T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ
ANABİLİM DALI

HASTANE HİZMETLERİ BAĞLAMINDA MANEVİ BAKIM VE NEW YORK HEALTHCARE CHAPLAİNCY ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Hasan MOLLAOĞLU

Ankara-2013

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ
ANABİLİM DALI

HASTANE HİZMETLERİ BAĞLAMINDA MANEVİ BAKIM VE NEW YORK HEALTHCARE CHAPLAİNCY ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Hasan MOLLAOĞLU

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN

Ankara-2013

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ
ANABİLİM DALI

HASTANE HİZMETLERİ BAĞLAMINDA MANEVİ BAKIM VE NEW YORK HEALTHCARE CHAPLAİNCY ÖRNEĞİ

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı	**İmzası**
Prof. Dr. Abdülkerim BAHADIR	
Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN	
Doç. Dr. İhsan ÇAPÇIOĞLU	

Tez Sınavı Tarihi .....

ÖNSÖZ

İnsan hayatının eğitimi ve psikolojisiyle ilgili çok sayıda araştırma ve çalışma yapılmış, hayatın farklı yönleri incelenerek ele alınmaya çalışılmıştır. İnsanın bedensel ihtiyaçları yanında ruhsal ve manevi ihtiyaçları da vardır. Bu ihtiyaçlar inanmak, bağlanmak, dayanmak, güvenmek, korunmak, iyilik ve doğruluk vb. şekliyle tezahür eder.

Din, her zaman ve her yerde insanın ilişki içinde olduğu bir kurumdur ve doğumundan ölümüne kadar insanın yanındadır. Allah (c.c.), inanan insanın her adımında yanındadır onu koruyup gözetmektedir. Dolayısıyla hastalandığında da yanındadır. İşte din görevlisi, hasta insanın sadece yanında bulunmakla bile, dinin ve inancının yanında olduğu duygusunu hastaya kazandırır. Bunun için, hizmetin amaçları tespit edilirken dinin ve din görevlisinin hayatın her anında olduğu gibi hastalık anında da insanların yanında olduğu ve hizmet sunduğu anlayışının topluma kazandırılması hedeflenmelidir.

Din hizmetleri, bir dinin mensupları için gerekli yükümlülükleri yerine getirebilmesini amaçlayan yardımcı çalışmaları içerir. Bu hizmetler, düzenli olarak ifa edilen ibadetlerin toplu halde yerine getirildiği cami hizmetlerini içerdiği gibi, toplumun cami dışında ihtiyaç duyduğu hizmetleri de içine alır. Okul, aile, işyeri, cezaevi, huzurevi, yetimhane ve hastane gibi insanın yaşadığı her yer, inançlı insanlara hizmet götürülecek alanlardır. Çünkü inanan insan için, inandığı değerler doğrultusunda yaşama ihtiyacı varsa, bu ihtiyacın giderilmesi insanın bulunduğu her mekânda söz konusu olacaktır.

Ülkemizde koruyucu ve tedavi edici hekimlik gibi hizmet alanları olan hastaneler, hastanın hayatında en zor anlarını yaşadığı, hasta yakınlarının en sıkıntılı dakikalarını geçirdiği mekânlar olarak karşımıza çıkar. Bu nedenle hastanelerde dinimizin sağlık ve hastalık konularındaki görüşlerini doğru bir şekilde aktaracak, gerek hasta, gerekse hasta yakınına bilgi ve moral verecek şekilde düzenli olarak yürütülecek bir din hizmetine ihtiyaç duyulmaktadır.

Biz de buradan hareketle tezimizde ABD'de özel hizmet alanı olarak belirlenen ve kiliseler tarafından desteklenen "Chaplaincy Programı" adı altında verilen (CPE) Clinacal Pastoral Education bağlamında hastanelerde yürütülen hizmetin Türkiye özelinde ne kadar uygulanabilir olduğunu değerlendireceğiz.

Araştırmamız giriş ile birlikte üç bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünde araştırmanın konusu, önemi, amacı, varsayımlar, sınırlılıkları ve metodu hakkında bilgi verilmiştir. Birinci bölümde manevi bakım, dini danışmanlık ve hasta ziyareti, ikinci bölümde Türkiye'de manevi bakım hizmetleri açısından dini ve sosyal hizmet alanları, üçüncü bölümde ise New York HealthCare Chaplaincy örneği üzerinde durulmuştur.

Araştırmanın başından sonuna kadar yardımını esirgemeyen, beni yönlendiren, akademik desteğinin yanı sıra manevi desteği ile de tezimin tamamlanmasında sonsuz katkısı olan tez danışmanım, değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Öznur ÖZDOĞAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Tezimi tamamlama konusunda yadımlarını esirgemeyen bilgi ve tecrübelerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Prf. Dr. Mehmet Emin ÖZAFŞAR'a ve Prof. Dr. Mehmet PAÇACI'ya teşekkür ederim.

Hasan MOLLAOĞLU

Ankara- 2013

HASTANE HİZMETLERİ BAĞLAMINDA MANEVİ BAKIM NEW YORK HEALTHCARE CHAPLAİNCY ÖRNEĞİ

ÖZET

Hasan MOLLAOĞLU

Son zamanlarda Türkiye'de hastanelerde manevi bakım veya moral merkezleri adı altında bir takım çalışmaların öne çıktığı ve bu çalışmaların ilgi bakanlıklar tarafından da desteklendiği bilinmektedir. Bu husus dikkate alınarak gerçekleştirilen araştırmamızda "Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım ve New York Healthcare Chaplaincy Örneği" incelenmiştir.

Bugün "Manevi Bakım", başta Amerika olmak üzere Avrupa'nın bir çok ülkesinde bir meslek dalı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bu alanda din adamlarının kendilerini yetiştirmeleri konusunda gönüllü kuruluşların, üniversitelerin ve hastanelerin de desteği alınarak "Manevi Danışmanlık" programları oluşturulmakta ve okulları açılmaktadır. HealthCare Chaplaincy adında ki bu okul New York bölgesinde hastanelerde manevi bakım konusunda önemli bir açığı kapatarak, farklı dinlere mensup din adamlarına "Manevi Danışmanlık" eğitimi (Clinical Pastoral Education (CPE)) vermektedir. Bununla birlikte New York bölgesinde Beth Israel Medical Center, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Mount Sinai Medical Center, New York University Langone Medical Center, New York Hospital Queens, St. John's Riverside Hospital, St. Luke's-Roosevelt Hospitals, Vassar Brothers Medical Center hastanelerinde hastalara manevi danışmanlık hizmeti vermekte olan HealthCare Chaplaincy örneğinden yola çıkarak bu yapının ülkemizde ki uygulanabilirliğini araştırarak, ülkemizde var olan hasta ve hastane ilişkilerindeki eksikliğin giderilmesi konusunda katkı sağlamayı hedeflemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Din, Hasta, Hasta Ziyareti, Manevi Bakım ve Rehberlik, Dini Danışmanlık.

THE SPİRİTUAL CARE İN THE CONTEXT OF HOSPİTAL SERVİCES AND THE EXAMPLE OF NEW YORK HEALTHCARE CHAPLAİNCY

Hasan MOLLAOĞLU

ABSTRACT

Nowadays especially in America and nearly in European countries's we can see that spiritual care has become a profession. Also in this area with the supports of voluntary organizations, universities and hospitals Chaplaincy schools are being opened to train religious workers.

Lately in Turkey we can see that hospitals started opening spiritual care clinics or in other words morale clinics, also we can see that these clinics are supported by ministry. After the studies considering this matter The Spiritual Care in the Context of Hospital Services and the Example of Healthcare Chaplaincy was examined.

Key Words: religion, patient, visiting patient, spiritual care, pastoral care and guidence.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ **1**
ÖZET **3**
ABSTRACT **4**
İÇİNDEKİLER **5**
KISALTMALAR **6**
GİRİŞ **7**
1. TEZİN KONUSU VE AMACI 7
2. PROBLEM 8
3. VARSAYIMLAR VE HİPOTEZLER 9
4.EVREN VE ÖRNEKLEM 10
I. BÖLÜM **11**
DİNİ TERMİNOLOJİDE MANEVİ BAKIM VE HASTA ZİYARETİ **11**
1. MANEVİ BAKIM VE REHBERLİK KAVRAMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ 16
2. HZ. PEYGAMBER, MANEVİ BAKIM, REHBERLİK VE HASTA ZİYARETİ 18
3. MANEVİ BAKIM HİZMETLERİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR VE UYGULANACAK METOTLAR 25
II. BÖLÜM **30**
TÜRKİYE'DE MANEVİ BAKIM HİZMETİNİN YÜRÜTÜLEBİLECEĞİ DİNİ VE SOSYAL HİZMET ALANLARI **30**
1. HASTANELERDE DİNÎ SOSYAL HİZMETLER 31
2. CEZAEVLERİNDE DİNÎ SOSYAL HİZMETLER 40
3. ÇOCUK YUVALARI VE YETİŞTİRME YURTLARINDA DİNÎ SOSYAL HİZMETLER 45
4. HUZUR EVLERİNDE DİNÎ SOSYAL HİZMETLER 49
III. BÖLÜM **55**
MANEVİ DANIŞMANLIK OKULU HEALTHCARE CHAPLAİNCY **55**
1. HEALTHCARE CHAPLAİNCY'NİN KURULUŞU 55
2. HEALTHCARE CHAPLAİNCY'NİN AMACI 55
3. HEALTHCARE CHAPLAİNCY'NİN UYGULADIĞI PROGRAM 57
4. HEALTHCARE CHAPLAİNCY'NİN ÇALIŞMA ALANLARI 67
5. HEALTHCARE CHAPLAİNCY PROGRAMIN TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİRLİĞİ 77
DEĞERLENDİRME **80**
SONUÇ **84**
KAYNAKÇA **86**
EKLER **89**
A REVIEW OF SOME THEORETICAL MODELS OF HEALTHCARE CHAPLAINCY SERVICE AND PRACTICE 89
VERBATIM-1 120
VERBATIM-2 122
VERBATIM-3 125

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
a.g.e	: Adı geçen eser
as	: Aleyhis Selam
CPE	: Clinical Pastoral Ecucation
c.	: Cilt
çev.	: Çeviren
DİB	: Diyanet İşleri Başkanlığı
DKAB	: Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi
haz.	: Hazırlayan
Md.	: Madde
sav	: Sallallahu Aleyhi Vesellem
s.	: Sayfa
SHÇEK	:Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü
(SEKAM)	:Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Merkezi
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti
vb.	: Ve benzeri
yay.	: Yayınları, yayın evi

GİRİŞ

1. TEZİN KONUSU VE AMACI

Bu tezin konusu "Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım ve New York Healthcare Chaplaincy Örneği"dir. Okul, aile, işyeri, cezaevi, huzurevi, yetimhane ve hastane gibi insanın yaşadığı her yer, inançlı insanlara hizmet götürülecek alanlardır. Bu nedenle dinimizin sağlık ve hastalık konularındaki görüşlerini doğru bir şekilde aktaracak, gerek hasta, gerekse hasta yakınına bilgi verecek ve moral desteği sağlayacak düzenli bir şekilde sürdürülen manevi bakım hizmetine ihtiyaç bulunmaktadır.

New York Health Care Chaplaincy örneğinden hareketle Türkiye'de hastane hizmetleri bağlamında hasta ve hastane ilişkilerinden yola çıkılarak halkımızın dini danışmanlığa ve manevi bakıma ne kadar ihtiyaç duyduğu, hangi problemlerle karşılaşıldığı ve ABD'de bu problemlere karşı psiko-sosyal olarak insanlara ne gibi çözümler üretildiğinden bahsedilecektir.

İncelememizin ana konularından biriside, hastane hizmetleri açısından, manevi danışmanlık hizmetinin, hasta bireyin iyileşmesi ve hayata kazandırılması üzerindeki etkisinin ne olduğu ve hasta yakınlarının bu durumdan nasıl etkilendiğidir. Bu husus hastane-hasta-toplum-din-aile-eğitim ilişkileri göz önünde bulundurularak araştırılacak ve Manevi Danışmanlık eğitimi (clinical pastoral education (CPE)) veren New York HealthCare Chaplaincy örneği üzerinde durarak bu yapının ülkemizde ki uygulanabilirliği konusu değerlendirilecektir.

Din, her zaman ve her yerde insanın ilişki içinde olduğu bir kurumdur ve doğumundan ölümüne kadar insanın yanındadır. Allah (c.c.), inanan insanın her adımında yanındadır onu korumakta ve gözetmektedir. Öyleyse hastalandığında da yanındadır. İşte manevi bakım uzmanı, hasta insanın sadece yanında bulunmakla bile, dinin ve inancının yanında olduğu duygusunu hastaya kazandırır. Bunun için, hizmetin amaçları tespit edilirken manevi bakım uzmanının hayatın her anında olduğu gibi hastalık anında da insanların yanında olduğu ve hizmet sunduğu anlayışının topluma kazandırılması hedeflenmelidir.

Bu araştırmanın en önemli amacı, İnsana hastalık anında, inandığı dinin değerlerinden manevi destek alarak, iyileşmesine yardımcı olacak şekilde psikolojik

destek sağlanması ve dinimizin hastalık ve hasta konusundaki yaklaşımının doğru bir şekilde hastaya aktarılması, ayrıca uygulamada ki farklılıklar açısından ABD ve Türkiye bağlamında altyapı ile ilgili durum tespitidir.

