iletişimi ve manevi iyi oluşa katkısı açıklanmıştır.

2.1. Palyatif Bakım

Palyatif kelimesi, köken olarak Fransızca "*palliatif*" kelimesinden türetilmiştir. Fransızca "*hafifletici, geçiştirici*" anlamına gelmektedir. İngilizcede palliate olarak kullanılan kelime "*yatıştırıcı, hafifletici, teskin edici, dindirici*" manasına gelmektedir (Berk, 2009; Redhouse, 2022). TDK sözlüklerinde ise palyatif olarak karşılanan ifade "*hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak ortadan kaldıran veya hafifleten ilaç veya yöntemler*" olarak açıklanmaktadır (TDK, 2024).

2.1.1. Palyatif Bakımın Tarihçesi

Palyatif bakım uygulamalarının ilk olarak ortaya çıkışı 11.yy. da olmuştur. Yolculuk esnasında çaresiz hastalığa müptela olanların tedavi edilmesi amacıyla kurulmuş, dini kökene dayanan gönüllüler hareketidir. 14. yy. Da *"The Knights Hospital "* gezginler ve terminal dönem hastalar için kuruldu.

Fransa'da 1842 senesinde Jeanne Garnier hayatının son demlerini yaşayan bireylere için hospis evlerini açmıştır. Aslen hemşire olan İngiliz asıllı sosyal çalışmacı Cicely Saunders, çalıştığı hastanede son dönemdeki kanser hastalarının ağrıları ve diğer şikayetlerinin giderilmesindeki yetersizliği hissederek bu alan için çalışma yapılmasını zorunlu görmüş, ilk gelişmiş palyatif tıp merkezini St. Christopher's Hospice adıyla 1967'de İngiltere'nin Londra şehrinde kurmuştur. 1960'lı yıllar tüm dünyada palyatif tıp akımının başladığı yıllar. 1986'da DSÖ tarafından ilk kez Palyatif Bakımın tanımı yapılmıştır. *"Hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastalara verilen aktif ve bütüncül bakımdır"* (Soydan, 2019).

1896 yılında yaşlılar, yoksullar ve kimsesiz çocukların barınması amacıyla II. Abdülhamit tarafından kurulan, aynı zamanda yaşlıların son dönem bakımlarının yapıldığı Darülaceze'nin palyatif bakım hizmetlerinin tarihsel bakımdan ülkemizdeki

ilk örneği olduğu söylenebilir. Ancak palyatif bakım bağlamında Darülaceze örneğinin sonraki yıllarda ülkemizde yaygın olmadığı görülmektedir. Sosyal hizmet bakımından zengin bir geleneğin var olduğu toplumumuzda kurumsal anlamda yaşam sonu bakımının gelişmemesi ailenin bu bakımı kendi görev ve sorumluluğu olarak görmesi nedeniyle olabilir. Ailenin değerli bir kurum olduğu kültürümüzde, hasta ve yaşlı kişilerin bakımlarını genellikle yakın aile bireyleri ve akrabalar tarafından evde karşılanması uygun görülmektedir. Bu nedenle toplumumuzda huzurevi, palyatif bakım gibi hizmetlere zorunlu olmadıkça çoğu ailenin sıcak bakmadığı söylenebilir (Doğan,2017).

Ancak günümüzde tıbbın gelişmesi, hayatının sonunda hastanın konfor düzeyini artırmanın mümkün olduğu sağlık çalışmalarının tüm dünyada yaygınlaşması, ömrünün son dönemlerinde bazı hastaların evde yapılması mümkün olmayan tıbbi müdahalelerin gerekli olması, son dönem bakımının bir sağlık kuruluşu tarafından palyatif bakım imkanlarıyla yapılmasının gerekli olduğu tespit edilmiştir. Bu itibarla sağlık ile ilgili hizmetlerden yararlanmanın insani bir hak olması sebebiyle ulusların sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmede palyatif bakım hizmetleri ve son dönem bakım hizmetlerinin yeterliliği, değerlendirme ölçütleri arasına girmiştir(Koç, 2021). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığının 13 Ekim 2023 Palyatif günü sebebiyle yayınlamış olduğu duyuruya göre, 437 Palyatif Bakım Merkezinin, 6397 yatak sayısı ile vatandaşlara hizmet sunduğu ifade edilmiştir(Sağlık B.,2023). Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 09.10.2014 tarih ve 640 sayılı“Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile de palyatif bakım merkezlerinin fiziki şartları ve asgari donanımları, personel görevlendirilmesi, çalışma esasları ve hizmet kapsamı belirlenmiştir (Kamu Hastaneleri G. M., 2015).

2.1.2. Dünya Sağlık Örgütüne Göre Palyatif Bakım İlkeleri

Dünya Sağlık Örgütüne göre Palyatif bakım; *“Yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili sorunlarla karşı karşıya kalan yetişkinlerin, çocukların ve ailelerinin sağlıkla ilgili acılarını önlemeyi ve hafifletmeyi amaçlar. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal acıları ele alan kapsamlı ve kişi merkezli bir yaklaşıma dayanır”* (WHO, 2021).

Dünya Sağlık Örgütüne Göre Palyatif Bakımın İlkeleri şöyledir:

• Ağrı vb. rahatsız eden semptomların giderilmesini sağlar.

- Yaşamayı kabul edip, ölümü yaşamın normal bir süreci olarak görür.
- Ölümün çabuk olması veya ertelenmesi amacı değildir.
- Hasta, bakımında manevî ve psikolojik yönleri bütünleştirir.
- Hastalara son anlarına kadar yanlarında olup mümkün olduğu kadar yaşamlarına devam etmede yardımcı olacak desteği sunar.
- Hastanın ailesine, hastanın yakınmaları ve acılarıyla başa çıkma da yardımcı olacak desteği sunar.
- Şayet bildirilmiş ise yas danışmanlığı da dâhil edilerek hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını gidermek için bir ekip yaklaşımını kullanır.
- Yaşama konforunu artırarak, hastalığın gidişatını iyi olarak etkileyebilecek ve hastalığın oluşumunda erken tanı ile uygulamaya başlanabilecek radyasyon ve kemoterapi gibi hayatın devamını hedefleyen diğer etkenler ile birlikte klinik içi komplikasyonları iyi yorumlamak ve yönlendirmek için gerekli çerçeveyi hazırlar (WHO, 2021).

2.1.3. Palyatif Bakım Servislerinden Hangi Hastalar Hizmet Alır?

Palyatif bakım, devamlı hastalıkları nedeniyle tam olarak iyi olamayan ve iyileştirici herhangi bir tedavinin uygulanamadığı hastalara, ekseriyetle yaşamlarının son dönemlerinde bakım hizmetleri ve destekleyici tedaviler sunan multidisipliner bir yaklaşım biçimidir. Nefes darlığı, kilo kaybı, iştahsızlık, ağrı, bulantı ve anksiyete gibi şikayetlere karşı imkanlar geliştiren bu alanda, hastalara beslenme, psikoterapi, fizyoterapi gibi desteklerin yanında manevi destek de sunulmaktadır. Farklı şikayetlerin önlenmesine yönelik farmakolojik ve non-farmakolojik tekniklerin beraber kullanıldığı palyatif bakım servislerinde uygulanan bu yöntemler sonucunda hasta ve yakınlarının hayat kriterleri değişmektedir. Hedef hastalığın tam manasıyla ortadan kalkması veya tedavisi olmasa bile palyatif bakım sürecinin, tedavi öncelikli bakımı dışlayan bir etken olmadığı hem hasta bilinçli iken hem de bilincin gittiği terminal dönem sürecinde yararlı olduğu ispatlanmıştır (Doğan, 2019).

Hastanın ölümünü hızlandırmak veya ertelemek gibi bir gayesi olmadığı halde yapılan çalışmalarda palyatif bakım sürecinin, hastanın yaşam süresini uzattığına ilişkin sonuçlara rastlanmıştır. ABD de yapılan araştırmada, palyatif bakım hizmeti

gören son dönemdeki hastaların yaşam süresinin (266 gün), normal bakım alan hastalardan (227 gün) daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Kostak, 2011).

Ölünceye kadar hastanın olabildiğince iyi olarak yaşamasını sağlamak amaçlı bir hizmet olan palyatif bakım, ölüm riski olan yatağa bağımlı her hastalık için uygulanabilen bir bakım türüdür. Palyatif bakımın hastaya, hastalıkların teşhisi konulmasından itibaren aktif olarak uygulanması, hastanın yakınlarına da hastalık devam ederken ve hastanın ölümünün sonrasında yas danışmanlığı şeklinde olması uygundur (Doğan, 2019).

Palyatif bakım yaşamın devamı için destek olmakla birlikte, yaşamın nihayetinde ölümü de insanın doğal bir süreci olarak görülmesini ister. Ölümün çabuklaştırılması da geciktirilmesi amacı değildir. Hastaların, son zamanlarına kadar, imkân dahilinde aktif bir yaşam sürmeleri için destek sağlar, "Yıllara yaşam ekler" yaşamın niceliğine ve yaşam süresini uzatmaya odaklanır. Bu kapsamda ciddi hastalıklarla mücadele eden kronik rahatsızlıkları olan hastalar, kanser hastaları, kalp hastaları, akciğer hastalıkları, böbrek yetersizliği, alzheimer hastalığı, HIV/AIDS, amyotrofik lateral skleroz (ALS) hastaları bu servisten bakım hizmeti alabilir (Başar, 2013).

2.1.4.Palyatif Bakım Ekibinde Kimler Yer Alır?

Palyatif bakım servisinde yaşamın son evresindeki hastalar, tanılarında, tedavilerinde ve yaşantılarında psikolojik, fiziksel, sosyal ve manevi yönlerden nitelikli ve kapsamlı bir bütüncül bakıma gereksinim duymaktadırlar. Bu da birçok serviste multidisipliner bir ekip tarafından karşılanmaktadır. Bu ekip aşağıdaki kişilerden oluşur.

Hasta ve hasta yakını: günlük durumu takip eder, hastalık ve olası durumlar hakkında bilgi sahibi olmak için ekip den bilgi alır, hastanın hareketlerini gözlemleyerek tepkilerini takip edip dile getirir ve gerekli planının yapılması, karar verilmesi ve geliştirilmesinde önemli role sahiptir.

Doktor: Palyatif bakımın ilk amacı kabul edilen fiziksel ağrıların azaltılması, semptomlar hakkında ayrıntılı bilgiye hâkim, ilaç düzenleme ve ağrı kontrolünde gerekli deneyime sahiptir. Hastanın ve hastalığın durumunu, hasta yakınlarına ve ekip de bulunan diğer üyelere bildirir. Aradaki iletişimi sağlar, çoğunlukla da ekibin yöneticisi konumundadır.

Hemşire: Hasta ve yakınlarıyla seviyeli bir iletişim içindedir. Hastaya ilerlemekte olan hastalığının getirdiği zorlukların üstesinden gelmesinde refakat eder, hastaya öz bakım becerilerini, beslenme, vücut bakımı, hareket etme becerilerini gerçekleştirmesinde yardımcı olur ve hemşirelik girişimleri gerektiren semptomlarda (enjeksiyon, serum, aspirasyon vb.) kontrolünü yapar.

Psikolog: Hastanın, hastalığın üstesinden gelebilmesi için depresyon, demans, anksiyete bozukluğu ve korku durumlarının tespiti ve tedavisinde destek olarak ekipteki yerini alır.

Manevi destek görevlisi: Manevi bakım insanların sıkıntıları ile baş etmelerine yönelik ümit, güç, rahatlama ve huzur hissettirirken aynı zamanda; moral olarak daha iyi olmalarına dolayısıyla tedavi ve hastalık sürecini kabullenme, stres ve depresyon gibi nevrotik durumlarla baş etme de fayda sağlar. Hastane, huzurevi, askeriye, hapishane, sevgi evleri gibi resmi kurumlarda bu işi resmi bir statü ile yapan kişilere Manevi destek görevlisi denir.

Sosyal çalışmacı: Kişinin hastalığı sebebiyle meydana gelen kişisel ve sosyal hayatındaki değişimin üstesinden gelebilmesi için hasta ve hasta yakınlarına yardımcı olur. Onların kurumlar arası olan iletişiminde, bakımının ve bakım yerinin planlanmasında, maddi sorunlar ve olası aile içi çatışmalarda, taburculuk durumunda vb. hazırlıklarda destek sağlar. Sosyal hizmet birimini ve evde bakım hizmetlerini haberdar eder, danışmanlık yapar ve yas sürecinde hasta yakınları için destek sağlar.

Terapist (müzik, sanat, jimnastik ve solunum terapistleri): Hasta ile konuşmadan iletişim kurarak geleneksel bildiğimiz yöntemlerin dışında yöntemler ile hastanın hastalığı kabullenmesine, duygularını açığa çıkarıp rahatlamasına, korkularını azaltarak dikkatinin yön değiştirmesine yardımcı olur.

Hasta spor eğitmeni: Hastanın gün geçtikçe azalan kas gücünü, imkanlar dahilinde optimal düzeye çıkarmak için egzersizler planlayıp ve bu egzersizlerin yapılmasında yardımcı olur.

Diyetisyen: Hastanın durumuna uygun porsiyonu ayarlayarak, iştah açıcı bir sunum ile hastanın pozisyonuna göre yemeyi arzu ettiği yiyeceklerin ve mamaların hazırlanması ve planlamasını yapar.

Gönüllü hospis çalışanı: Multidisipliner ekipte normal yaşamı temsil eden kişidir. Ekip üyelerini destekleyerek bakım merkezi ile günlük yaşam arasında köprü vazifesi görür. Ekiptekilere farklı bakış açılarını, deneyimlerini paylaşarak (hasta ve yakınıyla, kitap okuma, sohbet, geceleri hastaya refakat etme, gezme gibi) ve dolaylı (bürokratik isler vb.) yardımda bulunur (Özkaya, 2018).

2.1.5.Multidispliner Ekibin Bir Parçası Olan Manevi Danışmanın Dikkat Etmesi Gereken Hususlar

DİB'nin 04.05.2017 de yayınladığı "Sağlık Kuruluşlarında Manevi Destek Hizmetlerinin Yürütülmesine Dair Yönerge" ye göre, hastane de görev alan bir manevi danışmanın, görevi ve yaptığı görüşmelerde dikkat etmesi gereken hususlar şu şekilde açıklanmıştır (DİB, 2017).

a)Fizyolojik ve Psikolojik Durumla İlgili Bilgi Edinme

Görüşme yapılacak kişilerin fiziki ve psikolojik durumuna ilişkin doktor ve hemşirelerden, hasta yakınlarından bilgi alınmalıdır. Hastanın ve yakınlarının, hastalığın sağlık durumundan hangi derecede haberdar olduğunu öğrenilmelidir. Hastanın söyledikleri kendisinden izin alınmadan paylaşılmalıdır. Kader ve irade konusunda dengeli değerlendirme yapabilmesi için kendisine destek olunmalıdır. Bireylerin hastalık ve yaşamlarında kendilerinin denetimi olduğu duygusu geliştirilmeli hasta tedaviye motive edilmelidir (Aydın, 2016).

b) Tıbbi Tedaviye Müdahil Olmama

Manevi danışmanlık sürecinde hastanın paylaşmayı uygun gördüğünden fazla herhangi bir yorumla ya da tıbbi bilgiyle kendisine dönüş yapılmamalıdır. Hastalıklarla ve hastalık süreciyle ilgili genellemelerden kaçınılmalıdır. Aynı hastalığı yaşayan iki hastada o hastalığın belirtileri, hastalığın onların psikolojik durumlarına etkileri, tedavi şekilleri farklı olabilmektedir. Hastaların yaşadıkları hastalıkların ve kullandıkları ilaçlarla uygulanan tedavilerin etkisiyle psikolojik durumlarında meydana gelecek değişikliklerin farkında olarak iletişim kurulmalıdır. Buna bağlı olarak hastalarla iletişim kurarken temkinli olmak gereklidir.

Hastaya tıbbi durumuna ilişkin bilgilendirme yapılması ve tıbbi durumunun açıklanması gibi alan dışı konularda sorumluluk alınmamalıdır. Bununla beraber hastalık sebebiyle kişinin psikolojik sağlığı ve yakınlarıyla iletişiminde gelişebilecek

sorunlar ile ilgili bilgilendirilme yaparak hasta ve yakınının bilinçlenmesi sağlanabilir. Mesela, bir onkoloji hastasının bulantıları nedeniyle yemek yememesi durumunda yemek yemeye ısrar edilmesi onun tepkisel davranmasına neden olabilir. Hastanın yemek yiyemiyor olması hasta yakınının üzülmesine yol açacaktır. Bu durumda hastanın yemek yiyebilmesi için hasta yakınının ısrarcı olması, onunla birlikte yemek yemesi, hastayı yemek yiyememe ile suçlaması gibi konularda bilgilendirme yapılabilir (Doğan, 2017).

c) Bireye Özgü Danışmanlık Hizmeti Sunma

Manevi danışmanlık danışan temelli bir yaklaşımdır. Yani hastanın bakış açısı üzerine kuruludur. Bu nedenle manevi danışmanın yaklaşımı kişiye özel olmalıdır. En basitinden danışana hastanedeki hastalardan bir hasta gibi değil ismiyle hitap etmelidir. Aynı zamanda her bireyin olayları ve durumları farklı açılardan değerlendirebileceği kabul edilmelidir. Her hastanın farklı kültürel yapıya sahip olduğu, farklı coğrafya ve ailelerde yetiştiği, farklı eğitim seviyelerine sahip olduğu, bu sebeple yaşadıkları durumları farklı şekillerde değerlendirdikleri hastayla iletişim kurarken asla unutulmamalıdır. Hastanın ve yakınının hastalığa verdiği anlam keşfe edilmeli ve onun üzerinden gidilmelidir. Bireylerin maneviyat ve dine yönelimi olması halinde onlarla iletişimde dini kavramlar, onların kullandığı şekilde ve seviyelerine uygun olarak kullanılmalıdır (Söylev, 2015).

d) Özenli, Özverili ve Duyarlı Bir Yaklaşım Gösterme

Manevi danışmanlıkta samimi ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır. Olaylar ve durumlara karşı esnek, olumlu ve destekleyici bir davranışa sahip olunmalıdır. Mümkün oldukça tek kelimelik (evet, hayır gibi) cevaplar vermekten kaçınılmalıdır. Danışanla görüşmelerin gelişimi ve sonlandırılması hususunda sabırlı olunmalı ve acele edilmemelidir. İnsanlar zorla bilgi verme ya da itiraf etme hususunda zorlanmamalıdır. Danışanı motive edici, destekleyici tutum sürdürülmelidir. Danışanım özgür iradesi tanınmalı ve korunmalıdır. Danışan adına karar verilmemeli, danışan seçim yapmaya zorlanmamalıdır. Manevi danışman danışanın özgürlük ve seçim haklarına saygı duyarak, mahremiyetine, paylaştığı bilgilerin gizliliğini korumak için gereken önlemleri almalıdır.

