

Giriş

Ülkemizde din konulu deneysel araştırmalar, son yıllarda artış göstermiştir ve bu araştırmalar arasında, özellikle İlahiyat Fakülteleri bünyesindeki araştırmacıların yürüttüğü din sosyolojisi çalışmalarının önemi büyüktür. Ülkemizde din sosyolojisi artık, dinin toplumsal görünümüleri, farklı kurumlarla ilişkileri, kentleşme, sanayileşme, modernleşme ve benzeri pek çok olguyla etkileşimleri gibi konularda yüzlerce çalışma vermiştir ve yetkin bir alan olma yolunda hızla ilerlemektedir. Bu bağlamda, biraz da güncel sorunların haklı önceliğı nedeniyle bazı alanlar, söz konusu sosyal araştırmalar arasında ya kendine hiç yer bulamamakta ya da oldukça yetersiz olarak temsil edilmektedir. Bu alanlardan biri de, bir örgüt olarak hastanede yaşanan din olgusunun incelenmesi alanıdır.

Dinin deneysel analizini konu edinen din sosyolojisi, dinin tüm toplumsal kurum ve örgütlerdeki yansımalarıyla ilgilenmektedir. O halde, 'hastanede dini hayat'ın araştırılması da din sosyolojisinin ilgi alanına girmektedir. Öte yandan, ülkemizde, hastanelerde maliyet muhasebesi, yöneylem araştırmaları ve kapasite kullanımı gibi çeşitli konular üzerinde çalışmalar yapılmış ise de, hastanede din olgusunu ele alan inceleme ve araştırmalara rastlanmamaktadır. Bu nedenle, hastaneleri şimdiki kadar üzerinde çalışılmayan yönleri ile analiz etmeye yönelik inceleme ve araştırmaların yapılmasına büyük ihtiyaç vardır. Hastanelerdeki çok yönlü sorunları yıllarca bizzat bu örgütlerin içinde bir sağlık çalışanı olarak gözlemlemiş biri olarak araştırmacıyı, hastaneyi ve özellikle de oradaki dini hayatı ele almaya yönelten nedenlerden birisi de budur. Dolayısıyla bu makale, sağlık sosyolojisi ve daha özelde hastanede din olgusu üzerine yapılacak araştırmalara din sosyolojisinin bakış açısıyla yapılmış bir giriş olarak değerlendirilebilir.

Bu çerçevede, bu makale, bir örgüt olarak hastanedeki din alt sistemini konu edinmektedir. Yapısal-işlevselci sosyoloji geleneğindeki "sistem – alt sistem" kavramsallaştırması bağlamında, bir sistem olarak 'din'in, hastane içerisinde fonksiyonel bir yere tekabül ettiği görülmektedir. Şöyle ki, hastaneler, ekonomik, siyasal ve hukuki işlevlere olduğu kadar dini bir takım işlemlere de ev sahipliğı yapmaktadır. Türkiye'deki hastanelerde de, hastanede fiilen yaşanan dini hayatla alakalı olarak, personel ve hastaların ibadetleri, ibadet mekanları, hastane imamları gibi bazı dini unsurlar göze çarpmaktadır. Bu bağlamda, bu makalenin amacı,

HASTANEDE DİNİ HAYAT: TEORİK ÇERÇEVE

Arif KORKMAZ

Dr., S.Ü. İlahiyat Fakültesi,
Din Sosyolojisi Bilim Dalı Araştırma Görevlisi

hastane örgütünde bir alt sistem olarak 'din'in yerini tespit etmeye çalışmaktır. Böylece hastanedeki dini hayatın ana unsurları ortaya konmaya ve konu tarihi ve teorik olarak temellendirilmeye çalışılacaktır. Bu çerçevede şimdi, sağlık çalışanları, refakatçiler ve hastalarıyla örgüt sakinlerinin, hastane yaşamında, dinle pratikteki 'karşılaşma alanları' üzerinde durulacak ve hastane-din kesişiminin ana unsurları tespit edilmeye çalışılacaktır.

Öncelikle, hasta olmak, hastaneye yatmak bireyin yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen olgulardır. Hastalıklar, getirmiş oldukları fiziksel zorluklara ek olarak, kişilerin yaşam uyumlarını da bozmakta, psikolojik ve sosyoekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmakta, kurulmuş denge durumunu tehdit etmektedir. Bu nedenle hastayı sadece 'hasta' olarak görmek ve ona bir obje olarak bakmaktan çok, onu 'biri' olarak görmek, onunla birlikte olmak, onun yaşadığı dünyayı ve onun bakış açısını kavramak gerekecektir. Diğer yandan, hasta da, hastaneyi evi gibi görmek istemektedir. Yiyeceklerin kendi kültür ve geleneklerine göre hazırlanmasından tutun da, ibadetlerini normal şekilde yerine getirmeye kadar, hasta, hastanede değil de evindeymiş gibi hareket etmek ve muamele görmek isteyecektir (Türkdoğan, 1991: 41). Zira hastalar, dini hayatlarını hastane koşuşuna, kimi insanların dünyevi kaygılarını kiliseye/camiye taşıdıkları kadar taşırlar (Illich, 1995: 84). Bu bağlamda, öncelikle sağlık çalışanları ve özellikle doktorlar, hasta ile kurdukları iletişimde başarılı olabilmek için onun manevi ve dini dünyasını da dikkate almak, hatta ciddiyetle tetkik etmek durumundadırlar. Bir doktor kuşkusuz her şeyden önce tıp bilimi ve tıbbi teknolojiyi en iyi biçimde öğrenmekle yükümlüdür. Tıp doktoru illa ki, klinik becerilerle donanmış olmalıdır; ancak doktorun, sağlığın biyolojik, psikolojik, sosyal (kültürel/dini) ve ekonomik bileşenlerini de kavramış olması gerekmektedir (Terzi, 2001: 124, 125).

Konuyu tanıtıcı bu kısa girişin ardından şimdi hastanede yaşanan dini hayatın hangi alanlarda ortaya çıktığı ve önem kazandığı tespit edilmeye çalışılacaktır:

I. Hastanelerin Fonksiyonel ve Yapısal Örgütlenmesi İçinde Din Hizmetleri

Din hizmetleri, bir dinin mensuplarınca yerine getirilmesi gereken yükümlülüklerin gereği gibi ifa edilmesini amaçlayan yardımcı çalışmaları içerir. Okul, aile, ordu, işyeri, cezaevi, hastane gibi insanın yaşadığı her yer, inançlı insanlara hizmet götürülecek alanlardır. Çünkü inanan insan için inandığı değerler doğrultusunda yaşamak ihtiyacı varsa, bu ihtiyacın giderilmesi insanın bulunduğu her mekanda gündeme gelecektir. Öte yandan, dindar insan, inandığı dinin kendine sunduğu çözümlere en çok hastalık ve ölüm gibi olaylarda ihtiyaç duyar. Zaten hastanede din hizmetlerinin önemli bir amacı da, hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların hastalıktan kaynaklanan problemlerinin çözümünde, dinin verdiği cevaplardan da faydalanmaktır. Din hizmetleri çerçevesinde din adamlarının yürüttüğü dini danışmanlık, teori ve pratikle birlikte oluşur. Dolayısıyla dini danışmanlık, alanın

teolojik köklerinde derinleşerek ve metodolojisini geliştirerek, problem/hastalık çeken bireylere, sahip olduğu miras ve yardımcı disiplinlerin de yardımıyla katkı sağlamaya çalışır (Clinebell, 1966: 16, 17).

Hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların dini ihtiyaçlarını karşılamak, onlara moral vermek, imkan nispetinde ibadetlerini yerine getirmelerine yardımcı olmak ve yaşama dirençlerini desteklemek maksadıyla din ve moral hizmetleri verilmesi, Batı'da XX. yüzyılın başından beri geliştirilerek devam ettirilen bir uygulamadır. Hastanelerde yürütülen din ve moral hizmetleri, hastalara ve sağlık personeline yönelik yürütülen dini danışmanlığın bir parçasıdır. Dini danışmanlık, yaygın ve örgün din eğitiminin belirli safhaları ile birlikte aile, cezaevleri, yetiştirme yurtları, ordu, huzurevleri ve hastanelerde uygulama alanı bulmaktadır. Hıristiyan geleneğinde hastanelerdeki dini danışmanlık hizmetleri, hastanelerde yatarak tedavi gören hastalar ve yakınları ile hastane personelinin hastalarla ilişkilerinde karşılaştıkları problemlerle ilgilenir (Liddell, 1983: 5). Hastanelerde dini danışmanlık servisleri (chaplancy services) özellikle ABD'de profesyonelleşme sürecini tamamlayarak tıp hizmeti içinde yarı bağımsız kurumlar oluşturmuşlardır (Snook, 1981: 19). Örneğin, Pensilvanya eyaletinde bulunan 1500 civarındaki hastanenin 300 tanesinde bu tür dini danışmanlık büroları bulunmaktadır (Altaş, 1997: 9, 43). 1992 Gallup araştırmasının sonuçları, dinsel danışmanlığın, Amerika halkının bir milli ruh sağlığı kaynağı olduğunu göstermektedir. Bu araştırmaya göre, halkın % 66,0'ı ruhsal inanç ve değerleri temsil eden bir uzman danışmanı tercih etmekte; % 81,0'ı da kendi değer ve inançlarının tedavi sürecinde yer alması gerektiğini belirtmektedir (AAPC, 2004a).

Aslında dini danışmanlık, kavramın çıkış noktası olan Hıristiyanlıkta çok geniş bir alanda kullanılmaktadır. Eğitimde dini danışmanlık, orduda dini danışmanlık, hastanede dini danışmanlık ve benzeri danışmanlık türleri birbirinden bağımsız olarak kurumsallaşmış alanlardır (Liddell, 1983: 4-11). Bizim, konumuzu alakadar eden tarafıyla üzerinde duracağımız alan ise, 'hastanede dini danışmanlık'tır. Hz. İsa'nın yaşamı boyunca hastalarla özel olarak ilgilenmesi ve bazılarının tedavileriyle meşgul olması, O'nun misyonu ile kendini görevli sayan Katolik Kilisesi'nin de hastalık ve ölüme sevgiyle bakma konusunda insanları eğitme, organize etme ve hastalara bizzat yardım etme hususlarında kendini görevli addetmesine neden olmuştur. Bundan dolayıdır ki, tarih boyunca kilise, acı çeken hasta insanlar için Tanrının yardımı olarak algılanmıştır (Altaş, 1997: 41).

Batı'da psikiyatri ve psikolojinin etkisinden önce dinsel danışmanlık, din adamlarının en saygı gören ve en hayati toplumsal aktivitelerinden biriydi. Yüzyıllarca, kendi cemaatlerinin ruhsal ihtiyaçlarını yürütmek din adamlarının görevi olmuştur. Dinsel danışmanlık, Hıristiyan kültürünün geleneklerinden doğmuştur. Kilisenin yüzyıllardır sürdürdüğü bir itiraf müessesesi vardır. Kişi, işlediği günah ve suçları, bir perde arkasındaki papaza anlatarak günahlarından arınmaya çalışır. Bu arada papaz, lüzumlu gördüğü soruları sorar ve tavsiyelerde bulunur. İtiraf mües-

sesesinin asıl amacı dinsel kuralları pekiştirmek, kişiyi Hıristiyanlık ilkelerine bağlamak olmuştur. Ancak XX. yüzyılda, papazla kişi arasında geçen bu itiraf ilişkilerindeki psikolojik faktörler din adamlarının dikkatini çekmiştir. Bu ilişkilerin daha bilimsel yürütülmesi gereği anlaşılmış ve dinsel danışma psikolojisi (pastoral psikoloji) alanı doğmuştur. Bu işlevi daha etkili ve bilimsel bir şekilde yürütebilmek için kiliseler, din adamlarının klinik ve danışma psikolojisi alanlarında yetişmesine daha çok önem vermeye başlamıştır. Dinsel danışmanlığın, modern psikolojik teorilerin gelişmesinden önce işlev gören bir kurum olarak adı 'imani iyileş(tir)me' idi. Bu ad altında Hıristiyanlık, ruhsal sağaltım konusunda yıllardır kendine özgü yöntemlerini kullanı gelmiştir. Bu arada, bu iyileştirme aktivitelerinin sadece ruhsal sorunları değil aynı zamanda fiziksel rahatsızlıkları da içerdiği unutulmamalıdır (Ok, 1997: 51, 52).