Konunun muhatap kurumlar tarafından ciddiye alınarak Türkiye'de Manevi Bakım eğitimi ve hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda ABD örneğinden hareketle tezimizin fayda sağlayacağını umuyorum.

2. PROBLEM

20. yy.'da ortaya çıkan ve hayatın tüm yönlerini derinden etkileyen ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmeler, toplumların yaşamlarında birçok problemle karşılaşmalarına sebep olmuş ve hızlı değişimlere yol açmıştır. Toplumsal hayatta meydana gelen hızlı değişiklikler, sanayileşme ve kentleşme gibi faktörlerin de katkısı ile dini, sosyal ve kültürel problemlerin çoğalmasına neden olmuştur. Bunun neticesinde dini değerlerdeki zayıflama geçmişe nazaran daha belirgin hale gelmiştir. Dini, milli, manevi ve ahlaki hassasiyetin zayıflamasıyla toplumların ruh ve beden sağlığındaki problemlerde de artış olmuştur.

Araştırmamızda hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların dini ihtiyaçlarını karşılamak, onlara moral vermek, ibadetlerini hastalıklarının elverdiği ölçüde yerine getirmelerine yardımcı olmak ve yaşama dirençlerini desteklemek maksadıyla manevi bakım hizmeti sunma şeklinde sürdürülecek bir uygulamanın getireceği kazanımların ortaya konmasıdır.

Bu anlamda cevap aranacak sorular şunlardır:

1. Manevi bakım nedir?
2. Hastane hizmetleri bağlamında hastanın yaşadığı problemler nelerdir?
3.Hastane hizmetleri bağlamında hastane yönetiminin yaşadığı problemler nelerdir?
4. Hastalığın tedavisinde dinin değerlerin etkisi nedir?
5. Dini danışmanlık veya manevi rehberliğin hasta yakınlarına katkısı olabilir mi?
7. Dini danışmanlığın kökeni neye dayanmaktadır?
8. Dini danışmanlık veya manevi bakım hastanın iyileşme algısında bir farkındalık geliştirebilir mi?

3. VARSAYIMLAR VE HİPOTEZLER

Ülkemizde sadece ölüm sonrası hizmet şeklinde günümüze gelinceye kadar sürdürülen hastane din görevlisi uygulamasının, manevi destek ve moral hizmeti sunulması ile ilgisi yoktur. Bugün, hastane kadrolarındaki din görevlisinin görevi, hastalara moral desteği vermekten çok, ölüm sonrası dinen yapılması gereken hizmetleri sunmaktan ibarettir. Mevcut durumda hastane din görevlileri, hastane binalarının bodrum katlarında, gözlerden uzak ve çoğunlukla uygun olmayan fiziki koşullarda çalışan, insanların yalnızca hayatını kaybetmiş yakınlarının defin işlemleri için muhatap oldukları bir görevliden başka birisi değildir. Bu görevli, ölünün yıkanması, kefenlenmesi gibi işlemlerin yanı sıra defin için gereken bürokratik işlemleri de yürütmek durumundadır. Hastane mescitleri ise, yine gözlerden uzak ve çoğunlukla uygun fiziki şartlardan yoksun bir mekân olarak karşımıza çıkar. Ancak hastane ortamında bu kadar bir sınır çizilmiş olan dini uygulanabilirlik, geliştirilmeye ve gözle görünür bir faaliyet ve hizmet alanına dönüşmeye ihtiyaç duymaktadır.

1-Hastaların din ve hayat görüşlerine dayalı olarak profesyonelce yardım ve eşlik etmek;

2-Etik konularda kurum politikalarının geliştirilmesine danışmanlık etmek;

3-İletişim tekniklerini kullanabilecek beceriye sahip olmak (etkin dinleme, empatik yaklaşım);

4-Hastalara yönelik emir ve telkinde bulunmadan teselli ve teskin edici (rahatlatıcı) bir dil kullanmak;

5-Hastaların hastalığı ya da problemi ile ilişkili olumsuz dini düşünceleri olumluya dönüştürmesine katkıda bulunmak;

6- Verilen hizmeti sadece hastalara yönelik değil, istendiği takdirde hasta yakınlarına da dönük olarak sürdürmek;

7- Hastalara rehabilitasyon sürecinde de destek olmak ve eşlik etmek;

8-Hastaların topluma yeniden uyum sağlamasına katkıda bulunmak.

9- Manevi Bakım Uzmanlarının eğitimi konusunda plan ve programların oluşturulması.

Bu noktalar “Dini Danışmanlar” veya “Manevi Bakım” uzmanları tarafından iyi bilinmeli ve üniversitelerde bu konuda yapılacak akademik çalışmalar sonucunda alanda uzman yetiştirecek bölümlerin açılması çalışmalarına hız verilmelidir.

4.EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu çalışmamıza ABD’nin New York kentinde bulunan bazı hastanelerdeki hasta görüşmeleri örneklik teşkil etmektedir. Helthcare Chaplaincy nezaretinde New York’ta hizmet veren hastanelerde yapılan hasta görüşmeleri yazılı hale getirilerek hastaların hastalık öncesi ve sonrası durumları ile ilgili sonuçları paylaşılmıştır.

I. BÖLÜM

DİNİ TERMİNOLOJİDE MANEVİ BAKIM ve HASTA ZİYARETİ

Din: Din kavramı Latince "religare" kökünden gelir ve bağlanma demektir. Arapçada ise "ceza, ibadet, tutulan ve gidilen yol, boyun eğme ve kullukta bulunma" anlamlarını taşır.[1]

Kavram olarak din "akıl sahibi insanları kendi tercihleriyle bizzat hayırlı şeylere götüren ilâhî bir kanundur."[2]

Bu tanımlara göre din, Allah'tan gelen, peygamberler tarafından insanlara tebliğ edilen, insanları kendi istekleriyle hayırlı olan şeylere, daha doğrusu dünya ve Ahiret saadetine götüren, içerisine iman, amel ve hayatla ilgili bütün hükümleri alan insanüstü bir sistemin adıdır.

Dini Danışmanlık: Felsefi ve ruhsal alanlardaki çatışmalardan veya güvensizlik ve şüpheden kaynaklanan sorunu yönetmek ve çare bulmak için uzmanlık eğitimi almış bireylerden oluşan, uzmanlık alanlarına ayrılmış, klinik uygulamanın meşru bir alanıdır.[3]

Manevi Bakım:

İnsanı bir bütün olarak görüp, onun dünya ve ahiret mutluluğunu sağlamaya yönelik çalışmalardır.[4]

Manevi Bağ: Manevî bağın, bir sosyal (dünyevî ve insanî) boyutu, bir de metafizik (ilahî) boyutu vardır. Sosyal hayatta manevî bağ, herhangi bir şekilde, iki şey veya iki kişi arasında zihinde veya kalpte kurulan irtibat veya ilgidir. Kişiler, birbirilerini Allah rızası için severlerse aralarında uyumlu bir manevî frekansla oluşacak münasebet sayesinde karşılıklı hissî duyarlılık ve yakınlık artar. Metafizik boyutuyla ise manevî rabıta, manen uyanık (kalp gözü açık) bir kişinin, Yaratan ve eserleri ile arasındaki gizli yolları fark etmesi veya Yaratan'ına manen (ruhen) yakın olmasıdır.

---

[1] Osman Yahya, *İslam'ın Deruni Tezahürleri* (Makale), Çev. Hizmetli Sabri, A.Ü. İlahiyat Fak. Dergisi, cilt: 27, sayı: 1, 1986, 177-178

[2] *Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi*, 9/314

[3] Altaş Nurullah, *Dini Danışmanlığın Teorik Temelleri*, A.Ü. İlahiyat Fak. Dergisi, cilt: 41, sayı :4, 2003, 327-350

[4] Beşer Faruk, *Manevi Bakım ve Temel İhtiyaçlar*, Star, 16.11.2007

Yaratan'la samimî olarak tesis edilen kalbî bağ, manevî gayretle ancak mümkündür. Kişi, her türlü kötülükten uzak durur, güzel ahlâkla ilgili bütün hasletlerin (namus, iffet, itibar, cömertlik, fedakarlık vb.) korunması konusunda hassas davranır ve ibadetlerini aksatmadan devam ederse manevî bağ daha da kuvvetlenir. Öznur Özdoğan'a göre "maneviyat, insanın var edenle olan bağıdır ve dolayısıyla ilahî kaynaklıdır. Çünkü özü, ilahî olanın niteliklerini taşımaktadır.'Ben size kendi ruhumdan üfledim' dediğine göre, insan kendisiyle, yani özüyle iletişime geçtiğinde ilahî olanla da iletişime geçmiş olur".[5]

Danışmanlık: Ferdin her manada tam ve olgun bir insan olmasında kendisine yardımcı olmaktır.[6]

İnsanın biyolojik olarak gelişimi doğumundan yaşamının sonuna kadar devam eden ilerleyici bir dönemi kapsamaktadır. İnsanı sosyal ve kültürel bir varlık haline getiren, yaşadığı çevredir. Bir bütünlük içinde insan, tüm boyutlarla sürekli olarak etkileşen bir varlıktır. Bu etkileşimler her alan için farklı olduğu gibi, her birey içinde farklı özelliklerdedir. Her insan içinde yaşadığı kültürel yapı, dil ve iletişim biçimleri, sağlık, inanç ve uygulamaları, gelenekleri gibi birçok alanı kapsayan özelliklere sahiptir. Bu nedenle insan değerlendirilirken; kültürel, psikolojik, biyolojik, sosyal ve manevi boyutları ile bir bütün olarak ele alınmalıdır. Literatür incelendiğinde manevi boyutun tanımında tam olarak görüş birliği yoktur. Latince'de hayatın niteliğini geniş bir konseptte ele alan ve "nefes almak", "hayatta olmak" anlamlarına gelen "spiritus" kelimesinden gelmiştir. Daha geniş anlamıyla hayatı hissetmektir.[7]

Maneviyat bireye ve ailesine hastalık durumunda veya ölümle sonuçlanabilecek güç durumlarda bazı duygularına yönelik uygulama sağlar. Sağlıkla ilgili beklenmeyen değişiklikler sıklıkla hastalarda ve ailelerinde yaşamın anlamını ve amacını sorgulama, hastalıkta umut etme şeklinde yansımalara neden olur. Yansımalar manevi inanışlar olarak karşımıza çıkmaktadır ve acı çekme durumlarında bireyin

---

[5] Özdoğan Öznur, *Aşkın Yanımız Maneviyat*, 2009: 9

[6] Otto F. Mathiasen, *Rehberliğin manası*, Çev. Hasan Tan, 1956:12

[7] Ewen M.M., *Analysis Of Spirituality Content İn Nursing Textbooks*, Journal Of Nursing Education, 2004: 20

baş etme mekanizmalarından birisi olmaktadır.[8] Bu inanışlar, bireyler için sağlığını kaybettiğinde daha önemli hale gelerek; hastalıklarını kabul etmelerine ve gelecek için plan yapmalarına yardım eder. İnançları, bireylerin bağlı bulundukları düşünceleri, görüşleri, öğretileri ve yaşam biçimini etkileyerek; davranışlarına rehberlik eder. Bu durumda bireye manevi bakım uygulanmasındaki amaç, sadece fiziksel iyiliği için yardım etmek değil; aynı zamanda beden, akıl ve ruh dengesini sağlamak olmalıdır. Bu denge bozulduğunda birey uzaktan ya da yakından bakıma muhtaçlık sorunuyla karşı karşıya gelebilecektir. Bakıma muhtaçlık, bireyin yaşından bağımsız olan tarafsız bir kavramdır ve normal kabul edilen durumlardan az veya çok sapan durumlarla açıklanmaktadır. Bu durum bazen kişinin en yakınını kaybetmesi, sevdiklerinden uzaklaşması, yalnızlığa itilmesi ve başkalarına sürekli olarak bağımlı duruma düşmesi anlamlarına geldiği için, bakıma muhtaçları tedirgin edebilmekte, ümitsizliğe sevk edebilmekte ve manen sarsabilmektedir.[9]

Manevi sosyal hizmetler kendini manen iyi hissetmeyen, ümitsizliğe ve manevi hastalıklara yakalanmış, inanç ve düşünce sapkınlığında olan kişilerin yeniden eski sağlıklarına kavuşmalarına yönelik manevi telkin ve terapi yöntemlerini geliştirir. Sorunları çözmede ve sosyal uyumunu kolaylaştırmada kişiye katkı sağlayabilecek manevi bakım, yaşamın anlamı ve değeri üzerinde sunduğu bilgilerle bireyin yaşam amaçlarını ve sorumluluklarını daha iyi belirlemesine katkı sağlamalıdır. Bireye sosyal hizmet faaliyetlerinin milli ve manevi değerleri uygulanmalıdır. Başka bir deyişle, sosyal hizmet anlayışını başta ruh olmak üzere; akıl, irade, kalp, vicdan gibi manevi haslet ve kaynaklara yönelerek biçimlendirmek manevi sosyal hizmetlerin temel felsefesi olmalıdır.[10]

Manevi boyutuyla sosyal hizmet, toplumun, grupların, bireyin sosyal işlevselliklerinin ve maneviyatlarının güçlendirilmesi, hayata bağlılıklarının

[8] Callister, L.C. Matsumura, G. Bond, E. Mangum S, *Threading Spirituality Throughout Nursing Education, Holistic Nursing Practice*, 2004: 160-165
[9] Ergül Şafak, Bayık A., *Hemşirelik ve Manevi Bakım*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004: Cilt:8, Sayı:1, 42
[10] Seyyar Ali, *Sosyal Hizmetlerde Mânevî Bakım*, Şefkat Elleri, Ankara, 2007, 23-27

arttırılması, iç dünyalarıyla barışık olmalarını, manevi sapmalarını ve korkularını gidermesi amacıyla yürütülen birey odaklı bütüncül hizmetlerdir.[11]

Bireyin iyilik halinde olması için, fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığının yanı sıra manevi sağlığının da değerlendirilmesi gerekir. Manevi bakım, bütüncül bakımın temel parçasıdır ve insanın bütünlüğü düşünüldüğünde, tüm boyutlarının dengeli olduğunda sağlıklı olmasından söz edilebilir.