Muhataplarla güler yüzlü, destekleyici ve tıbbi etik ilkelerine uygun iletişim kurulmalıdır. Danışanın bir birey olarak değerli bir varlık olduğu kabul edilmeli ve

ona uygun bir iletişim dili kullanılmalıdır. Danışan her koşulda, olduğu gibi kabul edilmelidir.

Hasta ve yakınları tedavi seçenekleri ve tedavi süreciyle ilgili endişe, korku ve beklentilere sahip olabilir. Manevi danışmanın, danışanın hastalık nedeniyle çektiği acı ve sıkıntıları paylaşmak ve anlamaya çalışmak için orada olduğunu hissettirmesi son derece önemlidir.

Çocuk ya da yetişkin, hasta ya da sağlıklı her birey yaşadığı duyguya önem verilmesini ister. Aman canım buna mı üzülüyorsun, buna mı ağlıyorsun?" gibi cümlelerle, o durumun etkisi kişinin nazarında küçültülmeye çalışılmamalıdır. Bu durumda danışan aslında duygusunun gerçekten anlaşılıp önemsenmediğini düşünebilir. Hasta ve yakınının hastalığa ve içinde yaşadıkları yeni duruma uyumu için zaman tanınmalıdır. Acele edilmemeli sabırlı olunmalıdır. Hastanın duygu ve düşünceleri dikkate alınmalıdır. Hastanın özgüvenini destekleyici, mevcut gücünü kullanmayı cesaretlendirici ve kendine karşı öz saygılı bir tutum benimsemesi sağlanmalıdır (Kılıçve Topuz, 2015).

e) Dinleme, Empati ve Sağlıklı Bir İletişim Kurma

Dinlemenin en önemli iletişim davranışı olduğu unutulmamalıdır. Dinlerken yargılamadan, güven vererek dinleme esas alınmalıdır. Etkin dinleme, muhatabı doğru bir şekilde anlamak ve bunu ona göstermektir. İnsanların kendilerini bulmaları, kim olduklarını anlamaları için dinleme çok önemli bir davranıştır. İnsan, muhatabının onu dinlenmesiyle var olduğunu hisseder. Dinleme esnasında karşı tarafı zorlama ve meraklı gibi görünmeme önemli bir husustur. Manevi danışmanlıkta merak giderme ve karşı tarafı zorlayıcı, sorgulayıcı ve yargılayıcı bir tavrın hiç uygun olmayacağı unutulmamalıdır (Eryiğit, 2018).

Hasta ve ailesine karşı empatik tutum gösterilmelidir. Empatik iletişim hastanın karşısındaki kişi tarafından kendisine önem verildiğini ve anlaşıldığını hissetmesini sağlar. Kendisiyle empati kurularak görüşme yapılan hasta karşısındaki tarafından anlaşıldığını hissederek mutlu olur. Hastayı aktif bir şekilde dinlemek, duygularını ve kaygılarını ifade etmesine olanak tanır. Anlamaya çalışmak, sadece sözlerini değil, beden dilini ve duygularını da gözlemlemek anlamına gelir. Hastaların endişelerini küçümsemeden, onları ciddiye alarak dinlenilmelidir. Onlara isimleriyle hitap etmek ve konuşurken göz teması kurmak saygıyı hissettirir. "Sizi anlıyorum.", "Bu

durumun sizin için zor olduğunu görebiliyorum.” gibi ifadeler, hasta ile bağ kurmayı kolaylaştırır.

Empati kurmaya çalışırken dikkat edilmesi gereken bu durumu sempatiye dönüştürmemektir. Sempati; karşıdaki kişiyle aynı duygu ve düşünceyi paylaşmayı, empati; sadece karşıdaki kişiyi ciddiye almayı ve onun duygu ve düşüncelerini anlamayı içerir. Sempati de karşı tarafın yaşadıklarını anlamaksızın onun durumunu acımak söz konusudur. Empati olaya karşıdaki kişinin bakış açısından bakmayı, sempati olayı kişinin kendi bakış açısından bakmayı esas alır. Empati bireyin karşısındaki kişi ağlıyorsa onunla ağlamasa da, bulunduğu durumu anlayarak ona yardım etmeye çalışmasıdır. Böylece, karşıdaki bireyin acısı ve üzüntüsü paylaşılır. Sempati de ise ağlayan bir kimse görüldüğünde onunla ağlamayı içerdiğinden kişiye, üzülmesin karşısındakinin de üzülmesine ve hatta ona acımasına neden olduğu mesajı verilir (Ayten, 2013).

Sağlıklı bir iletişim için; sade anlaşılır ve açık bir üslupla konuşulmalı, kapalı ifadelerden kaçınılmalıdır. Sözel ifadelerde uygun kelimeler yerli yerinde kullanılmalıdır. Hastanın yaşadığı durumun anlaşıldığı ses tonu, duruş, yüz ifadesi ve kurulan cümlelerle muhataba hissettirilmelidir. Bu bağlamda sözel ve sözel olmayan mesajın uyumlu olması önemlidir.

Manevi danışman ile hasta arasındaki yardım ilişkisini pekiştiren temas, kişisel sınırları ihlal etmeden, mahremiyete dikkat edilerek, muhatabı bu konudaki hassasiyetini anlayarak gerçekleştirilmelidir. Hastaya moral vermek amacıyla omzuna dokunma, elini tutma vb. eylemler bunlara örnektir.

Umut ile gerçek arasındaki denge sağlanmalı, gerektiği ölçüde gerçekçi olunmalı ya da umut verilmelidir. Her zaman “Sizi daha iyi gördüm” ya da “İyisin iyi.” demek hem gerçeklikten uzak hem de duyguları gerçek manada anlamaktan uzaktır. Umudu koruyarak gerçekçi kabulleniş sağlanmalıdır. Olumlu ve olumsuz durumların var olabileceğini hatırlatmak ve hastayı bunlara hazırlamak bir gerekliliktir (Demirel, 2016).

f) Tarafsızlık, Adaletli Olma ve Etik Değerlere Riayet Etme

Manevi danışman asla muhatabını damgalamamalıdır. Her halükârda tarafsız olmaya çabalamalıdır. Manevi danışman görüşme yaptığı hasta ve yakınları ile statü

farklılıkları ve sosyal sınıflarını gözetmeksizin eşitlik ve tarafsızlık ilkesine göre değerlendirmelidir (Özdemirve Göcen, 2024).

Manevi danışman eşit ve adil olmalı, hastalar arasında ayrım yapmamalıdır. Manevi danışman bir hastayı ziyaret etmek için hasta odasına girdiği zaman, müsait olması halinde diğer hastaya da selam vermeli, hâl hatır sormalıdır. Böylece diğer hastanın kendisine yönelik bir ayrımcılık yapıldığını düşünmesinin önüne geçilebilir (Çelebi, 2017).

Manevi danışman, yaptığı her görüşmede insan haklarına ve bireyin onuruna saygı duymalıdır. Yaş, cinsiyet, kimlik, sosyo-ekonomik düzey, etnik köken, din, mezhep ve engellilik durumuna göre ayrımcılık yapmamalıdır. Manevi danışmanın bu saydığımız farklılıkları göz önünde bulundurarak ve bunlara karşı duyarlı olarak görüşmelerini planlamalı ve sürdürmelidir. Yine dikkat edilmesi gereken bir husus da hastanın ve yakınlarının dünya görüşü; politik, dini ve ahlaki inançlarını açıklaması ya da değiştirilmesi yönünde zorlama yapılmamalıdır (Özsoy, 2023).

g) Herkese Yardım Edemeyeceğinin Bilincinde Olma

Manevi danışman, öncelikle bütün danışanlara yardım edemeyebileceğinin bilincinde olmalıdır. Bu noktada temelde kendisinin talep edildiği takdirde hizmet vereceğini ve talep edildiği bazı durumlarda istese de muhataplarına yardım edemeyebileceğini kabullenmelidir. Her durumda bir şeyler söylemeli diye bir şart yoktur. Mesela, bir ölüm durumunda manevi danışmanın konuşacağı bir şey olmayabilir. Nitelikli bir susma bazı durumlarda yapılacak en iyi davranıştır. Böyle durumlarda manevi danışman da susar ve yakınını kaybedenlere birlikte o acıyı yaşar. Onun başa çıkma sürecinde destek olur.

İletişim kaynak ve alıcı arasında gerçekleşen bir süreçtir. Manevi danışman kendisinden kaynaklanan herhangi bir yetersizlik olmasa da iletişimin istenildiği düzeyde kurulamayabileceğinin bilincinde olmalıdır. Bunu yaparken de kendisini ya da danışanı suçlamamalıdır (Tetik, 2009).

2.2.Palyatif Bakımda Manevi Destek

Sağlığın tanımlanmasında insanın sadece biyolojik ihtiyaçlarının olduğu görüşünün yerini zamanla biyolojik ve psikososyal ihtiyaçlara sahip olduğu görüşü almış, günümüzde ise biyolojik ihtiyaçları ile psikososyal ihtiyaçlarına ek olarak manevi

ihtiyaçları olduğunu kabul eden yaklaşım hâkim olmuştur. Bu bağlamda palyatif bakım servislerinde manevi bakım uygulamalarının temel gayesi; hasta ve hasta yakınlarına yaşamakta oldukları durumlar nedeniyle yaşama ve olaylara bütüncül bir perspektiften bakabilmelerine yardımcı olmak, onlara destek olmaktır. Ayrıca sağlık personelinin de devamlı zor ve sıkıntılı durumlar yaşayan insanlar ile muhatap olmalarına bağlı yaşanmakta olan hastalık döneminin etkileriyle (ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık gibi fizyolojik etkiler ile şaşkınlık, keder, anksiyete gibi psikolojik etkiler) ve hastalara tedavi sunmada yaşanan çeşitli zorluklarla hasta, hasta yakını ve sağlık personelinin başa çıkmaları ve anlamlandırma konularında onlara destek olmak, moral-motivasyon vermek hedeflenmektedir (Özkan, 2019).

Manevi boyut, insanın hayatında önemli bir yere sahip olan, anlamlar yüklediği, inançlarını kapsayan bir yapı arz eder. Hastanede yatmakta olan hastalar, hastalık sürecinde önem verdikleri pek çok konudan uzak kalabilmektedirler. Örneğin işi, ailesi, katıldığı etkinlikler vb. unsurlar onun önem atfettiği ve yaşamına anlam katan unsurlar iken, hastalık sürecinde bunlardan mahrum kalabilmekte ve hayatlarına yükledikleri anlamları sorgulayabilmektedirler. Hastalığı kabullenme sürecini ilk olarak İsviçreli Psikiyatrist Elisabeth Kübler Ross 1969 da yayımladığı "Ölüm ve Ölmek Üzerine" (On Death Dying) adlı kitabında, duygusal beş aşamadan geçtiğini tespit etmiştir. İnkâr-Öfke-Pazarlık-Depresyon-Kabullenme(Ross, 2023). Daha sonra bu sürecin diğer hastalıklar veya fiziksel engellilik karşısında başa çıkma sürecine giren pek çok durum içinde geçerli olduğu gözlenmiştir. Söz konusu aşamalar kültürel ve inançsal olarak ilave bazı farklılıklar taşıyabilir. Mesela Türkiye'deki araştırmasında Özkan, Adalet arayışını da bu aşamaların içerisine dahil etmiştir. Bu aşamalar çoğu zaman birbirini takip eden, biri bitince diğeri başlayan aşamalardır. Hastalığı kabul sürecinde yaşanan aşamalar, *"inkâr", "şok"* ve sonrasında *"geçici kabullenme", "öfke", "kızgınlık", "suçluluk", "adak adama", "adalet arama", "depresyon", "umut" ve "kabullenme"* şeklinde sıralanmıştır. Araştırmanın konusu; bu aşamaları göz önünde bulundurarak, hastaların, yakınlarının verdikleri tepkiler ve manevi endişelerin tespit edilmesidir (Özkan, 2019).

2.2.1.Hastalığı Kabullenme ve Başa Çıkma Sürecinin Aşamaları

Hastalığı kabullenme ve başa çıkma sürecinin aşamaları aşağıda açıklanmaktadır.

a) İnkâr, Şok ve Sonrasında Geçici Kabullenme

İlk zamanlarda hastalığı kabullenmek oldukça zor olabilir. Hatta birey ilk başlarda hastalığı doğrudan inkâr edebilir. Bir yanlışlık olmuştur, tahliller yanlıştır vb. diyebilir. Hasta ve yakınları yaşadıkları bu durumu kabullenmez. Hasta, kendisi için, "Hayır ben hasta değilim!" hasta yakını da hasta için, "Hayır o hasta değil!" şeklinde inkâr ifade eden cümleleri sıklıkla kullanabilir. Yanlış teşhis koyulduğunu iddia edebilecekleri gibi sağlık ekibini hastalığı çok geç teşhis etmekle de suçlayabilir; "Hayır bu benim başıma gelemez!", "Filmler, tahliller karışmış olabilir.", "Doktor tecrübesiz." gibi çeşitli ifadeleri kullanabilir. Teşhisin yanlış olduğunu duymak umuduyla doktor doktor gezebilir. İlerleyen dönemlerde ise daha gerçekçi düşünüp durumu en azından geçici olarak kabullenir (Gürsu, Söylev ve Demirtaş, 2021).

b) Öfke ve Kızgınlık

Hasta yakınları, hastaları sağlığında yaptığı (sigara içmek, sağlığını ihmal etmek gibi) ya da yapmadığı (ilaçlarını düzenli kullanmak gibi) çeşitli davranışlar nedeniyle suçlayabilir. Aynı şekilde hasta da kendisini bu nedenle suçlayabilir. Hastalar hasta olmalarının sorumluluğunu, sağlıklarında onların üzülmelerine neden olan bir durum ya da kişiye yükleyebilir, kızgınlıklarını bu şekilde ifade edebilir. Kimi zaman hasta, nedenini anlayamadığı öfke ve kızgınlık duyguları yaşayabilir. Bazen de hasta yaşadığı durumlar nedeniyle hayata, kadere ve Yaratıcıya öfke ve kızgınlık duyabilir."Neden beni seçtin? Şimdi zamanı mıydı? Zaten hiç gün yüzü görmedim. Kimse benimle ilgilenmiyor. Akrabalarım, arkadaşlarım, çocuklarım destek olmuyor. Allah beni sevmiyor. Allah beni cezalandırıyor." vb. ifadelerle anlatılan öfke ve kızgınlık duyguları hastalık döneminde yaşanan durumlardır. Hasta kızgınlık ve öfkesini karşılaştığı herkese yönlendirebilir. Bu bazen hastane çalışanı bazen de akrabası olabilir. Kızgınlık ve öfke aile ve tedavi ekibi (doktorlar, hemşireler, bakıcılar, psikolog, sosyal çalışmacı, manevi danışman vb.) açısından başa çıkılması zor bir süreçtir. Aslında hastanın öfkesi onlara değil yaşadığı durumdadır (Korkmaz, 2014).

c) Suçluluk

Hastalar, hasta olmaları nedeniyle suçluluk duygusu yaşayabilmektedir. Onlar, sağlıklıyken yaptıkları ya da yapmadıkları çeşitli davranışların ve hatta bazı düşüncelerinin hastalığa neden olduğunu düşünerek suçluluk duygusunu

yapılabilmektedir. Hasta yakınları kendilerini hastalığı önleyememekle, gerekli tedbirleri almamakla, uygun tedavi seçeneğini bulamamakla ya da tedavi için geç kaldıklarını düşünerek suçlayabilmektedir.