İmani iyileş(tir)me, bilimsel tıbbın ve psikiyatrların bilinen yöntemlerinden farklı olarak, dinsel inanç yoluyla elde edilen iyileş(tir)medir. Eski Ahit'te inanç iyileş(tir)mesine dair hemen hemen yok denecek kadar az referans bulunmaktadır. Yeni Ahit, bütün zamanların belki de en meşhur inanç iyileş(tir)mesi hikayelerini sunar. Hz. İsa'nın iyileştirme mucizeleri hikayelerinde hastalık, kötü ruhların bir alameti olarak kabul edilir ve İsa'nın iyileştirme gücü, Tanrının krallığının O'nun kişiliğine gelmiş olduğunun bir delili olarak kabul edilir. Hıristiyan teolojisinde günahla hastalık arasındaki ilişki gelenekseldir. Onun içindir ki, Hıristiyan uygulamasında günah itirafı, hasta yağlamasından, el ile tedaviden ve cemaatle dua iyileştirmesini oluşturan ibadetlerden önce gelir (Ok, 1997: 53,54).

İslam dünyasında hastanelerde din hizmetleri ise daha farklı bir içerik ve gelişim seyrine sahiptir. Şöyle ki, Mescid-i Nebevi'nin çok amaçlı kullanımı, sonraki dönemlerde cami merkezli külliyesi doğurmuştur. Cami etrafında medrese, kütüphane, imarethane, kervansaray gibi birimlerden oluşan bu külliyeler içinde yer alan darüşşifa ve bimarhanelerdeki din hizmetlerinin yürütülmesinde, bu hastanelerin cami merkezli kurumlar olmaları hasebiyle bir problem görülmemiştir. Din, bu dönemde sosyal hayatın merkezinde yer almaktadır. Külliyelerin merkezinde yer alan cami, bu 'merkezde olma'nın bir sembolü olmakla birlikte, kurumlar içinde gereklilik ifade eden dini hizmetleri de yerine getiren birimdir. Örneğin, sağlık ağırlıklı faaliyetler göstermek üzere kurulmuş olan Bezmi Alem Valide Sultan Vakfı'nın vakfiyesinde, kurulacak olan hastanenin yanında bir de cami bulunması öngörülmüştür (Altaş, 1997: 52).

İslam geleneğinde Batı'da olduğu anlamda hastalarla ilgilenen bir din adamları sınıfı söz konusu olmasa bile İslam, topluma hastalarla ilgili bir takım sorumluluklar yüklemiştir. Dolayısıyla toplumun giderek karmaşık bir şekilde yapılanmasından dolayı aynen diğer din hizmetlerinde olduğu gibi, bu görevi toplum adına yerine getirecek bir hizmet grubuna bu sorumlulukların yüklenmesi ve hastanede din hizmetlerinin kurumsallaşması gerekmektedir. Bu çerçevede

günümüz Türkiye'sinde de Batı'da olduğu gibi, ülke şartlarına uygun olarak yürütülecek 'hastanede din hizmetleri' uygulamasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Nitekim 1-5 Kasım 1993 tarihinde Ankara'da toplanan I. Din Şurası'na Diyanet İşleri Başkanlığı'nın 'Dini Konularda Toplumu Aydınlatma ile İlgili Başkanlık Görüşü' başlığıyla sunduğu tebliğde din hizmetlerinin alanları, camiler, eğitim merkezleri ve Kur'an Kursları, hastaneler, cezaevleri ve çocuk islahavleri, işyerleri ve aileler olarak belirlenmiştir. Tebliğin hastanelerle ilgili kısmında şu ifadeler yer verilmektedir: "Hastahaneler, irşad ve tebliğe çok müsait ortamlar olup, insanların en çok morale muhtaç buldukları yerlerdir" (DİB, 1995: 63, 64).

I. Din Şurası'ndaki bu oldukça kısa ve yetersiz değinmenin ardından, hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara fiili olarak din ve moral hizmetleri sunulması konusu ilk defa Sağlık Bakanlığı bütçesi görüşmelerini yürüten Bütçe-Plan Komisyonu'nun tüm üyelerinin ortak bir önerisi olarak 1994 yılı sonlarında gündeme gelmiştir. Komisyonun bu önerisini değerlendiren Sağlık Bakanlığı, il teşkilatlarına bir yazı göndererek, müftülüklerle koordinasyon sağlanması suretiyle bu hizmetin başlatılmasını istemiştir. Sağlık Bakanlığı'nca il teşkilatlarına gönderilen 12.12.1994 tarihli yazıda, hastanelerde din ve moral hizmetlerinin amacı, hastanede yatarak tedavi gören hastaların gerek din ve gerekse moral açılarından ihtiyaçlarının karşılanması olarak belirlenmiştir. Bu gelişmelere ilaveten, hastanelere ve buralarda yatarak tedavi gören hastalara gerekli din ve moral hizmetlerinin ulaştırılmasını hizmet alanı içinde gören Diyanet İşleri Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı'nın konuyla ilgili isteği üzerine ilk defa 19.01.1995 tarihinde taşra teşkilatına gönderdiği bir genelge ile din ve moral hizmetleri uygulamasını başlatmıştır. Uygulama ilk yazışmalarda 'Hastanelerde Yürütülecek Va'z ve İrşad' ismi ile anılmış; gönderilen ilk genelgede görev, 'Hastane Ziyaretleri' ifadesiyle karşılanmış; daha sonraki yazışmalarda ise 'Din ve Moral Hizmetleri' şeklinde isimlendirilmiştir. Bu şekilde, Sağlık Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı'nın koordinasyonu ile başlatılan 'Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri', yurdumuz insanının yukarıda ifade edilen ihtiyacını karşılamayı amaçlıyordu. Ne var ki, Ankara Tabip Odası başkanının 12.12.1995 tarihinde Sağlık Bakanlığı aleyhine uygulamanın iptali istemiyle ve yürütmeyi durdurma talebiyle açtığı davada Danıştay 5. Dairesi, 12.04.1996 tarihinde yürütmeyi durdurma kararı vermiş; bakanlığın yürütmeyi durdurma kararına itirazı 18.08.1996'da reddedilince, Sağlık Bakanlığı'nın 07.06.1996 tarihli yazısıyla söz konusu uygulama yürürlükten kaldırılmıştır (Altaş, 1997: 59-61, 73). Böylece ülkemiz hastanelerinde yaklaşık 1,5 yıl süren bu uygulama resmen son bulmuştur.

Ülkemiz hastanelerinde günümüzde herhangi bir din hizmeti uygulamasına rastlanmamakta ve fakat Batı'da din hizmetlerinin tıp hizmetleri içinde giderek geliştiği gözlenmektedir. Batı'da, hastanelerde din hizmetlerinin laiklik ilkesine aykırı olacağı yönündeki tartışmalarda, din hizmetlerinin seküler bir zemine oturabileceği şeklinde bazı yorumlara da rastlanmaktadır (Fins, 1994: 373-375).

Şöyle ki, din hizmetlerini sadece dini bakış açısından ele almanın doğru olmadığı, onun hastane açısından en başta ekonomik açıdan fayda sağladığı ve hasta maliyetlerini düşürdüğü yönünde tartışma ve araştırmalar yapılmaktadır. Bu araştırmalarda, dini bakımın müşteri memnuniyeti sağladığı, hastaneye olan talebi artırdığı ve dolayısıyla bu açıdan da ekonomik çıkara yol açtığı üzerine durularak, din hizmetlerinin 'seküler' boyutları sıklıkla gündeme gelmektedir (McSherry, Kratz and Nelson, 1986: 52–54). Diğer yandan, dinsel danışmanlığın Batı'da ruh sağlığı alanında en ekonomik tedavi şekli olmasının bir nedeni de, dinsel danışmanların diğer sağlık uzmanlarına göre daha düşük maaşla çalışmayı kabul etmeleridir. Dinsel danışmanlık merkezlerinin, genel itibarıyla, kar amaçsız oluşu ve yüksek fiyatların indirilmesi de yine bu ekonomikliğe katkıda bulunmaktadır. Bütün bunların yanında, dinsel danışma merkezleri Batı'da, ruh sağlığı hizmetlerinin en kalitelileriyle kıyaslanabilecek bir tedavi başarısı oranına sahiptir (Ok, 1997: 128, 129).

2. Hastanede İbadet ve İbadet Mekanı

Hastanedeki dini hayatın şüphesiz en önemli unsurlarından biri, hastane içindeki ibadet hayatıdır. Zira hastanelerde bir dini hayatın varlığından söz etmemize olanak tanıyan en bariz göstergeler, sağlık çalışanları, refakatçiler ve hastalarıyla hastane sakinlerinin ibadetleridir. Hastanelerde 'dua'dan 'oruç'a kadar pek çok ibadet icra edilmekte ve tüm bunlar, hastane içi dini hayatın en canlı örnekleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer yandan bazı ibadetler, hemen bütün kültürlerde sağlığı elde etme ve kişiler arasında uyum sağlama aracı olarak kullanılmaya gelmiştir. Son dönemlerde Batılı terapistler de bu gücü ve terapötik yöntemi klinik çalışmalarında kullanmaya ilgi duymuşlardır. Rogers, ritüelin, hastayı maddi dünyanın normal olaylarından uzaklaştırdığını söyler. Ritüellerin, vaftizler, ölüm törenleri vb. gibi büyük bir bölümü, yaşamdaki geçiş dönemlerini kolaylaştırma amacıyla yürütülmektedir. Bu bağlamda ritüel, sağlıklı yaşamdan hastalığa geçişte karşılaşılabilecek muhtemel zorlukların aşılması için de bir başvuru kaynağı olabilmektedir (Ok, 1997: 50).

Katolik gelenekte, tıpta din hizmetleri ve dini danışmanlığın kurumsallaşmasını sağlayan en önemli faktörlerden birisi, hastalarla yapılan özel sakramentler/ibadetlerdir. Kaynağını Hz. İsa'nın uygulamalarından alan¹ bu sakramentlerin en önemlileri, 'hastaların yağlanması' ve 'komünyon/ekmek-şarap' ayinleridir. Ciddi bir hastalıktan muzdarip olan insan, neşesiz olmaması, günaha davet edici şeylerin etrafını sarmaması ve inancında bir azalma olmaması için ilahi merhametin çok özel bir yardımına muhtaçtır. Yağlama ayini bu desteği sağlar. Ayinin temelinde, ölmek üzere olan hastalar için uygulanması esası varsa da, son dönemlerde daha yaygın olarak tüm hastalara uygulanması eğilimi vardır. Ameli-

¹ Bk. Markos, 6/13; Yakub'un Mektubu, 5/13–16; Yuhanna, 6/ 48–56.

yata girecek hastalar da ameliyat öncesi mesh edilir ve yağlama ayinine tabi tutulur (Saint Antuan Kilisesi, 1994: 351, 355).

Hastalar için uygulanan özel ayinlerden biri de komünyon (ekmek-şarap) ayinidir. Komünyon'da ekmek, Hz. İsa'nın bedenini; şarap ise, O'nun kanını temsil etmektedir. Hıristiyanlar, bu ayinle temsili olarak Hz. İsa'nın bedeniyle bütünleştiklerini ve böylece zorluklar/hastalıklar karşısında O'ndan güç aldıklarını düşünürler. Yağlamada olduğu gibi kaynağını İncil'den alan ve 'yol azığı' da denilen bu ayin için, beyaz bir örtü ile örtülmüş küçük bir masa hazırlanır. Masaüstüne bir haç, iki mum ve mümkünse birkaç çiçek konulur. Komünyon getiren rahip hastayı selamlar; bunun ardından hep beraber dua edilir ve İncil'den parçalar okunur. Rahip hastayı tövbe etmeye davet edip onun adına af diledikten sonra kutsal ekmeği alır ve "Mesih'in vücudu" diyerek hastaya verir. Komünyon alan hasta, 'amin' diye cevap verir ve herkes sessiz olarak dua eder. Böylece komünyon ayini tamamlanmış olur (Saint Antuan Kilisesi, 1995: 139-142).

Hıristiyan hastaların, hastanelerde yaptıkları ibadetler sadece yağla(n)ma ve komünyon ile sınırlı değildir. İncil okuma, takdis, itiraf (günah çıkarma) ve dua gibi ibadetler de hastalık için başvuru yardımı kaynakları arasında yer almaktadır (Speck, 1988: 38-49). Hıristiyan Katolik geleneğinde İncil'e dayalı olarak hastalarla gerçekleştirilen bu ayinler ve törenlerle birlikte onlara okunacak özel duaların bulunması ve bu uygulamaların yalnızca, kendilerine Hz. İsa ve havariler aracılığıyla ilahi görev verilen din adamları tarafından yapılabilmesi, hastanede din hizmetlerinin ve din görevlilerinin ortaya çıkmasında ve gelişmesinde ana faktör olmuştur.

Günümüzde ülkemiz hastanelerinde de pek çok hasta günlük ibadetlerini icra etmeye çalışmaktadır. Abdest, namaz, oruç, Kur'an okuma, tesbih çekme ve dua, hastanelerimizde gözlemlenen ibadetlerin başında gelmektedir. Bu ibadetler, hem hastane personeli hem de hasta ve refakatçiler tarafından yerine getirilmektedir.