Manevî bakım modelinin hedef kitlesi, doğrudan doğruya bütün bakıma muhtaç kişiler ve onlara bakan insanlardır. Model, Kur'an ve sünnete dayandığı için, insanı bir bütün olarak ele alır. İnsanın manevî kaynaklarına ve bu doğrultudaki ihtiyaçlarına vurgu yaparak, bakım anlayışını geliştirir. Model sadece akıl ve kalbe hitap etmez, aynı zamanda insanın bütün duygularının feyiz almasını ve içtenlikle mutlu olmasını hedefler. Modelin, manevî gerçekleri tanıtmasındaki üslup bütünüyle fıtrîdir. Yeis yerine ümit vermeyi, korkutmak yerine müjdelemeyi esas alan model, bakıma muhtaçlığa da diğer modellerden farklı olarak manevî ve dolayısıyla pozitif bir anlam yükler.[12]

Model, altı madde hâlinde toparlanabilir. Bu doğrultuda modelin altı temel esasının başında nokta-i istinat özelliği taşıması hasebiyle "Vahyîlik" (Hakkaniyet veya İlâhilik) ilkesi gelir. Modelin diğer temel düsturları ise şunlardır: "Gaybîlik", "Fıtrîlik", "Kaderîlik", "Dünyevîlik ve Uhrevîlik" ve haricî bir faktör olarak "Sosyal Sorumluluk" (Ahlâkîlik).

[11] Ewen M.M. *Analysis Of Spirituality Content İn Nursing Textbooks*, Journal Of Nursing Education, 28.
[12] Seyyar, Ali, *Tıbbî Sosyal Hizmetlerde Manevî Bakım*, Rağbet Yayınları,İstanbul, 2010, 283

Tablo 1: *Manevî Bakım Modelinin Temel Esasları ve Bakıma Muhtaç Kişi Üzerindeki Etkileri*

Temel Esaslar	Bakıma Muhtaç Kişi Üzerindeki Etkileri
Vahyîlik (Hakkaniyet veya İlâhilik)	Rabbini tanıma ve hakikati öğrenme fırsatı sağlar. Allah rızasını kazanma idealini doğurur. Kişinin ümit var olmasını temin eder.
Gaybîlik	Metafizik boyutları, manevî âlemleri ve varlıkları tanıma fırsatı sağlar. Ahiret inancı ile imtihan dünyasının hikmetlerini idrak eder.
Fıtrîlik	Kendinle (ruhuyla) barışık olmayı sağlar, kişiye manevî huzur telkin eder. Evrensel insanî değerlerin korunmasına ve geliştirilmesine katkı sağlar.
Kaderîlik	Tevekkül, teslimiyet, sabır ve şükür duygularını geliştirir.
Dünyevîlik ve Uhrevîlik	Dünya ve ahiret saadetini temin eder. (Saâdet-i Dâreyn).
Sosyal Sorumluluk (Ahlâkîlik)	Sevgi, saygı ve samimî kardeşliğe dayanan sosyal dayanışma ve paylaşma toplumu meydana gelir ve dolayısıyla toplumsal ölçekte sosyal ve manevî sermaye oluşur. Kişisel ve toplumsal bazda sosyal ve manevî tekâmül gerçekleşir.

[13]

[13] Seyyar, Ali, *Tıbbî Sosyal Hizmetlerde Manevî Bakım*, Rağbet Yayınları,İstanbul, 2010, 287

1. MANEVİ BAKIM VE REHBERLİK KAVRAMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Manevi bakım, psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleri içerisinde yer alan önemli bir alandır. Manevi bakımla ilgili farklı tanımlar olmakla birlikte din görevliliği çerçevesinde şu tanım yapılmıştır: "Mümessil din adamları tarafından nihai anlam ve konular bağlamında, sorun yaşayan insanlara yönelik iyileştirme, rehberlik etme, bakımda bulunma, uzlaştırma, destekleme şeklindeki yardım etme davranışını ihtiva eder".[14] Bir başka tanım ise hayatında aşkın bir varlık olduğunu kabul eden insanların yardım etme etkinliği olarak yapılmıştır. Buna göre dini danışmanlık, insan yaşamının aşkın bir boyutu olduğunu kabul eden bireylerin, sözlü veya sözsüz, doğrudan veya dolaylı, lafzî veya sembolik etkileşim biçimlerini kullanarak kaygılarla baş etmeye çalışan insanları belirli yardım etme etkinlikleri ile koruma, rahatlatma veya kolaylaştırmayı hedeflemesidir. Batıda hastane, cezaevi, çocuk yuvaları ve huzurevlerinde din görevlileri iki boyutta hizmet vermektedir: 1) Dini bakım- religion care 2) Manevi- psikolojik yaklaşım- pastoral care.[15]

Bu tanımlara göre manevi bakımı veya dini danışmanlığı psikolojik danışmanlıktan ayıran birkaç özellik göze çarpmaktadır.

1. Bu tip etkinliğin mümessil bir din adamı tarafından ya da en azından insan yaşamında aşkınlığa yer veren biri tarafından yürütülmesi
2. ilk tanım çerçevesinde danışma konuları nihai anlam ve konulara yönelik olması
3. Dini danışmanlık, manevi bakım, rehberlik, destekleme, iyileştirme ve uzlaştırma gibi unsurlarla psikolojik danışmanlığın alanından geniş tutulması dini ve kültürel sembol sistemler ve değerler kaynak olarak kullanılırken psikolojik danışmanlıkta bunlara yeterince atıf yapılmaz. Dini danışmanlık veya manevi bakım, ruh sağlığı alanında teoloji ile davranış bilimlerinin bir araya gelmesi ile ortaya çıkan bir alandır. Dini danışmanlık veya manevi bakım ismi pastoral care kelimesinin tercümesi olup pastoral kelimesi dini olmaktan öte İncil'den alınmış Hıristiyanlığa özgü bir kavramdır.[16]

---

[14] Ok Üzeyir, *Türkiye'de din psikolojisi, neredeyiz ve nereye gidebiliriz?* İslami Araştırmalar, 2004: 19, 441-456

[15] Özdoğan Öznur, *4. Din Şurası Hastalıklara Manevi-Psikolojik Yaklaşım Sunum*, 2010

[16] Ok Üzeyir, *"İnanç Bakım Danışmanlığı Bir Model Geliştirme Denemesi"*, 1. Din Hizmetleri Sempozyumu (yayımlanmamış tebliğ), 2007

Dini danışmanlıkla ilgili bir tanım da Amerika Birleşmiş Devletleri'nin Pensilvanya Eyaleti'nde hazırlanan bir yasa tasarısında yapılan tanımdır. "Davranış uyumunu ve davranış değişikliğini kolaylaştırmak amacıyla, dini kaynakları ve danışma tekniğini kullanarak kişinin kendisiyle ve kişiler arası olan ilişkilerinde işlev bozukluğuna yol açan duygusal rahatsızlıkların teşhis ve tedavisidir."[17]

Bu çerçevede dini danışmanlık dindarlaştırma ya da belirli bir dini aşılama yöntemi değildir. Ancak din adamları kendi bağlamlarında dini değerlere açık olarak gelen ya da hayatını dini değerlere göre düzenleyen bireyi dini çerçevede alabilir. Ancak din adamının en önemli görevi birey ya da cemaat üyelerinin ruhsal yönden kendilerini iyi hissetmelerini, üretici olmalarını sağlamaktır. Dini danışmanlık, dini gelenekten olmayanlara da dini ortamda yardım etme gizi, gücü taşır.[18]

Dini danışmanlığın ayırt edici özellikleri aşkın ve teolojik boyuta önem verir ve insanların yaşama önemlerini bu boyutun etkilediğini düşünür. Dini danışmanlar, danışanlarının paylaşılan teolojik çerçeveye uygun olarak sağlıklı duygusal ve dini işlevde bulunmaları için yardım ederler.[19]

Şuanda Türkiye'de mevcut uygulama camilerde, Kur'an Kurslarında, hastanelerde, cezaevlerinde, çocuk ıslah evlerinde, yetiştirme yurtlarında, huzur evlerinde, iş yerlerinde, aile içinde din görevlilerince bizim anladığımız anlamda manevi bakım hizmeti verilmektedir.

Manevi bakım uzmanı dediğimiz, Rehber; insan yaşamına yön veren kaynak demektir. Rehber kelimesi Farsça bir kelime olup lügatta yol gösteren anlamında kullanılmaktadır.

[17] Altaş Nurullah, *Dini Danışmanlığın Teorik Temelleri*, A.Ü. İlahiyat Fak. Dergisi, cilt: 41, sayı :4, 2003, 327-350

[18] Malony Newton H., *Pschology of Religion, Personalities, Problems, Possibilities*, Mıchigian 1991: 256-257

[19] DİB, *Din Hizmetleri ve Gençlik, Gençlik İstişare Toplantısı Sunumları*, 2008: 126

Manevi bakım veya Rehberlik;

- Kendini tanıması ve anlaması,
- Çevresine uyum sağlaması,
- Problemlerini fark etmesi ve çözmesi için, çeşitli teknikler uygulanarak profesyonelce yapılan psikolojik yardım sürecidir.

Manevi bakım veya Rehberlik problemlerle karşı karşıya kalan bir insana, problemlerini tanımasını sağlamak ve çözüm önerileri sunmak suretiyle yardım etmektir.

Rehberlik bireyin en verimli bir şekilde gelişmesi ve tatminkâr uyumlar sağlamada gerekli yorumları, planları yapmasına ve kararları vermesine yarayacak bilgi ve becerileri kazanması, ulaştığı kararları uygulayabilmesi için kişiye yapılan sistemli ve profesyonel yardıma denir.[20]

Manevi bakım veya Rehberlik, bireye kendini anlaması, çevresindeki olanakları tanıması ve doğru tercihler yaparak kendini gerçekleştirebilmesi için sistematik ve profesyonel bir yardım sürecidir.[21]

Manevi bakım ve Rehberliğin pek çok tanımı olmakla birlikte kullanılan ortak kavramlar vardır. Bunlar; Birey, Süreç, Manevi Yardım, Rehber (Manevi Bakım Uzmanı), Kendini anlama, Kendini tanıma, Seçim yapma, Uyum sağlama, Kendini gerçekleştirme gibi.

İnsan yaratılışından itibaren rehberliğe (manevi bakıma) ihtiyaç duyan bir varlıktır. Nasıl konuşacağını anne baba ve çevresinden öğrenir. Nasıl yemek yiyeceğini, kaşığı nasıl tutacağını, hatta tuvalet alışkanlığını nasıl edineceğini ona çevresindekiler rehberlik ederek öğretir. İnsanın ilk rehberi (manevi bakım uzmanı) şüphesiz anne ve babasıdır. Bu anlamda kişiye doğduğu andan itibaren yetişkin bir birey olmasına hatta ölümüne kadar kimlerin, nasıl rehberlik ettiği önem kazanmaktadır.