Hasta yakınları sıklıkla tedavi sürecinin devamında tedaviyle ilgili kararlar almanın sorumluluğunu üstlenmektedir. Bu durum onların verdikleri kararlar nedeniyle psikolojik gerginlik yaşamasına neden olmaktadır. Kimi zaman diğer hasta yakınları kimi zaman da kararı alan hasta yakını kendisini bu süreçte aldığı kararlar nedeniyle suçlayan bilmektedir. Hasta yakınları geçmişin analizini yapıp hasta olan kişiyle aralarında yaşanan ve yaşanamayan anlar için pişmanlıklarını ifade edebilmektedirler. Hastalar da yaşadıkları ya da yaşamadıkları olaylar nedeniyle pişmanlık duyabilmektedir. Bu durumlar onların kendilerini suçlamalarına neden olabilir (Kars, 2022).

d) Adak Adama

Hasta ve yakınları inançlarından gelen bir güçle bir mucize gerçekleşmesi için veya hastanın ömrünün uzaması ya da iyileşmesi için adaklar adamakta, başlarına gelecekleri ertelemeye çalışmaktadırlar. Bu süreçte hasta ve yakınları bir yandan hastalığın kötüye gidişinden endişe duyarken diğer yandan iyileşmeye dair umut besleyebilmektedir. Hasta ya da yakınları her ne kadar iyileşememe ya da kötüye gidiş ihtimali dolayısıyla endişelenseler de iyileşmeleri durumunda aldıkları kararları sıralayarak adapta bulunabilmektedir. Adak adama genellikle hastanın iyileşmesi için dua ve ibadet etme, yakınlarından dua isteme ile bir arada yaşanan bir süreçtir. Ancak adak adama da daha çok hastalığın geçmesi halinde yapılacakların sıralanması vardır. Bu süreçte adak adama, umut ve iyimserlik kazanma konusunda faydalı olabilir. “Evet, ama…” şeklinde başlayan süreci olumsuzdan olumluya doğru değiştirme için umut ve çabalar sıklıkla görülebilir (Kayahanve Yanık, 2020).

e) Adalet Arama

Hasta ve yakınları, hastalık sürecinde yaşadıkları çeşitli olay ya da davranışlarının bir bedeli olup olmadığını anlamaya çalışır. Hasta ve yakınları kendilerinin bu durumu yaşadıkları çeşitli olay ya da durumların sonucunda “hak ettikleri bir ceza” olarak yaşadıklarını ya da aslında bu durumu hak etmediklerini ve “Yaratıcıları tarafından haksızlığa uğramış/mağdur” olduklarını düşünebilmektedirler. Hasta ve yakınları

yaşadıkları hastalık sürecindeki duygu ve düşüncelerini yaşamlarındaki bütün olay ve durumlara genelleme eğilimi gösterebilmektedir (Apaydın, Özer ve Aydın, 2014).

f) Depresyon

Hastada tanı sonrası derin üzüntü, içe kapanma ve kendisini boşlukta hissetme gibi belirtiler gözlemlenebilir. Hastalığın kabullenilememesi, hastanın duygusal durumu, tedavi sürecinde yaşanan zorluklar, hasta yakınlarıyla etkileşimi ve bilinçsiz hareketleri hasta da olumsuz düşünceler oluşturabilir. Hatta zaman zaman çaresizlik duygularının ortaya çıkmasına neden olabilir. Özellikle kanser gibi hastalıklarla başa çıkma sürecinde depresyon, hastalık sürecinde ortaya çıkabilir. Hastalık bireyin beden imajında bozulmalara yol açabilir. Örneğin, meme kanseri olan bir kadın, artık kadın olmadığı hissine kapılabilir, şeker hastası kendisini her şeyden yoksun bir kişi olarak hissedebilir, kalp hastası kendini hiçbir şey yapamayan gereksiz biri olarak düşünebilir. Hastalık döneminde hasta ya da yakınının çalışma hayatından ayrılmasını gerektiren durumlar olabilir. Bunun etkisiyle aile maddi gücünü kaybedebilir. Bütün bu düşünceler ve durumlar bireyin çaresizlik duygusunu ve depresif eğilimlerini artırabilir (Mete, 2008).

g) Umut ve Kabullenme

Hastalarda umut aşılamak ve hastalığı kabullenme sürecine destek olmak, hastanın ruhsal durumunu güçlendirmek ve tedaviye uyumunu artırmak açısından büyük önem taşır. Bu süreçler, hastanın fiziksel ve manevi iyilik haline katkı sağlayan iki temel adımdır. Çoğunlukla hastanın öfke ve depresyon anında duygularının açığa çıkmasının etkisiyle duyguların çözümlenmesi sağlanmış olur. Bu duyguların ortaya çıkması bireyi rahatlatır. Ailesinden ve sosyal çevresinden yeterli desteği alıyor, manevi ve psikolojik yönden destekleniyorsa bireyin öfkesi, kendini yalnız hissetmesi ve çaresizlik duygusu azalabilir. Bunun yerine hastalığı kabullenme ve bu gerçeğe göre durumu yeniden gözden geçirme süreci olabilir. Bu süreçte hasta tedavi sürecine yoğunlaşır ve umut duygusu bu dönemde bireyin iyi oluşunu ve iyileşme sürecini olumlu olarak destekler (Atayve Kumcağız, 2022).

2.2.2. Palyatif Bakım da Hastalara Manevi Destek Verilmesi

Hastalık birey üzerinde sadece bir sağlık problemi meydana getirmez, bununla birlikte sosyal yaşantısı ve ilişkilerinde bir kısıtlanma ve ruhsal yönden de hayatın amacı, anlamı ve Yaratıcı hakkında birtakım sorgulamalar yapmasına yol açabilir. Özellikle palyatif bakım servisinde yaşlılığın beraberinde getirdiği zorluklarla beraber, başkalarına yük olma, yaşamın sonuna doğru yaklaşma neticesinde gelecek ile ilgili kaygılar oluşmaya başlar. Ölümü sorgulama, hastalığın verdiği ağrıları sürekli bir ölüm tehdidi olarak algılaması ve tecrübesi (yan odadaki diğer hastaların öldüğüne görüp bağırışlarına şahitlik etmesi) hastayı birtakım sorgulamalara, kaygı ve krizlere sürükleyebilir. Kendi bildiği ve sevdiği bir ortamda, yalnız başına değil, sevdiklerinin yanında olduğunu bilerek son nefesini vermek isteyen hastaların, ölümlerini yoğun bakım odalarında, soğuk ve bilmedikleri bir ortamda beklemek zorunda olmaları nedeniyle psikolojik yükü daha da ağırdır. Özellikle bu süreçte birçok hasta köyüne memleketine gitmeyi arzular. Son nefesini bildiği bir ortamda vermek için eve çıkmak için ısrarcı olmaları süreci daha da zor bir duruma sokmaktadır (Koening ve Kımter, 2014).

Palyatif bakım servislerindeki birçok hasta bu gibi krizlerde kaygı ve sıkıntılarını paylaşabileceği, yaşadığı duygularını anlayabilecek, düşüncelerini ciddiye alarak ve onlara saygı duyup hissettiklerine eşlik eden, onu dinleyecek insani bir ilişki arar. Çünkü hastalık süreci insanların çoğunluğunda bir kriz dönemi, hastaneler de bu krizi tetikleyen ortamlardır. Hasta olan kişi aniden, hiç beklenmediği bir zamanda alışkın olduğu sosyal ortamından, evinden, köyünden koparak, kendini bilmediği yabancı ve katı kuralları olan bir ortamda bulur. Bu yeni yerin uyması gerektiği kuralları vardır. Ayrıca ondan alışkanlıklarını bırakması ve yeni davranışlar geliştirmesi istenilmektedir. Uykuya geçiş ve kalkış zamanları, yemek saatleri, tadına alışık olmadığı hastane yemekleri, kısıtlanmış belirli ziyaret saatleri, birçok istenen tetkik ve muayeneler, çok yataklı olan odalarda kısıtlanan özel hayat ve mahremiyet gibi vb. kurallar (Ağıkaya Şahin, 2021).Tam bu noktada manevi danışmanlara iş düşmektedir. Manevi danışmanın görevi hastalar servise giriş yaptıklarında başlar. Hem hastane ortamına ayak uydurma da zorlanan hem de hastalık ile mücadele etmekte olan hastalara;

- Onlara hastane sürecinde neler olabileceğini anlatan

- Onları dinleyen sorularına vakit ayıran

- Onur ve bireyselliklerine saygı gösteren, yargılamayan

- Kederli ve korkulu, zor durumlarda yanlarında kalan

- Kendilerini ifade edemeyecek hale gelseler bile onların elini tutan ve onlarla konuşan

- Ölürken de onların yanında bulunan

- İstediklerinde onlarla dua edip, Kuran okuyan

- Çektikleri acıların altında yatan anlam sorusuna birlikte cevap arayan

- Onlara yaşam ve ölümün anlamını anlatabilecek olan kişilerdir (Kesme, 2021).

-Böylece ilk günden hastanın yanında olan manevi danışman, genel bir yaklaşım ile hastanın geri kalan hayatı ile hastane süreci arasında bir köprü kurmaya çalışır. Konuşarak, dini kaynakları referans ederek kişiye hastalığının meydana getirdiği ruhsal bunalımla başa çıkması için yardımcı olunmaya çalışılır. Özellikle bu gibi ağır ve stresli dönemlerde her insanın kendisini dinleyecek, anlayacak, ona vakit ayıracak, anlattıklarını kabul edecek birine ihtiyaç duyar. Hastane ortamında en az hastalar kadar, hasta yakınları da bu stresli zamanlardan geçer ve manevi danışmanların ilgisi onlara da yardımcı olur.

2.2.3. Palyatif Bakım da Hasta Yakınlarına Manevi Destek Verilmesi

Sağlık Bakanlığı Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkındaki 2015 tarihli yönergede amaç olarak "Hasta ve ailesine yönelik tıbbı, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek" belirtilmektedir (Kamu Hastaneleri G. M., 2017).

Hastalık dönemi hasta ve yakınları arasında çeşitli sorunların yaşanabileceği bir dönemdir. Bu dönemde hastanın bakımını üstlenecek olma, dolayısıyla belirli ya da belirli olmayan bir süre hastayla birlikte sosyal hayattan uzak kalabilecek olma hasta yakını için zor ve endişeli bir sürecin başlangıcı olabilir. Ayrıca çoğu zaman yaşadığı hastalık ve devam etmekte olan tedavi sürecinin etkisiyle hastanın psikolojik yapısında oluşan değişiklik ve tutarsızlıklar hasta yakınlarını bir çıkmaza sürükleyebilmektedir.

Bu bağlamda manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetinin palyatif bakım sürecindeki hasta yakınlarına da verilmesi, büyük bir önem arz etmektedir. Palyatif bakım

servisinde hastası olan bireyler, özellikle de hastanın iyileşme gibi bir imkanının olmadığı ve git gide sürecin sona doğru yaklaştığı, terminal dönemde zor ve stresli bir dönemi tam atlatamadan kendilerini yas sürecini içinde de bulabilmektedirler. Aynı zamanda bu durumun getirdiği diğer bir sorumluluk ta hasta adına bazı kararları verme mesuliyetidir. İşte bu aşamada manevi destek uzmanının katkısıyla, yas danışmanlığı kapsamında destek alarak aile olarak bütünlüklerini korumalarına da yardımcı olunmaktadır (Doğan, 2017). Hastanın palyatif bakıma gelmesiyle birlikte, yakınlarında meydana gelen stres, hastaya bakım verenin yükünün artırması gibi durumlar, mevcut psikolojiyi olumsuz etkilemektedir. Hasta yakınları gerekirse psikolojik destek almaları konusunda ısrarcı olmadan yönlendirilmelidir. Hastanın normal olmayan tepkilerine karşı hoşgörülü ve sabırlı olmaları yönünde destek olunmalıdır. Yaşanan zorlu günlerin yanında, aile üyeleri arasında samimiyet ve sevginin artması, bakım veren kişilerin kendi içinde anlam bulma, kişisel gelişimlerini tamamlama, kendine saygı duyması gerekliliği, kişisel doyuma ulaşma gibi olumlu gelişmelere de vesile olabilmektedir (Özdemir, 2016).

Devam eden süreçte hasta yakınları için başlayacağı öngörülen yas sürecinin sağlıklı bir şekilde kabullenilmesi için, ölümün hakikatini ne derece kavramış olmaları ve kabul etmelerine bağlıdır. Yaşanabilecek olası ani bir ölüme karşı hasta yakınlarının içinde bulundukları durumu karşılamalarına ve kabullenmelerine yardımcı olunmalıdır. Ayrıca olabilecek kayıp durumlarının öncesinde hasta yakını sürece hazırlanmalıdır. Vefat anı ve sonrasında düzenlenen cenaze törenleri ve bununla ilgili yapılması gerekenler hasta yakınlarının, ailesinin destek olunması gereken manevi durumlar arasındadır. Bu dönemdeki, destek hasta yakınları için rahatlatıcı olabilmektedir.

2.2.4. Manevi Desteğe Öncelikli Olarak İhtiyaç Duyabilecek Hastalar Kimlerdir?

a) Terminal Dönem ve Palyatif Bakım Hastaları

Bu dönemde sorunlar hastanın içinde bulunduğu evreye, ölüme yüklenen anlama ve hastanın inanç sistemlerine göre farklılık göstermektedir. Ancak genel olarak ölüm kaygısı ve korkusu farklı oranlarda hem hasta hem de hasta yakınlarında görülür. Hasta yakınlarında, hastayı kaybetme korkusuna bağlı olarak hastayı koruma isteği çok sık görülür. Ölüm korkusuyla birlikte, hastanın aile ve tedavi ekibiyle uyum güçlüğü yaşaması ağrıların kontrol edilememesi, metabolik bozuklukların

yaşanmasıyla içinden çıkılamayan bir hal alabilmektedir. Bu dönemlerde hastalar yaşadıkları hastalığa bağlı olarak huzursuzluk, isyankârlık, başkalarına aşırı derecede bağlanma, sağlıklı insanlara öfke duyma, izolasyon ve buna bağlı yalnızlık, sağlığı olumsuz yönde etkileyecek tutum ve davranışlara eğilim gösterebilmektedir (Işıl ve Karaca, 2009).

b) Beden İmajı Bozulan Hastalar

Beden imajı bozulan hastalarda manevi alana ilişkin sorgulamalar daha yoğunluklu yaşanabilmektedir. Bu nedenle manevi danışmanlık hizmetinin verileceği hastaların başında bu tür hastalar gelmektedir. Beden algısı bozulan birey ifade ve davranışlarıyla durumuna tepki gösterebilir. Bedeninden utanma ve iğrenmesi bunu örnek gösterilebilir. Buna bağlı olarak birey bedenini gizlemek isteyebilir ya da bedenine bakamayabilir. Birey bu dönemde bedenine veya değişime uğramış yere dokunamayabilir. İntihar girişimleri, aşırı yemek yeme, sürekli ağlama gibi kendine zarar verici davranışlar sergileyebilir (Erkalve Pek, 1993).

c) Yatağa Bağımlı Hastalar

Yatağa bağımlı olan hastaların manevi alana dair ihtiyaçları diğer hastalara kıyasla daha sık ortaya çıkmaktadır. Bu hastalar uzun süre hastane ortamında kaldıkları ve rutin hayatlarından uzaklaştıkları için hastalarda duygusal ve sosyal izolasyon görülmektedir. Kendini yalnız hissetme, ölüm kaygısı ve korkusu, sosyal statü ve çevresini kaybetme korkusu, emek verdiği işini kaybetmesi, sürekli başkalarına ihtiyaç duymalarına bağlı olarak bağımlılık psikolojisi, çaresizlik ve depresyon, kronik uykusuzluk, kaygı düzeylerinde artış, terk edilme korkusu gelişebilir. Tüm bu süreçlerde manevi danışman, hastanın motivasyonun artması ve yaşam kalitesini yükselmesine vesile olarak sürece olumlu katkıda bulunabilir (MEB, 2013).

d) Onkoloji Hastaları

Halk arasında "kötü hastalık" olarak bilinen kanser, çoğunlukla tek bir kişinin hastalığı olarak algılanmaktadır. Tanıyı alan bireyleri ve yakınlarını bütünsel olarak etkilemektedir. Ayrıca kanser bireyi sadece fiziksel olarak değil; bilişsel, psikolojik, duygusal, manevi ve sosyal yönlerden de etkilemektedir. Gerek hastalığın tanı aşamasında gerekse tedavi sürecinde hastanın hayatını bütünüyle etkilemektedir. Kanser hastalığı, hastanın bedeniyle ilgili algısında, yaşam kalitesinde, benlik

saygısında, kişisel ve sosyal rollerinde, aile ve çevresiyle olan ilişkilerinde, dini/manevi algılarında ve kısacası hayatının genel işleyişinde değişiklik oluşturabilmekte, bu durum da sosyal ve manevi desteğe duyulan ihtiyacı artırmaktadır (Ülger, 2014).

Onkoloji hastalarında hastalığı bir savaş gibi algılama ya da kederci bir kabullenme görülebilmektedir. Kanserde kültüre özgü psikolojik tepkiler fazlaca görülmektedir. Toplumumuzda kanser olan kişinin yakınlarında hastalığı hastadan gizleme eğilimi görülebilmektedir. Bu durum "öğrenirse çok üzülür, daha çok hasta olur" cümleleriyle ifade edilir. Kanser olan hastanın yakınlarında hastayı kaybetme korkusu ve buna bağlı olarak onu koruma isteği çok sık görülmektedir. Günlük yaşamları kesintilere uğrayan ve rolleri uzun ve yorucu bir süre için değişen hasta yakınları, üstlenilen yeni rol ve sorumlulukları nedeniyle depresyon ya da ümitsizlik gibi olumsuz duygular yaşamaktadırlar (Çayır, 2012). Tüm bu sebeplerle onkoloji servisleri, manevi sorgulamanın ve manevi desteğe en çok ihtiyaç duyulan bölümlerden birisidir (Beki, 2021).Bu nedenle manevi danışmanlık hizmetlerinin bu bölümlerde hasta, hasta yakını ve hastane personeline sunulmasında yarar vardır.

2.3. Palyatif Bakımda Manevi Destek ve Manevi İyi Oluş

Palyatif bakımın amacı sadece hastalık ile ilgili semptomların azaltılması olmayıp aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarına manevi ve psikososyal destek verilmesini önemli gören, hastalar ve hasta yakınları için en iyi yaşam kalitesini sağlamayı amaç edinen bakım modelidir. Tıbben yapılabilecek çok fazla bir şey olmayan, ilerlemiş hastalıklarla başa çıkmaya çalışan hastaların bakımında önemli bir yere sahip olan dinî ve manevi destek, hastalığın semptomları ile baş etmede, geçirilen zamanın kalitesinde, hastanın son zamanlarında karar vermek gereken bazı durumlarda (yoğun bakım vb.) önemli bir yere sahiptir. Manevi destek hizmetinin fiziksel ve psikososyal iyi oluşa katkılarından söz edilmekle birlikte en önemli katkılı olduğu alan hastanın manevi iyi oluşudur. İçinde olduğu durumu özümseyip anlamlandırmış ve sürece hâkim bir şekilde teslimiyet noktasına ulaşmış olması ulaşılmak istenen hedeftir.