Bu arada hemen belirtelim ki, hastalık esnasında hemen her kültürde en çok başvuru ibadet türü, duadır. Duanın gerek fiziki gerekse ruhi bir takım hastalıkları tedavi edici gücü ve özelliği öteden beri bilinmektedir. Bir çok din psikologu, duanın mükemmel bir tedavi vasıtası olduğunu belirtmektedir. Duada psikanalitik tedaviye benzer bir yol izlendiği görülmektedir. Psikanalitik tedavinin temel kuralı, 'herşeyi söylemek'tir. Temel olarak, başkasıyla konuşma kapasitesini engelleyen hastalık vb. durumlarda söz (dua), psikanalitik açıdan, tedavi edici bir özelliğe sahiptir. Dua eden insan, Allah'a her şeyi söyleyerek, kendisiyle ilgili ve Allah'la ilişkisi konusundaki hakikati gizleyip saklamadan, olduğu gibi üzerine alır. Bu açıdan, Allah'la serbestçe konuşmak, serbestçe dua etmek, hastayı olağanüstü bir tarzda rahatlatma potansiyeli taşır. Fransa'daki Lourdes Tıp Merkezi'nde, dua, dini telkin ve moral takviyesi yoluyla elde edilen mucizevi tedaviler üzerine bilimsel çalışmalar yapılmaktadır (Hökelekli, 2001: 231-233).

Hastanelerde icra edilen ibadetlerle ilgili bu kısa sunumun ardından şimdi de bu konunun bir devamı niteliğinde olan 'hastanelerde ibadet mekanları' konusuna geçilebilir: Tıp tarihi verilerine göre, tarihte ilk hastaneler, dini duygu ve kaygıların, dini duyarlılıkların artması sonucu ortaya çıkmış; dinlerin gelişip yaygınlaşmasının bir sonucu olarak kurulmuştur (Nutton, 1996: 41, 42; Eren, 1996: 100, 223, 224; Özden, 2003: 51-53; Eren ve Uyer, 1991: 20). Bir takım tapınaklar, rahipler tarafından hastaları tedavi etmek amacıyla da kullanılmıştır. Dinlerin fakirlere, zayıflara muhtaç ve hastalara karşı insanların ilgisini artırdığı bilinmektedir. Hastaların tedavi edilip bakımlarının yapıldığı yerler, tapınak ve diğer ibadet yerlerinin bölünmez bir parçası haline gelmiştir. Bunlara 'hastane' fonksiyonu gören tapınaklar da denebilir. Asklepieion sağlık tapınakları ve ortaçağ manastır hastaneleri bu kurumların en başta gelen örnekleridir. Ortaçağda hastane ve ibadet mekanı olarak kiliseler öylesine bütünleşmiş hatta aynileşmiştir ki, VIII. Henry'nin manastırları kaldırmasıyla İngiliz hastane mekanizması da ortadan kalkmıştır (Nenna, 1990: 656).

Batı'da hastane ile mabedin iç içe olduğu bu dönemden sonra, laikleşme süreciyle dinin kamusal alandan uzaklaşmaya başlamasıyla beraber, hastaneler de daha laik kurumlar haline gelmeye başlamış ve bu süreç günümüze kadar süre gelmiştir. Ne var ki bu, günümüzde hastanelerin dini mekanlardan tamamen yoksun olduğu anlamına gelmemektedir. Bugün ABD'de ve Avrupa'da hemen her hastanede küçük bir kilise ve mescit bulunmaktadır (Örneğin bk. Mutlu, 1973: 115, 149, 150). Bunun yanında, çağdaş Batı hastanelerindeki dini mekanlar sadece ibadet mekanlarıyla da sınırlı değildir. Batı hastanelerinde ibadet için kullanılan özel dini mekanların (sacred space / prayer room) yanında, yine, dini danışmanların hastalarla tek tek ya da grup halinde görüşmelerine olanak sağlayan çok amaçlı ofisler ve sohbet odaları da bulunmaktadır (McSherry, Ciulla and Burton, 1992: 39).

Tarih içinde İslam hastanelerinde de, özel ibadet mekanlarının bulunduğu görülmektedir. Örneğin, Ağlebi Emiri I. Ziyadetullah (817-838) tarafından Kayrevan şehrinin Dimne mahallesindeki büyük caminin yakınına yaptırılan Tunus'un en eski bimaristanı, hasta koşulları, ziyaretçilerin bekleme odaları ve küçük bir mescitle dini derslerin verildiği bir dershaneden meydana geliyordu (Terzioğlu, 1992: 165). Yine, Mısır'daki en geniş ve en büyük hastane olan, Memlük hükümdarı Mansur el-Kalavun tarafından Kahire'de inşa edilen ve 1283'te tamamlanan Mansuri Hastanesi, dersaneler ve zengin bir kütüphanenin yanında, Hıristiyanlar için bir küçük kiliseye ve Müslümanlar için de bir camiye sahipti (Fazlurrahman, 1997: 102).

Yukarıdaki örneklerde olduğu gibi, hastaneye özel ibadet mekanlarına sahip sağlık kuruluşlarından başka, mabetlerle yan yana inşa edilen hastaneler de vardı. Örneğin, ilk İslam yataklı tedavi kurumlarının açılmaya başlandığı Abbasiler döneminde, hastaneler ve himaye merkezlerinden ayrı, başka sağlık kurumları da

vardı. Bu özel sağlık merkezleri, Cuma namazlarının eda edildiği ve bu sebeple bir çok kimsenin toplandığı büyük camilerin yanına yerleştirilmişti. 'Mescit/cami hastaneleri' de denilen bu tedavi kurumlarında görevli doktorlar özellikle Cuma için camiye gelenlerin tedavileriyle meşgul olurlardı (es-Said, 1987: 72, 73).

Bu cami hastanelerinin dışında, özellikle Selçuklular ve Osmanlılar döneminde altın devrini yaşayan külliyele de, İslam dünyasındaki hastanelerin ibadet mekanlarıyla olan ilişkileri bakımından özellikle ele alınmaya değer kurumlardır. Bu çerçevede, Anadolu Selçuklu darüşşifalarının fonksiyonel mekanlar olarak diğer yapılarla ilişkisi ele alınıp, bağımlı mı bağımsız mı oldukları düşünüldüğünde, darüşşifaların külliye anlayışıyla yapılmış kompleks yapılar olarak planlandıkları görülecektir. Fakat Anadolu Selçuklu darüşşifalarında mihraplı bir mescit mekanına rastlanmamaktadır. Sadece Tokat'taki Gök Medrese'de ana eyvanın sol köşe mekanında bir mihraba rastlanır. Diğer yandan, Anadolu Selçuklu döneminde darüşşifalar, aynı gayeli bloklar yan yana inşa edilerek bir sağlık/egitim kompleksi şeklinde oluşturulmuş veya külliye anlayışına daha yakın bir şekilde, bir dini yapıya bitişik olarak inşa edilmiştir. Bu ise Osmanlı döneminde inşa edilen darüşşifalardan ayrılan en önemli noktadır. Zira Osmanlı'da darüşşifa, başlangıçtan sona kadar bir külliye birimi olarak yorumlanmış ve inşa edilmiştir. Osmanlı döneminde darüşşifa birimi içinde mescit fonksiyonlu mekana rastlanmamaktadır. Bu durum, külliye ana yapısı olan caminin varlığıyla açıklanabilir (Cantay, 1992: 27-32). Ne var ki, Edirne II. Beyazid Külliyesi'ndeki darüşşifanın bir odasında mihrabımsı bir kısım bulunmaktadır ve bu kısmın mescit olduğunu söyleyen araştırmacılar vardır (Kahya ve Erdemir, 2000: 118, 119). Eğer bu yorum doğru kabul edilirse Osmanlı darüşşifalarında da mescide rastlandığı söylenebilir.

Geçmişte İslam ülkelerinde, külliye bütünü içinde camilerle yan yana inşa edilen hastaneler (Örneğin bk. Cantay, 1992: 32; Mutlu, 1973: 2, 3), aynı bir din hizmetleri bölümüne ihtiyaç duyuramazken, bugün şehir planlamasındaki değişimler, örgütler ağının değişmesi ve daha da özde hastane yapılarında meydana gelen farklılaşmalar hastanelerde din hizmetleri servisini bir zorunluluk haline getirmiştir. Bir başka deyişle, genel olarak hastanelerin tedavi açısından üstlendiği fonksiyonlar, sosyal, teknik ve tıbbi yeniliklerin doğal sonucu olarak tarihi süreç içinde büyük ölçüde değişmiştir. Hastane fonksiyonlarında zamanla ortaya çıkan bu değişiklikler, onların organizasyon yapılarını da değiştirmiştir.

Günümüzde ülkemizdeki hastanelerde ibadet etmek isteyen hastalar için yeterli nitelikte ibadet mekanlarının olduğunu söylemek zordur. Ülkemiz hastanelerindeki mescitlerin çoğu, hastanelerin zemin katlarında yer almakta olup, pek çok servisten bu mescitlere ulaşım zordur. Yine, erkek ve özellikle kadın mescit alanlarının yetersiz olduğu söylenebilir. Dolayısıyla, günümüzde ülkemizdeki hastanelerin ibadet mekanları söz konusu olduğunda ortaya çıkan en önemli sorun, ulaşım problemi; ikinci sorun ise alanlarının yetersiz oluşudur. Ayrıca, kadınların

ibadet etmeleri için ayrılan mekanların, erkekler için ayrılan yerlere kıyasla daha küçük olduğu söylenebilir.

3. Hastanede Din Görevlisi / Dinsel Danışman

Tedavi kurumlarının başlangıcını, Anadolu'daki asklepieonlara kadar götürmenin mümkün olduğu söylenebilir. Bu tedavi kurumları ise daha çok bir 'tapınak' niteliği taşıyordu ve tedaviden sorumlu kişiler rahiplerdi. Hastane denilebilecek ilk yapıların, başlangıçta tıbbi bir işlev görmekten çok dini bir işlev gördükleri ve birer sağlık kurumu olmaktan çok birer tapınak oldukları görülmektedir. Buna bağlı olarak, idarecileri ve sağlık personeli de tamamen din adamlarından oluşmaktadır. Örneğin, Fransa'da kurulan ilk hastane olan Hotel Dieu'nun tıbbi malzeme ve eczacılık işleriyle bir grup rahip ilgilenirken; çamaşır, terzilik ve temizlik işlerinden ise bir grup rahibe sorumlu idi (Özdemir, 1985: 14).

Batı'da çok yakın dönemlere kadar hastanelerdeki en etkin meslek grubu rahip ve rahibelereydi. Doğu'da da tarih içinde hastanelerde din adamlarının görev aldığı görülmektedir. Örneğin, Bağdat'ta Büveyhi sultanlarından Adudüddöve (ö. 983) tarafından 981 yılında açılan ve sonraları Bağdat'ın en ünlü hastanesi haline gelen Bimaristan-ı Adudü'de, İbn Ebi Usaybia'nın verdiği bilgiye göre, Bizanslı bir rahip çalışmaktaydı (Şeşen, 1996/97: 69). Yine, Hindistan'da hastanelerin birçoğuna hem Müslüman tabipler hem de Hindu 'ved'ler atanmaktaydı. Çünkü Hindu'lar kendilerini Hindu olmayanlara muayene ettirmiyorlardı. Hükümdarların saraylarında da hem Müslüman hem de Hindu doktorlar mevcuttu. Örneğin, Ekber Şah'ın sarayı, her iki dine mensup 29 kişilik bir ekibe sahipti (Fazlurrahman, 1997: 107, 109).

Osmanlı'da darüşşifa görevlileri, tabip, kehhâl (göz doktoru), cerrah ve yardımcı sağlık görevlileri, aşşab (eczacı), edviye-i kub (ilaç hazırlayıcı), tabbah (aşçı/diyetisyen), kilardar / emin-i mahzen (depo sorumlusu/görevlisi), kayyum (hastabakıcı/hemşire), kase-keş (idrar şişeleri görevlisi / laborant) ile ferraş (temizlik işçisi), ab-rizi (tuvalet temizlikçisi), came-şuy (çamaşırıcı), dellak gibi temizlik hizmetlileri ve nazır (hastane müdürü), vekilharç (muhasibeci), katip gibi idari yetkililer ile bevab (kapıcı/bekçi), gassal ve imamdan oluşurdu (Sanı, 1995: 11-49). Örneğin, Osmanlı Devleti'nin Irak topraklarındaki sağlık kurumlarından biri olan ve 1892'de bir deniz hastanesi olarak kurulmuş bulunan Basra Asker Hastanesi'nin 1892-93'te iki askeri doktor, bir eczacı, bir katip ve bir imam kadrosu vardır (Hatemi, 1998: 36). Yine, Bezmi Alem Valide Sultan Cami vakfiyesinde, camiye atanacak olan iki imamdan birisinin, vefat etmek üzere olan hastaların yanında istiğfar ve kelime-i şehadeti hatırlatması, vefat edenleri yıkaması, telkin ve defin hizmetleriyle uğraşması gibi hususlar da yer almaktadır (Altaş, 1997: 52).