2. HZ. PEYGAMBER, MANEVİ BAKIM, REHBERLİK VE HASTA ZİYARETİ

İlahi olsun veya olmasın bütün dinlerin özünde amaç insana kılavuzluk yapmaktır. Dinler bunun için vardır. Bizzat Kur'an kendisini "Hüden lil müttegıyn" Muttakiler

[20] Öcal Mustafa, *Din Eğitimi ve Öğretiminde Metotlar*, 1991: 203
[21] Kuzgun Yıldız, *Rehberlik ve Psikolojik Danışma*, 1988: 5

için yol gösterici olarak tanımlamaktır. Vahyin gayesi insana yol göstermektir. Bizzat Hz. Peygambere (sav) hitaben Duha Suresinde (93:7) "Rabbin seni yolunu şaşırmış olarak bulup da seni doğru yola iletmedi mi?" Yine Hz. Peygambere hitaben Şura suresinde (42:52) "Sen daha önce Kitap nedir, Kur'an nedir bilmiyordun." diye sormaktadır. Bu örnekler peygamberlerin dahi içsel sıkıntılar yaşadığını göstermektedir. Hz. Peygamber (sav)'in ilk vahiy sürecinde ne yapacağını bilmezlik halini ve sıkıntısını Kur'an bize detayları ile anlatmaktadır. Bu anlamda yol göstericiliğe ihtiyaç duyan insanın psikolojisine baktığımız zaman, bir şaşkınlık, bocalama, ne yapacağını bilememe, sorunlarını nasıl algılayacağı ve nasıl çözümleyeceği hususundaki yaşadığı içsel sıkıntı göze çarpmaktadır. Bu durum ise manevi bakım süreciyle tedavi edilebilir. Vahyin kaynağına baktığımızda benzer manevi bakım bütün peygamberlere yapılmıştır. Nitekim peygamberlerde insanların ilk rehberidir. İlk insan ve ilk peygamber Hz Adem'e Allah nesnelerin (eşyanın) ismini öğreterek rehberlik yapmıştır. İlk günah cennetten kovulma hadisesinde dahi, Adem ve eşinin pişmanlığı anlatılmış ve nasıl bir yol izleyeceğini yine ona Allah göstermiştir. "Adem Rabbinden birtakım kelimeler aldı (Allah'ın Adem'e nasıl tövbe edeceği konusundaki rehberliğini görüyoruz) ve rabbi onu affetti" Bakara suresi (2:31) , Hz. Nuh'un gemiyi nasıl yapacağı, kimleri alıp alamayacağı, Hz. Hud'un kıssası, Hz. İbrahim'in oğlunu kurban edecekken oğlu ve kendisinin yaşadığı içsel sıkıntı halindeyken, Allah onlara bir koç göndererek bu sıkıntıdan kurtulmaları vb. bütün kıssalarda peygamberlere Allah'ın nasıl (manevi) rehberlik ettiğini görüyoruz. Burada Cebrail'in peygambere vahiy getirmekle beraber rehberlik ettiği de dikkatimizi çeker. Genelde dinlerin özelde İslam dininin ve Kur'an'ın temel mantelitesine ve onun uygulayıcısı olan Hz. Muhammed'e bakıldığında O'nun insanlara rehberlik (manevi bakım uzmanlığı) yaptığını görüyoruz. Kur'an bunu bizatihi "Biz seni insanlara bir uyarıcı (rehber) ve müjdeleyici olarak gönderdik" Bakara, 2:119 ifadesiyle ortaya koymaktadır.

"Şüphesiz bu Kur'an öğüt alanlar için bir rehberdir." Bakara, 2:2 Yine Kur'an da Hz. Muhammed'in (sav) insanlara bir rehber olarak gönderilişinin mantığını, müşriklerin şu itirazında görmekteyiz. "Onlar, bize peygamber olarak bir insan mı gönderildi? Bize bir melek gönderilseydi demektedirler." Furkan, 25:21 Ancak insana ve insan psikolojisine yabancı bir varlığın insanlara, insani problemlerde

nedenli rehberlik edebileceğini düşünmeden itiraz ettiklerinin cevabını vahiy onlara vermiştir. Bazen bizim gibi başı ağrıyan, sıkılan, üzülen, ağlayabilen, eşleriyle problemlerini çözen bir peygamber var. O bizzat insanlara manevi bakım konusunda dini danışmanlık ve rehberlik yapmıştır.

Danışmanlık (manevi bakım uzmanlığı) yapmak, doğru ve iyi olanı göstermektir. Danışma işi Kur'an'ın ve Hz. Peygamber'in temel prensiplerindendir. Bununla ilgili Kur'an'da "meşveret" kavramı kullanılmakta ve onlar işlerini danışarak yaparlar Şuara suresi, 42:38 ifadesiyle danışmanın önemi vurgulanarak bunu yapan müminler övülmektedir. Hz. Peygamber'in (sav) sünnetinde ise bazı savaşlara çıkmadan önce ensar ve muhacire danışması, savaşlarda kullanılacak savaş tekniği ile ilgili Hendek Savaşı'nda Selman-ı Farisi'nin fikirlerinden yararlanması buna örnektir. Ayrıca Hz. Peygamber'in (sav) içsel sıkıntılarında durumunu eşlerine açtığı ve eşlerinin ona rehberlik ettiği görülmektedir. İlk vahiy geldiğinde Hz. Peygamber'in (sav) endişeyle eve gelmesi "Beni örtün" demesi ve bunu Hz Hatice'ye açtığında çözüm için birlikte Varaka Bin Nevfel'e gitmeleri örnektir. Yine Hudeybiye Anlaşması'nın yapıldığı zaman ensar ve muhacir yola Kâbe'yi tavaf etmek için çıkmıştı. Mekke'ye yaklaşık elli altmış kilometre uzaklıkta bulunan Hudeybiye'de müşrikler tarafından durdurulmuşlar ve Hz. Peygamber'in Mekke'yi o sene hac edemeyecekleri ile ilgili anlaşmayı kabul etmesi üzerine hepsinde bir hayal kırıklığı oluşmuştu. O anki psikolojik gerilimle sahabe Hz. Peygamber'e (sav) karşı çıkmış ve burada kalacağız diyerek emrine uymamışlardı. Bu durum sonucunda Hz. Peygamber'in (sav) üzüldüğünü anlayan eşi Ümmü Seleme, O'na niçin üzgün olduğunu sormuştu. O durumu anlatınca: "Sen şimdi dışarı çık ve kurbanını kes, senin ihramdan çıktığını gören herkes bunu yapacaktır, artık onlara bir şey söyleme" diyerek O'nun bu sıkıntısına çözüm sunmuş, rehberlik etmişti. Sunduğu çözümse gerçekten işe yaramıştı.

Hayatta karşılaşılan sıkıntı, stres, bunalım kısaca insanın yaşadığı tüm acılar evrenseldir. Vahyin ilk sürecinde hazreti Peygamberin evine dönerek eve kapanması örtüsüne bürünmesi, kalk emriyle uyanmasının istenmesi hatta depresyon halindeki bir insanın dağınıklığının giderilmesi maksadıyla, elbisesinin temizlenmesinin istenmesi, Hz. Peygamber'in (sav) içsel sıkıntısının boyutları hakkında ipucu vermektedir. Bunun yanında eşi Hz. Hatice'nin Hz. Peygamberle yakından

ilgilenmesi, O'nu teskin edip amcası Varaka'yı manevi bakım konusunda götürmesi, Hz. Hatice'nin kendisine yaptığı danışmanlıklardan sadece biridir.

Sağlıklı bir toplum oluşturmak ve beşeri ilişkileri en mükemmel şekilde düzenlemek isteyen İslâm, Müslümanları bu konuda eğitime tâbi tutmuştur. Onları sadece iyi gün dostu olmaya değil, aynı zamanda kötü gün dostu da olmaya teşvik etmiştir. Kur'ân'da insanın en mükemmel şekilde yaratıldığı ve Allah katında değerinin çok büyük olduğu vurgulanmıştır. İslâm dini insana sadece sağlığında değil, hastalığında da hatta ölümünde de değer verilmesini ve hasta olanların ziyaret edilmesini istemiş ve bu hususu ibadet telakki etmiştir. Peygamber Efendimiz, her konuda olduğu gibi hasta ziyareti konusunda da bizlere en güzel örnek olmuştur. Zira hasta ziyareti Allah Resûlü'nün hayatı boyunca özenle yaptığı ve ashabını da teşvik ettiği amellerden birisidir. Allah Resûlü (s.a.s.) bir hadislerinde: "Ashabım, hastaları ziyaret ediniz, açları doyurunuz, esaretinizdeki köleleri salıveriniz."[22] buyurmuştur. Hatta bir hadislerinde bu ziyareti, mü'minin mü'min üzerindeki beş hakkından biri olarak saymıştır. Dolayısıyla Müslümanlar, hasta olan dostlarını ve komşularını uygun zamanlarda yanlarına giderek ziyaret ederler ve onlara şifa dilerler. Bu da Müslümanlar arasında sevgi ve dayanışmanın artmasına vesile olur.

Hasta ziyaretinin önemini şu kudsî hadis çok güzel bir şekilde açıklamaktadır. Ebu Hureyre'den (r.a.) rivayet edildiğine göre Resûlullah (s.a.s.) şöyle buyurmuştur: "Allah Teâlâ kıyamet gününde şöyle buyurur: 'Ey Âdemoğlu! Hastalandım, beni ziyaret etmedin.' Âdemoğlu, Allah Teâlâ'ya: 'Sen âlemlerin Rabbi iken ben seni nasıl ziyaret edebilirdim?' der. Allah Teâlâ: 'Falan kulum hastalandı, ziyaretine gitmedin. Onu ziyaret etseydin, beni onun yanında bulurdun.' buyurur."[23]

Hasta ziyaretinin değerini ve Allah rızasını kazanmanın en kısa yolu olduğunu bundan daha güzel anlatmak mümkün değildir. Çünkü bu kudsi hadiste belirtildiği üzere Yüce Allah, herhangi bir hastayı ziyaret etmeyi, bizzat kendisini ziyaret etmek gibi değerlendirmektedir.

Dinimiz hasta ziyareti konusunda müslim, gayrimüslim ayırımı yapmaz. Hasta kim olursa olsun ziyaret etmeyi emreder. Yani hasta ziyareti konusunda Müslüman-

[22] Buhârî, Merdâ 4; Ebu Dâvud, *Cenâiz 11*
[23] Müslim, *Birr: 43*

Müslüman olmayan, dost-düşman, tanıdık-tanımadık, yakın komşu-uzak komşu herkes eşittir. Dolayısıyla kimliğine bakmadan hastayı ziyaret etmek İslâmi ve insanî bir erdemdir.

Asr-ı Saadet'te bir Yahudi çocuğu Hz. Peygamber (s.a.s.)'e hizmet ediyordu. Bir gün hastalandı. Allah'ın elçisi onu ziyarete gitti, başucunda oturdu ve ona Müslüman olmasını teklif etti. Genç, orada bulunan babasının yüzüne baktı. Babası, "Oğlum, Ebu'l-Kasım'ın sözünü dinle." deyince genç, Müslüman oldu. Efendimiz, hastanın yanından çıkınca, "Şu genci Cehennem azabından kurtaran Allah'a hamd olsun."[24] dedi.

Hasta ziyareti; hastanın hâl ve hatırını sormak, gönlünü almak ve gücü yettiğince ihtiyacını karşılamak demektir. Bu çerçevede hasta ziyareti müekked sünnettir. Vacip olduğu görüşünde olan âlimler de bulunmaktadır. Bir hastayı, bulunduğu yerleşim biriminde hiç kimse ziyaret etmez ve ihtiyaçlarını karşılamazsa orada yaşayan bütün Müslümanlar bundan sorumlu olurlar. Böylelikle tıpkı aç olanı doyurmak ve esir olanı esaretten kurtarmak gibi hasta ziyareti de farz-ı kifaye hükmünü alır.

Her şeyin bir âdâbı olduğu gibi hasta ziyaretinin de bir âdâbı vardır. Şöyle ki, hasta ziyareti hastayı rahatsız edecek derecede bir sıklıkta yapılmamalı, hastanın yanında çok uzun oturulmamalı ve hastanın yanında onun moralini bozacak sözler söylenmemelidir. Nitekim Hz. Peygamber (s.a.s.), bu hususta bir hadis-i şeriflerinde şöyle buyurmaktadır: "Bir hastanın yanına girince, sağlık ve uzun ömür temennisiyle onu rahatlatın. Zira böyle yapmak onun gönlünü hoş eder."[25]

Resûlullah (s.a.s.) bu hadislerinde, hasta ziyaret ederken uyulması gereken önemli bir hususa dikkati çekmektedir. Hastanın yanına girince hastayı ferahlatacak, hayata karşı sevgi ve bağlılığını artıracak, yaşama ümidi verecek tarzda konuşmalar yapılmalıdır. Meselâ, "Allah ömrünü uzun etsin.", "Allah şifa ve afiyet versin.", "Maşallah, mühim bir şey yok, korkacak bir şey yok, Allah sana şifa verecektir inşallah, hastalığın ağır değil." gibi sözler söylenebilir. Gerçi bu çeşit sözler mukadder olan eceli değiştirmez, fakat hastayı rahatlatır, gönlünü hoş tutar. Hastalara

[24] Buhârî, *Merdâ 11*; Ahmed b. Hanbel, *Müsned*, 3/227
[25] Tirmizî, *Tıbb 35*

daima güler yüz, tatlı dil ve gönül alıcı sözler söyleyerek, güzel davranışta bulunulması gerekir.

Hastayı ziyaret ederken, yanında az oturmak ve gürültü yapmamak sünnettir. Hasta ziyaretine abdestli gitmek de sünnettir. Nitekim bir hadiste, "Kim abdest alır ve abdestini mükemmel yapar, sevap ümidiyle Müslüman kardeşini hasta iken ziyaret ederse, ateşten yetmiş yıllık yürüme mesafesince uzaklaştırılır."[26] buyrulmuştur.

Görüldüğü gibi bu hadiste ziyaret sırasında abdestli olmaya teşvik vardır. Bazı âlimler ziyaret esnasında abdestli olmanın hikmetini şöyle açıklamaktadırlar: Hasta ziyareti bir ibadettir. İbadetlerin abdestli olarak yapılması, onu en mükemmel şekilde yapmak demektir, dolayısıyla ziyaretin abdestli yapılması daha faziletlidir. Ayrıca her işte olduğu gibi bu ziyaretin de Allah rızası için, sevap kazanmak niyetiyle yapılması gerekmektedir.