Bu alanda yapılan araştırmalara göre, manevi destek almış bir hasta da ortaya çıkabilecek manevi iyi oluş halinin, yaşam sonundaki umutsuzluğa ve depresyon vb. durumlara karşı koruyucu bir kalkan olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmalarda manevi iyi oluş halinden yüksek puan alan hastaların terminal dönemde ölümün

çabuklaştırılması ve intihar düşüncesine daha az istekli oldukları, yaşama ümidini kaybetme hissine daha az kapıldıkları tespit edilmiştir (Doğan, 2019).

Aileyi içine almayan bir yaklaşımla hastalıkları tedavi etmek, kişinin en önemli sosyal destek kaynaklarından birinin aile olduğu düşünülürse pek mümkün olmayacaktır. Bu konuya içinde bulunduğumuz coğrafya ve kültürel değerler açısından yaklaşacak olursak, hasta olan birini ziyaret etmenin, karşılığında kazanılacağına inanılan manevi mükâfatın yanı sıra, hastanın psikolojik açıdan desteklenmesinde de önemi vardır. Dolayısıyla aile ve sosyal destek, kişilerin hastalıklarının tedavisinde ve manevi iyi oluşlarında çok büyük bir yere sahiptir. Bazen yıllarca içinde gizleyip en yakınına söyleyemedikleri, kimseye anlatamaya cesaret edemediği pişmanlıkları, sorunları, duygularını gizleyip yok saymak yerine, ilk önce kendini tanıyıp içsel barışını sağlayıp, farklı açılardan hayata bakabilmeyi öğrenmesinde manevi desteğin önemli bir rolü vardır. Ayıplamadan, koşulsuz kabul şartıyla, sevgi, saygı ve merhamet içeren etkin bir dinleme, samimi içten bir iletişim kendilerini iyi hissedip mutlu olmalarına vesile olmaktadır. Dini konulardaki doğru bilinen yanlışlar, hasta ve hasta yakını için zaten zor olan bu süreci dahada içinden çıkılamaz bir hale getirebilmektedir. Din de hastalığın yeri, hastalığın anlamlandırılması, hastalığın kişiye kazandırdıkları, rahatlatan ve ferahlatan yönleri, güzel bir üslup ile anlatıldığında, kişinin yaşam kalitesinin yükselmesinde kendini mutlu ve hoşnut hissetmesinde çok güzel sonuçlara ulaşılmaktadır. Hastanın talep etmesi halinde Kur'an-ı Kerim okunması, okunan yerlerin anlatılması, birlikte dua yapılarak Allah dan şifa istenmesi hasta ve yakınlarının huzurlu hissederek memnuniyetlerine vesile olmaktadır(Tursun, 2019).

2.4.Hastaların ve Yakınlarının Manevi İhtiyaçları Nelerdir?

Hastaların fiziki rahatsızlıkları ile beraber ruh sağlıklarına da odaklanılması, onların tam bir huzur içinde olması açısından önemlidir. Çünkü insan beden ve ruhtan oluşan konuşan bir varlıktır. Nefes alıp verme, yeme, içme gibi olaylar bedenle; inanmak, sevinmek ve mutlu olmak gibi durumlar da ruhla ilişkilendirilmiştir. Bu sebeple tarih boyunca hastalar sadece maddi ilaçlarla değil "manevi destek" denilebilecek telkin, zikir, dua okuma gibi soyut; su, müzik gibi somut yöntemlerle de tedavi edilmişlerdir (Aydın, 2016).

“Her birey bir tanedir.” ilkesiyle hareket eden manevi danışman, öncelikle hastanın din ve değerler dünyasını iyi bir şekilde analiz etmeli. Sonra kişinin manevi ihtiyaçlarını tespit ederek manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetine sunmalıdır. Bu çerçevede hasta ve yakınlarına uygulamış olduğumuz ölçekler neticesinde hasta ve yakınlarının manevi ihtiyaçları şu şekilde sıralanmıştır.

2.4.1. Yardım İhtiyacı

Hastalığın teşhisi koyulup tedavi sürecinin başlamasıyla, hasta ve yakınları içinde bulundukları durumdan kurtulmak üzere bir çözüm arayışına girebilmektedirler. Yardım arayışı içine giren bireyler, teşhisin doğruluğu ve tedavi sürecine dair kafasındaki sorular sebebiyle stresi daha da artmaktadır. Şöyle ki, bireyin bedeninin çalışma düzenindeki uyumsuz durum kendini öfke, kaygı, sıkıntı, korku, çaresizlik gibi çeşitli duygu durum bozuklukları ile göstermektedir. Bu süreç bireyin hayatının rutin seyrini bozan hastalığın “neden” olduğuna dair anlam arayışına da yöneltebilir. Bu noktada manevi danışman hasta ve yakınlarını etkin bir şekilde dinleyerek, iyileşmenin bir yolculuk olduğunu anlatmalı. Esas olanın bu yolculukta yalnız olmadığı Allah’ın yardımının, doktorların ve diğer hastane personelinin desteğinin yanında olduğunun farkına varmasıdır. Şifayı verecek olan Yüce Yaratıcıya dua ve teslimiyetin önemi anlatılmalıdır.

2.4.2. Umut ve Anlam İhtiyacı

İnsanoğlu, yaşadığının bilincinde ve dünya hayatın bir sonu olduğunun, ömrünün biteceğinin farkında olan tek canlıdır. Yaşadıklarına ve hayallerine anlamlar yükleyen, bunlar üzerine şimdiki anını ve geleceğini inşa eden bir varlıktır. Çocukluk yaşlarından itibaren yaşantısına anlam vermeyi ve geleceğe dair hayaller kurmayı, karşısına çıkan olaylar ve deneyimler ile hayata dair anlam oluşturmayı öğrenir. Bu süreç bir ömür boyunca devam ederek tecrübeleri oluşturur. Sonuç olarak insan hayatının ortalarına denk gelen olgunlaşma dediğimiz gelişim ve dönüşüm dönemi başlar. Olgunlaşma ile birlikte insan geçmişinden dersler çıkararak devam eden hayatında artık kendisine mutluluk getirecek anlamlı bir hayatı hedefler (Ayten, 2022).

Gündelik yaşamda rutin olarak hayatını sürdüren insan hayatının anlamlı olup olmadığını pek sorgulamaz. Ancak hayatın rutin seyrini bozan bir hastalıkla karşı karşıya kaldığında anlam ihtiyacı duyar. Böyle zor ve sıkıntılı durumlarda bireyin

düzen içerisinde devam etmekte olan hayatına yönelik bir tehdit oluşmakta ve anlam arzusunun gerçeklik kazanması engellenmektedir. Kısacası hastalığın getirdiği güçlükle karşılaşma, bireyin anlam ve kontrol kaybı yaşamasına sebep olur ve anlam arayışı böyle durumlarda daha görülür hale gelir (Bahadır, 2011).

Aynı zamanda hasta bu süreçte manevi alana dair sorgulamalar yaşamaktadır. Anlamlandırma sürecinde birey hastalığın Allah'tan geldiğini düşündüğünde manevi alana dair sorgulama ve atıflar yapabilir. Manevi alana dair bu atıf ve sorgulamalar hastalığın ve iyileşme sürecinin seyrinde ve hastanın iyi oluş sürecinde etkili olabilir. Bu noktada manevi danışman, hastayı dini referanslara yönlendirerek umudunu canlı tutmasını ve yaşadıklarına yeni bir anlam inşa etmesini sağlamalıdır. Örneğin, "Allah *kendisine karşı sorumluluk bilinci taşıyan herkes için (içinde bulunduğu zorluk ve sıkıntıdan) bir çıkış yolu sağlar.*" (et-Talak 65/2) ayeti hastaya aktarılarak bunun üzerine konuşulabilir.

Umut duygusu iyileşmeye yönelik motivasyon ve tedavi sürecine uyumda son derece önemlidir. Ancak umut ve gerçek arasında dengenin sağlanması bireyin dengeli bir şekilde motive edilmesi de ayrıca önemlidir. Kötüye gidiş durumlarında hastanın var olan durumu kabullenmesinden ziyade, umut etmesine destek olmak onun için faydalı olmayacaktır. Ancak şuna da dikkat etmek gerekir ki kötüye gidiş bile olsa salt gerçekçi olmakta çözüm olmayabilir. Bu nedenle muhatabın durumu kişisel özellikleri ve benzeri pek çok faktör iyi bir şekilde analiz edilerek hareket edilmelidir. Birçok durumda umutsuzluk hastalarda çöküşe neden olabilir. Bu yüzden önemli bir umut kaynağı olan manevi inançlar tedavi sürecinde oldukça gereklidir. Özellikle dua, bireylerin iyileşeceklerine dair umutlarını artıran bir uygulamadır. Hastaya birlikte dua ederek ya da hastanın dua etmesi teşvik edilerek umut etmesine destek olunabilir (Bahadır, 2011).

2.4.3. Hastalığı Kabul Etme İhtiyacı

Hasta; hastalığını kendine meydan okuyan bir olay ve bununla mücadele etmesi gerektiğini anladığı an, hastalık ile aktif olarak başa çıkmak için çabalar. Tedaviyi kabullenir ve hastane personeli ile iş birliği içinde hastalığa uyumlu davranışlar sergileyebilir. Hastalığı kabullenen bu hastaların tedavi ve bakımında onlarla iş birliği yapmak kolaydır. Ama süreç her zaman böyle seyretmeyebilir. Bazı hastalar hastalığını vücuduna benliğine zarar veren bir düşman olarak algılayabilir. Bu durum

ise onların sıklıkla korku ve öfke duyguları yaşamasına yol açar. Hasta hastalığı, kendisi için müstahak olan bir ceza ya da hak etmediği bir ceza olarak algılayabilir. Hasta cezalandıran tarafından sevilmediğini düşünebilir. Burada hasta için en önemli sorun hissetmiş olduğu suçluluk duygusu ve derecesidir. Hasta tarafından hastalığın bir tehdit, zarar verici bir unsur, ceza veya kayıp olarak algılanması tedavi sürecini olumsuz olarak etkiler. Bu hastalar karşısında sağlık personeli kendilerini çaresiz ve etkisiz hissedebilir. Kısacası hastalığın algılanışı ve kabulü süreç açısından önemlidir (Kocaman, 2008).

2.4.4. Pişmanlık ve Tövbe İhtiyacı

İnsanoğlu fıtraten sevap ve günah işleyebilme özelliği ile yaratılmıştır. Peygamberler haricinde bütün insanların az çok günahı vardır. Yüce Allah nezdinde muteber olan kulların hiç günah işlememesi değil, günahında ısrar etmemesi ve işlediği günahından pişmanlık duyarak tövbe etmesi istenmektedir. Bu durumda insanın günahına tövbe etmesi ve tövbe etmede de acele etmesi gerekir (Kurt, 2024). Çünkü ölümün ne zaman geleceği belli değildir. Ölüm anı gelmeden yapılan tövbeleri umulur ki Allah kabul eder. Ayeti Kerime de "*Rabbinizden umut kesmeyin de başınıza azap gelmeden önce tevbe ile Rabbinize yönelin, O'na teslim olun. Yoksa kurtuluşa eremezsiniz!*" buyurmaktadır (ez-Zümer 54/39).

Ciddi hastalıklar yaşayan, hastane sürecini uzun süre tecrübe eden kişiler, artık yaşamın sonuna doğru yaklaştığını anlayabilir. Günlerinin sayılı olduğunu farkına varan birey, bu süreçle nasıl başa çıkacağını ilk etapta bilemeyebilir. Çoğu insan ölümden korktuğundan daha çok ölüm sürecinden korkar. Çünkü bu süreç insanların kendileri ve yaşamları üzerinde kontrolü yitirdikleri rahatsız, yalnız ve pişmanlıklar hissettikleri bir dönemdir (Boztiki veArdıç, 2017). Hastalar ölümden sonra cezalandırılma gibi korkular nedeniyle manevi olarak da kendilerini ölüme hazır hissetmeyebilir. Bu noktada yine kendilerine rehberlik edecek kaygılarını azaltacak ve onlara ümit verecek manevi danışmanlara ihtiyaç duyacaklardır.

Manevi danışman, hastaya geçmişte yaşamış olduğu pişmanlıklarından dolayı tövbe etmeye yönlendirebilir. Bu noktada tövbenin mahiyeti anlaşılır bir lisan ile anlatılmalıdır. Korku ve ümit arasındaki dengeyi göz etmelidir. Tövbe edenlerin tövbesinin kabul olduğuna dair ve tövbe sürecinin içeriğine dair Peygamber kıssaları

anlatılarak konu pekiştirilebilir. Örneğin "Hz. Âdem kıssası" anlatılabilir ve düşündürdükleri üzerine konuşulabilir (Öztürk, 2009).

Hasta affedebildiğinde helalleşebildiğinde hatalarının, pişmanlıklarının yükünden hafifleyip içsel bir huzura ererek iyileşme sürecinde motivasyonu artacaktır.

2.4.5.Dürüst Olma İhtiyacı

Tedavi sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi, hastanın öncelikle kendisine ve görüşme yaptığı uzmanlara karşı sözlerinde ve davranışlarında tutarlı olduğunu gösterebilmesiyle mümkündür. Hastanın ve yakınlarının hiçbir detayı saklamadan dürüst olabileceği ortamı sağlamak tedavi süreci için önemlidir. Hastanın yakınlarıyla veya yakınlarının hastayla ilişkilerini iyileştirmeye çalışırken doğru sözlü olmanın uzun vadede sağlayacağı yararlar dini literatürden örnekler ile anlatılmalıdır. Örneğin, Peygamber Efendimizin "Muhammedü'l- Emin" olarak bilinmesine değinilebilir.

2.4.6. Affetme ve Affedilme İhtiyacı

Bazı insanlar hastalığı cezalandırılma olarak değerlendirebilir. Bu nedenle ölüm düşüncesiyle birlikte, affetme ve affedilme ihtiyaçlarında artış görülebilir. Yaptıkları çeşitli hatalar nedeniyle cezalandırıldığını düşünen hasta bağışlanma talebiyle Yaratıcısına yönelir. Tövbe bu süreçte en önemli rahatlatıcı unsurlardan biridir. Hasta ve yakınları yaşamları boyunca birbirlerine veya başkalarına karşı yapmış oldukları çeşitli hatalarla ilgili affedilme ihtiyacı duyar. Kişinin maneviyata ve dine olan inancı başkalarını affetmek ve onların affını isteme sürecinde etkili olur. Böylece manevi inançlar bireylerin öfke ve suçluluk duygularından sağlıklı şekilde arınmalarına yardımcı olur. Manevi danışmanlık sürecinde birey öfke duyduğu kişileri affetmeye yönlendirilebilir. Bu hususta diğer birçok konuda olduğu gibi zorlayıcı ve karar verici durumunda olmamaya özen gösterilmelidir. Yaratıcısı tarafından cezalandırıldığını düşünen ya da çeşitli hataları olduğunu, günahlar işlediğini ifade eden bireylere tövbe konusunda bilgi verilir. Muhatabın istemesi halinde tövbe konusunda rehberlik edilebilir. Ancak burada kişilerin böyle bir ihtiyacı olması ve bu konuda talepte bulunması dikkate alınmalıdır (Ayten, 2009).

2.4.7. Öfkeyi Denetleme İhtiyacı

İnsanın en temel duygularından biri olan öfke duygusunun, hastalık ile mücadele eden bireylerde kontrol edilememesi ve öfke patlaması yaşaması sık karşılaşılan durumlardandır. Bu durum çeşitli fiziksel veya psikolojik durumlarla ilişkili olarak ortaya çıkabilir. Depresyona bağlı ileri derecede tahammülsüzlük, aile içi ilişkilerde çatışmalara bağlı olarak ani ve yoğun öfke, geçmiş travmalar öfke kontrolünü zorlaştırabilir. Yine demans ve alzheimere bağlı beyin işlevlerindeki bozulmalar, hormon dengesizlikleri, tahammül edilemeyen ağrılar, kronik hastalıklar, bazı ilaçlar yan etki olarak huzursuzluk veya öfkeye neden olabilir.

Manevi danışman dini literatür ile hastanın öfkeye dair öncelikle bilişsel yapılanmasına rehberlik etmelidir. Öfkenin zararları ve öfkeyi yenmenin mükâfatları konusunda bilgilendirilir. Örneğin Hazreti Peygamber'in öfke anında ne yapacağını öğrenmek istemesi üzerine nazil olan, "*Eğer şeytan seni kışkırtacak olursa hemen Allah'a sığın! Çünkü O işitendir, bilendir*." (el-Araf 7/200). Ayet-i kerimesi hastaya anlatılabilir. Bunu takiben hastada öfke kontrolünün davranışsal yapılanmasını pekiştirmek üzere Peygamber Efendimizden, sahabeden ve örnek şahsiyetlerden öfke kontrolü ile ilgili örnekler paylaşılması faydalı olur. Örneğin, Peygamber Efendimizin "*Öfkelendiğini zaman, ayakta iseniz oturun. Oturuyorsanız, uzanın. Yine öfkeniz geçmediyse, gidin abdest alın. Zira su nasıl ateşi söndürürse, abdest de öfke ateşini söndürür*."(Ebu Davud, "Edeb", 4) hadisi şerifi paylaşılabilir.