Batı'da özellikle Fransız Devrimi'ni takip eden gelişmeler, din adamlarının pek çok alandan olduğu gibi tıp ve hastanelerden de uzaklaştırılması sonucunu doğurmuştur. Şöyle ki, Fransız Devrimi iki büyük mitin doğmasına yol açmıştır:

Birincisi, doktorların din adamlarının yerini alabileceği; ikincisi, politik değişimle toplumun özgün sağlığına kavuşabileceği (Illich, 1995: 108). 18 Ağustos 1792'de, Fransa'da Meclis "bütün dinsel birliklerin, din adamı ya da laik kadın ve erkeklerden oluşan dünyevi toplulukların" feshedildiğini ilan etmiştir. Ama hastanelerin çoğu, dinsel tarikatlar ya da manastır modeline göre tasarlanmış kuruluşlarca yönetildiğinden karamameye şöyle bir ekleme yapılmıştır: "Bununla birlikte, hastanelerde ve hayır kurumlarında çalışan aynı kişiler, Yardım Komitesi kısa sürede kesin örgütlenmeyi Meclis'e sununcaya kadar valilik ve idare görevlilerinin gözetimi altında yoksulların hizmetine, hastaların bakımına devam edeceklerdir" (Foucault, 2002: 60). Batı'da bu değişim çerçevesinde hastane dışına itilen din adamlarının, bir asır kadar sonra bilimsel ve toplumsal gerekçelerle bu kurumlara tekrar geri döndükleri gözlenmektedir.

1920lerde Klinik Din Eğitimi hareketinin babası Anton Boisen, teoloji öğrencilerinin, akıl hastanelerindeki hastalarla gözetimli iletişim kurmalarını gerçekleştirmek suretiyle akıl hastalığı tedavisinde din adamlarının önemli rolünü ortaya koymuştur. Din ile psikolojinin psikoterapötik amaçlar için bütünleşmesi, 1930larda, meşhur bir papaz olan Norman Vicent Peale ile bir psikiyatr olan Smiley Blanton'ın şimdiki adı Institute of Religion and Health olan American Foundation for Religion and Psychiatry kuruluşunu oluşturma amacıyla işbirliği yapmalarıyla başlamıştır (Liddell, 1983: 11). Dinsel danışmanlığın klinik boyutu ise, ruh sağlığı hastaneleri ve genel hastaneler gibi kurumlarda kurulan klinik pastoral eğitim hareketiyle başlamıştır. Dinsel danışmanlık bu hastanelerdeki klinik ortamdan teoloji sınıflarına yayılmıştır. Günümüzde Batı'da hem ilahiyat fakülteleri hem de klinik enstitüler, dinsel danışmanlığın etkili eğitimi için birlikte çalışmaktadırlar (AAPC, 2004b).

Günümüzde ABD'de eyaletlere göre değişmekle beraber, genellikle 100 ve üzeri yatak kapasiteli hastanelerde tam gün çalışan bir din görevlisi bulunmaktadır. ABD'de hastanede din görevlisi olabilmek için en az fakülte veya papaz okulu mezunu olmak, din adamlığı tecrübesine sahip olmak, dini bir cemaat tarafından teklif edilmiş ve onaylanmış olmak yanında tıbbi bakım için yeterli bilgi ve birikime sahip olmak şartları da aranmaktadır. Batı hastanelerinde din görevlileri, sağlık ekibinin bir parçası olup hastane görevlilerinin fonksiyonunu yüklenmekte; asıl hüviyetlerini ise din adamı olarak kendi rollerinden almaktadırlar. Görevleri sadece hastalarla değil, aynı zamanda onların aileleri, arkadaş ve diğer sosyal çevreleri ile de ilgilenmektedir. Ölen hastaların yakınlarına başsağlığı dilemek ve onlarla ilgilenmek de bu görevlerin hizmet alanı içinde kabul edilmektedir (Burton, 1992: 15–20).

Batı'da, hastaneler ve hastalar için din adamlarıyla sadece hastane içinde değil hastane dışında da işbirliğine gidilmektedir. American Society for Hospital Public Relations of the American Hospital Association (ASHPRAHA), hastaneler açısından kamu yararına gerçekleştirilebilecek faaliyetler arasında "din adamlarıyla

işbirliği yapılarak haftanın ve yılın belirli günlerinde cemaate insan ve toplum sağlığı ile ilgili bilgi verilmesini sağlamak” konusunu da önermektedir (Seçim, 1994: 59, 60). Burada amaç, toplumun değişik kesimlerinden gelen ve değişik deneyimleri olan kişilerle, örneğin, din adamları ve dini önderlerle işbirliği yaparak sağlık konusunda halkı aydınlatmaktır (Tabak, 1999: 92).

Yukarıda İslam dünyasıyla ilgili örneklerde de görüldüğü gibi, İslam geleneğinde de, hastalara yönelik dini danışmanlık hizmetleri bulunmakta ve bu hizmetleri yerine getirebilecek din görevlileri de hastane içinde görev yapmaktadır. Ne var ki bizde, günümüze gelinceye kadar asırlardır sadece ölüme yakın ve ölüm sonrası hizmet şeklinde sürdürülen hastane din görevlisi uygulamasının, moral hizmet sunulması anlamında Batı’daki uygulama ile benzerliği yoktur. Bugün hala hastane kadrolarında istihdam edilen din görevlisi ve gassallerin görevi, moral hizmet vermekten çok ölüme yakın hastalara, son dini görevlerini yerine getirmelerinde yardımcı olmak ve ölüm sonrası dinen yapılması gereken hizmetleri sunmaktan ibarettir. Batı’daki uygulama ile paralel bir uygulama başlatma ihtiyacı yıllardır hissedilmesine rağmen bugüne kadar böyle bir teşebbüste bulunulmamış ve bu ihtiyaç, hastanelerde görev yapan gassal ve imamlarla, kısmen de hasta yakınları ve hastaların birbirine desteğiyle giderilmeye çalışılmıştır. Yani ülkemizdeki hastanelerde, hastalarla meşgul olan ve onların moralini, maneviyatını destekleyen, onlara ümit veren ve dua eden herhangi bir din adamı yoktur.

Diğer yandan, aşağıda hasta–doktor ilişkilerinde dinin önemi konusunda da geleceği üzere, hastanelerde din adamı ihtiyacı, sadece hastalara moral verip onların maneviyatını desteklemek için değil, hastayı anlama ve bunu tedavi sürecine yansıtma açısından da önemli bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz gelimi şu örnek, tedavi sürecinde hastaların inanç ve değerlerinin önemini göstermesi açısından ilgi çekicidir: Sudanlı psikiyatrist Bedri, tatmin olmayarak namazlarını tekrar tekrar kıldığı şikayetiyle gelen bir hastasını, dini kültürün yardımıyla tedavi etmişti. Bu obsesyonel hastasına Bedri, namazları tek başına değil cemaatle kılmasını tavsiye etti. Zira İslam inancına göre, cemaatle kılınan namazlarda imama tabi olduğundan, ibadetin sorumluluğu da imama aitti. Hasta, bu şekilde cemaate devam ederek rahatsızlığından kurtulmuştu (Bedri, 1984: 75–77).

Sağlık meslek liselerinde okutulan Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi derslerinin değerlendirilmesine yönelik bir doktora tezi hazırlayan Yıldırım’ın ulaştığı sonuçlar da, sosyokültürel açıdan dini inançlarla sağlık arasında bir ilişkinin varlığını ve bu ilişki çerçevesinde hastanelerde dini danışmanların bulunması gerektiğini ortaya koymaktadır. Hastadan kaynaklanan ve hastane ortamına hastayla gelen dini motifli problem ve ihtiyaçların varlığı, hemşirelik eğitiminin bir boyutunu ilgilendirdiği gibi, hastanelerde verilecek dini danışmanlık ve moral hizmetleri birimi çerçevesinde dini danışmanları da gerekli kılmaktadır (Yıldırım, 1996: 173). Özden ve arkadaşlarının Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde yatarak tedavi gören 210 psikiyatrist hastası üzerinde gerçekleştirmiş oldukları bir araştır-

mada, hastaların % 52,0'ının hastalıkları için, resmi din görevlisi ve dinsel unvan kullanan kimselere, % 31,0'ının ise cincilere başvurduğu tespit edilmiştir. Hastaların % 32,5'inin daha sonra da din adamlarına müracaat etmeyi düşündüklerini belirtmeleri ise daha ilgi çekici bir bulgudur. Örneklemin % 30,0'ı ise, tıp dışı kişilere dinsel sebeplerle başvurduklarını belirtmektedir (Ok, 1997: 74, 75). Bu bulgular tıp dışı kişilere başvuruda din faktörünün çok önemli olduğunu düşündürmekte ve karşılaşılan kişisel ve ruhsal problemlerde din adamlarına hala ne kadar güvenildiğini göstermektedir. Ne var ki, hastaların bu alanda ihtiyaçlarını karşılama şekilleri, dinsel törenler, dualar ve hac yerlerine gitme gibi meşru olanlardan, muskacılık, büyücülük, fal baktırma gibi çoğu kez dinlerin de izin vermediği hurafelere kadar uzanan bir çeşitlilik arz etmektedir. O halde, art niyetli kişilerin istismarını engellemek açısından dinsel danışmanlık, direkt yapıcı olmasının ötesinde ayrıca değer taşımaktadır.

İnsanların ruhsal sorunlar başta olmak üzere pek çok sağlık problemi karşısında yaptığı tercihi etkileyen faktörün büyük oranda din oluşu, tıpta dini danışmanlık alanında hizmet veren din adamları yetiştirmek suretiyle dinsel danışmanlık branşının geliştirilip yaygınlaştırılmasının gerekliliğini bir kez daha ortaya çıkartmaktadır. Zira hastanelerde bir dinsel danışmanın bulunmasını gerektiren sebeplerden biri de, tıp doktorlarının dinsel ya da ruhsal konulardaki bilgi eksikliğidir. Şu olay, bu durumun çarpıcı örneklerinden birini sergilemesi bakımından önemlidir: Psikiyatr Göka, Almanya'da şizofreni tanısıyla tedavi gören bir hastasından bahsetmektedir. Adinami, iç huzursuzluk, hareket isteksizliği, konsantrasyon ve kavrama eksikliği, düşünce üretiminde yavaşlama, davranışlarında sinirlilik ve tepkilerinde zayıflama, Almanya'da hastaya şizofreni tanısı konmasına sebep olan belirtiler olarak görülmüştü. Hastadaki bu belirtileri de göz önüne alarak ilaç tedavisini kesen ve onu izlemeye alan Göka, aslında hastanın şizofrenik özellikler göstermekten ziyade, İslami literatürde 'itikaf' olarak isimlendirilen bir ibadetin gereği olarak böyle davrandığını tespit etti. Almanya'daki psikiyatrlar, hastanın kültüründen getirdiği bu davranışlarını doğru değerlendirememekten dolayı yanlış tanı koymuşlardı. Göka, bu bağlantıyı kurduktan sonra iki ay izlediği hastada hiçbir psikopatolojik belirtiye rastlamadı (Göka, 1994: 153).

Hastanın kültürünü ve bu kültürü şekillendiren dini kaynakları bilerek doktor-hasta arasında iletişim sağlama görevini de üstlenen bir dini danışman, sağlık kurumlarında olumlu ve önemli bir rol oynayacaktır. Çağdaş sağlık bakımı anlayışı da, bu şekilde farklı inanç gruplarını anlayıp kapsayarak sağlık düzenlemelerine aktaracak tıbbi profesyonellere ihtiyaç bulunduğunu göstermektedir. Bu inanç sistemlerini, aile organizasyonlarını, gruplar arası farklılık arz eden iletişimi, sağlık bakımı alanında anlayacak ve yorumlayacak olanlar, hastanelerde görev yapacak olan dini danışmanlardır. Bundan dolayı çağdaş sağlık anlayışında dini danışmanların, aynı zamanda birer kültür antropologu olarak da görev yaptıkları kabul edilebilir.

Yukarıda, dinin bir sosyal destek unsuru olarak hastalık esnasındaki öneminden kısaca bahsetmiştik. Bu bağlamda din adamları da, sosyal destek sağlayıcı bir unsur olarak fonksiyonel hale gelmektedirler. Aslında hastaneler, hastaların mesleki olmayan pek çok ihtiyacını karşılamak zorundadır. Bu nedenle meslekten olmayan personele ihtiyaç gösterirler (Özdemir, 1985: 61). Şöyle ki hasta, hastanede pek çok kişiden destek alır. Bunların başında ailesi, arkadaşları ve tıp personeli gelmektedir. Bu bağlamda, din adamı da pek çok konuda ona destekçi olabilecek konumdadır (Speck, 1988: 141–144). Hastane din görevlisi sadece hastayla değil aynı zamanda hastanın ailesi, arkadaşları ve sağlık personeli ile de etkileşim içindedir. Tüm bu ilişkiler ağı içerisinde din görevlilerinin diğer sağlık çalışanlarıyla ilişkisi, hastane organizasyonu açısından ayrı bir önem taşır. Din görevlilerinin diğer profesyonel sağlık çalışanlarıyla tam bir uyum içinde çalışmalarıdır ki, din ve sağlık hizmetlerinin sağlıklı olarak yürümesini sağlayacaktır. Aksi takdirde hastane içi uyum ortamı zedeleneceği gibi din hizmetleri de istenilen düzeyde yürümeyecektir.