Hasta ziyaretine gidilince hastanın yanında yapılacak dualarla ilgili Peygamber Efendimiz'den çeşitli rivayetler vardır:

Hz. Peygamber (s.a.s.) hastayı ziyaret etmeye gidince hastanın başucuna oturur, sağ eliyle hastayı sıvazlayarak ona dua eder ve şöyle derdi:

"ال بَأْسَ طَهُورٌ اِنْ شَاءَ اللَّهُ - Zarar yok, inşallah (günahlarını) temizler."[27]

"اَللَّهُمَّ رَبَّ النَّاسِ أَذْهِبْ الْبَاسَ وَاشْفِ أَنْتَ لاَ الشَّافِي شِفَاءَ إلاَّ شِفَائُكَ شِفَاءً لاَ يُغَادِرُ سَقَماً - Ey insanların Rabbi! Bu hastalığı gider, şifa ver; Sen şifa verensin. Senin şifandan başka bir şifa yoktur. Öyle bir şifa ver ki hiçbir hastalık bırakmasın."[28] Başka bir rivayette de şu duayı yaptığı zikredilmektedir: "اِمْسَحِ الْبَأْسَ رَبَّ النَّاسِ، بِيَدِكَ الشِّفَاءُ، لاَ كَاشِفَ لَهُ إلاَّ أَنْتَ - Bu hastaya şifa ver, ey insanların Rabbi! Şifa senin (kudret) elindedir, Senden başka onu giderecek yoktur."[29]

Hasta ziyaretinin gerek ferdi gerekse içtimâî birçok faydası vardır. Bunlardan bir kısmını şöyle özetleyebiliriz:

---

[26] Ebu Dâvud, *Cenâiz-7*

[27] el-Beyhakî, *Sünenü'l-Beyhakî'l-Kübra*, (thk. Muhammed Abdulkadir Ata), Mekke 1414-1994: 3/382-383

[28] Buhârî, *Mardâ 20*, *Tıbb 39*; Tirmizî, *Daavat 122*

[29] Ahmed b. Hanbel, *el-Müsned*, 6/131

1. Hasta ziyareti ibadettir. Dolayısıyla hastayı ziyaret eden kişi, büyük bir ecir ve sevap kazanır.

2. Hastaya gösterilecek alâka sebebiyle ilahî rahmet ve rızaya kavuşmak mümkün olur.

3. Hasta ziyareti günahlara keffarettir. İnsanın günahlardan arınmasına vesile olur.

4. Hastalara teselli ve moral vermek, onların kalbini hoşnut etmek önemli bir sadaka hükmüne geçer.

5. Din kardeşini ziyaret eden Müslüman'a melekler dua ve istiğfarda bulunur.

6. Hadiste "Hastaların duasını alınız; onların duası makbuldür." buyrulmuştur. Hasta ziyareti onların makbul dualarını almaya vesile olur.

7. İnsanlar arasında sevgi, saygı ve hoşgörünün artmasına vesile olur.

8. Hasta ziyareti, hastalara moral kazandırır ve hastalıklarının iyileşme sürecini hızlandırır. Böylece hastalıklarından şifa bulmalarını sağlar. Nitekim "Dostla buluşmak, hastaya şifadır." denilmiştir.

9. Hasta ziyareti, beşerî ilişkilerin en mükemmel şekilde yürütülmesine vesile olur. Dolayısıyla toplum düzeninin sağlanmasına olumlu katkı sağlar.

10. Toplumu sürekli diri, sağlıklı ve güvenli tutmak; hasta, aciz ve düşkünlere ilgi duymak ve onları ziyaret edip yardımlarına koşmakla mümkün olur.

Netice olarak diyebiliriz ki, hastaları ziyaret etmek, İslâmî ve insanî bir erdem olup Müslümanlara sevap kazandıran salih bir ameldir. İnsanların fikirlerine bakmaksızın, Müslüman olup olmadıklarını dikkate almaksızın bütün hastaları ziyaret etmek gerekir. Hasta ziyareti Yüce Allah'ın rızasına nâil olmaya en güzel bir vesiledir. Dolayısıyla kul, kimi ziyaret ettiğini değil, kimin emrini yerine getirdiğini düşünmelidir. Hasta ziyaretinin kısa tutulması, hastalara ümit bahşedici sözler söylenip gönüllerinin alınarak şifaları için dua edilmesi sünnettir. Hasta ziyareti, İslâm'ın önemle üzerinde durduğu, insanlar arasında sevgi, saygı ve dayanışmayı artıran güzel bir davranıştır.[30]

[30] Soysaldı, 2008: 81

3. MANEVİ BAKIM HİZMETLERİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR VE UYGULANACAK METOTLAR

Manevi bakımın temel amaçı;

Yol gösterme; manevi bakım uzmanı kendisine gelen kişiye yol göstermelidir. Doğru olana yönlendirme; örneğin babasıyla problemler yaşayan bir genç kızın babasına karşı gelmekten rahatsızlık duyduğunu dile getirmesi ama her zaman karşı gelmekten vazgeçememesi problemin dini boyutu konuşularak öfkesinin yatıştırılması.

Dinin ve ailevi hükümleri tanıtıp tarif etme; özellikle birey için sosyal hayatta gerekli olan haram ve helallerin açıklanması.

Hakkı ve gerçekleri öğretme; halk arasında dinen bilinen bidat ve hurafelerin açıklığa kavuşturulması, bu konuda insanların uyarılması…

Fiziksel Hastalıklara Manevi-Psikolojik Yaklaşım çerçevesinde aklı ve kalbi ikna etme; insanların karşılaştığı problemlerde hem aklen hem de dinen ikna edilmesi. Örneğin ;

Ayşe

Vakıa: Bugün 8 Mart 2008, Dünya kadınlar günü. Fakültede odamdayım. Ayşe elinde çiçeklerle geldi. Bu çiçekleri karşılaştığımız çiçekçiden aldım dedi. 2002 yılında bir hocama çiçek almak için gittiğimde tam çıkmak üzereyken gelen bir hanım; 'ben de bu hanımın aldığı pembe karanfillerden almak istiyorum.' demişti. O sırada karta yazdıklarımı sesli okuyordum. Ben de doktoruma alıyorum, bana da yazar mısınız dedi. Hastalığının kanser olduğunu öğrenince bu karşılaşmanın tesadüf olmadığını hemen anladım. Önce memede başlamış. Sonra bele metastaz yapmış. Hastalık 4. evredeymiş.

Süreç:

Ayşe'nin dilinden hikâyesi:

Önceleri içine atan, silik kalan, karşı tarafa kızdığını belli etmeyen biriydim. Hayır demeyi bilmiyordum. Affetmeyi bildiğimi zannediyordum ama bilmiyormuşum. En önemlisi kendini affetmekmiş. Dua çok önemli. İnancıyla 8 yıl daha yaşayan müdürümüzün hanımını örnek alıyorum. Psikoloğa gitsek de inanç olmayınca bir yerde kalıyor, işlemiyor.

Gözümde kayma sorunu vardı. Ailem ilkokul 5. sınıfta doktora götürdüğünde, doktor "5 veya 6 yaşında getirseydiniz çözümü vardı" dedi. İçimde hep özellikle babama karşı beni neden önceden getirmediler diye isyan duygusu oldu. İçine kapanık olduğum için hayatımın her aşamasında birçok şeyi yüklendim. Kişiliğim giderek pasif bir niteliğe büründü. Hastalığımı, kişiliğimde zamanla gelişen bu pasif yapıya bağlıyorum. Ailemizde düşüncelerimizi ifade etme ortamı olmazdı. Öyle aileler olalım ki, kızgınlığımızı, öfkemizi, sevgimizi birbirimize anlatalım.

Ayşe' ye "Yüce Yaradan'ımız kaldıramayacağımız hiçbir yükü yüklemez" anlamındaki ayeti hatırlatarak çalışmalara başladık. Böylece içindeki gücü hatırlattık. Sonra olumlu düşünmek ve yaşamak üzerine çalışmalar yaptık. Bu çalışmanın ilk aşamasında "olumsuz düşünce orucu" diye de isimlendirebileceğimiz bakış açısı yer alıyordu. Önce birlikte olumsuz düşünmemeye niyet ettik. Ardından nasıl oruçluyken bize bir yiyecek sunulduğunda niyetliyim, diyoruz, aklımıza olumsuz bir düşünce, bir vesvese, bir kaygı geldiğinde de "niyetliyim, şu anda bu düşünceyi kabul etmiyorum" demeye başladık. Böylece olumsuz düşüncelerin yıpratıcı, umutsuzluk veren bakış açısından arınma süreci başladı. Bu yaşantı "Şükretme"yle desteklendi. Düşünebilmek bile bir özgürlüktü. Bu çalışma Ayşe'yi güçlendirdi ve şöyle bir anıyı yaşamına katabildi. Bir sabah akrabalarından biri telefonla aradı. Nasılsın diye sorunca Ayşe, iyiyim bugünlerde dişlerimi yaptırıyorum" dedi. Bunun üzerine yakını "ne kadar ömrün kaldı da dişlerini yaptırıyorsun" anlamında sözler söyledi. Ayşe hemen düşünce orucunu hatırladı ve bu düşünceyi içine almadı, kabul etmedi. Hemen abdest aldı. Arınmaya niyet etti. Ardından giyindi ve otobüsle şehir merkezine, Kızılay semtine gitti. Anneler günü yaklaştığı için, her yer süslenmişti. Gezdi, ufak hediyeler aldı ve eve geldiğinde o andan hiçbir iz kalmamıştı.

Üçüncü adım olarak "kendini sevme ve affetme" çalışmasına başladık. "keşke"lerden arınma, "o günkü aklımla öyle düşündüm ve öyle yaptım, artık yapmıyorum, önemli olan bu" diyoruz.

Bu telkinler Ayşe'nin hem kendini affetmesine ve sevmesine katkıda bulundu hem de babasını anlamasına ve affetmesine kapı açtı.

Ayşe "önceleri elimden bir şey gelmez, ben hastayım diye birilerini suçlarken, şimdi artık iyileşmeye katkıda bulunabilirim diye düşünmeye başladım" dedi. Burada

"tevekkül" anlayışı etkiliydi. İyileşmenin bize düşen yanını bilmek, gücümüz ölçüsünde çaba sarf etmek gerekiyordu. Bu süreci Ayşe şöyle anlatıyor:

'Allah'ım ben yaşamak istiyorum' diye niyet ettim. Dua ve inanç birleşince çok güzel oluyor. Mana ve madde birleşiyor.

İnsanın dostu olmalı. Her şeyini anlatmalı, paylaşmalı.

İnsana hüzün veren yerlerde kalmamak lazım. Fıkralar ve mizah önemli. Hastanelerde olumsuz programlar izlenmemeli. Kemoterapi almak için Ankara'ya otobüsle gelirken şiddet içeren filmler gösterilirken gözlerimi kapatırdım. Olumlu düşünce sıkıntılardan kaçmak değil, olumlulukları tercih etmektir. Olumlu düşününce arkası geliyor. İştahı artıyor insanın. Konuşmaları düşünceleri değişiyor. İyi diyelim, iyi olalım. Olumlu düşününce enerji, olumsuz düşününce pasiflik geliyor. Hastalığımı ilk öğrendiğimde "niye ben" diye sormuştum. Hastanede lavaboda saatlerce ağlamıştım. Geçmiş olsuna gelenlerin gözleri nemliydi. Sanki başsağlığına gelmişlerdi. Hep hastalık konuşmak istiyorlardı."

Sizinle manevi açıdan güçlenme ve kendimi keşfetme çalışmalarına başladıktan sonra çok değiştim. Artık kendimi ifade edebiliyorum. Önemli olan kendini affedebilmekmiş. Hayata olumlu bakmak çok güzel.

Ayşe'nin son yaptırdığı tahlillerde vücudunda kitlenin kalmadığı görüldü. O, kendini affettikçe, içindeki güçleri keşfedip, umudu beslendikçe, kitle adeta erimişti. Geçenlerde telefonla aradığımda oğlunun düğünü için sandığını açtığını, annesinin çeyizine koyduğu kanaviçeden yatak örtüsü diktiğini söyledi. "İyi ki içimdeki gücü fark ettim, Yaradan'ıma güvendim, eski yapımdan vazgeçip, yepyeni bir kişiliğe kavuştum. Bu günleri yaşayacağımı hiç düşünememiştim. Başlangıçta "neden ben" demiştim. Şimdi "İyi ki ben" diyorum. Çünkü bu hastalık sayesinde değiştim. Kendimi ve mutluluğu keşfettim." Dedi.

Ayşe ile tedavi sürecindeki hastalarla, birlikte görüşüyoruz. Onlarla deneyimlerini ve şifa sürecini paylaşıyor.

Hastalıklarımız aslında bizler için bir gelişme basamağı; ruhsal yolumuzda ilerlememiz için farkındalık noktalarıdır.[31]

Bu amaçlar doğrultusunda manevi bakımda kullanılacak temel esaslar;

[31] Özdoğan Öznur, *4. Din Şurası Hastalıklara Manevi-Psikolojik Yaklaşım Sunum* 2010

Yakın ilişki kurma; bireylere manevi bakım uzmanın güven vermesi, içten ve samimi olması, danışanı güler yüzle karşılaması, anlamaya çalışması.

Baskısız danışma atmosferi oluşturma; kişinin yargılanmayacağı ve suçluluk duygusu hissetmeyeceği şekilde problemlerini rahatça açmasının sağlanması.

Kabul; ne türden bir günah veya hastalık olursa olsun, bireyin bütünüyle yargılanmadan kabul edilmesi.