2.4.8. Başa Çıkma İhtiyacı

Hastalıklarla mücadelede dini başa çıkma yöntemleri, bireylerin manevi yönlerini güçlendirmelerine, duygusal zorluklarla başa çıkmalarına ve psikolojik olarak desteklenmelerine yardımcı olabilir. Bu yöntemler, hastaların yaşam kalitesini artırabilir ve zor durumları daha anlamlı bir çerçeveye oturtmalarını sağlayabilir. Manevi danışman, hastanın dini kaynakların kullanımı ile başa çıkma becerilerini geliştirmesine destek olmalıdır. Dua, ibadet, sabır, teslimiyet, zikir, iyilik yapma, sadaka verme ve tevekkül gibi Allah'ın takdirine güvenmek ve çabayı elden bırakmamak, bireyin ruhsal olarak rahatlamasına katkıda bulunur. Dini başa çıkma yöntemleri, tıbbi tedavinin yerini almamalı; ancak onunla birlikte yürütülerek hastaların hem bedensel hem de ruhsal sağlığının önemli olduğu vurgulanır (Coşgunve Tokur, 2022).

2.4.9. Şükretme ihtiyacı

Hastalar, hastalık süreci yaşamadan önceki zamana kadar sağlıklı oldukları dönem için şükretmeye meyil göstermektedir. Diğer bir ifadeyle hastalıkla birlikte sağlığın kıymetini anlayabilmektedirler. Sağlıklı oldukları dönemde uyuma, yemek yeme, oturma, yürüme gibi birçok temel ihtiyacı rahatlıkla yerine getirilebildiklerini ancak bunların sağlıklarının bozulması durumunda aksamaya uğrayabileceği fark etmeye başlayabilirler. Bunun sonucunda birçok şey için şükretmeye başlarlar. Hastalar diğer hastalarla durumlarını karşılaştırarak da kendi hallerine şükredebilmektedir. Diğer hastaların yaşadığı hastalıkların düzeyi ve şiddetiyle kendi hastalıklarını ve yaşadıklarını karşılaştırarak kıyaslamacı bir şükür duygusu yaşayabilirler. Şükür hastaların hastalık sürecine daha kolay uyum sağlamalarına ve daha olumlu bir bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (Ayten ve Ensa, 2012).

Dini inançlar ve sahih kaynaklarda yer alan dini kıssalar şükran hissini güçlendirir. Din büyüklerinin başından geçenlere dair anlatılan malumatlar, hastalık sürecinde yol gösterecek olumlu rol modeller geliştirmelerine yardımcı olabilir. Manevi danışmanlar bu referansları kullanabilir. Ancak verilen örneğin hastanın durumuna ve ihtiyacına uygun olması gereklidir. Bu nedenle manevi danışmanlığın en önemli adımlarından biri dinleme ile muhatabın ihtiyacı keşfedilerek adım atılmalıdır.

2.4.10. Dua ve İbadet İhtiyacı

Yüce Allah, verdiği dert, hastalık ve rahatsızlıkların dermanını da vermiştir. "*Hastalandığım zaman bana şifa veren O' dur"*(eş-Şuara 26/80). Kullara düşen, hastalıklara karşı tedbir almak, bu konuda tıptan ve doktorlardan yardım alarak tedavi olmaktır. Hastalıklardan şifa bulma iyileşme aşamasında Yüce Allah'a sığınarak dua etmenin ve ona sığınmanın önemi büyüktür. Kişi, Allah'a dua ederek güç, kuvvet ve dayanma gücü bulur. Hz. Peygamber, "*Ey Allah'ın kulları tedavi olunuz; Allah, verdiği her hastalığın şifasını da yaratmıştır*."(Ebu Davud, "Tıp",1) buyurmaktadır. Hz. Eyüp'ün hastalığından kurtulması için yaptığı dua ve Allah'ın, iyileşmesi için ona gösterdiği çözüm de göstermektedir ki bir insan, elinden gelen bütün gayretleri ortaya koyduktan sonra neticeyi dua ederek Allah'tan istemelidir (Karagöz, 2013).

Dua ve ibadet sadece psikolojik olarak değil fizyolojik olarak da kişiye fayda sağlar. Bu konuda Tarhan şunları ifade etmektedir. Hasta kişinin Yaradan'ın kendisine

yardım edeceği inancı, O'na güvenme, yalnız O'na inanma, yalnız O'ndan yardım isteme duyguları, kendini O'na teslim etmesi yani inanç ve güven iyileşme beklentisini artırır. İyileşme beklentisinin artması, beyindeki serotonin, noradrenalin, noropeptid gibi ruh hâlini düzenleyen salgıları artırır. Bu salgılar da çeşitli yollarla savunma sistemini kuvvetlendirir. Böylece organizmamız kendi kendine yardım ve tamir işlevini başlatır (Tarhan, 2023).

Her insan için manevi değerleri önemlidir. Bu nedenle hastalar kendileriyle ilgilenen uzmanların manevi değerlerine ve hassasiyetlerine saygı göstermesini önemserler. Manevi danışmanların hastalara bunu hissettirmesi son derece önemlidir. Hastalık nedeniyle ibadetlerini yerine getirirken kısıtlama ya da erteleme durumunda kalmak birey için manevi rahatsızlık hissi oluşturabilir. Bu durumda manevi ihtiyaçlarının kabul edilmesi desteklenmesi ve inançlarına saygı gösterilmesi bireyin iyi oluşuna doğrudan etkileyebilir. Hastalıkla bağlantılı olarak dini konularda bilgilendirme ihtiyacı ortaya çıkabilir. Bu konularda öncelikle hastanın neden bu dini bilgilendirmeye ihtiyaç duyduğu anlaşılmaya çalışılmalıdır. Hastanın fizyolojik ve psikolojik sağlığı da göz önünde bulundurularak samimi ve kolaylaştırıcı bir üslupla ona destek olunmalıdır. Örneğin, yataktan kalkamayan bir hasta oturarak namaz kılması konusunda bilgilendirildiğinde ve desteklendiğinde, ibadetini yerine getirilmemesinin onu olumsuz yönde etkilemesinin önüne geçilir (Boztilki ve Ardıç, 2017).

2.4.11.Ahiret Bilincinin Kazanılması İhtiyacı

İslam'da ahiret inancı en temel inançlardan biridir. Özellikle zor durumlarla başa çıkma hayatı anlamlandırma ve insanların sorumlu davranışlar sergilemesi için önemli bir faktördür. Ahiret inancı şuuruna sahip birey daha sorumlu davranışlar sergiler. Hastaların ahiret bilinci, özellikle ciddi veya kronik hastalıklarla mücadele eden bireylerde, yaşamın anlamını sorgulama ve ölüm sonrasına hazırlık yapma düşüncesiyle daha yoğun bir şekilde ortaya çıkabilir. Bu bilinç, manevi bir rahatlama sağlayarak, hastalık sürecinde bireylerin psikolojik ve ruhsal dayanıklılığını artırabilir. İslam inancına göre, hastalık bir sınav, günahların affedilmesine vesile veya manevi derecenin yükseltilmesi için bir fırsat olarak görülür. Bu yaklaşım, hastaların acılarına farklı bir anlam katmasına yardımcı olabilir. Hastalık sürecinde sabırlı olmak, ahirette karşılığının alınacağı inancıyla güçlenir. Tevekkül (Allah'a güvenmek), kişinin kaygılarını azaltarak ruhsal huzur sağlar. Ahirete olan inanç,

ölümün bir son değil, yeni bir başlangıç olduğu bilinciyle ölüm korkusunu hafifletebilir. Bu inanç, hastaların daha sakin ve huzurlu bir ruh hali içinde olmasını sağlar. Ahiret bilinci, bireyleri geçmişte yapmış oldukları hataları telafi etmeye ve çevreleriyle helalleşmeye yönlendirir. Ahiret bilinci olan hastalar, manevi danışmanlardan destek alarak, ahirete hazırlık konusunda kendilerini daha güçlü hissedebilir. Manevi danışmanın bu noktada dikkat etmesi gereken husus ahiret inancını anlatırken çok aşırı korku ve çok aşırı ümit olmayacak şekilde dengeli bir bilinç kazandırılmasıdır (Kolektif, 2024).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırma yöntemine yer verilmiştir. Araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, araştırmada kullanılan ölçek ve veri çözümleme teknikleriyle ilgili ayrıntılı bilgiler bu bölümde yer alacaktır.

3.1.Araştırmanın Modeli

Araştırmada nicel araştırma yaklaşımlarından biri olan genel tarama modeli kullanılmıştır. Genel Tarama Modeli, önemli sayıda öğeden oluşan bir evrendeki nüfusun kapsamlı bir değerlendirmesini yapmak amacıyla, evrenin tamamını veya ondan temsili bir örneği değerlendirmek için kullanılan metodolojilerle ilgilidir. Nicel veriler ölçek veya anketlerin uygulanması yoluyla elde edilir. Elde edilen niceliksel verilerin istatistiksel analizi yoluyla çıkarımlar yapılmaya çalışılmaktadır. Daha sonra incelenen senaryo veya konuya ilişkin kapsamlı bir çerçeve oluşturulduktan sonra bu çerçeveden ayrı bir bölüm seçilerek özgün vaka çalışmalarına başlanır. Bu özel araştırma biçimi olayların, nesnelerin, varlıkların, kurumların ve çeşitli disiplinlerin doğasını ve özelliklerini açıklamaya çalışır (Büyüköztürk vd., 2013). Ayrıca tarama araştırması kapsamında, çalışma evreninden alınan örneklemin demografik özellikleri, önceden belirlenen konulara bakış açıları ve konuya ilişkin tercihleri tespit edilmeye çalışılır (Bahtiyar ve Can, 2016).

3.2.Çalışma grubu

Araştırma Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi Palyatif bakım servisine yatarak tedavi ve bakım hizmetinden faydalanan, gönüllü200 hasta üzerinde uygulanmıştır. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden olan ölçüt örnekleme tekniği kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme yöntemi, araştırmalarda katılımcı seçimi için etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu yöntem, belirli kriterleri karşılayan bireylerin seçilmesini temel almaktadır. (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Bu araştırmada ölçüt olarak katılımcının palyatif bakım servisine yatarak tedavi ve bakım hizmetinden faydalanması esas alınmıştır.

Tablo 3.2.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri

	Gruplar	*f*	%
Yaş Ortalaması		56,91	
Cinsiyet	Kadın	142	71,0
	Erkek	58	29,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	103	51,5
	Ortaöğretim	53	26,5
	Lisans	21	10,5
	Okur-yazar değil	23	11,5
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	172	86,0
	Emekli	28	14,0
Medeni Durum	Evli	145	72,5
	Bekâr	17	8,5
	Dul	38	19,0

Tablo 3.1.'de görüldüğü üzere örneklem grubunu oluşturan 200 kişinin %71'i kadın ve %29'u erkek katılımcılardır. İlköğretim eğitim düzeyinde 103 kişi, ortaöğretim eğitim düzeyinde 53 kişi, lisans eğitim düzeyinde 21 kişi bulunmaktadır ve okur-yazar olamayan 23 kişi vardır. Çalışmayan kişi sayısı 69 iken, 103 kişi ev hanımı ve 28 kişi emeklidir. Katılımcıların 145'i evli iken, 17'si bekâr ve 38'i duldur.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1.Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan, bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ve hastalıkla ilgili özelliklerin değerlendirildiği anket formudur. (Ek-1) Eğitim durumu, yaşı, medeni hali, doğum yeri, çalışma durumu gibi sorular anketi yapmayı direk etkilememekle birlikte hastaların kendini ifade etmesi, anket sorularını açıklamak ve hastaya yardımcı olmak, diğer anketlerin alt zeminini oluşturmak amaçlı kaynaştırmak için konulmuştur.

3.3.2. Manevi Endişeler Kontrol Listesi (Spiritual Concerns Checklist)

Manevi Endişeler Kontrol Listesi Avustralya'da Dr. Natasha G. Michael ve arkadaşlarının 10 Kasım 2020 tarihinde yayınladıkları palyatif bakım servislerinde yatan hastaların manevi endişelerini belirlemek için geliştirdikleri bir ölçektir (Michael, 2020). Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur ve ölçek tek faktörden meydana gelmiştir. SCC ölçeğinde hastalara 17 adet listelenmiş

endişe arasından hangilerinin mevcut olduğu sorulmuştur. Son olarak da mevcut listeye ek bir sorun ifade ederlerse not edilmiştir.

3.3.3. Manevi İyilik Ölçeği (FACIT-SP 12)

Manevi İyilik Ölçeği ABD'de Northwestern Üniversitesi'nde bulunan Dr. David Cella'nın liderliğindeki ekip tarafından geliştirilmiştir. İlk versiyonu, 1990'ların sonlarında geliştirilmiş olup, 4. versiyonu da bu ölçeğin kullanımıyla ilgili daha fazla araştırma ve uygulama sonucu olarak 2000'lerin başında yayımlanmıştır. Toplamda 12 madde olarak geliştirilmiş bir ölçektir. Bu maddeler, manevi iyi oluşu iki temel alt boyutta ölçer: Anlam ve İnanç. Türkiye de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ekşi ve Kardaş tarafından yapılmıştır. "1-hiç katılmıyorum" yanıtından başlayıp "5-tamamen katılıyorum" yanıtı ile biten 5'li likert tipi bir ölçektir (Ekşi, 2017) (Ek-2). Ölçekte anlam (Madde 2,3,5,8), barış (madde 1,4,6,7) ve inanç (Madde 9,10,11,12) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması manevi iyiliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, 0-12 puan düşük; 13-24 puan orta; 25-36 puan yüksek ve 37-48 puan çok yüksek olarak değerlendirilmiştir. Alt boyutlarda ise 0-4 puan düşük, 5-8 puan orta; 9-12 puan yüksek ve 13-16 puan çok yüksek olarak değerlendirilmiştir. Türkçe 'ye uyarlayan Aktürk, Erci ve Araz (2017) ise ölçeğin toplam Cronbach Alpha değerini 0.87, barış alt boyutunu 0.81, anlam alt boyutunu 0.78ve İnanç alt boyutunu 0.93 olarak hesaplamışlardır.

3.4. Verilerin Toplanması

01/09/2024-30/03/2025 tarihleri arasında Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi Palyatif bakım servisine yatarak tedavi ve bakım hizmetinden faydalanan gönüllü 200 hasta üzerinde uygulanmıştır. Çalışma öncesi hastane etik kurulundan onay alınmış olup, herhangi bir engel ile karşılaşılmamıştır. Araştırma bir sohbet ortamı şeklinde gelişmiş olup soruların bazılarında cevapsız kalmalarına müsaade edilmiştir. Kendi yorumlamaları dinlenilmiştir.

3.5. Verilerin Çözümlenmesi

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20 yazılımı kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılımlı sürekli sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma; normal dağılım göstermeyenler için ortanca (minimum-maksimum) değerleri verilmiştir.

Kategorik değişkenler sayı olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında kikare ve Fisher's exact testi kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılıkların karşılaştırılması için bağımsız örnekler t testi veya Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada katılımcıların demografik bilgilerine yönelik elde edilen veriler betimsel istatistik yöntemiyle ortalama ve frekans değerleri hesaplanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirliğini belirlemek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.70'ten büyük çıkmıştır. Cronbach alfa katsayısına göre bir ölçeğin güvenilir olarak kabul edilmesi için Cronbach alfa değerinin .70 ve üstü değerlerde olması gerekmektedir (Tavşancıl, 2002). Elde edilen kat sayı değerinin .70'ten büyük olması bu araştırmada kullanılan ölçeğin yüksek güvenirlikte bir ölçek olduğunu gösterir.

Tablo 3.5.1. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı
Manevi İyilik Ölçeği	,76

Bu noktada parametrik veya parametrik olmayan analiz yöntemleri arasında uygun seçimi belirlemek için veriler üzerinde normallik testi yapılması zorunludur. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmenin temel prosedürü çarpıklık ve basıklık istatistiklerinin hesaplanmasını içerir. Normal dağılımın yeterliliği çoğunlukla +3 ile -3 aralığında olması beklenen ölçek puanlarından elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin değerlendirilmesiyle belirlenir. Sonuç olarak ölçek puanlarının normal dağılıma sahip olmadığı kabul edilmiştir. Analizlerde test tekniklerinden Mann-Whitney U t testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Tablo3.5.2. Araştırmanın Normallik Analizi

	Ortalama	SS	Çarpıklık	Basıklık
Manevi İyilik (Toplam)	36,85	6,60	-,13	-,58
Anlam	13,43	2,80	-1,20	1,67
Barış	9,48	3,80	-,33	,02
İnanç	13,93	2,73	-2,02	6,41
Manevi Endişeler Kontrol Listesi	4,43	1,96	1,09	2,64

3.6. Verilerin Yorumlanması

Görüşmeler esnasında manevi endişeler ve manevi iyilik hali ölçekleri kullanılmış ve gereksinimlerine göre konuşma içerikleri düzenlenmiştir. Manevi endişeler ölçeğinde hastalara 17 adet listelenmiş endişe arasından hangilerinin mevcut olduğu sorulmuştur. Son olarak da mevcut listeye ek bir sorun ifade ederlerse not edilmiştir. FACIT-SP 12 de ise 12 soruya 0-4 arasında puan vermeleri istenmiştir. Manevi iyilik ölçeğinin ilk 8 sorusu anlam alt grubu son 4 soru ise inanç alt grubu olarak gruplandırılmaktadır. Manevi iyilik skorunun anlam alt grubunda puanlama 0-32, inanç alt grubunda ise 0-16 arasında olurken toplam skor 0-48 arasında hesaplanmaktadır. Skorun yüksek olması manevi ihtiyaçlar açısından iyilik halini göstermektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular ve yorumlarına yer verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Manevi İyilik Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu bölümde katılımcıların manevi iyilik düzeyleri belirlenmiştir. Ayrıca cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve medeni durum değişkenlerine göre kişilerin manevi iyilik düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Manevi İyilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

	Min.	Max.	Ortalama	SS	Düzey
Manevi İyilik (Toplam)	19,00	48,00	36,85	6,60	Çok Yüksek
Anlam	3,00	16,00	13,43	2,80	Çok Yüksek
Barış	0,00	16,00	9,48	3,80	Yüksek
İnanç	0,00	16,00	13,93	2,73	Çok Yüksek

Tablo 4.1.1'de görüldüğü üzere katılımcıların manevi iyilik düzeylerinin ortalama 36,85±6,60 değerinde ve çok yüksek olduğu görülmüştür. Anlam alt boyutu ortalaması 13,43±2,80 ve çok yüksek; barış alt boyutu ortalaması 9,48±3,80 ve orta; inanç alt boyutu ortalaması 13,93±2,73 ve çok yüksek olarak bulunmuştur. Bu durumda katılımcıların manevi iyilik düzeylerinin iyi seviyede olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda anlam ve inanç düzeylerinin iyi seviyede, barış düzeylerinin ise orta seviyede olduğu tespit edilmiştir.