Hastanedeki farklı uzmanlık alanlarının tam bir entegrasyon içinde, ekip ruhuyla çalışmalarını sürdürmeleri, tüm hastane hizmetlerinde olduğu gibi din hizmetlerinde de başarıyı artıracaktır. İyi bir takım çalışması ve herkesin için bir ucundan tutması gerekliliği konusunda tam bir bilincin olduğu yerde manevi bakım takımının tüm üyeleri tarafından olumlu karşılanmakta, onaylanmakta ve sorumluluk olarak addedilmektedir (Stoter, 1995: 135, 136). Böyle bir hastanede manevi bakımın kalitesi ve devamlılığı garanti altındadır ve din hizmetlerinde kalite söz konusudur. Bu çerçevede, Jung, din adamlarıyla tıp adamlarının güçlerini bir araya getirmelerinin zamanının geldiğini belirtir. Çünkü insan refahı, müşkül sağlık problemlerini daha iyi anlamayı ve sosyal, psikolojik, dini ve tıbbi servisler arasında daimi grup çalışmasını gerektirmektedir. Hastanede din adamı, diğer mesleklerin yeterli olmadığı bir alana katkıda bulunmaktadır (Ok, 1997: 105).

Türkiye hastanelerinde ise Batı'da olduğu anlamda hastalara dini danışmanlık yapacak bir din görevlisi bulunmamaktadır. Bugün hastanelerimizde din görevlisi olarak imam ve gassal kadrosunda yer alan görevliler vardır. Onların görevi ise, ölüme yakın dönemde hastaya son görevlerinde yardımcı olmak, ölüm sonrası cenazeyi yıkamak ve kefenlemektir. 1995 ve 1996 yıllarında, ancak 1,5 yıl süren hastanelerde din ve moral hizmetleri uygulamalarına katılan erkek ve kadın din görevlileri ise temelde, tam olmasa da Batı'dakine benzer bir fonksiyon icra etmek üzere görevlendirilmişlerdi.

Hastanede din görevlisi konusunda değinilmesi gereken son bir husus, hastane etik kurullarında görev alan din adamları konusudur. Şöyle ki, Amerika, İngiltere, Almanya, Avustralya gibi bazı ülkeler, insan haklarını korumak, etik sorunlara çözüm bulabilmek amacıyla hastane etik kurulları oluşturmuşlardır. Hastane etik kurulları, insan üstünde deney, küçük yaşta hastaların sorunları, ciddi hastalığı olan hastalar ya da bilinçsiz hastalar üzerinde yapılan uygulamalar için

hastadan izin alma, tedavi edici değeri olmayan yöntemlerin incelenmesi, yeni bir tedavi edici yöntemin denemesi amacıyla tedavinin kesilmesi, hastalığın gizliliğinin korunması, yeniden canlandırma, ağrısız ölüm, özürli yeni doğanın bakımı gibi etik sorunları incelemektedir. Ayrıca bu kurullar, sağlık ekibi üyelerinin hastaneye ve hastalara karşı sorumluluklarından doğan anlaşmazlıkları da ele almaktadır. Her biri kendi çalışma alanında uzman ya da deneyimli üyelerin oluşturduğu hastane etik kurullarında şu üyeler bulunmaktadır: (1) başkan, (2) hemşirelik yöneticisi, (3) topluluk sözcüsü, (4) etikçi, (5) hasta savunucusu, (6) psikiyatrist, (7) sosyal hizmet uzmanı, (8) hastanın doktoru, (9) yasal danışman, (10) hastanenin din sorumlusu, (11) hastane yöneticisi ve (12) katılımcı olmayan gözlemciler (Karakaya, 1992: 40, 105, 106).

Ülkemizde yukarıdaki anlamda hasta haklarını koruma amacına hizmet eden bir etik kurul örneğine rastlanmamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerindeki kurullar daha çok yapılacak araştırmaları desteklemek, denetlemek ya da durdurmak gibi araştırmalara yönelik sorunları ele almaktadır. Hasta sorunları ve hastalarla sağlık ekibi üyeleri arasındaki sorunlar bu kurullarda ele alınmamaktadır. Bu tür sorunlara çözüm olmak üzere bir seçenek olarak bu kurullar işlerlik kazanmamış ve sorunlar farklı yollardan çözümlenmiştir. Örneğin, ölüden organ aktarımında, anestezi uzmanı, nörolog, kardiyolog ve beyin cerrahından oluşan 4 kişilik bir uzmanlar kurulu karar verici olmuş (Köroğlu, 1987: 708) ve durumun etik boyutu hiç tartışılmadan ve bir etikçi ya da din adamına danışılmadan karar verilmiştir. Halbuki dünyadaki etik kurullar, o ülkenin sağlık sistemi ve toplumsal değerleri göz önünde bulundurularak oluşturulmaktadır. Dolayısıyla onlardan farklı bir yapıya ve değerler sistemine sahip bir ülke olarak bizim bu süreçlere aynen uymak zorunda olduğumuz düşünülemez. Sonuç olarak, Türkiye’de de benzer etik kurullar oluşturulması ve bir sosyolog ile sağlık bilimleri ve etiği konusunda da eğitim almış İlahiyat Fakültesi mezunu bir din görevlisinin bu kurulda yer alması gerektiği düşünülmektedir.

4. Hasta–Doktor/Hemşire İlişkilerinde Din

Tarihin eski dönemlerinde sağlık ve din hizmetlerini insanlara götürenler genellikle aynı kişiler olmuştur (Sloan, Bagiella ve Powell, 1999: 664). Örneğin, eski Mısır’da hastalığın günahlarla irtibatı olduğuna inanılıyor ve hastalıklar din adamları tarafından tedavi ediliyordu (Eren 1996: 26, 28). Yine, eski Türklere Şamanların dini törenlerle hastaları iyileştirmeye çalıştıkları bilinmektedir.

Hıristiyan dünyasında da din adamlarının sağlık konusuna ilgi duydukları görülmektedir. Kiliseler tarafından organize edilen bazı şifa kurumları ve hastanelerde hastalara hem sağlık hizmetleri hem de din hizmetleri, rahip ve rahibeler tarafından sunuluyordu. Yine, Florence Nightingale’in modern hemşireliğin temellerini, rahibelerden oluşan bir çalışma grubuyla attığı bilinmektedir (Eren ve Uyer, 1991: 53–55).

Din ile irtibatı eskilere dayanmasına rağmen tıbbın modern dönemde dinin etkisinden kurtulmaya çalıştığı da bilinen bir gerçektir. Ne var ki tıp, ilk başlarda bunu yaparken, dinin sağlık üzerindeki etkisini unutmaya benzemektedir. Modern tıbbın, hayatın dini ve manevi boyutunu büyük ölçüde görmezden geldiği ve onu patolojik bir fenomen olarak ele almaya yatkınlık gösterdiği dönemler olmuştur. Ancak bu eğilim belirgin bir hoşnutsuzluk yaratmış; tıbbın kültüre ve dine daha duyarlı olması gerektiğine ilişkin ciddi eleştiriler yöneltilmiştir (Göka, 1994: 147) ve tıp alanında dine duyulan ilgi son yıllarda yeniden ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu ilgi sebebiyle uzmanlar araştırmalarını sağlık ve din arasındaki ilişkiler konusuna yoğunlaştırmaya başlamışlardır. Amerika'daki tıp fakülteleri ve sağlık eğitimi veren okullarda, giderek artan bir şekilde, ruhani ve dini hayatla ilgili dersler ve kurslar verilmeye başlaması, bu ilginin en önemli göstergelerindedir (Sloan, Bagiella ve Powell, 1999: 664–667). Diğer yandan, hastalığı iyileştirme çabası içinde olan doktorların, hastalığın iyileştirilmesi sürecinde dinin etkisi konusunda bilgi sahibi olmasında fayda olduğu düşüncesi son zamanlarda giderek yaygınlaşmaktadır (Kılavuz, 2002: 75).

Özellikle Batı toplumlarında yaşayan sosyologlar, doktor ve hastaların paylaştıkları ortak değerler üzerine, bazıları ise, tedavi sürecinde inanç ve beklentiler arasındaki farklar konusuna eğilmişlerdir. Şöyle ki tıp, vücudun yapısının ve işleyişinin incelenmesinden elde edilen bilimsel verilere dayanır. Ancak bu verilerin belirli bir toplumda sağlığı korumak ya da iyileştirmek gibi belirli bir amaçla uygulanması, kişilerin değer yargılarını, inançlarını da sağlık sürecine dahil eder ve böylece konu, bir yönüyle kültür sahasına girer. Sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmak ve tedavi girişimlerine uyum sağlamak için ideal olan, sağlık hizmeti sunan kişi ile hastanın aynı kültürü paylaşmasıdır. Pratikte yapılması gereken ise tam olarak aynı görüşü paylaşmasalar da, hasta ve doktorun birbirlerinin hastalıkla ilgili inançlarını kabul edip saygı göstermeleridir. Hasta–doktor arası problemlerin hepsi için ortak olan nokta, hastanın ve doktorun farklı dini gruplardan veya inanç sistemlerinden gelmeleri halinde, bu problemlerin sıklık ve şiddetlerinde görece artış olacaktır (Göka, 1994: 149).

Ülkemiz koşulları göz önünde bulundurulduğunda Türk doktorlarının genel özellikleri ve doktorların hastalarla kurdukları ilişkilerin doğasına ilişkin saptamalardan birisi, doktorların hastalarından soru sormalarını, şehir kökenli olmalarını ve kendileri ile benzer bir dünya görüşünü paylaşıyor olmalarını bekledikleri yönündedir (Cirhinlioğlu, 2001: 140, 141). Çağdaş doktorun klinik yaklaşımında kullandığı hastalık tanımı sanayi devriminin getirdiği değer ve inançlara dayanır. Ancak hastalığın sadece fiziksel ya da fizyolojik yönünü ele alarak kültürel bileşenlerini göz ardı eden doktorun kendi toplumunun bireylerine yapabileceği yardım oldukça sınırlı kalacaktır (Çağlayaner, 1995: 66).

Hastalığın kökleri insan davranışındadır. Bu davranışları değerlendiren inançlar sistemine inanmadıkça tedavi olma ihtimali zayıflar. Kimi ilkel toplumların

sağlık ve hastalık anlayışlarında bu 'inanç ve kader' fikri esas noktayı teşkil eder. Tedavinin başarılı olabilmesi için tedaviyi yürüten (sihirbaz, şaman, pratisyen, doktor, sağlık görevlisi gibi) şahısların, hastalığın ortaya çıktığı toplumsal ortamın bu değerler düzenini iyi tespit etmesi gerekir. Batılı doktorlara göre, hastanın fiziki zayıflığı, kötü beslenme, anemi ve netice olarak demir toniklerin artması nedeniyedir. Elbette Batı kültürü için bu rasyonel bir önermedir. Halbuki, bazı ilkel toplumların kültür sistemine göre fiziki dermansızlığın arazları, beslenme, kan, meni ve etik prensiplerin ihlali gibi hususları ihtiva eden sebepler zinciriyle açıklanmaktadır. Bu yüzden dini/kültürel tedaviler tonik ve vitaminlerden ziyade, kutsal yerleri ziyaret etmeyi ve günahlardan kurtulmak için yıkanmayı gerektiren bir takım seremonileri ihtiva eder. Dolayısıyla, hasta-doktor ilişkileri, psikokültürel çerçeve içinde değerlendirilmek zorundadır. Aksi takdirde, değerler sistemi göz önüne alınmadan, hastayı sosyal sistemden tecrit eden bir doktor tarafından seçilen tedavi şeklinin olumlu bir sonuç doğuracağı şüphelidir. Zira inançların hastalıklardan koruyucu ve iyileştirici etkisi konusunda, geçmişte olduğu gibi bugün de olumlu kanaatler vardır. Örneğin 2000 yılında 1000 ABDli yetişkin üzerinde yapılan bir araştırmada, örneklemin % 79,0'ı dini ve ruhani inancın hasta insanları iyileştireceğini belirtmiştir. Ayrıca bu yetişkinlerin % 63,0'ı da doktorların hastalarıyla din ve ruhani hayatla ilgili konuşmalar yapmalarının gerekli olduğunu ifade etmiştir (Sloan, Bagiella ve Powell, 1999: 664).