Empatik yaklaşım; bireyin yaşadığı probleme onun dünyasından bakılması.

Tabilik ve tutarlılık; manevi bakım uzmanının tabii ve tutarlı olması.

Bakımda dikkat edilmesi gereken dış şartlar da şunlardır.

Bakım mekanı; görüşmenin resmi, ciddi ve nezih bir ortamda gerçekleşmesi gerekir. Manevi bakım veya danışmanlık büroları bunun için oluşturulmuştur.

Oturma düzeni; danışanın, danışmana kendisini yakın hissettiği, eşit ve rahat bir oturma düzeni sağlanmalıdır.

Görüşme mahremiyeti; bireyle görüşülen her şeyin gizli kalacağı güvenin verilmesi.

Görüşme süresi ve sıklığı; gerektikçe telefonla ve yüz yüze görüşmelerin takip edilmesi.

Görüşmede problemini açan kişilerin problemlerinin sebebi araştırılmalıdır. Hastalığın adı ve hastalık süreci, Akraba, eş ve çocuklarla iletişim problemleri, evlilikle ilgili problemler, ailevi problemler, dini yaşamla ilgili problemler, ahlaki problemler kişisel problemlerden sayılabilir.

Bakım açısından problemi saptamaya yönelik sorular sorularak problemin veya hastalığın kökenine inmek ve sağaltım yapmak gerekir. Dini yaşamla ilgili manevi sorunlar endişe ve kaygılar, dini danışmanca giderilmeye çalışılmalıdır. Burada manevi bakım uzmanının sözünün etkinlik ve geçerliliği kişilerin kaygılarını aşmada önemli fonksiyon icra etmektedir.

Manevi Bakım Uzmanının Uyacağı Ahlaki İlkeler

1. Görüşmedeki gizliliği devam ettir!
2. Hasta ile arandaki sınırlılıkları koru!
3. Görüşme süreci esnasında gereksiz ayrıntılara girme!

4. Kendini hastanın yerine koy!

5. Sabırlı ve dürüst ol!

Manevi Bakım Uzmanının Yararlanacağı Teknikler:

1. Dikkatli dinleme, gerektiğinde araya girme, yönlendirme ve tekrar dinleme,

2. Kabul etme, anlama, aydınlatma yaklaşımı,

3. Teşvik olma, destek, cesaret ve güven verme,

4. Tahlil etme, yorumlama, anlama,

5. Bilgi verme, telkin ve nasihat etme,

6. Soru sorma, dinleme, empati kurma.

Bunlarla birlikte, ses tonu, vücut dili, ortamın rahatlığı da danışmanlığın başarısı için önemlidir.[32]

[32] BAŞAR Serpil, *Hastanelerde Din Hizmeti Modeli*, 4. Din Şurası Sunum

II. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE MANEVİ BAKIM HİZMETİNİN YÜRÜTÜLEBİLECEĞİ DİNİ VE SOSYAL HİZMET ALANLARI

Sosyal hizmet, genel olarak bireylerin, ailelerin, grupların ve toplumların sosyal işlevselliklerinin güçlendirilmesi ve gerektiğinde yeniden yapılandırılması amacıyla yürütülen mesleki çalışmalar bütünüdür.[33]

Bir bilim ve meslek olarak sosyal hizmet; korunma ihtiyacı olan çocuklar, gençler, engelli bireyler, yoksul bireyler, organik ya da ruhsal kronik hastalığı olan bireyler, bu bireylerin aileleri, travma yaşamış bireyler, suça sürüklenen çocuklar, gençler, bakıma ve korunmaya muhtaç yaşlılar, yoksul aileler vb. gibi ihtiyaç ve risk gruplarına yönelik bilimsel ve profesyonel çalışmalar yapar ve kendi kontrolleri dışında ya da kendilerinden kaynaklanan nedenlerle böyle sorunlarla karşılaşan bireyleri yaşadıkları sosyal çevrelerinde farklı mesleki yaklaşımlarla mikro ve makro düzeylerde ele alır.[34]

Sosyal hizmetin profesyonel amaçları vardır. Bu amaçlar; koruyucu-önleyici, destekleyici, eğitici-geliştirici-değiştirici, tedavi ve rehabilite edici amaçlardır. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki rolleri ise planlayıcı, bağlantı kurucu, savunucu, izleyici, harekete geçirici, hızlandırıcı, öğretici, eğitici, toplumu bilgilendirici, araştırmacı, destekleyici ve tedavi edici vb. gibi rollerdir.

Sosyal hizmette uygulama süreci; müracaatçıların psiko-sosyal durumlarının incelenmesi ve değerlendirilmesi, müracaatçının ve sosyal çevresinin değerlendirilmesi, müracaatçının sorun ve gereksinimlerine yönelik toplumsal kaynakların değerlendirilmesi, belirlenmesi ve harekete geçirilmesi gibi boyutlar içermektedir.[35]

Sosyal sorunların topluma yönelik tahrip edici sonuçları ortaya çıkmaya başladığında, çözüme yönelik önlem alma çalışmaları başlatılmaktadır. Sosyal

[33] Zeki Karataş, *İl Sosyal Hizmetler Müdürlüklerinde Etkin Sosyal Hizmet Sunumu*
[34] Veli Duyan, vd, *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*, 2008: 60
[35] Bulut Işıl, *Sosyal Hizmet Uygulamaları El Kitabı*, 2006: 3-4

sorunların çözümüne yönelik yapılan hukuksal düzenlemeler ya doğrudan ya da dolaylı olarak sosyal hizmet uygulamasını bir zorunluluk olarak ortaya koymaktadır.

Sosyal sorunların çözümünde ise uzun yıllar, yaygın bir şekilde medikal yaklaşım ya da sorun çözme yaklaşımı kullanılmıştır. Medikal yaklaşım ise sadece "patoloji" ile ilgilenmekte sorunun nedenleri ve ortaya çıkaracağı sosyal etkileri üzerinde durmamaktaydı.[36] Sosyal hizmet anlayışında ise, sorunun ortaya çıkmasına neden olan etkenlere müdahale ederek, koruyucu önleyici önlemleri almak daha önemli hale gelmiştir. Bu sayede sorunun birey ya da ailede oluşturacağı yıkımların tedavi edilmesi için harcanacak kaynak ve zaman israfı da önlenmiş olur. Bu nedenle sosyal hizmet literatüründe şimdilerde üzerinde önemle durulan güçler perspektifi (strenghts perspective), problem ve patolojilerden ziyade insanların güçleri ve kaynaklarının sosyal hizmette yardım sürecinin odağı olması gerektiğini vurgulamaktadır.[37]

Sosyal hizmet mesleği, uyguladığı bütüncül yaklaşım gereği sorunu, sorun sahibinden yalıtılmış olarak ele alamaz. İnceleme ve teşhis aşamalarında olduğu kadar, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında da sorun gibi, sorun sahibi üzerinde odaklaşmak gereklidir. Çünkü sosyal hizmetin esas görevi belli bir sorunu çözmekten çok, o sorunu ortaya çıkaran koşulları yok etmeye çalışmak ve sorun sahibine sorun çözmenin yollarını göstermektir. Böylece sorunun kendisi kadar sorunu ortaya çıkaran koşullar ve sorun sahibi de sosyal hizmetin odak noktası olmalıdır.[38]

1. HASTANELERDE DİNÎ SOSYAL HİZMETLER

Manevî Bakım, tıbbî ve psiko-sosyal bakım hizmetlerinin önemli bir parçasıdır.

Özellikle kronik hastalara, kalıcı sakatlığı olan özürlülere ve yaşlılığa bağlı değişik sağlık sorunları olan yaşlılara yönelik maneviyat destekli bütün hizmetlerdir. Maneviyat, tıbbî ve sosyal hizmetlerde bütüncül ve birleştirici bir rol üstlenir ve

[36] Arıkan Çiğdem, *Sosyal Model Çerçevesinde Özürlülüğe Yaklaşım*, Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, C. 2, S. 1, 2002: 12
[37] Duyan Veli vd., *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*, 2008: 61
[38] Kongar Emre, *Sosyal Çalışmaya Giriş*, 2007: 67

kişinin sağlığına yeniden kavuşmasını veya bu mümkün değilse mevcut durumuyla barışık olmasını ve hayata bağlı kalmasını sağlayan önemli bir yaklaşımdır.[39]
Bu konuda ülkemizde Ege Üniversitesi ve Cumhuriyet Üniversitesi'nde yapılan iki araştırma mevcuttur.[40]
Bu araştırmalara göre, manevi bakım ve destek, hastane ortamında gerek hasta, gerek hasta yakını için bir ihtiyaçtır, ancak mevcut sistemde bu ihtiyaç karşılanamamaktadır.

Ülkemizde sadece ölüm sonrası hizmet şeklinde günümüze gelinceye kadar sürdürülen hastane din görevlisi uygulamasının, manevi destek ve moral hizmet sunulması ile ilgisi yoktur. Bugün, hastane kadrolarındaki din görevlisinin görevi, moral hizmet vermekten çok, ölüm sonrası dinen yapılması gereken hizmetleri sunmaktan ibarettir. Mevcut durumda hastane din görevlileri, hastane binalarının bodrum katlarında, gözlerden uzak ve çoğunlukla uygun olmayan fiziki koşullarda çalışan, hasta yakınlarının ancak ölmek üzere olan veya ölmüş hastalarının defin işlemleri için muhatap oldukları bir görevliden başka birisi değildir. Bu görevli, ölünün yıkanması, kefenlenmesi gibi işlemlerin yanı sıra defin için gereken bürokratik işlemleri de yürütmek durumundadır. Hastane mescitleri ise, yine gözlerden uzak ve çoğunlukla uygun fiziki şartlardan yoksun bir mekân olarak karşımıza çıkar. Ancak hastane ortamında bu kadar bir sınır çizilmiş olan dini uygulanabilirlik, geliştirilmeye ve gözle görünür bir faaliyet ve hizmet alanına dönüşmeye ihtiyaç duymaktadır.

Hastanelerde Dinî Sosyal Hizmetlerin Hukukî Boyutu

Ülkemizde koruyucu ve tedavi edici hekimlik gibi hizmet alanları olan hastaneler, hastanın hayatında en zor anlarını yaşadığı, hasta yakınlarının en sıkıntılı dakikalarını geçirdiği mekânlar olarak karşımıza çıkar. Bu nedenle dinimizin sağlık ve hastalık konularındaki görüşlerini doğru bir şekilde aktaracak, gerek hasta, gerekse hasta

[39] Seyyar Ali, *Tıbbi Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım*, 201: 43
[40] www.cumhuriyet.edu.tr. (*Hemşirelik ve Manevi Bakım*, Şafak Ergül, Ayla Bayık, 2004), www. ege.edu.tr. (*"Yoğun Bakımda Manevi Bakım"* Esma Sülü, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2006

yakınına bilgi verecek ve moral desteği olacak şekilde düzenli yürütülecek bir manevi bakım hizmetine ihtiyaç bulunmaktadır.

Söz konusu ihtiyaç, kaynağını Dünya Sağlık Örgütü tarafından da kabul edilen ve "Evrensel Hasta Hakları" olarak bilinen haklardan da almaktadır. Bunlar, bir sağlık kuruluşuna sağlık hizmeti almak için başvuran herkesin hakları olarak ifade edilmiş ve 11. maddede şöyle vurgulanmıştır:[41]

Türkiye'de ise 01.08.1998 yılı 23420 sayılı resmi gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği bu hakkı şöyle düzenlemektedir:

Madde 38- Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir.[42]

Sağlık Bakanlığı'nın 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunu'ndaki sağlık tanımı, fiziksel iyileşmenin yanı sıra ruhi iyileşmenin de gerekliliği üzerinde durmaktadır. Evrensel İnsan Hakları Beyannamesi de insana dine inanma ve yaşama hürriyeti tanımaktadır. 1981 yılında Lizbon'da tüm dünya ülkelerinin tabip odalarının tamamına yakının katıldığı toplantıda Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nin Dini Yardım Hakkı başlıklı 11. maddesinde,[43] hastanın kendi inandığı dine mensup bir din adamının yardımını da içinde olmak üzere ruhi ve ahlaki bir teselli istemeye veya reddetmeye hakkı olduğu ifade edilmiştir.

Buna göre, temelde var olması gereken en önemli husus, hasta ile onun iyileşmesine yardımcı olmayı hedefleyen uygun bir ilişkinin sağlanabilmesidir. Hastaların hem fizik, hem ruh bakımından tedavileri esnasında morale ihtiyaçları olduğu ve

[41] BAŞAR Serpil, *Hastanelerde Din Hizmeti Modeli 4. Din Şurası Sunum*
[42] http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yonetmelik.htm
[43] http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/lizbon.htm

desteklenmelerinin gerektiği, tıbbın gereklerindendir. Şayet hasta, dini telkinler sayesinde ruhi yönden tam bir iyilik durumuna ulaşacağına inanıyorsa bu ihtiyaç yerine getirilmelidir.

Din Hizmetleri Dairesi Başkanlığı tarafından ilk defa 19.01.1995 tarihinde yayınlanan bir genelge ile de din ve moral hizmetleri uygulaması başlatılmıştır. Bu hizmet esnasında, göz önünde bulundurulacak esaslar şu şekilde belirtilmiştir:

1- Hastane ziyaretleri en az iki kişilik ekiplerle yapılacaktır.