4.2. Palyatif Bakım Hastalarının Manevi İyilik Düzeyleri; Cinsiyet, Yaş, Eğitim Düzeyi, Çalışma Durumu ve Medeni Durumlarına Göre Anlamlı Olarak Farklılaşma Durumu

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Manevi İyilik Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ortalama	SS	U	p
Manevi İyilik (Toplam)	Kadın	142	101,25	6,50	4011,50	,77
	Erkek	58	98,66	6,88		
Anlam	Kadın	142	100,39	2,79	4102,00	,96
	Erkek	58	100,78	2,86		
Barış	Kadın	142	103,50	3,77	3691,50	,24
	Erkek	58	93,15	3,86		
İnanç	Kadın	142	99,32	2,90	3950,00	,63
	Erkek	58	103,40	2,24		

Tablo 4.2.1'e göre katılımcıların cinsiyetine göre manevi iyilik düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyete göre manevi iyilik boyutu ile anlam, barış ve inanç alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Buna göre kadın ve erkek katılımcıların manevi iyilik, anlam, barış ve inanç ortalamaları benzer düzeydedir.

Tablo 4.2.2 Katılımcıların Yaşına Göre Manevi İyilik Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ortalama	SS	X^2	p
Manevi İyilik	35-45 yaş	25	98,08	7,19		
(Toplam)	46-55 yaş	66	108,52	6,37		
	56-65 yaş	78	95,32	6,77	1,98	,57
	66 yaş ve üstü	31	98,40	6,22		
	Total	200		6,60		
Anlam	35-45 yaş	25	106,68	2,85		
	46-55 yaş	66	113,22	2,58		
	56-65 yaş	78	91,48	2,88	6,62	,08
	66 yaş ve üstü	31	91,13	2,90		
	Total	200		2,80		
Barış	35-45 yaş	25	94,10	4,13		
	46-55 yaş	66	104,36	3,72		
	56-65 yaş	78	98,09	3,80	,82	,84
	66 yaş ve üstü	31	103,52	3,78		
	Total	200		3,80		
İnanç	35-45 yaş	25	103,98	3,17		
	46-55 yaş	66	106,85	3,23		
	56-65 yaş	78	96,96	2,35	1,88	,59
	66 yaş ve üstü	31	93,10	2,08		
	Total	200		2,73		

Tablo 4.2.2'ye göre katılımcıların yaşına göre manevi iyilik düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucunda yaşa göre manevi iyilik boyutu ile anlam, barış ve inanç alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Buna göre farklı yaş gruplarında bulunan katılımcıların manevi iyilik, anlam, barış ve inanç ortalamaları benzer düzeydedir.

Tablo 4.2.3. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Manevi İyilik Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ortalama	SS	X^2	p
Manevi İyilik	İlköğretim	103	100,93	6,61		
(Toplam)	Ortaöğretim	53	96,13	6,87		
	Lisans	21	116,43	6,50	2,18	,53
	Okur-yazar değil	23	94,11	6,01		
	Total	200		6,60		
Anlam	İlköğretim	103	95,93	2,87		
	Ortaöğretim	53	102,17	3,20		
	Lisans	21	116,33	1,88	2,45	,48
	Okur-yazar değil	23	102,65	2,04		
	Total	200		2,80		
Barış	İlköğretim	103	106,22	3,69		
	Ortaöğretim	53	98,83	3,26		
	Lisans	21	100,98	4,18	4,47	,21
	Okur-yazar değil	23	78,30	4,73		
	Total	200		3,80		
İnanç	İlköğretim	103	97,58	2,76		
	Ortaöğretim	53	94,22	3,25		
	Lisans	21	111,98	1,65	4,15	,24
	Okur-yazar değil	23	117,59	1,60		
	Total	200		2,73		

Tablo 4.2.3'e göre katılımcıların eğitim durumuna göre manevi iyilik düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucunda eğitim durumuna göre manevi iyilik boyutu ile anlam, barış ve inanç alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Buna göre ilköğretim, ortaöğretim ve lisans eğitim düzeyinde bulunan katılımcılar ile okur-yazar olmayan katılımcıların manevi iyilik, anlam, barış ve inanç ortalamaları benzer düzeydedir.

Tablo 4.2.4. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Manevi İyilik Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ortalama	SS	X^2	p
Manevi İyilik (Toplam)	Çalışmıyor	69	102,45	7,03	,14	,93
	Ev hanımı	103	99,85	6,52		
	Emekli	28	98,07	5,96		
	Total	200		6,60		
Anlam	Çalışmıyor	69	106,77	2,80	1,71	,42
	Ev hanımı	103	98,79	2,81		
	Emekli	28	91,34	2,84		
	Total	200		2,80		
Barış	Çalışmıyor	69	102,46	4,00	,21	,90
	Ev hanımı	103	100,25	3,83		
	Emekli	28	96,59	3,22		
	Total	200		3,80		
İnanç	Çalışmıyor	69	101,78	3,01	,06	,96
	Ev hanımı	103	100,02	2,69		
	Emekli	28	99,11	2,13		
	Total	200		2,73		

Tablo 4.2.4'e göre katılımcıların çalışma durumuna göre manevi iyilik düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucunda çalışma durumuna göre manevi iyilik boyutu ile anlam, barış ve inanç alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Buna göre çalışmayan, ev hanımı ve emekli katılımcıların manevi iyilik, anlam, barış ve inanç ortalamaları benzer düzeydedir.

Tablo 4.2.5. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Manevi İyilik Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ortalama	SS	X^2	p
Manevi İyilik (Toplam)	Evli	145	104,21	6,39	5,42	,06
	Bekâr	17	111,71	7,38		
	Dul	38	81,32	6,73		
	Total	200		6,60		
Anlam	Evli	145	103,50	2,78	4,85	,08
	Bekâr	17	113,18	2,41		
	Dul	38	83,38	2,96		
	Total	200		2,80		
Barış	Evli	145	103,29	3,87	1,94	,37
	Bekâr	17	102,91	4,38		
	Dul	38	88,76	3,22		
	Total	200		3,80		
İnanç	Evli	145	104,41	2,81	6,50	,03
	Bekâr	17	111,79	2,06		
	Dul	38	80,54	2,56		
	Total	200		2,73		

Tablo 4.2.5'e göre katılımcıların medeni durumuna göre manevi iyilik düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucunda medeni duruma göre yalnızca inanç alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre bekâr katılımcıların inanç ortalaması evli ve dul katılımcılara kıyasla daha yüksektir. Medeni duruma göre manevi iyilik boyutu ile anlam ve barış alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir ($p>0,05$). Buna göre evli, bekâr ve dul katılımcıların manevi iyilik, anlam, barış ve inanç ortalamaları benzer düzeydedir.

4.3. Katılımcıların Manevi Endişe Düzeylerinin Belirlenmesi

Bu bölümde katılımcıların manevi endişe düzeyleri belirlenmiştir. Ayrıca cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve medeni durum değişkenlerine göre kişilerin manevi endişe düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.3.1 Katılımcıların Manevi Endişe Düzeylerinin Değerlendirilmesi

	Min.	Max.	Ortalama	SS
Manevi Endişe (Toplam)	1,00	14,00	4,43	1,96

Tablo 4.3.1'de görüldüğü üzere katılımcıların manevi endişe düzeylerinin ortalama 4,43±1,96 değerinde olduğu görülmüştür. Bu durumda katılımcıların manevi endişe düzeylerinin orta seviyede olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.2. Katılımcıların Manevi Endişe Listesine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Endişe	*f*	%
Dini veya manevi şüpheler	Var	29	14,5
İnanç kaybı	Var	11	5,5
Umut kaybı	Var	112	56,0
Ahiret hakkında belirsizlik	Var	40	20,0
Kontrolü kaybetmek	Var	37	18,5
Hayatta anlam kaybı	Var	31	15,5
Tanrıya da ilahi güçlerle ilişkimde bozulma	Var	11	5,5
Geçmişteki davranışlardan pişmanlık duymak	Var	75	37,5
Duaların işitilmemesi	Var	71	35,5
Ölüm sürecinden korkma	Var	67	33,5
Geçmişteki davranışlardan dolayı suçluluk	Var	66	33,0
Tanrıya öfke	Var	28	14,0
Tanrının cezalandırmasından korkmak	Var	33	16,5
Ölüm korkusu	Var	92	46,0
Cehennem korkusu	Var	61	30,5
Başkalarına karşı affedicilik	Var	62	31,0
Kendime karşı affedicilik	Var	56	28,0

Tablo 4.3.2'de görüldüğü üzere katılımcıların manevi endişe listesine verdikleri yanıtların dağılımına yönelik frekans ve yüzde değerleri sunulmuştur. Buna göre katılımcıların %14,5'inde dini veya manevi şüpheler, %5,5'inde inanç kaybı, %56'sında umut kaybı, %20'sinde ahiret hakkında belirsizlik, %18,5'inde kontrolü kaybetmek, %15,5'inde hayatta anlam kaybı, %5,5'inde tanrıya da ilahi güçlerle ilişkimde bozulma, %37,5'inde geçmişteki davranışlardan pişmanlık duymak, %35,5'inde duaların işitilmemesi, %33,5'inde ölüm sürecinden korkma, %33'ünde, geçmişteki davranışlardan dolayı suçluluk, %14'ünde tanrıya öfke, %16,5'inde tanrının cezalandırmasından korkmak, %46'sında ölüm korkusu, %30,5'inde cehennem korkusu, %31'inde başkalarına karşı affedicilik ve %28'inde kendime karşı affedicilik endişeleri bulunmaktadır.

4.4. Palyatif Bakım Hastalarının Manevi Endişe Düzeyleri; Cinsiyet, Yaş, Eğitim Düzeyi, Çalışma Durumu ve Medeni Durumlarına Göre Anlamlı Olarak Farklılaşma Durumu

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Cinsiyetine Göre Manevi Endişe Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ortalama	SS	U	p
Manevi Endişe (Toplam)	Kadın	142	101,35	6,50	3899,00	,60
	Erkek	58	96,72	6,88		

Tablo 4.4.1'e göre katılımcıların cinsiyetine göre manevi endişe düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyete göre manevi endişe boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Buna göre kadın ve erkek katılımcıların manevi endişe ortalamaları benzer düzeydedir.

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Yaşına Göre Manevi Endişe Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ortalama	SS	X^2	p
Manevi Endişe (Toplam)	35-45 yaş	25	77,74	7,19		
	46-55 yaş	66	91,62	6,37		
	56-65 yaş	77	108,57	6,77	9,12	,02
	66 yaş ve üstü	31	114,50	6,22		
	Total	200		2,73		

Tablo 4.4.2'ye göre katılımcıların yaşına göre manevi endişe düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucunda yaşa göre manevi endişe boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre 66 yaş ve üstü katılımcıların manevi endişe ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.

Tablo 4.4.3Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Manevi Endişe Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ortalama	SS	X^2	p
Manevi Endişe (Toplam)	İlköğretim	102	101,02	6,61		
	Ortaöğretim	53	101,23	6,87		
	Lisans	21	101,02	6,50	,55	,90
	Okur-yazar değil	23	91,72	6,01		
	Total	200		2,73		

Tablo 4.4.3'e göre katılımcıların eğitim durumuna göre manevi endişe düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucunda eğitim durumuna göre manevi endişe boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Buna göre ilköğretim, ortaöğretim ve lisans eğitim düzeyinde bulunan katılımcılar ile okur-yazar olmayan katılımcıların manevi endişe ortalamaları benzer düzeydedir.

Tablo 4.4.4. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Manevi Endişe Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ortalama	SS	X^2	p
Manevi Endişe (Toplam)	Çalışmıyor	69	92,69	7,03	5,36	,06
	Ev hanımı	102	98,95	6,52		
	Emekli	28	121,84	5,96		
	Total	200		2,73		

Tablo 4.4.4'e göre katılımcıların çalışma durumuna göre manevi endişe düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucunda çalışma durumuna göre manevi endişe boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir (p>0,05). Buna göre çalışmayan, ev hanımı ve emekli katılımcıların manevi endişe ortalamaları benzer düzeydedir.

Tablo 4.4.5. Katılımcıların Medeni Durumuna Göre Manevi Endişe Düzeylerinin Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ortalama	SS	X^2	p
Manevi Endişe (Toplam)	Evli	144	100,35	6,39	3,07	,21
	Bekâr	17	79,15	7,38		
	Dul	38	108,00	6,73		
	Total	200		2,73		

Tablo 4.4.5'e göre katılımcıların medeni durumuna göre manevi endişe düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır. Analiz sonucunda medeni duruma göre manevi endişe boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir (p>0,05). Buna göre evli, bekâr ve dul katılımcıların manevi endişe ortalamaları benzer düzeydedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Tartışma ve Sonuç

5.1.1. Palyatif Bakım Hastalarının Manevi İyilik Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşma Durumu

Katılımcıların manevi iyilik düzeylerinin ortalaması 36,85, anlam alt boyutu ortalaması 13,43, barış alt boyutu ortalaması 9,4800±3,80156 ve inanç alt boyutu ortalaması 13,93 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak katılımcıların manevi iyilik düzeylerinin iyi seviyede olduğu tespit edilmiştir. İncelenen literatür doğrultusunda Tekman Yıldız (2024) tarafından yapılan araştırmada yaşlı bireylerin spiritüel iyilik düzeylerinin yüksek olduğu, Yavuz (2022) ile Ay ve diğerleri (2018) tarafından yapılan çalışmalarda ise katılımcıların manevi iyilik düzeylerinin orta üzeri ortaya konmuştur. Dolayısıyla elde ettiğimiz bulguların literatürle örtüştüğü görülmüştür.

Cinsiyete göre manevi iyilik boyutu ile anlam, barış ve inanç alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların manevi iyilik, anlam, barış ve inanç ortalamaları benzer düzeydedir. İncelenen literatüre göre Uçar (2017) tarafından yapılan yaşlı bireylerin maneviyat düzeyine yönelik çalışmasında erkeklerin manevi iyilik puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla elde ettiğimiz bulguların mevcut araştırma bulgularından farklılaştığı görülmüştür.

Eğitim durumuna göre manevi iyilik boyutu ile anlam, barış ve inanç alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir. İlköğretim, ortaöğretim ve lisans eğitim düzeyinde bulunan katılımcılar ile okur-yazar olmayan katılımcıların manevi iyilik, anlam, barış ve inanç ortalamaları benzer düzeydedir. İncelenen literatür doğrultusunda Uçar (2017) yaptığı çalışmada okuryazar kişilerin okuryazar olmayanlara kıyasla manevi yönelimlerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Dalcalı ve diğerleri (2021) ise eğitim düzeyi düşük olan kişilerin maneviyat düzeyinin daha yüksek olduğu ortaya koymuştur. Ayrıca Sharif ve diğerleri (2019) eğitim seviyesi arttıkça maneviyat puanlarının düştüğünü belirlemiştir. Dolayısıyla elde ettiğimiz bulguların mevcut araştırma bulgularından farklılaştığı görülmüştür.

Yaşa göre manevi iyilik boyutu ile anlam, barış ve inanç alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir. Farklı yaş gruplarında bulunan katılımcıların manevi iyilik, anlam, barış ve inanç ortalamaları benzer düzeydedir. Çalışma durumuna göre manevi iyilik boyutu ile anlam, barış ve inanç alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmayan, ev hanımı ve emekli katılımcıların manevi iyilik, anlam, barış ve inanç ortalamaları benzer düzeydedir.

Medeni duruma göre yalnızca inanç alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bekâr katılımcıların inanç ortalaması evli ve dul katılımcılara kıyasla daha yüksektir. Medeni duruma göre manevi iyilik boyutu ile anlam ve barış alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmemiştir. Buna göre evli, bekâr ve dul katılımcıların manevi iyilik, anlam, barış ve inanç ortalamaları benzer düzeydedir. İncelenen literatür doğrultusunda Tekman Yıldız (2024), Uçar (2017), Sadrollahi ve Khalili (2014), Taş ve diğerleri (2018) tarafından yapılan araştırmalarda evlilerin manevi iyilik puanının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Ancak elde ettiğimiz bulgularda ise bekâr katılımcıların manevi iyilik puanı daha yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla elde ettiğimiz bulguların literatürdeki çalışmalardan farklılaştığı görülmüştür.

5.1.2. Palyatif Bakım Hastalarının Manevi Endişe Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşma Durumu

Katılımcıların manevi endişelerinin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonucunda, katılımcıların en fazla ölüm korkusu, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duymak, duaların işitilmemesi, ölüm sürecinden korkma, geçmişteki davranışlardan dolayı suçluluk, cehennem korkusu ve başkalarına karşı affedicilik yönünden endişe duydukları tespit edilmiştir.