Diğer yandan, doktor-hasta ilişkilerinde psikokültürel faktörlerin dışında bir diğer önemli faktör de bizzat cemaatin sosyal yapısıdır. En iyi niyet ve ilaçlara rağmen, bazı hallerde doktorlar kendi tercihleri nedeniyle toplumun değerler sisteminin dışında yabancı bir gözlemci gibi yaşarlar. Söz gelimi, böbreğinden rahatsız bir hastasına bira tavsiye eden bir doktor fevkalade bir doktor da olsa, Müslüman bir kültür çevresinde yadırganacaktır. Dolayısıyla doktorun, hizmet verdiği toplumun asgari değerlerini tanıması gerekir. Aksi takdirde halk, dini exorsizme (dua ile cin/ruh kovma) inanmaya devam edecek ve sacerdotal/dini tıp toplumun kaderine hakim olacaktır. Zira hasta doktordan beklediklerini, umduklarını bulamayınca daha samimim ilişki kurabileceği halk doktorlarına, hoca, muskacı, cinci gibi şahıslara yönelebilmektedir. Eğer doktor-hasta ilişkileri toplumun sosyal yapı ve organizasyonuna göre düzenlenmezse, bir tarafta sacred (kutsal/dini) tıp, diğer tarafta ise seküler tıp yan yana yaşayacaktır (Türkdoğan, 1991: 67, 68).

Amerikalı din-sağlık ilişkileri uzmanı psikiyatr Harold G. Koenig'e göre, eğer bir hasta dindar ise doktor, hastalığı esnasında hastanın dini başa çıkma yöntemlerini kullanabilmesi ve ruhani ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için gereken kaynakları harekete geçirebilmelidir. Koenig, doktorun hastasına, dine yönelerek daha çok ibadet etmesi, bu konu ile ilgili dini materyalleri okuması ya da bu uygulamaları devam ettirmesi konusunda teşvikte bulunabileceğini söylemektedir. Nasıl ki, doktorlar AIDS'e yakalanmamak için insanlara evlilik dışı ilişkilere girme-

nin bu hastalığa yakalanma riskini artırdığını hatırlatıyorlarsa, dindar hastalara da daha sağlıklı olmaları için dine yönelmelerini hatırlatabilirler. Eğer hasta 'dini başa çıkma' yöntemini kendisi için yardımcı olarak görüyorsa doktor bu yolla hastasını en azından rahatlatılabilir. Zira insanların seçimlerini ve davranış örüntülerini yönlendiren inanç ve değer sistemleri arasında hala ilk sırayı alan dinin, çeşitli yaşam olaylarıyla ve trajedileriyle başa çıkmada birçok olumlu etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Doktorun dini inancının olup olmaması ya da hastasından farklı bir inanca sahip olması, dinin hastasının hayatındaki önemi konusunda sorular sormasına engel olmamalıdır. Diğer taraftan, eğer hasta herhangi bir dini inanca sahip değilse doktorun bu konuda konuşmaya çalışması da uygun bir davranış değildir. Ne var ki, hastalık esnasında dini inançlarını referans olarak kullanan hastalara destek verilmesi gerektiği genel bir kanaattir. Diğer yandan, din konusunda hasta ile konuşma, dini inancın hastanın hayatında tedaviden daha önemli olup olmadığını tespit etme açısından da önemlidir (Kılavuz, 2002: 82, 83).

Hastalık, fiziksel bütünlüğün kaybedilmesi anlamına gelmektedir. Hasta insanlarda beden–ruh bütünlüğü sağlıklı insanlardakinden daha fazla önem arz eder. Hal böyleyken bazı doktorlar insan vücudunu bir makine, kendilerini de bir mühendis gibi görme eğilimindedirler. Onlara göre rahatsızlık, bozulmuş biyolojik süreçler olarak değerlendirilir; burada hastanın ruhsal durumu önemli değildir. Halbuki hastanın da ruhu, sinerjik bir gücü vardır. Bu güç, hastalığın iyileştirilmesinde olumlu bir etki meydana getirebilir. Bu açıdan, hastanın biyolojik bütünlüğünü sağlama konusunda gerekli tedaviyi uygulamaya çalışan doktorların, hastanın duygusal, ruhsal ve dinsel durumunu da göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Çünkü hastanın dini yaşantısı, onun biyolojik ve psikolojik yapısında olumlu/olumsuz etkiler meydana getirebilmektedir.

Ülkemizde bilimsel nitelikli bir dinsel danışmanlık geleneği bulunmadığından dindar hastanın rahatsızlıklarıyla daha çok bir tıp doktorları ilgilenmektedir. Bu doktorların bazıları, hastaların manevi geleneklere bağlılıklarına olumlu bakabilir veya onu bir ruhsal rahatsızlık gibi görerek sağaltım bulması gerektiğine inanabilir ya da manevi geleneği problem alanına almayabilir. Çünkü hastalar ve doktorlar değerlerini ve dinlerini evde bırakıp gelmezler. Onlar bu inanç sistemlerini kendileriyle birlikte kliniğe getirirler. Zira bu sistemler onların yaşamlarının ve tecrübelerinin bütünlüğü bir parçasıdır.

Psikiyatr Erol Göka, Türkiye'de çalışmakta olduğu bir hastanedeki deneyimlerine dayanarak doktorların dindar hastalara nasıl yardımcı olabileceklerine dair bazı noktalar tespit etmiştir:

- Dindar hastanın psikoterapisti yadsıması durumunda hastanın kendi dinsel inancını paylaşan birini refakatçi olarak getirmesine izin verilmelidir.
- Hastayı tedaviye ikna etmek için onun kendi değer sistemlerinden yararlanılabilir.

- Eğer hasta psikiyatrik tedavi konusunda bir karar veremiyorsa ya da ret tavrını sürdürüyorsa, psikiyatr onu, güvendiği bir dinsel otoriteyle bu konuyu görüşmeye cesaretlendirmelidir.
- Psikiyatr, gündelik dildeki bazı kavramların, dindar hasta için farklı bir içerik taşıyabilme ihtimalini gözden uzak tutmamalıdır.
- Dinin ve dinsel ritüellerin hastaların yaşamında önemli yeri olduğu akılda tutularak, onların alışık ve tanıdık oldukları dinsel semboller ve terimler kullanılmalıdır (Göka, 1994: 51, 152).

Dindar hastaların bazılarında görülebilecek olan tedaviyi reddetme ve doktorları küçümseme tutumu, doktor-hasta ilişkilerinde olumsuzluklara neden olabilir. Böyle olumsuz sonuçlarla karşılaşmamak için, doktorların hastalarının dinsel değerlerini ve bunların kişilik üzerindeki etkilerini bilmeleri; bunun için de hastalarının kültürlerini olabildiğince tanımaya çalışmaları gerekmektedir. Bu arada hemen belirtelim ki, 'hasta - sağlık personeli ilişkileri' kapsamına giren tüm ikili ilişkiler de aynı çerçeve içinde değerlendirilmelidir. Zira hasta ile ilişkiler söz konusu olduğunda hemşireler ve diğer sağlık personeli de, en az doktor kadar ve bazen daha da çok önem taşımaktadır. Hasta-hemşire ilişkileri de, hasta-doktor ilişkilerinde olduğu gibi hastanın kültürü, sağlık-hastalık algısı, gelenekleri ve dünya görüşü ile ilgili olarak farklı şekillere bürünecektir. Günümüzde modern tıbbın eğilimi de bu ilkedен hareket etmektedir.

Tıbbın biyoloji ve fiziki bilimlerle işbirliği yanında sosyal bilimleri anlama hususundaki gayretleri, tıp tarihinin tümü göz önüne alındığında, yeni bir merhale sayılır. Bu bakış açısı, hastanın bir sosyal faktör olarak diğer etkenlerin yanında kültür unsurlarını da hastalığı ile birlikte hastaneye taşıdığına dikkat çekmektedir. Son yıllarda Batı'da 'kavrayıcı' tıp ve 'kavrayıcı' hemşire bakımı fikirlerinin iyice gelişmesi, kültür ve davranış bilimlerine geniş ilgi duyulmasına yol açmıştır. Bu formasyonla yetişen hemşire ve diğer sağlık personeli, hastalara ilaç tedavisi ve doktorun tavsiyelerini uygularken, aynı zamanda, ister hastanede olsun isterse okullar, daireler ve gezici görevlerde, çeşitli kültür biçimleri ile karşı karşıya olduklarının farkındadırlar. Görevlerini iyi yapabilmeleri için hastanın kültür varyasyonuna yönelmelerinde zaruret vardır. Dolayısıyla iyi ve anlayışlı bir hemşire, bir Müslüman ya da Yahudi bir hastaya domuz eti teklif etmemesi gerektiğini bilir (Seçim, 1994: 11). Hemşire, hastanın hangi yiyecekleri yiyip yiyemeyeceğini bilecek ve anlayacak bir formasyona sahip olmalıdır. Bunun gibi çeşitli bölgelerden gelen hastaların din, dil ve etnik farklılıkları da önemle göz önüne alınmalıdır. Ancak o zaman sağlık kurumlarında hasta-hemşire ilişkileri sağlıklı bir seviyede gelişebilir. Hemşirenin iyi bir eğitim almış olması, görev bilincine erişmesi ve hastaya dini/insani değerlere göre davranması, hasta-hemşire ilişkilerinin olumlu bir zeminde gelişmesine yol açacaktır (Türkdoğan, 1991: 81, 82).

Sağlık personeli içinde hasta ile en uzun süre bir arada bulunan çalışan grubu hemşireler olduğu için, onlar, hastanın hastalığının seyrini, hastalığı ile ilgili

endişelerini, tavır ve tutumunu, nerelerde yardım ve desteğe ihtiyacı olduğunu, bireyin yaşamındaki duygusal ve fiziksel güçlüklerin neler olduğunu daha iyi tanıyabilir ve bu alanlarda hastaya bunlarla baş edebilme gücünü kazandıracak hemşirelik faaliyetlerine karar verebilirler. Sözü edilen bu faaliyetlere hemşireliğin 'bağımsız fonksiyonlar'ı denilmektedir. Bakımın çoğunda hemşire, rahatlatıcı rolü ile birlikte, dini uygulamaları da içine alan hastanın günlük yaşam aktivitelerinde de bağımsız uygulayıcıdır. Hemşirenin 'bağımlı fonksiyonlar'ı ise, doktorun önerdiği tanı ve tedavi işlemlerini uygulamaktır. Hemşirelerin uygulamada, bağımsız işlemlerinden çok bağımlı işlemlerini yerine getirdikleri gözlenmektedir. Nitekim bu konuda yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, hemşirelerin en önemli hemşirelik faaliyetleri olarak önceliği, doktor istemlerinin uygulanmasına verdikleri saptanmıştır (Haytural, 1989: 3, 4). Hemşirelerin bağımsız işlevlere de gereken önemi göstermeleri halinde, ideal hasta bakımının sağlanması yönünde daha olumlu gelişmeler yaşanacak ve hemşire-hasta ilişkileri daha sağlıklı bir zemine oturacaktır.

İnsanı bir bütün olarak ele alan ve insana ait 14 temel aktivite tanımlayan Henderson'a göre, hemşireliğin bir amacı da, hastaya bu temel aktivitelerin yerine getirilmesi konusunda yardımcı olmaktır. Henderson'un tanımladığı 14 gereksinim arasında 'hastanın inançlarına uygun ibadet edebilmesi' gereksinimi de yer almaktadır. Hemşirenin tedavi edici sağlık hizmetlerindeki sorumlulukları arasında, hastanın psikolojik, fizyolojik ve sosyoekonomik gereksinimlerini dikkate alarak servise kabulünde, hastaneye uyum sağlamasında, günlük yaşam aktivitelerinin devamında, temel gereksinimlerini karşılamada, sağlık ve hastalığın gerektirdiği sağlık eğitiminde, terminal dönemde psikolojik olarak desteklenmesinde ve bedensel bakımın verilmesinde bireye yardımcı olmak gibi hususlar da vardır. O halde, hemşire-hasta ilişkisinde iletişimin amacı, hasta bireyi kişisel özellikleri, çevresi ve tepkileri ile bir bütün olarak tanımak, bakımı için ne tür gereksinimleri olduğunu belirlemek ve hastanın kendi sorunlarına yeniden çözüm üretebilen bir duruma gelmesinde yardımcı olmaktır. Dolayısıyla hemşire-hasta ilişkisinin temelini, hasta bireyde gözlenen sözlü veya sözsüz davranışların, o birey için ne anlam taşıdığını araştırmak, bireyin ifade etmede güçlük çektiği duygu ve düşüncelerini sözel hale getirmesini kolaylaştırmak ve bunlara uygun tepki vermeyi öğrenmek oluşturur (Haytural, 1989: 8, 9, 12, 17).