2- Ekipler mümkün olduğu kadar dini yüksek öğrenim görmüş personelden oluşturulacaktır.

3- Personel, beşeri ilişkileri gelişmiş, ikna kabiliyeti kuvvetli, hitabeti yerinde olan görevlilerden oluşturulacaktır.

4- Bu ziyaretler esnasında, hastalara tedavinin öneminden, kaza kaderden, sabır ve şükürden bahsedilecek, hastanın moralini takviye edici sözler söylenecektir. Hastanın talebi halinde de hafif sesle Kur'an okunabilir.

Uygulama biçiminin bu şekilde şekillendirilmesi, "imamların hastalara Kur'an okuyacağı" şeklinde değerlendirilmiş, belli bir kesimin rahatsızlığı nedeniyle tepkiler oluşmuş, uygulama bu hali ile tenkitlere uğramıştır. Bu tenkitler şu şekilde özetlenebilir:

1- Hastaların din hizmetine ihtiyacı ile birlikte din hizmeti vermekle görevlendirilen imamların bir tür dinsel danışmanlık da sayılan bu görevi yerine getirebilecek nitelikte olup olmadığı sorgulanmıştır.

2- Hastanelerde yürütülecek din ve moral hizmetleri, bu dönemde klasik din hizmeti tanımı içinde değerlendirilmiş, daha çok bir irşad hizmeti olarak düşünülmüş, hizmetlerin psikolojik danışma yönü dikkate alınmamıştır.

3- Mevcut sağlık sistemi içerisinde bu hizmetin nasıl şekillendirileceği ve adapte edileceği çok iyi planlanmamıştır.

4- Hizmeti verecek personelin niteliği ve görev içeriği net bir şekilde belirlenmemiştir.

5- İmam ölümü hatırlatmakta, dini danışman olmaktan daha çok cenaze yıkayıcısı olarak algılanmakta, aksine psikolog daha olumlu çağrışımlara sebep olmaktadır.

6- İmamın Kur'an okuması, talep eden hastanın dışında diğer hastaların rahatsızlığına sebep olabilir.[44]

Söz konusu eleştirilere uğrayan uygulama hakkında, Danıştay 5. Dairesi'nce 12 Nisan 1996 tarih ve E.1995/3612 sayılı yürütmeyi durdurma kararı verilmiş, Sağlık Bakanlığı'nın 07.06.1996 tarih ve 9124 sayılı yazısıyla da yürürlükten kaldırılmıştır.[45]

Hastanelerin Dini Danışmanlık Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi

Din, her zaman ve her yerde insanın ilişki içinde olduğu bir kurumdur ve doğumundan ölümüne kadar insanın yanındadır. İnanan bir insan için Allah (c.c.), her adımında insanın yanındadır onu kollamakta ve gözetmektedir. Öyleyse hastalandığında da yanındadır. İşte din görevlisi, hasta insanın sadece yanında bulunmakla bile, dinin ve inancının yanında olduğu duygusunu hastaya kazandırır. Bunun için, hizmetin amaçları tespit edilirken dinin ve din görevlisinin hayatın her anında olduğu gibi hastalık anında da insanların yanında olduğu ve hizmet sunduğu anlayışının topluma kazandırılması hedeflenmelidir.[46]

Batı'da hastanelerde yürütülen bu tür hizmetlerin önü açılmakta ve hastalara birçok imkânlar sunulmaktadır. Prof. Dr. Öznur Özdoğan'ın "İnsanı Anlamaya yönelik Bir yaklaşım: Pastoral Psikoloji" adlı makalede Zürih St. Gallen Kanton hastanesi Manevi Bakım Yönergesinde şu bilgilerin yer aldığı belirtilmektedir. Hastanemizin her biriminde her iki mezhepten de görevliler bulunmaktadır. Hastanenin acil ve özel bölümleri içinde farklı uygulamalar vardır. Biz hastalarla ve hasta sahipleriyle karşılıklı görüşüp konuşuyoruz. Bizimle görüşmek için krize müdahale, düğün ve cenazelere katılım ve daha özel dinsel ihtiyaçlarınızda arayabilirsiniz; Dua, İncil okuma, toplu olarak ya da akşam yemeklerinde, takdis etmek, hastaya dua etme ya da günah çıkarmak gibi. Bize haftanın her günü her saat 111 numaralı telefondan ulaşılabiliriz. Hastane çalışanları da benzeri sorunlarda bize başvurabilirler. Bu konudaki bilgilerini de gizli tutarız. Biz hastanenin her iki ibadethanesinde de

[44] *Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri Yurtdışı Uygulama Raporu ve Yurtiçi Uygulaması Araştırma Sonuçları*, DİB. İrşat Hizmetleri Şb. Md. Yayınlanmamış Rapor, 1995
[45] Altaş Nurullah, *Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1997
[46] Altaş Nurullah, *Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1997

hastalarımıza, hastane çalışanlarına ve aynı zamanda dışarıdan gelen misafirlere açık, düzenli ayinler düzenlemekteyiz. Pazar ayinlerinde dışarıdan gelenler için fahri ulaşım birimimiz mevcuttur. Katolik ibadethanemiz tam gün hizmete açıktır.[47]

Manevi bakım uzmanı, manevi bakım kapsamında şunları yapabilir:

1) Hastanın hayatın anlamını ve amacını bulmasında yardımcı olmak.
2) Hastanın hayatını gözden geçirebilmesi için cesaret verici telkinlerde bulunmak.
3) Hastayı sabırla ve dikkatle dinlemek.
4) Kişinin, inanç ihtiyaçlarını desteklemek ve ibadetlerini yerine getirmede yardımcı olmak.
5) Kişi de güven oluşturmak.
6) Kişinin manevî huzursuzluklarını, endişelerini, kaygılarını ve sapmalarını gidermek.
7) Kişinin, sabır içinde şükretmesine yardımcı olmak.
8) Hastanın hastalığa odaklanmak yerine, hastalıktan öğrenilecek olanlara odaklanarak, hayata karşı olumlu bir tutum geliştirilmesini sağlamak.

Türkiye'de mevcut hastanelerde, manevi bakım hizmeti "manevi bakım ve dini danışmanlık" olarak iki boyutlu düşünülebilir. Genel olarak hastanede görev alacak manevi bakım uzmanının görevleri şu şekilde sıralanabilir:

1) Hastaları ziyaret etmek, dua etmek ve onlara istekleri doğrultusunda Kur'an-ı Kerim okumak.
2) Hastaya moral ve psikolojik destek sağlamak.
3) Hasta yakınlarını namaz kılabilecekleri mescit, cami gibi yerler ile ilgili bilgilendirmek.
4) Hastanın problemlerini veya hasta yakınlarının hastanede karşılaşabileceği her türlü dini, manevi, ruhi problemleri konusunda danışmanlık yapmak.
5) Dini hizmetlerin daha iyi yapılabilmesi için hastane içerisinde her türlü toplantıya katılarak insiyatif almak,

[47] Özdoğan Öznur, *"İnsanı Anlamaya yönelik Bir yaklaşım: Pastoral Psikoloji"* AÜİFD 47 sayı 2, 2006: 127-141

6) Ölüm halinde hastaya, ailesine, doktor, hemşire ve diğer personele yardımcı olmak.

Sosyal nitelikli ve insan odaklı bakım hizmeti olan **manevi bakım,** temelde iyileştirici yönünden faydalanmak üzere hastaların morallerini güçlendirmek, hayata bağlılıklarını artırmak, iç (manevî) dünyalarıyla barışık olmalarını sağlamak, manevî sapmalarını ve korkularını gidermek için, hasta ve hastane hizmetleri adına önemli bir boşluk doldurabilir.

Hastanelerde Manevi Bakım Sürecinde Dikkat Edilmesi gereken Hususlar

Manevi bakım uzmanı, öncelikli olarak hastanın psiko-sosyal sorunlarının yanı sıra manevi ihtiyaçlarını gidermeye yönelik bir **plan** çerçevesinde hareket etmeli ve yazılı bu planı bakım sürecinin her aşamasında kullanmalıdır. Sorulacak sorular cevaplayabilecek durumda ise hastaya, değilse hasta sahibine sorulmalı, süreç bir sohbet ortamında işlemelidir. Manevi bakım uygulamasında aşağıdaki plan örnek alınabilir:

Potansiyel	**Sorun**	**Hedef**	**Uygulama**	**Değerlendirme**
Hasta Allah'a ve ahiret gününe inanıyor.	Niçin böyle bir hastalık ile kendisinin karşılaştığını düşünüyor, Allah'ın merhametinden şüphe ediyor.	Hastayı mevcut durumu ile barışık hale getirmek, bilgi ve manevi destek vermek	Dinimizin hastalık imtihanından bahsedilmeli, hastalık üzerine değil hastalıktan öğreneceklerimize ve bundan sonraki hayatımız üzerine yoğunlaşmanın gereği anlatılmalı.	Manevi telkin sonrası hastanın durumu gözlemlenir, düşünce ve halinde bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilir. Bir değişiklik olmadı ise, bakım planı yeniden gözden geçirilir, yeni tavsiye ve uygulama tekniklerine geçilir.

48

[48] BAŞAR Serpil, *Hastanelerde Din Hizmeti Modeli 4. Din Şurası Sunum*

Bu planın her aşamasında dikkat edilmesi gereken konular vardır:

1- İhtiyacın tespiti aşamasında sorular sorma, etkili dinleme, sorunun açık ifadesini sağlamak için hastayı bilinçli yönlendirme ve gözlem kullanılacak tekniklerdir. Sorulacak örnek sorular şöyle olabilir:

"Hastalığınız hakkında ne düşünüyorsunuz?", "Bu hastalık sizin hayata bağlı olmanıza engel oluyor mu?", "Hayatınızın anlamı ve değeri hakkında ne düşünüyorsunuz?" "Hastalığınıza bağlı fiziksel şikayetlerinize dayanmanızı sağlayan gücünüzü nasıl tanımlıyorsunuz?"

2- Uygulama esnasında yine sorularımız ve alacağımız cevaplar önemlidir:

"İmtihan için kulun başına değişik musibetler geldiğini biliyor musunuz?" "Hastalığın da bir imtihan ve günahların bağışlanmasına bir vesile olduğunu biliyor musunuz?", "Musibet anında kulun sabır göstermesinin ve haline şükretmesinin mevcut halini daha iyi geçirmesini sağladığını ve bir sonraki imtihanının da buna göre şekillendiğini biliyor musunuz?", "Mevcut halimizle barışık olmamıza katkı sağlayan dua ve ibadetlerin önemine inanıyor musunuz?" Ancak bu soruları her hasta kaldıramayabilir. Bu nedenle manevi bakım uzmanı, hasta ile yürüttüğü süreci iyi takip etmelidir.

Manevi bakım uygulamasında manevi bakım uzmanı, hastanın hayatın anlamını ve değerini düşünmesine yardımcı olur. Bu esnada dikkatle ve sabırla hastayı dinleyerek ihtiyacı tespit eder ve buna göre telkin ve yönlendirmelerde bulunur. Şayet hastada ibadet ve duaya bir yöneliş var ise, bunu yerine getirmesi için destek sağlar, hastanın huzursuzluğunu giderir, endişelerinin yersizliğini anlatır, inanç sapmalarını önler, hastanın kendini Allah'a daha yakın hissetmesini sağlar ve kendisi ile hasta arasında samimi ve güvene dayalı bir ilişki kurar.

Hastaya yönelik hizmetlerin en ağır olacağı durumlar, özellikle ölümcül bir hastalığa yakalanmış hasta ve hasta yakınları ile ilgilenmek, onlara "ölüme refakat hizmetleri" kapsamında manevî telkin ve destek hizmetleri vermek, intihara meyilli kişilerin manevî dünyalarını tamir etmek, aile içi şiddete maruz kalmış aile fertlerine manevî destekli psiko-sosyal yardımlarda bulunmak, modern hayat ile gelenekler arasında kalmış ve manevî boşluklara itilmiş gençlerin sorunlarına çözüm üretmek ve dinî

yönden sapma gösteren ve bunalıma girmiş kişilere manevî bakım hizmetleri sunmak şeklinde ihtiyaç duyulacak alanlardır.

Hastaya Genel Yaklaşım:

Örnek Giriş ve Selamlama Cümleleri: "Geçmiş olsun, sizi bugün iyi gördüm, inşallah durumunuz sizin hayatınızda bir hayra vesile olur, inşallah bundan sonra her şey sizin için daha iyi olur. Daha çabuk iyileşmeniz için sizin gayretiniz de önemli, Allah şifa versin, Allah yardımcınız olsun!"

Genel moral cümleleri: "Hayat inanan insan için bir sermayedir. Bu sermayeyi iyi değerlendirebilmesi, zorlu bir ana geldiğinde bu anı sabırla karşılaması ve haline şükredebilmesine bağlıdır. Yüce Allah (c.c.) kuluna kulluğunu hatırlatacak şekilde zaman zaman imtihanlar verebilir. Bu nedenle endişe etmeyin, halinizden çıkaracağınız dersler var, önemli olan bunları keşfetmek ve hayatınıza manevi kazanç getirmesini sağlamaktır. Kul olarak bu andaki acizliğimizi ifade ederek Rabbimize daha çok yakınlaşabiliriz. Dua etmek için iyi bir fırsat… Halimize şükretmemiz de bir ibadettir. Böyle düşününce sevinecek çok şeyimiz olduğunu görürüz, hala hayattayız ve tevbe için de zamanımız var demektir. O halde bu zamanı yine kazançlı hale getirmek bizim elimizdedir. Yüce Allah (c.c.) hepimizin yardımcısı olsun ve bizlerden razı olsun!