Yaşa göre manevi endişe boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. 66 yaş ve üstü katılımcıların manevi endişe ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Bu bulgular, yaş ile manevi iyilik arasında doğrudan bir ilişki kurmaktan ziyade, yaşın bireylerin manevi endişelerinde önemli bir faktör olduğunu öne sürmektedir. Özellikle, gelişen yaşla birlikte bireylerin manevi

endişelerinin artması, yaşlılık dönemindeki bireylerin karşılaştığı yaşam olayları ve kayıplarla doğrudan ilişkili olabilir (Taşkın, 2022). Yaşlanma süreci içerisinde manevi danışmanlık ve destek ihtiyaçlarının artmasına yönelik bir gereklilik oluşabileceği belirtilmektedir (Aygün ve Boz, 2024).Çalışma durumuna göre manevi endişe boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmayan, ev hanımı ve emekli katılımcıların manevi endişe ortalamaları benzer düzeydedir.

Çoğunluğu kanser hastalığı olmak üzere, yaşlılık, alzheimer, demans, oral alım bozukluğu, genel durum bozukluğu, trafik kazası ve benzeri kazalar, kalp krizi veya beyin kanaması nedeniyle felç geçirme sonucunda yatağa bağımlı yaşayan hastaların, başvurduğu palyatif bakım merkezleri, hasta ve hasta yakınlarına verilen moral motivasyon desteği ile kişilere yaşamlarının bu zor günlerinde, nefes alabilecekleri bir pencere açmakta, multidisipliner bir ekip ile farklı ihtiyaçlarını da gözeterek, kaliteli bir hizmet sunmaya çalışmaktadır. Yıllar ilerledikçe palyatif bakım servislerinin sayısının artmasıyla, bu gibi bakıma ihtiyaç duyan daha fazla hastaya yardımcı olunacaktır. Dolayısıyla toplumun refah düzeyine de katkı sağlanacaktır. Palyatif bakım merkezlerinin kuruluşundaki amaç bellidir. Bu amaca uygun şekilde hizmet sağlayabilmesi için insanlar tarafından doğru anlaşılması gereklidir. Hasta ve hasta yakınları için önemli olan gerekli bilgilendirmeler yapılıp, sürecin doğru şekilde ilerlemesi ve yönetilmesi sağlanmalıdır. Hastanın mevcut durumunun, bakıma ve hastane sürecinde karşılaşacağı tedavi yöntemlerine uyumlu hale getirilmesi için çabalanmaktadır. Hastanın yaşamına yıllar katılması değil, yıllarına yaşam katılması ilkesi benimsenmelidir.

Hastalar ve yakınları için bu saymış olduğumuz aşamalar içerisinde manevi bakımın vermiş olduğu katkı adeta palyatif bakım sürecini üst noktalara taşımaktadır. Hastanın ve ailesinin hastalığı anlamlandırılması, “neden ben?” sorusu, geçmişte yaşanan pişmanlıklar, sağlıklı günlerinde yaşadıkları ya da hayalini kurup yaşayamadıkları, manevi bakımın alanına giren sorulardır. Sabır, dua, şükür ve tevekkül gibi kavramların anlamları, hastanın hali hazırdaki durumu hakkında düşünceleri vb. durumlar bu süreçte karşılaşılabilecek olan manevi sorunların başında gelmektedir. Manevi bakım uzmanından bu sorunların tatmin edici cevapları alındığında ise, tavsiyelere de açık hale gelmeye başlamaktadırlar. Sonrasında ise, hastalar ve yakınları ile iletişim çok daha etkili ve kolay hale gelebilmektedir.

Yaşamının belki de son zamanları olan bu günlerinde, içsel huzura kavuşması, Allah ile yakınlaşarak, hasta yatağında geçirdiği sürecin affedilmesine ve ahiretin güzelliklerine vesile olacağına inanması çok değerlidir. Allah' tan hiçbir zaman umudun kesilmemesi gerektiği inancı desteklenir. Hastanın talebi halinde Kur'an-ı Kerim okunması ve anlamının açıklanması memnuniyetle karşılanmaktadır. Samimiyet çerçevesinde güler yüzle yapılan bu şekildeki yol arkadaşlığı, ziyaretine gittiğimiz hastalar, yakınları ve hastane personelin tarafından olumlu bir şekilde karşılanmaktadır.

5.2 Öneriler

Hastalık süreci devam ederken, hastayı zorlayan tedavi yöntemleri hastayı yorabilir. Bunun sonucunda hasta ya tedavi yöntemlerinin işe yaramadığını ya da kendisine zarar verdiğini gerekçe göstererek tedaviyi reddedebilir. Bu süreçte hastanın manevi iyi oluş düzeyini artırmak için yaşadıklarının anlamını bulmasına ve tedaviye devam etmesinin gereğine dair motive edilmelidir.

İnsanların manevi endişe düzeylerinin azaltılması için bireysel danışmanlık kapsamında seanslar yapılabilir. Gelecek araştırmalarda bireysel terapilerin kişilerin manevi endişe düzeylerini nasıl değiştirdiğine yönelik yarı deneysel çalışmalar yürütülebilir.

Konuyla ilgili bulgulardan yola çıkarak palyatif bakım hastalarına manevi destek hizmeti verildikten sonra manevi iyi oluş halinde artış, manevi endişelerinde azalma olup olmadığı tespit edilebilir.

KAYNAKÇA

Ağılkaya Şahin, Z. (2021). *Manevi Bakım ve Danışmanlık*. İstanbul: Marmara Akademi Yayınları.

Aktürk, Ü., Erci, B., & Araz, M. (2017). Functional evaluation of treatment of chronic disease: Validity and reliability of the Turkish version of the Spiritual Well-*Being Scale. Palliative & Supportive Care, 15*(6), 684-692.

Apaydın, H., Özer, S., ve Aydın, A. (2014). Hastalık Sürecinde Bireylerin Dini Eğilimlerine Psikolojik Bir Yaklaşım. *Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi,* (3), 5-51.

Arkın, S. (2017). *Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi.* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.

Atay, M. R., ve Kumcağız, H. (2022). Orta Yaş Bireylerde Psikolojik İyi Oluş Düzeyi İle Yaşlılığı Kabullenme Zorluğu Arasındaki İlişki. *Erciyes Akademi, 36*(2), 920-937.

Ay, S., Gündüz, T., Özyurt, B. C., Çoban, A., ve Pişkin, A. A. (2018). The psychometric properties of the Turkish version of the Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp12) in older adults living in nursing homes. *Anatolian Journal of Psychiatry, 19,* 22-28.

Aydın, A. R. (2009). İnanma ihtiyacı ve dinî ritüellerin psikolojik değeri. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 9*(2), 87-100.

Aydın, G. (2016).Manevi Destek Bağlamında Hz. Peygamber'in Hastalara Yaklaşımı, Bilimname: *Düşünce Platformu, 2016/2, sayı: 31*, s. 249-277

Aygencel, G., ve Türkoglu, M. (2014). Bir Dâhili Yoğun Bakım Ünitesindeki Terminal Dönem Hastaların Genel Özellikleri ve Maliyetleri. *Türk Dâhili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 5, 1-4

Aygün, E. and Boz, C. (2024). Pandemi döneminde yaşlı bireylerde dini inanç ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki. Geriatrik Bilimler Dergisi, 7(1), 1-19. https://doi.org/10.47141/geriatrik.1327924

Ayten, A. (2009). Affedicilik ve Din: Affetme Eğilimi ve Dindarlıkla İlişkisi Üzerine Ampirik Bir Araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (37), 111-128.

Ayten, A. (2013). *Empati ve Din: Türkiye'de Yardımlaşma ve Dindarlık Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma*. İstanbul: İz Yayıncılık.

Ayten, A. (2022). İnsanın Anlam Arayışı ve Dinin Rolü. *Diyanet Aylık Dergi*, Ocak.

Ayten, A., ve Ensa, G. G. K. S. E. (2012). Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Amprik Bir Araştırma. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi, 12*(2), 45-79.

Bahadır, A. (2011). *İnsanın Anlam Arayışı ve Din*. İstanbul: İnsan Yayınları.

Bahtiyar, A. ve Can, B. (2016). "An investigation of problem-solving skills of preservice science teachers*". Educational Research and Reviews. 11*(23), 2108-2115

Başar, S. (2013). Hastanelerde Din Hizmetlerinin Eğitim Boyutu, *Yaygın Din Eğitimi Sempozyumu -II* (30 Mart - 01 Nisan 2012, Ankara), 2013, II, 481-495

Beki, F. (2021). *Onkoloji Hastaları Örneğinde Manevi Sosyal Hizmetler* (Doktora Tezi). Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Berk, C., Bozdemir, M. (2009). *Fransızca-Türkçe Genel Sözlük*. İstanbul: Doğu Kütüphanesi Yayınları

Boztilki, M., ve Ardıç, E. (2017). Maneviyat ve Sağlık. *Journal of Academic Research in Nursing, 3*(1), 39-45.

Büyüköztürk, S., Kılıç Çakmak, E., Akgün, O. E., Karadeniz, S., ve Demirel, F. (2013). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem Yayıncılık.

Canım, F. (2022). *Palyatif bakım ünitesinde hastası olan ailelerin psiko-sosyal sorunları ve ihtiyaçları* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Coşgun, R., ve Tokur, B. (2022). Ağır Hastalarda Dini Başa Çıkma. *Journal of Analytic Divinity, 6*(2), 122-144.

Creswell, J. W. (2017). *Araştırma Deseni Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları*.4. Baskıdan çeviri (Çev. Selçuk Beşir Demir). Ankara: Eğiten Kitap.

Çayır, Y., ve Işık, M. (2012). Terminal Dönem Kanser Hastalarında Evde Sağlık Hizmetleri. *Smyrna Tıp Dergisi, 2*, 87-9.

Çelebi, Ç. D. (2017). Manevi Psikolojik Danışmanlık Alanında Sosyal Adalet Kavramının İrdelenmesi. *The Journalof Academic Social Science Stuides*, (64), 87-99.

Dalcalı, B. K., Durgun, H., ve Şeyda, C. (2021). Onkoloji biriminde tedavi alan hastaların manevi iyi oluşları ve yaşam kaliteleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9*(2), 536-553.

Davud, Ebu. (t.y.). *Edeb 4.Sünen Ebi Davud Tercüme ve Şerhi* (16 Cilt)Trc. Necati Yeniel – Hüseyin Kayapınar., İstanbul: Şamil Yayınları.1987.

Davud, Ebu. (t.y.). *Tıp 1.Sünen Ebi Davud* (Cilt 1-4). (M. Muhyiddin Abdulhamid) Beyrut: El- Mektebetü'l Asriyye.

Demirel, Y. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Sağlıklı İletişim*. Ankara: Akademisyen Kitapevi.

DİB. (2017). Sağlık Kuruluşlarında Manevi Destek Hizmetlerinin Yürütülmesine Dair Yönerge,Tarih:04.05.2017;Sayı:12947Ankara.https://hukukmusavirligi.diyanet.gov.tr//[13 Aralık].

DİB(2024). Din Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Manevi Danışman Görevlendirmeleri Usul ve Esasaları.https://webdosyasp.diyanet.gov.tr/ /[13 Aralık].

Doğan, M. (2017). Hastane Örneği Üzerinden Manevî Danışmanlık ve Rehberlik. Hizmetlerine Genel Bir Bakış. *Cumhuriyet İlahiyat Dergisi, 21*(2), 1267-1304.

Doğan, M. (2019). *Palyatif Bakımda Manevi Destek ve Psikolojik İyi Oluş. D.E. Merkezi içinde, Sağlık Hizmetlerinde Manevi Danışmanlık ve Rehberlik*, 187-219. İstanbul: Dem Yayınları Ensar Neşriyat.

Ekşi, H., ve Kardaş, S. (2017). Spiritual well-being: Scale development and validation. *Spiritua9l Psychology and Counseling*, *2*(1), 73-88.

El- Araf.(2013). *Kur'an Yolu Türkçe Meal ve Tefsir*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Erişen, M., ve Sivrikaya, S. K. (2017). Manevi Bakım ve Hemşirelik. Gümüşhane *Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(3), 184-190.

Erkal, S., ve Pek, H. (1993). Beden İmajında Değişimler ve Hemşirenin Rolü. *Florence Nightingale Journal of Nursing, 7*(30), 61-71.

Eryiğit, E. A. (2018*). Dinlemek Esenliktir*. Ankara: Hece Yayınları.

Eş-Şuara. (2023). .*Kur'an Yolu Türkçe Meal ve Tefsir*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Et-Talak. (2023). *Kur'an-ı Kerim Açıklamalı Meali*. Ankara: Diyanet Vakfı Yayınları.

Ez- Zümer. (2000).*Kur'ân-ı Kerîm Meâli. Trc*. Halil Altuntaş - Muzaffer Şahin. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Gürsu, O., Söylev, Ö. F., ve Demirtaş, B. (2021). *Olağanüstü Durumlarda Manevi Danışmanlık ve Rehberlik: Disiplinlerarası Araştırmalar*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, S. B. (1998). Hasta Hakları Yönetmeliği: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/y%C3%B6netmelikler/49-hasta-haklar%C4%B1-y%C3%B6netmeli%C4%9Fi.html [13 Aralık].

Işıl, Ö., ve Karaca, S. (2009). Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler: Bir Gözden Geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2*(1), 82-87.

İçipek, H. (2020). *Palyatif bakım çalışanlarının karşılaştıkları güçlüklerle baş etmede dini değerlerin rolü*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

İnal, S., ve Gürsu, O. (2023). Kanser hastalığını kabul, anlamlandırma ve açıklamada manevi danışmanlık hizmetlerinin etkisi. *Turkish Academic Research Review, 8*(2), 957-977.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı, S.B. (2017). Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge: https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html [06. 12.2024].

Karagöz, İ. (2013). *Dualar*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Karagül, A. (2012). Manevi Bakım, Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eitimi" Hollanda Örneği". *Dini araştırmalar, 15*(40).

Karakaya, Y., Özkaya, H., Tuzcular, E., ve Gönenç, I. (2020). The relationship between pressure ulcers and palliative care patient caregivers' knowledge levels. *Family Practice and Palliative Care, 5*(1), 18-23.

Kars, M. S. (2022). *Manevi destek uzmanlarına göre hastanelerdeki manevi destek hizmetinin psiko-sosyal uyuma etkisi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

Kayahan, H., ve Yanık, A. (2020). Dinsel Kaynaklı Değişkenler Açısından Kamu Çalışanlarının Sağlık ve Hastalığa Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7*(2), 149-159.

Kesme, A. (2021). Hastalar İçin Manevi Bakım. *Türk Manevi Danışmanlık Ve Rehberlik Dergisi*(3), 229-237.

Kılıç, T.,ve Topuz, R. (2015). Hastalarla iletişimin, hasta memnuniyetine etkisi: özel, devlet ve üniversite hastanesi karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 9*(1), 78-97.

Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine, 71*(2), 52-58.

Koç, A. (2021). Türk Tıp Tarihinde Palyatif Bakım. *Journal of Anesthesia/Anestezi Dergisi* (JARSS), 29(3).

Koening, H. G., ve Kımter, Ç. N. (2013). Din, Maneviyat ve Tıp: Klinik Uygulama İçin Araştırma Bulguları ve Öneriler. *Bilimname, 25*(2).

Kolektif. (2024). *Ahiret Bilinci*. Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

Korkmaz, A. (2014). *Faktörler (hastalarının bakım vericilerinde öfke ve ilişkili faktörler* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Kostak, M. A., ve Akan, M. (2011). Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi, 26*(4), 182-192.

Kurt, M. K. (2024).Tövbe ve Önemi. Din Hizmetleri Genel Müdürlüğü: https://www2.diyanet.gov.tr/DinHizmetleriGenelMudurlugu/VaazHizmetleri/T%C3%B6vbe%20ve%20%C3%96nemi.pdf [13 Aralık].

MEB. (2013). *Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Modülü. Hasta ve Yaşlı Psikolojisi*. Ankara: Meb Yayınları.

Mete, H. E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri, 11*(3), 3-18.

Mıchael, P. N. (2020). Acceptability Palliative Care: Exploring Spiritual and Existential issues in Families facing a & preliminary effects. The Unıversty of Notre dame Australıa, Monash university.

Ok, Ü., Gedik, Z. ve Erşahin, Z. (2019).*Hastalar İçin Manevi Bakım*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Özdemir, B. E., ve Göcen, G. (2024). Manevi Danışmanlık Sürecinde Karşılaşılan Direnç Noktaları ve Bununla Baş Etmeye Çalışan Manevi Danışman Yeterlilikleri. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 65*(1), 63-92.

Özdemir, F. (2016). *Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi*.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özkan, A. (2019). *Türkiye'de sağlık hizmetlerinde manevi danışmanlık: bir karma yöntem araştırması.* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Özkaya, N. (2018). Etkili İletişim. Slade Player: https://slideplayer.biz.tr/slide/13923003/ adresinden alındı [6. 02.2018].

Özsoy, M. (2023). *Manevi destek ve rehberlikte etik değerler*.(Yüksek Lisans Tez Projesi) Pamukkale Üniversitesi, İslami İlimler Enstitüsü, Denizli.

Öztürk, M. (2009).*Kıssaların Dil*. Ankara: Ankara Okulu Yayınları.

Pahlevan Sharif, S., ve Ong, F. S. (2019). Education moderates the relationship between spirituality with quality of life and stress among Malay Muslim women with breast cancer. *Journal of religion and health, 58*(4), 1060-1071.

Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., ve Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of behavioral medicine, 24*(1), 49-58.

Redhouse, K. (2022). *Redhouse Ingilizce- Türkçe Sözlük*. İstanbul: Redhouse Yayınları.