Tıp ve din etkileşimi konusundaki gelişmeler, gerek hastaların gerekse sağlık çalışanlarının dini inançlar konusunda daha fazla bilgi sahibi olmaları gerektiğini ortaya koymaktadır. Hastalara sağlık hizmeti sunanların, bu hizmetleri her kültürden ve her inançtan insana en iyi biçimde sunabilmeleri için teorik, pratik ve teknik bir donanıma sahip olmaları, değişik insanlara ve gruplara bu donanımla yaklaşımları gerekmektedir. Yukarıda da belirttiğimiz gibi, geçmişte insanlara sağlık ve din hizmetleri aynı kişiler tarafından götürülmüştür. Artık günümüzde topluma sağlık hizmeti ve din hizmeti sunan insanlar farklı kişilerdir. Ancak günü-

müzde sağlık alanında ve din alanında çalışanların işbirliğine girmelerine ihtiyaç duyulduğu gittikçe kabul gören bir gerçekliktir (Göka, 1994: 158). Bu açıdan günümüzde topluma sağlık hizmeti götürülenlerin temel düzeyde bir din kültürü bilgisine sahip olmaları gerektiği söylenebilir.

5. Tedavide Bir Yardım/Destek Kaynağı Olarak Din

İnsan sağlığının fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal boyutları olduğu; dolayısıyla, hastalıkların tedavisinin çok boyutlu bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Bu nedenle tıbbi sorunlarda bütüncül bir yaklaşım uygulanmakta ve birbirini etkileyen bu boyutların dengeli bir biçimde gelişmesi sağlanmaya çalışılmaktadır (Duyan, 1996: 5). İnanç da, sağlık şartlarını anlamada dikkate alınan diğer duygusal faktörlerle birlikte göz önünde bulundurulması gereken önemli bir unsurdur.

İnsan sağlığı konusunda son yıllarda yapılan araştırmalar, fiziksel sağlığa, biyolojik faktörlerin yanı sıra psikolojik ve sosyal faktörlerin de aynı ölçüde etkisinin olabileceğini göstermektedir. Gerek hastalık gelişimi gerekse tedavisinde tıbbi model adı verilen yaklaşımın çoğu kez yetersiz kalması nedeniyle, araştırmalar başka etmenler üzerinde de yoğunlaşmaya başlamıştır. Tıbbi veya biyomedikal model, hastalıkların biyolojik kökenli olduğunu ileri sürmekte ve biyolojik tedaviyi yeterli kabul etmektedir. Ne var ki, bu model sağlığın korunması ve tedavi gereklerini yerine getirme gibi konularda ortaya çıkan sorunlara yeterli çözümler önermemektedir. Biyomedikal modelin yetersizliklerine yöneltilen eleştirilerin yanı sıra çeşitli araştırmaların bulguları da, sağlık ve hastalık konusunda psikolojik ve sosyal etkenlerin önemini ortaya koymaktadır. Bunlara bağlı olarak da, biyopsikososyal model adı verilen yeni bir model ileri sürülmüş; sağlık psikolojisi, sağlık sosyolojisi gibi yeni disiplinler ortaya çıkmıştır. Biyopsikososyal model, sağlığın ve hastalığın belirleyicisi olarak insan vücudundaki hücresel ve kimyasal değişikliklerin yanı sıra, bireyin çevresiyle olan etkileşimini de bir bütün olarak incelemektedir. Bu çerçevede gündeme gelen 'sosyal destek' kavramı, bireyler arası yardım alma ve yardım vermeye dayanan, çift yönlü bir etkileşim sürecidir. Sosyal desteğin, fiziksel ve psikolojik semptomlara karşı kişiyi koruduğunu gösteren çalışmalar vardır. Sosyal desteğin zayıf olduğu dönemlerde fiziksel rahatsızlıkların, psikosomatik yakınmaların, psikiyatrik bozuklukların görüldüğüne dair araştırma bulguları bulunmaktadır (Aladağ, 2000: 1, 2).

Sosyal destek bireye, psikolojik ve bedensel bütünlüğünü korumasına katkıda bulunabilecek süreklilik taşıyan bir ilişkiler ağı içerisinde olduğunu hatırlatır. Bu ilişkiler ağı kişiye sağlığını korumasını sağlayan psikososyal kaynakları sunar. Her hastanın, hastalığa karşı yardım/destek aldığı kaynaklar farklıdır. Aslında asıl güç, hastanın kendisidir; fakat bireyin içinde bulunduğu sosyal ağın önemi de büyüktür. Hasta bu 'ağ'dan yararlanarak kendisinin yardımcı olacak etkenlerin düzenini kendi kurar. Dolayısıyla, yardım kaynaklarının kullanımında, her biri kendine

özgü bir şekilde yardım aldığındandır ki hastadan hastaya farklılıklar görülür. Psikolog Sherill ve Larson, üzerinde araştırma yaptıkları bir grup hastada dinin bir yardım kaynağı olarak aile üyelerinden bile önemli olduğunu bulgulamışlardır (Sherill and Larson, 1988: 821–824). Yine, Peterson ve Roy'un 318 hasta üzerinde yaptıkları bir araştırmada, bir dindarlık değişkeni olarak 'kiliseye devam etme'nin anksiyetenin giderilmesi üzerinde olumlu etkiler yarattığı ortaya çıkmıştır (Peterson and Roy, 1985: 49–60).

Bazı araştırmacılar çalışmalarında, dindarların, dindar olmayanlara kıyasla hastaneye daha az müracaat ettikleri ve dolayısıyla daha sağlıklı kalabildikleri yönünde bulgulara ulaşmışlardır (Koenig and Larson, 1998: 925–932). Virginia Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yürütülen bir araştırmada, papazların ziyaret ettiği hastaların, papazların ziyaret etmediği hastalardan iki gün daha erken taburcu edildikleri; % 66,0 daha az ağrı kesici ve hemşire istediklerini tespit edilmiştir (McSherry, Kratz and Nelson, 1986: 47). Yine, Kızmaz'ın Harran Üniversitesi ve Çukurova Üniversitesi Araştırma Hastanelerinde 150 hasta üzerinde yaptığı bir araştırmada, örneklemin % 65,4'ü dini vazifelerini yerine getirdiklerinde ve dua ettiklerinde kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir (Kızmaz, 1998: 45, 101). Bu araştırmalar, hastalıkların tedavisinde dinin bir yardım ve destek kaynağı olarak olumlu bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir.

Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, dinin sağlık üzerinde bazı etkileri vardır. Acaba bu etkiler hangi nedenlerle oluşmaktadır? En açık faktör, farklı dini grupların, diyet, alkol ve nikotinden sakınma, düzenli seks ve egzersiz gibi sağlığa yönelik uygulamalarıdır. Bu konuda ikinci açıklama ise, dinin ve dini cemaatlerin sağladığı sosyal destek konusundadır. Bilindiği üzere sosyal destek, özel bazı şekillerde sağlığı etkiler ve daha iyi sağlık koşulları doğurur (Hallahmi and Argyle, 2000: 458, 459).

Hastane din görevlisi çalışmasını sürdürürken, hastanın işlevselliği ve hastanın sosyal destek sistemi açısından büyük önem taşıyan bir öge olan din konusunu da göz önünde bulundurmalıdır. Psikososyal bakış açısından, hastalıkla sosyal yönden baş etme biçimini etkilediği içindir ki, kültürel ve dini faktörlerin tespiti de çok önemlidir. Problemler belirlendikten sonra hasta ve hastane din görevlisi, her problemin çözümü için hangi kaynakların bulunduğu ve bu kaynaklardan hangilerinin kullanılabileceği üzerinde durmalıdır. Bu açıdan, hastaların ve ailelerinin sorunlarını çözmek amacıyla gereksinim duydukları kaynak ve hizmetleri kolaylıkla kullanabilmeleri konusunda hastane din görevlilerine önemli görevler düşer. Hastanın sahip olduğu sosyal destek sistemlerinin neler olduğu bilinmelidir. Sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi için şu öğelerin gözden geçirilmesi gerekmektedir: (1) sağlık koşulları, (2) eğitim durumu, (3) çalışma koşulları, (4) gelir ve ekonomik durum, (5) serbest zaman etkinlikleri, (6) dinin inançlar, (7) çevre, (8) aile ve (9) arkadaşlar (Duyan, 1996: 49, 52–54).

Dolayısıyla hastaneye yatarken hastalardan alınan bilgiler içerisinde onların destek sistemlerini tespit etmeye yönelik bilgilerin de olması, tedavi esnasında bu sistemlerden uygun olanlarının kullanılması bakımından oldukça önemlidir.

6. Hastanın Yaşam Kalitesi ve Din

Günümüzde teknolojik gelişmelere paralel olarak, tıbbi tabı, tedavi ve koruma yöntemlerindeki ilerlemeler, insanların sağlık bakım gereksinimlerindeki değişiklikler, kronik hastaların ve hastane bakımı almaları gereken bireylerin sayısındaki artışlar, artan sağlık harcamalarının birey ve ülke ekonomisine getirdiği zorluklar, sağlık bakımının bireylerin yaşam kalitelerini artırma amaç ve bakış açısıyla sunulmasını zorunlu kılmıştır. İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan doyum bulmaları zorlaşabilir. Bu noktada sağlık çalışanlarının rolü ve amacı, kendi bakımını yapar hale gelinceye dek bireye yardımcı olmak ve hastanede kaldığı süre içerisinde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır. Oldukça yeni bir kavram olan 'yaşam kalitesi', kısaca, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmektedir (Pinar, 1995: 1, 2).

Hastaların yaşam kalitesini konu alan çalışmalar, yaşamın, biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönlerini içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama çabasına dayanmaktadır (Kızılıcı, 1997: 10). Gereksinimleri karşılayan yaşam kalitesi modeli, son zamanlarda geliştirilmiştir. Modelin temel noktası, hastayı gereksinimlerini karşılamaktan alıkoyan her durumun, hastanın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki yaratacağı düşüncesidir. Yaşam kalitesi, objektif durumların ötesinde, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyum ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur (Pinar, 1995: 17). Dünya Sağlık Örgütü 'yaşam kalitesi'ni, "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sisteminin bütünü içinde ve erekleri, beklentileri, standartları ve görüşleri ile bağlantılı olarak yaşam içindeki durumlarını algılamaları" olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi bir yandan kişinin fiziksel sağlığını, ruhsal durumunu, sosyal ilişkilerini, bağımsızlık düzeyini ve kişisel inançlarını içine alan, öte yandan bunların kendi çevrelerinde yer alan önemli özelliklerle olan ilişkilerinden karmaşık bir biçimde etkilenen geniş kapsamlı bir kavramdır (Baş, 2001: 2, 9, 10).

Grant ve Rivera, yaşam kalitesinin çok yönlü ve ölçülebilir bir tanımının olması gerektiğini vurgulamışlar ve yaşam kalitesini fiziksel iyilik, psikososyal uyum, sosyal iyilik ve inançlar-değerler olarak 4 grupta toplamışlardır (Beşer, 2001: 13, 14). Bergner ise, yaşam kalitesinin 9 alandan oluştuğunu belirtmiş ve 'manevi alan'ı da yaşam kalitesinin unsurları arasında sıralamıştır: (1) semptomlar, (2) fonksiyonel durum: öz-bakım, hareket ve fiziksel aktivite, (3) rol fonksiyonu: iş ve ev idaresi, (4) sosyal fonksiyon: bireysel etkileşimler, yakın/samimi ve toplumsal etkileşimler, (5) duygusal durum: anksiyete, stres, depresyon, otokontrol ve

manevi esenlik, (6) algılayabilme, (7) uyku, dinlenme ve doyum, (8) enerji ve canlılık ve (9) genel olarak yaşam doyumu (Şengül, 1998: 39).

Yaşam kalitesi tespit edilmeye çalışılırken, hastanın inançları ve bu inançların onun yaşam kalitesini nasıl etkilediği de araştırılır. Çünkü, bu süreçler kişinin yaşamındaki zorluklarla başa çıkmasına yardım ediyor olabilir. Din ya da maneviyat, hastanın yaşamını biçimlendiriyor, ona anlam katıyor ve daha genel bir biçimde kendini iyi hissetmesine katkıda bulunuyor olabilir. Birçok kişi için din ile kişisel inançlar ve maneviyat, rahatlık, iyilik, güven ve güç kaynağıdır; bir yere ait olma duygusu sağlar ve yaşama anlam ve güç katar. Nitekim Baş'ın, hastane ortamında tedavi görmekte olan hastaların yaşam kalitelerini etkileyebileceği düşünülen sosyodemografik faktörleri ve bu faktörler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, hastaların anksiyete durumları ile kişisel inançlar alanı arasında negatif ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Baş, 2001: 24, 30, 39). Yani dini durumlarını 'iyi' ve 'mükemmel' olarak değerlendirenlerin yaşam kalitesi, 'orta' ve 'yetersiz' olarak değerlendirenlerinkinden daha yüksektir. Sheehy de yaptığı yaşam kalitesi incelemesinde, yaşam kalitesi değerleri yüksek olanların aynı zamanda en dindar kişiler olduklarını bulgulamıştır (Pınar, 1995: 105).