Ross, E. K. (2023*). Ölüm ve Ölmek Üzere.* Çev. Sezer Soner. İstanbul: Profil Kitap.

Sadrollahi, A., & Khalili, Z. (2014). Spiritual Well-being and its associated factors among elderly living in the city of Kashan. *Journal of Geriatric Nursing, 1*(2), 94-102.

Sağlık Bakanlığı. (2023). Dünya Palyatif Bakım Günü. Sağlık Bakanlığı. https://www.saglik.gov.tr/TR,100111/dunya-palyatif-bakim-gunu.html. [13 Eylül].

Soydan, M. (2019). Palyatif Bakım Terminal Dönemde Bakım.https://gavsispanel.gelisim.edu.tr/Document/amsoydan/20191224112546287_764331f9-a03d. İstanbul Gelişim Üniversitesi. [24 Aralık].

Söylev, Ö. (2015). Psikolojik Yardım Hizmetleri Bağlamında Türkiye'de Dinî Danışma ve Rehberlik. *İslam Medeniyeti Araştırmaları Dergisi, 1*(2), 287-308.

Şirin, T. (2018). *Manevi Danışmanlıkta İhsan Modeli*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Tan, H. N., ve Yıldız M. (2022) 'Manevi İyi Oluş' Kavramının Ortaya Çıkışı ve Tanımlanması. *Dini Araştırmalar* 25/63 (Aralık 2022), 447-476.

Tarhan, N. (2023). *Dua İhtiyaç mıdır?*. https://www.nevzattarhan.com.tr/prof-dr-tarhan-anlatti-dua-ihtiyac-midir.html [27 Mart].

Taş, B., Gür, E., ve Akpınar, İ. (2018). Boşanmış ve evli bireylerin maneviyat ile yaşamın anlamları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *2nd International Conference on New Approaches in Social Science and Humanities*.

Taşkın, H. H. (2022). Yaşlı manevi danışmanlığında psikoterapi tekniği olarak manevi anımsama terapisi. Türk Manevi Danışmanlık Ve Rehberlik Dergisi, (6), 9-38. https://doi.org/10.56432/tmdrd.1186383

Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, Nobel Yayıncılık, Ankara.

TDK. (2024). https://sozluk.gov.tr/. *Türk Dil Kurumu Sözlükleri.*

Tekman Yıldız, E. (2024). *Yaşlı bireylerde kronik hastalığa uyumun maneviyat ve yaşam kalitesi ile ilişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Tetik, H. (2009). Din Hizmetlerinde İletişim Becerileri ve Empati. *EKEV Akademi Dergisi, 13*(41), 159-181.

Tursun, S. (2019). *Palyatif Bakım'da Manevi Destek (Vaka Örnekleri ile). D. E. Merkezi içinde, Sağlık Hizmetlerinde Manevi Rehberlik ve Danışmanlık* (s. 239-267). İstanbul: Dem Yayınları Ensar Neşriyat.

Uçar, M. (2017). *Yaşlılarda yaşam kalitesi ile spiritüalite (maneviyat) arasındaki ilişki*, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].

Uğurlu, E. S. (2014). Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 187-191.

Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., ve Tarhan, M. O. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28*(2), 85-92.

WHO. (2021, Ekim 4). https://www.who.int/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=pallatif&wordsMode=AnyWord. Dünya Sağlık Örgütü [4 Ekim].

Yavuz, D. (2022). *Geriatrik onkoloji hastalarında dini inanç ve maneviyatın hastalığa uyum üzerine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi]. Samsun.

Yıldırım, A., & Simsek, H. (1999). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (11 baski: 1999-2018).

EKLER

Ek-1

Açıklama: Lütfen, soruları eksiksiz bir şekilde sizin için uygun olan ifade ile cevaplandırın.

1)Cinsiyetiniz nedir?

*Kadın

*Erkek

2)Eğitim durumunuz nedir?

*İlkokul

*İlköğrenim

*Ortaöğrenim

*Yükseköğrenim

*Yüksek lisans-Doktora

3)Yaşınız:

4)Medeni haliniz:

*Evli

*Bekâr

*Dul

*Diğer

5)Dini:

6)Doğum Yeri:

7)Meslek:

8) Çalışma durumu:

*Çalışıyor

*Emekli

*Çalışamıyor(maluliyet durumu)

*Diğer

Ek-2

FACIT-SP 12 (Version 4)

Aşağıdaki liste sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. **Lütfen <u>son 7 günü</u> göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.**

	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
Sp1 Kendimi huzurlu hissediyorum	0	1	2	3	4
Sp2 Yaşamak için bir nedenim var	0	1	2	3	4
Sp3 Yaşamım verimlidir	0	1	2	3	4
Sp4 İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum	0	1	2	3	4
Sp5 Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum	0	1	2	3	4
Sp6 Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum	0	1	2	3	4
Sp7 İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum	0	1	2	3	4
Sp 8 Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun	0	1	2	3	4
Sp9 Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal Rahatlık buluyorum	0	1	2	3	4
Sp10 Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet Buluyorum	0	1	2	3	4
Sp11 Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı Kuvvetlendirdi	0	1	2	3	4
Sp12 Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, her Şeyin iyi olacağına inanıyorum	0	1	2	3	4

Ek-3

SPIRITUAL CONCERNS CHECKLIST
MANEVİ ENDİŞELER KONTROL LİSTESİ

Bu konuda endişe Duyuyorsanız İşaretleyiniz	**Endişeniz**
□□	Dini veya manevi şüpheler
□□	İnanç kaybı
□□	Umut kaybı
□□	Ahiret hakkında belirsizlik
□□	Kontrolü kaybetmek
□□	Hayatta anlam kaybı
□□	Tanrıya da ilahi güçlerle ilişkimde bozulma
□□	Geçmişteki davranışlardan pişmanlık duymak
□□	Duaların işitilmemesi
□□	Ölüm sürecinden korkma
□□	Geçmişteki davranışlardan dolayı suçluluk
□□	Tanrıya öfke
□□	Tanrının cezalandırmasından korkmak
□□	Ölüm korkusu
□□	Cehennem korkusu
□□	Başkalarına karşı affedicilik
□□	Kendime karşı affedicilik
Başka endişelerinizvarsa, lütfen aşağıda belirtiniz:	
□□	
□□	
□□	
□□	

Michael NG, Bobevski I, Georgousopoulou E, O'Callaghan CC, Clayton JM, Seah D, Kissane D. Unmet spiritual needs in palliative care: psychometrics of a screening checklist. BMJ Support Palliat Care.

2020 Dec 1:bmjspcare-2020-002636. doi: 10.1136/bmjspcare- 2020-002636

Ek-4

Ölçekleri Kullanım İzni

Doç. Dr. Ümmühan AKTÜRK
İnönü Üniversitesi/ Hemşirelik Fakültesi/ Halk Sağlığı Hemşireliği

ÖLÇEK HAKKINDA BİLGİ

Spiritüel bakımla ilgilenmenize ve bu konuda araştırmalarınıza sevindim. Biz ölçek için Facıt kurumundan izin aldık. Sonra ölçeği Türkçe geçerliliğini yaptık ve daha sonra Facıt le yaptığımız yazışma sonrası onlar bize Türkçe çevirisi yapılan ölçeği mail olarak gönderdi. Hocamla yaptığımız çeviri ve Facıtten gelen arasında fark olmayınca bütünlük olması için FACIT kurumunun şuan maile ataç ettiği formu kullandık. Ben bunu makalemde de aynen ifade ettim. Değerlendirmesinde Facıt iki alt boyut olarak göndermişti. Ancak son yapılan çalışmalarda üç alt boyut olması ve bizim geçerlik çalışmamızda da üç boyutlu çıkınca ona göre yaptık. Ben değerlendirmeyi nasıl yaptığımızı size yazıyorum.

Ölçek kanser hastalarının ya da diğer kronik hastalıklarda bireylerin manevi iyiliğini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. 3 alt boyutu olan ölçek (barış, anlam ve inanç) manevi iyiliğin tüm bileşenlerini derinlemesine araştırmaya yardımcı olur. Ölçek likert tipi olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-Hiç, 4-Çok fazla) numaralandırma sistemine sahiptir. Anlam alt boyutu (Madde 2,3,5,8) toplam 0-16 puan aralığında, Barış alt boyutu (madde 1,4,6,7) toplam 0-16 puan aralığında, İnanç alt boyutu (Madde 9,10,11,12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçektoplam puanı 0-48 puandır. Ölçekpuanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir.

Gönderen: Ümmühan Aktürk < >
Gönderildi: Sunday, January 29, 2023 3:10:13 PM
Kime: Zehra Şibil

Konu: Fwd: Ölçeği çalışmanda kullanabilirsin. Kolaylıklar dilerim

Ek-5

S.B.Ü. SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK E.A.H.
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU KARAR FORMU

EK-2
S.B.Ü. SANCAKTEPE ŞEHİT PROF. DR. İLHAN VARANK E.A.H. GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		PALYATİF BAKIM SERVİSLERİNDE YATAN HASTA VE YAKINLARININ MANEVİ İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ PROF. DR. FERİHA ÖZ ACİL DURUM HASTANESİ ÖRNEĞİ
ETİK KURUL BAŞVURU DOSYA NO-TARİH	Dosya No: 166	Tarih:15.05.2024
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURUL ADI	Sancaktepe Şehit Profesör İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Emek, Sarıgazi Emek, Namık Kemal Cd. No:7 Sancaktepe/İstanbul
	TELEFON	[redacted]
	E-POSTA	[redacted]
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMACI UNVANI ADI SOYADI	ZEHRA ŞİBİL
	UZMANLIK ALANI	İLAHİYAT
	BULUNDUĞU MERKEZ	Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	ARAŞTIRMANIN STATÜSÜ	■ Yüksek Lisans Tezi ☐ Doktora Tezi ☐ Tıpta Uzmanlık Tezi ☐ Bilimsel Araştırma Projesi ☐ Diğer: .....
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UNVANI ADI SOYADI	UZMN. KLİNİG PSİKOLOG FEYZA BEKİ
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	Gözlemsel ilaç araştırmaları ☐
		Gözlemsel epidemiyolojik araştırmalar ☐
		Anket, sorgulama ve görüşme şeklinde araştırmalar ■
		İnsan biyolojik materyallerinin kullanımını içeren araştırmalar ☐
		Tıbbi kayıtlar ve hasta bilgileri üzerinde yapılan araştırmalar ☐
		Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐
		Nitel araştırmalar ☐
		Diğer ise belirtiniz :
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ■ ÇOK MERKEZ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI MERKEZ	Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Etik Kurul Başkanının Unvanı / Adı /Soyadı: Doç. Dr. Orhun SİNANOĞLU imza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	PALYATİF BAKIM SERVİSLERİNDE YATAN HASTA VE YAKINLARININ MANEVİ İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ PROF. DR. FERİHA ÖZ ACİL DURUM HASTANESİ ÖRNEĞİ				
ETİK KURUL BAŞVURU DOSYA NO	Dosya numara : 166				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	**Belge Adı**	**Tarih**	**Dili : Türkçe ■ İngilizce □ Diğer □**		
	ONAY YAZILARI	15.05.2024	Evet x	Hayır □	Gerek Yok □
	BAŞVURU FORMU	15.05.2024	Evet x	Hayır □	Gerek Yok □
	ANKET FORMU	15.05.2024	Evet x	Hayır □	Gerek Yo k□
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	15.05.2024	Evet x	Hayır □	Gerek Yok □
	ÖZGEÇMİŞ	15.05.2024	Evet x	Hayır □	Gerek Yok □
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	15.05.2024	Evet x	Hayır □	Gerek Yok□
	PEDİATRİK HASTALAR İÇİN ONAY	15.05.2024	Evet □	Hayır □	Gerek Yok x
	HELSİNKİ BİLDİRİSİ	15.05.2024	Evet x	Hayır □	Gerek Yok □
	TAAHHÜTNAME	15.05.2024	Evet x	Hayır □	Gerek Yok □
	LİTERATÜR	15.05.2024	Evet x	Hayır □	Gerek Yok □
	Diğer				
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:166**				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN GÖRÜLDÜ araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca OLMADIĞI toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmenlik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	DOÇ. DR. ORHUN SİNANOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişki		Katılım		KABUL	RED	İmza
DOÇ. DR. ORHUN SİNANOĞLU **(KURUL BAŞKANI)**	ÜROLOJİ	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	
PROF. DR. ELİF TORUN PARMAKSIZ **(KURUL BAŞKAN YRD.)**	GÖĞÜS HASTALIKLARI	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	
DOÇ.DR. HASAN HÜSEYİN MUTLU	AİLE HEKİMİ	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	
DOÇ.DR. ÖZDEM ERTÜRK ÇETİN	NÖROLOJİ	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	
DOÇ. DR.ARZU BİLGE TEKİN	KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	
UZM. DR. ŞENAY ÇOŞKUN	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	
DOÇ.DR. ESRA ADIYEKE	ANESTEZİ VE REANİMASYON	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	
UZM. DR. SULTAN GÖZDE TEMİZ	İÇ HASTALIKLARI	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	
DOÇ. DR. ÇİĞDEM DİCLE ARICAN	PATOLOJİ	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	
PROF.DR. DERYA ÖZTÜRK ENGİN	ENFEKSİYON HASTALIKLARI	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	
DOÇ. DR TUHAN KURTULMUŞ	ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ	SANCAKTEPE ŞEHİT PROF.DR. İLHAN VARANK EAH.	E□	H□	E□	H□	□	□	

Etik Kurul Başkanının Unvanı / Adı /Soyadı: Doç. Dr. Orhun SİNANOĞLU İmza: **Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.**

Ek-6

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.04-2400029203 02.08.2024
Konu : Etik Kurul Kararı (Zehra ŞİBİL)

Sayın Zehra ŞİBİL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Manevi Danışmanlık Ve Rehberlik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Palyatif Bakım Servislerinde Yatan Hasta ve Yakınlarının Manevi İhtiyaçlarının Belirlenmesi: Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi Örneği" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 19.07.2024 tarihli ve 2024/06 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: Zehra ŞİBİL

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: F9E9PTA Belge Takip Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/izu-ebys

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon No: (0 000) 4449798 Faks No: (0 212) 6938229
e-Posta: İnternet Adresi: www.izu.edu.tr
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr
Bilgi için : Selda Şenol
Yeminli Katip
Telefon No: (0 000) 4449798
Direkt Hat:

İstanbul Zaim Üniversitesi	**ETİK ONAY BELGESİ**	**Doküman No**	**ET-FR-675**
		İlk Yayın Tarihi	**27.11.2023**
		Revizyon Tarihi	**22.12.2023**
		Revizyon No	**01**
		Sayfa	**1/1**

Tarih	19.07.2024
Sayı	2024/06
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	*Palyatif Bakım Servislerinde Yatan Hasta ve Yakınlarının Manevi İhtiyaçlarının Belirlenmesi: Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi Örneği*
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Zehra ŞİBİL
Danışman Adı Soyadı	Dr. Öğr. Üyesi Feyza BEKİ
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)
Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(İzinli)
Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

(Katıldı)
Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi/Raportör Selda ŞENOL

Dokümantasyon Onayı Prof. Dr. İbrahim GÜNEY Yönetim Sistemleri Tem.
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Dogrulama Kodu: 7FFADT4 Belge Takip Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/izu-ebys

ÖZGEÇMİŞ

Zehra ŞİBİL

A. EĞİTİM

Önlisans: İlahiyat, Eskişehir Anadolu Üniversitesi- 2009

Çocuk Gelişimi, Erzurum Atatürk Üniversitesi -2012

Lisans: Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi 2019

Yüksek Lisans: Sakarya Üniversitesi Manevi Danışmanlık ve Rehberlik (Tezsiz)-2022

Sertifika Eğitimleri:

*Bilgisayar Operatörlüğü Sarayköy Halk Eğitim Merkezi "Bilgisayar Operatörlüğü İşletmenliği" Kurs Sertifikası-2006

*4-6 Yaş Grubu Çocuk Eğitimi Ve Etkinlikleri (296 Saat Ve Üzeri)-Sakarya Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi 4-6 Yaş Grubu Çocuk Eğitimi ve Etkinlikleri Sertifikası-2015

*Direksiyon Eğitimi Öğreticileri Kursu 200 saat Çekmeköy Halk Eğitim Merkezi-2016

*TASHİH-İ HURUF KURSU DİB. Haseki Abdurrahman Gürses Eğitim Merkezi-2017

*Yabancı Dil (İngilizce)- Toefl İbt Ets Authorized Test Center Dıalogue 140 Saat-2022

*YEŞİLAY Eğiticinin Eğitimi Eğitmen Sertifikası-2022

*Palyatif Bakım Hemşireler Derneği Eğitimi Katılım Sertikası-2024

*Diksiyon Eğitim Sertifikası-2024

B. MESLEKİ DENEYİM

2010–2013,Sultanbeyli Müftülüğü, Merkez Kız Kuran Kursu

2013-2021, Çekmeköy Müftülüğü, Taşdelen Kız Kur'an Kursu.

2021-2022, Çekmeköy Devlet Hastanesi Manevi Destek Uzmanı.

2022-2024, Sancaktepe Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi Manevi Destek Uzmanı.

Çekmeköy Müftülüğü kapsamında Bağımlılık Koordinatörlüğü,

EGM Narkotik Şuçlarla Mücadele Başkanlığı bünyesinde yürütülen "En İyi Narkotik Polisi Anne" projesi katılımcısı

Milli Eğitim Bakanlığı ile ortak yürütülen ÇEDES projesi katılımcısı

C. YURDIŞI GÖREV

2017, 2020, Umre Kadın İrşat Görevlisi, Suudi ARABİSTAN.

2022, Hac Kadın İrşat Görevlisi, Suudi ARABİSTAN.