Sonuç

Hastanede dini hayatın tarihi ve teorik temellerini konu alan bu makalede, 'hastanelerde din hizmetleri'nden 'hastanelerde ibadet ve ibadet mekanı' konusuna ve oradan 'hasta-doktor ilişkilerinde dinin yeri'nden 'tedavide bir yardım ve destek kaynağı olarak din' konusuna varıncaya değin din olgusunun hastanede hangi bağlamlarda ortaya çıktığı tespit edilmeye çalışılmıştır. Hastanede din hizmetleri geleneğinin, özgün tarihi ve dini şartların da etkisiyle, Batı'da Doğu'da olduğundan daha köklü ve kurumsal bir geçmişe sahip olduğu anlaşılmaktadır. Diğer yandan, hem Batı'da hem de Doğu'da hastane ve din olgusu tarihi süreç içerisinde her zaman iç içe olmuş; geçmişten günümüze hastaneler pek çok ibadete ve ibadet mekanına ev sahipliği yapmıştır.

Özellikle Fransız ve Sanayi devrimlerinden sonraki gelişmeler, tıbbın ve sağlığın sosyal bir konuya dönüşmesine giden süreci hızlandırmış; bu süreçte sağlık ve hastalığın tıbbi olduğu kadar toplumsal bileşenleri de tıbbın ilgi sahasına girmiştir. Bu çerçevede, günümüzde, hasta-doktor ilişkilerinde olduğu kadar tedavi sürecinde bir yardım ve destek kaynağı olarak ya da hastanın yaşam kalitesi söz konusu olduğunda da, kültür ve din, artık başlı başına bir araştırma konusu haline gelmiştir. Günümüzde modern tıbbın eğilimi, hastanın tahlil sonuçları konusunda olduğu kadar kültürel ve dini ilgileri hakkında da bilgi sahibi olmanın, bir doktor için teşhis ve tedavide önemli bir avantaj sağlayacağı yönündedir. Öte yandan, inancın, özellikle hastalıkla baş etme konusunda etkili bir yardım kaynağı olabileceği ve hastanın yaşam kalitesi açısından son derece önemli bir etken

olduğu, artık resmi tıbbın teslim ettiği hususlardır. Tüm bu gelişmeler göz önüne alındığında, ülkemizin – diğer pek çok alanda olduğu gibi – bu konuda da önemli düşünsel ve yapısal sorunlar yaşadığı görülmekte; örneğin, günümüzde Batılı ülkelerin tümünde istihdam edilen hastane din görevlilerinin Türkiye’de hastane personeli arasında yer almadığı gözlenmektedir. Dolayısıyla, kendi tarihi tecrübelerimiz ve Batılı ülkelerdeki çağdaş örneklerden de faydalanılarak bu alandaki eksikliklerimizin gözden geçirilmesi ve giderilmesi gerektiği ortadadır.

Kaynakça

AAPC (American Association of Pastoral Counselors) (2004a). *Pastoral Counseling Today: Gaining Momentum*. <http://www.aapc.org/survey.htm>, Erişim Tarihi: 27.03.2004

AAPC (2004b). *Pastoral Counseling Brief History*. <http://www.aapc.org/history.htm>, Erişim Tarihi: 27.03.2004

Aladağ, Banu (2000). *Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Sosyal Destek ve Sosyal Karşılaştırma Düzeyleri*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

Altas, Nurullah (1997). *Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

Baş, Davut (2001). *Bir Genel Hastane Ortamında Tedavi Görmekte Olan Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon

Bedri, Malik Babikir (1984). *Müslüman Psikologların Çıkmazı*. (Çev.: Harun Şencan). İstanbul: İnsan Yayınları

Beşer, Nalan (Gördeles) (2001). *Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi*, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Burton, Laurel Arthur (1992). *The Work of the Hospital Chaplain. Chaplaincy Services in Contemporary Health Care*. Illinois: American Hospital Association, 15–20

Cantay, Gönül (1992). *Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Darüüşşifaları*. Ankara: Atatürk Kültür Merkezi Yayını

Cirhinlioğlu, Zafer (2001). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

Clinebell, Howard J. (1966). *Basic Types of Pastoral Counseling*. New York: Abingdon Press

Çağlayaner, Haluk (1995). *Aile Hekimliği – I*. İstanbul: İletişim Yayınları

- DİB** (Diyanet İşleri Başkanlığı) (1995). *I. Din Şurası Tebliğ ve Müzakereleri – I*. Ankara: DİB Yayınları
- Duyan**, Veli (1996). *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*. Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti.
- Eren**, Nevzat (1996). *Çağlar Boyunca Toplum Sağlık ve İnsan*. Ankara: Gelişim Yayıncılık
- Eren**, Nevzat ve Uyer, Gülten (1991). *Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı*. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi
- Fazlurrahman** (1997). *İslam Geleneğinde Sağlık ve Tıp*. (Çev.: A. Bülent Baloğlu, Adil Çiftçi). Ankara: Ankara Okulu Yayınları
- Fins**, Joseph J. (1994). A Secular Chaplaincy. *Journal of Religion and Health*, 34 (4), 373–375
- Foucault**, Michel (2002). *Kliniğin Doğuşu*. (Çev.: Temel Keşoğlu). Ankara: Doruk Yayıncılık
- Göka**, Erol (1994). Dindar Hastaya Psikiyatrik Yaklaşım ve Yardım. *Türkiye Günlüğü*, 31, 147–159
- Hallahmi**, Benjamin Beit and Argyle, Michael (2000). Dindarlığın Etkileri (I), Bireysel Düzey. (Çev.: Adem Şahin). *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 10, 453–478
- Hatemi**, Hüsrev (1998). *Darülfünun ve Darüşşifa*. İstanbul: Dergah Yayınları
- Haytural**, Hatice (1989). *Hemşirelerin Bağımlı-Bağımsız İşlevlerinden En Çok Hangilerini Yerine Getirdiklerinin Saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas
- Hökeleki**, Hayati (2001). *Din Psikolojisi*. Ankara: TDV Yayınları
- Illich**, Ivan (1995). *Sağlığın Gaspı*. (Çev.: Süha Sertabiboğlu). İstanbul: Ayrıntı Yayınları
- Kahya**, Esin ve Erdemir, Ayşegül D. (2000). *Osmanlıdan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları*. Ankara: TDV Yayınları
- Karakaya**, Hamiyet (1992). *Hastane Etik Kurulları ve Türkiye’de Kurulabilme Koşulları*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Klavuz**, M. Akif (2002). Hasta Hekim İlişkileri Açısından Din Öğretiminin Önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 11 (2), 73–86
- Kızılci**, Sevgi (1997). *Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Kızmaz**, Mustafa (1998). *Dinin Hastalar Üzerindeki Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Şanlıurfa

- Kitabı Mukaddes** – *Eski ve Yeni Ahit* (1995). İstanbul: Kitabı Mukaddes Şirketi
- Koenig**, Harold G. and Larson, David B. (1998). Use of Hospital Services, Religious Attendance and Religious Affiliation. *Southern Medical Journal*, 91 (10), 925–932
- Köroğlu**, Ertuğrul (1987). *Sağlık Mevzuatı*. 2. Bs. Ankara: Hacettepe Yayın Birliği
- Liddell**, Peter G. (1983). *A Handbook of Pastoral Counseling*. London: Mowbray
- McSherry**, Elisabeth, Kratz, Daniel and Nelson, William A. (1986). Pastoral Care Departments: More Necessary in the DRG Era?. *Health Care Management Review*, 11 (1), 47–59
- McSherry**, Elisabeth, Ciulla, Megan and Burton, Laurel Arthur (1992). Continuous Quality Improvement for Chaplaincy. *Chaplaincy Services in Contemporary Health Care*. Illinois: American Hospital Association, 33–42
- Mutlu**, Asım (1973). *Sağlık Binaları ve Hastaneler*. İstanbul: Güzel Sanatlar Akademisi Yayınları
- Nenna**, A. (1990). Hastane. *Meydan–Larousse Büyük Lügat ve Ansiklopedi*, 5, 655–657. İstanbul: Meydan Yayınevi
- Nutton**, Vivian (1996). Roman Medicine, 250 BC to AD 200. (Ed.: Lawrence I. Conrad, Michael Neve, Vivian Nutton, Roy Porter, Andrew Wear). *The Western Medical Tradition 800 BC to AD 1800*. 2nd Edition. Cambridge: Cambridge University Press, 39–70
- Ok**, Üzeyir (1997). *Dinsel Danışmanlığın Teorik Çatısı*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Özdemir**, Mahmud (1985). *Sistemler Yaklaşımı Açısından Hastane Organizasyonu ve Yönetimi*, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Erzurum
- Özden**, Kemalettin (2003). *Tıp, Tarih, Mütoloji*. Ankara: Ayraç Yayınevi
- Petersen**, Larry R. and Roy, Anita (1985). Religiosity, Anxiety and Meaning and Purpose: Religion's Consequences for Psychological Well-Being. *Review of Religious Research*, 27 (1), 49–62
- Pınar**, Rukiye (1995). *Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- es-Said**, Abdullah Abdurrezzak Mesud (1987). *el-Müsteşfeyatü'l-İslamiyye*. Amman: Darü'z-Ziya
- Saint Antuan Kilisesi** (1994). *Hristiyan İnancı*. İstanbul: Yayınevi yok

- Saint Antuan Kilisesi** (1995). *Dua Kitabı*. İstanbul: Yayınevi yok
- Sarı, Nil** (1995). Osmanlı Darüşşifalarına Tayin Edilecek Görevlilerde Aranan Nitelikler. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları*, 1, 11–54
- Seçim, Hikmet** (1994). *Hastanelerde Halkla İlişkiler*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları
- Sherill, A. Kimberly and Larson, David B.** (1988). Adult Bum Patients: The Role of Religion in Recovery. *Southern Medical Journal*, 81 (7), 821–825
- Sloan, R. P., Bagiella, E. ve Powell, T.** (1999). Religion, Spirituality and Medicine. *The Lancet*, 353 (February 20), 664–667
- Snook, Donald** (1981). *Hospitals: What They Are and How They Work*. Rockville: Apsen Publication
- Speck, Peter W.** (1988). *Being There: Pastoral Care in Time of Illness*. London: The Longdunn Press
- Stoter, David J.** (1995). *Spiritual Aspects of Health Care*. London: Times Mirror International Publishers Ltd.
- Şengül, Ahmet Muhtar** (1998). *Tip I Diabetes Mellitus'ta Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesi, İstanbul
- Şeşen, Ramazan** (1996/97). İslam Dünyasında Tıp Mesleğinin İlk Zamanları Hakkında Bazı Bilgiler. *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları*, 2–3
- Tabak, Ruhi Selçuk** (1999). *Sağlık İletişimi*. İstanbul: Literatür Yayınları
- Terzi, Cem** (2001). *Tip Eğitimi*. İstanbul: İletişim Yayınları
- Terzioğlu, Arslan** (1992). Bimaristan. *TDV İslam Ansiklopedisi*, 6, 163–178. İstanbul: TDV
- Türkdoğan, Orhan** (1991). *Kültür ve Sağlık–Hastalık Sistemi*. İstanbul: MEB Yayınları
- Yıldırım, H. Nural** (1996). *Sağlık Meslek Liselerinde Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi Dersinin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

HASTANEDE DİNİ HAYAT: TEORİK ÇERÇEVE

Bu makalede, teorik olarak bir alt-sistem olarak 'hastanede dini hayat' konusu ele alınmıştır. Dolayısıyla, öncelikle hastanede dini hayatın temel unsurları belirlenmeye çalışılmış ve bu çerçevede konu altı başlık altında tartışılmıştır: (1)

Hastanenin fonksiyonel ve yapısal örgütlenmesi içinde din hizmetleri, (2) Hastanede ibadet ve ibadet mekanı, (3) Hastanede dini danışman, (4) Hasta-doktor/hemşire ilişkilerinde dinin yeri, (5) Tedavide bir yardım/destek kaynağı olarak din ve (6) Bir yaşam kalitesi unsuru olarak din. Sonuç olarak, bu çalışma, hastanelerin sadece tıbbi uygulama ve meselelere değil, pek çok dini pratik ve meselelere de ev sahipliği yapan kurumlar olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kavramlar: Hastane, hasta, dini hayat, din hizmetleri, ibadet, ibadet mekanı, dini danışman, yardım/destek kaynağı, yaşam kalitesi

RELIGIOUS LIFE IN THE HOSPITAL: THEORETICAL FRAME

In this article, we will discuss the religious life as a sub-system in hospitals. Therefore, at first we will try to determine the elements of religious life in hospitals. In this context, the subject is discussed under six sub-titles: (1) religious services in functional and structural organizations of hospitals, (2) prayer and prayer place in hospitals, (3) pastoral counselor in hospitals, (4) place of religion in patient-doctor/nurse relations, (5) religion as an aid/support source in treatment and (6) religion as an element of quality of life. Finally, this study shows that hospitals host not only medical practices and issues but also a lot of religious practices and issues.

Key Words: Hospital, patient, religious life, religious services, prayer, prayer place, pastoral counselor, aid/support source, quality of life