Yaşam sürecinde hastalıkla baş edebilmek veya tedavi sürecini huzurlu geçirebilmek için İslam dininin hayata ve insana bakış açısının kültürümüzün manevi değerleriyle bütünleştirilerek hastalara sunulması önemlidir. Günümüzde sağlık konusunda holistik yaklaþımlar önemsenmektedir. Beden- akıl- ruh bütünlüğü teolojik yapının olduğu kadar sağlık sektörünün de önde gelen düşünce biçimidir. İslam Dininin ve Türk kültürünün yaşamaya ve yaşatmaya ilişkin değerlerinden danışmanlık sürecinde yararlanılabilir.[49]

İnsan hayatında en zor anların yaşandığı hastaneler, önüzdeki günlerde manevi bakım hizmetinin aktif bir şekilde sunulacağı yeni bir hizmet alanı olmaya adaydır. Daha önceki uygulamaya yönelik eleştiriler dikkate alındığında **kadronun eğitim**

[49] Özdoğan Öznur, *"İnsanı Anlamaya yönelik Bir yaklaşım, Pastoral Psikoloji"* AÜİFD 47, sayı 2, 2006: 127-141

durumu ve hizmet içeriğinin netleşmemiş olması önemli bir hususdur. Ancak, uzman ve donanımlı bir kadro ile ve bu kadronun samimi, fedakâr gayretiyle, İlahiyat Fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı görsel-yazılı etkili bir basın desteği ile insanımızın hak ettiği bu yaşam kriterini bir an önce hayata geçirilmelidir.

2. CEZAEVLERİNDE DİNÎ SOSYAL HİZMETLER

Dünyada ve Türkiye'de manevi bakım hizmetlerinin yürütüldüğü önemli kurumlardan biriside Ceza İnfaz Kurumlarıdır. Cezaevleri, hürriyeti bağlayıcı cezalara hükümlü olanlar ile herhangi bir suçtan mahkemelerce tutuklanan kişilerin, ıslah edilmeleri ve tahliye sonrası toplumsal yaşama dönüşe hazırlanmaları gayesiyle barındırıldıkları ve eğitildikleri devlete ait kurumlardır. *Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanun'*da ceza infaz kurumları; kapalı ceza infaz kurumları, açık ceza infaz kurumları, çocuk eğitimevleri ile gözlem ve sınıflandırma merkezleri olmak üzere dört kategoriye ayrılmıştır. Kapalı ceza infaz kurumları da kendi içerisinde; yüksek güvenlikli, kadın, gençlik ve çocuk kapalı ceza infaz kurumları olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır. Ülkemizde, 26.10.2009 tarihi itibariyle 313 özel tip kapalı, 15 yüksek güvenlikli kapalı, 3 çocuk ve gençlik kapalı, 4 kadın kapalı, 31 açık ve 3 çocuk eğitimevi olmak üzere toplam 369 ceza infaz kurumu bulunmaktadır.[50]

Uluslararası cezaevi standartları gereği cezaevlerinde, mahkûmların ıslah edilmesi, iyileştirilmesi, rehabilite edilmesi ve topluma kazandırılmaları amacıyla öğretmen, din adamı, psikolog, sosyal çalışmacı, psiko-sosyal danışman istihdam edilmesi, Türkiye'de olduğu gibi birçok gelişmiş ülkenin uygulamasında da yer almaktadır.[51]

Cezaevlerinde Dînî Sosyal Hizmetlerin Hukukî Boyutu

Cezaevlerinde manevî rehabilitasyon amaçlı din hizmetleri, 1950'lerde başlamış ve değişik aşamalardan geçerek günümüze kadar gelmiştir. Zaman zaman aksamalar olsa da, uygulamada bir devamlılığın olduğu görülmektedir. Adalet Bakanlığı'nın DİB'e gönderdiği 05.08.1950 tarih ve 17565 sayılı yazısı ile cezaevlerinde dînî ve

[50] DEMİR Abdullah, *"Ceza İnfaz Kurumlarında Din Eğitimi"*, Cilt: 46, Sayı: 4 (Ekim-Kasım-Aralık 2009), Ankara 2010

[51] Binici Hüsamettin, *"Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin 9'uncu Maddesi: Düşünce, Vicdan ve Din Özgürlüğü"* Adalet Dergisi, Sy. 20

ahlâkî içerikli sohbetlerle, mahkûmların topluma kazandırılmaları ve ıslahları amaçlanmıştır.[52]

Diyanet İşleri Başkanlığı 07.06.1963 tarih ve 15848 sayılı genelgesiyle, il ve ilçe müftülükleri tarafından cezaevlerinde dînî ve ahlaki içerikli konferanslar verilmesini istemiştir. Konferansın vaizler tarafından verilmesi, vaiz olmayan yerlerde ise bu görevin müftüler tarafından yürütülmesi ve konferanslarda mahkûmların durumları göz önünde bulundurularak onları kazanmaya yönelik yumuşak bir üslupla onlara hitap edilmesi önerilmiştir.[53] Bu yazı sonrası yapılan etkinliklerden olumlu neticeler alınması üzerine, Adalet Bakanlığı, 18.03.1964 tarih ve 8521 sayılı yazısı ile il ve ilçe cezaevlerinde haftada iki gün olmak üzere dînî ve ahlâkî içerikli konferanslar verdirilmesini istemiştir.[54]

Diyanet İşleri Başkanlığı 09.02.1974 tarih ve 74-28 sayılı yazısı, Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğü'nün 15.02.1974 tarih ve 11-19 sayılı tamimiyle cezaevlerine gönderilmiştir. Adalet Bakanlığı 1975'te yayınladığı bir tamimle, cezaevindeki din hizmetleriyle ilgili gerekli tüm altyapı ve donanımı sağlama görevini üstlenmiştir. 22 Nisan 1981 tarihinde Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğü'nün eğitim birimi kurulmuş daha sonra bu birimin yapmış olduğu planlama neticesinde aralarında DKAB dersinin de olduğu bir eğitim programı yürürlüğe girmiştir. Buna göre Din Kültürü ve Ahlak Bilgisiyle ilgili ortaya çıkan problemler, DİB'e bağlı müftülüklerle cezaevi yönetiminin işbirliğiyle çözülmesi kararlaştırılmıştır. 16 Eylül 1981'de Genel Kurmay Başkanlığı'nın 7130-818-81 sayılı yazısına binaen bir DKAB müfredat programı hazırlanmış ve bu program DİB'in 01.04.1982 tarih ve D/4-2/552 sayılı görüşleri ve Genel Kurmay'ın da uygun görüşüyle Cezaevlerinde uygulanmıştır.[55]

DİB'in 27.07.1989 tarihinde İrşat Hizmetleriyle ilgili yayınladığı 74 no'lu genelgenin İrşat Hizmetleri adlı başlığının 3. maddesinde "Cumhuriyet Savcılığınca gösterilecek ihtiyaca göre, ceza ve tutukevleri ile çocuk ıslahevlerinde (E Tipi dâhil)

[52] Özdemir Şuayip, *Cezaevlerinde Din Eğitimi*, 43
[53] Bulut Mehmet, *Diyanet İşleri Başkanlığının Yaygın Din Eğitimindeki Yeri*, 1997: 53
[54] Özdemir Şuayip, *Cezaevlerinde Din Eğitimi*, 44
[55] Özdemir Şuayip, *Cezaevlerinde Din Eğitimi*, 45-47

ders verilmesi ve uygun zamanlarda kuruluşların ziyaret edilmesi gerektiği belirtilmektedir.[56]

Adalet Bakanlığı ile DİB arasında yapılan yazışmalardan, cezaevlerinde yapılmak istenen dinî sosyal hizmetlerle, manevî rehabilitasyonun amaçlandığı görülmektedir. Bu amaç, vaizlerin yapacağı irşad ve tebliğ göreviyle, mahkûmların işlemiş oldukları suçlardan pişmanlık duymaları, topluma kazandırıldıktan sonra tekrar suç işleyerek cezaevine geri dönmemeleri ve iyi bir insan, iyi bir vatandaş olabilmelerinin sağlanması, suçu meslek haline getirmelerinin engellenmesidir.

Resmi gazetede yayınlanan "Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük"ün Din ve Vicdan Özgürlüğünü düzenleyen madde 93'de hükümlü ve tutukluların mensubu bulunduğu dinin ibadetlerini, cezaevi iç düzenini bozmayacak ve çalışmaları engellemeyecek şekilde serbestçe yerine getirebileceği ve din görevlisiyle uygun şartlarda görüşebileceği hususu açıklanmıştır. Yine aynı tüzük madde 105'de, eğitim haklarından bahsederken, "din eğitimi" alma hakkına da değinilmektedir.[57]

Adalet Bakanlığı ile DİB arasında "hükümlü ve tutukluların" dînî ve ahlaki gelişimlerini sağlamaya yönelik olarak 10.02.2011 tarihinde yeni bir protokol imzalanmıştır. Son olarak güncellenen protokol, öncekilere göre daha kapsamlı ve ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiştir. Bu protokolle Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü ile DİB'nin görev ve yükümlülükleri belirlenmiştir. Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'ne din eğitimi hizmetlerini sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için bazı yükümlülükler getirmiştir. Bunlar; cezaevi iç mekânlarının din eğitimi hizmeti verecek şekilde hazırlanması, din hizmetleriyle ilgili faaliyetlerin bir düzen içerisinde yapılması, personele rahat çalışma ortamının hazırlanması, hükümlü ve tutukluların gruplar halinde faaliyetlere katılmalarının sağlanması ve kütüphaneye gelen dînî içerikli kitapların gözden geçirilmesidir. DİB'e ise; tutuklu ve hükümlülerin sayıları dikkate alınarak personel görevlendirilmesi, hurafe ve batıl bilgilerin düzeltilmesi, mahkûmların özellikleri dikkate alınarak eğitim-öğretim verilmesi, hükümlü ve tutuluların özel görüşme isteklerinin karşılanması ve Ceza ve Tevkifevleri'nde görev

[56] TC Başbakanlık Diyanet İşleri Başkanlığı,*74 nolu genelge*, 27.07.1989 tarih ve sayı: 12.1/166/857
[57] *Resmi Gazete* sayı: 26131, tarih 06.04.2006; http://www.cte.adalet.gov.tr/ mevzuat/ tuzuk/tuzuk.doc

yapacak personelin hizmet içi eğitimler vasıtasıyla yetiştirilmesi gibi görevler verilmiştir.[58]

Ceza İnfaz Kurumları ve Dini Danışmanlık (Manevi Bakım) Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi

Ceza infaz kurumlarında, genelde din eğitimi oda/koğuş ortamında konu anlatımı veya soru-cevap yöntemi ile sohbet üslubunda ibadet ve ahlâk esaslarının öğretimi şeklide uygulanmaktadır. Ayrıca istekli tutuklu ve hükümlülerin Kur'an-ı Kerim'i okumayı öğrenmesine yardım edilmekte, dini içerikli soruları cevaplanmakta, "Dini Danışman" sıfatı ile özel görüşme talepleri karşılanmakta, ayda bir kez de dinî, ahlâkî ve içtimaî içerikli konferanslar düzenlenmektedir.

Ceza infaz kurumlarında "Din ve Moral Hizmetleri"nin bugününü daha iyi ifade edilebilmesi için cezaevi türlerinin farklı değerlendirilmesi gerekmektedir. Adli suçlardan tutuklu ve hükümlü olanların tutulduğu kapalı ve açık ceza infaz kurumlarında, din ve moral hizmetlerine ilgi ve katılım yüksektir. 450 mahkûm üzerinde yapılan bir araştırmada mahkumların % 69.33'ünün din eğitimine ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.[59] Cezaevlerinde din eğitimi/öğretimi programının uygulanması zorunlu; tutuklu ve hükümlülerin derse katılımı ise isteğe bağlıdır. Dini eğitimin isteğe bağlı olması, uluslararası hukuki belgelere de uygundur.[60]

Cezaevlerinde yetişkin kişilerin dini içerikli faliyetlerden hoşnut kalmalarındaki en önemli faktörlerden biri, din görevlisinin (manevi bakım uzmanının) muhatabı ile bir birey olarak ilgilenmesi ve ona değer vermesidir. Tutuklu ve hükümlüler arasında yetişkinlerden sonra ikinci sırada ergenler yer almaktadır. Ergenleri suça iten etkenler arasında ilgi ve sevgiden yoksun yetişme gibi psiko-sosyal etkenlerin, biyolojik ve ekonomik etkenlerden daha etkili olduğu kabul edilmektedir. Cezaevlerinde, genelde aile ve çevresinden yeterli ilgi ve sevgi görememiş mahkûmların bulunduğu düşünüldüğünde, kendilerine yakın ilgi gösteren din

[58] *Resmi Gazete*, Adalet Bakanlığı ve DİB protokol 10.02.2011
[59] Türkiye İstatistik Kurumu, *Türkiye İstatistik Yıllığı* 2007, s.125
[60] Özdemir Şuayip, *"Türkiye'de Cezaevlerinde Din Eğitimi Uygulamasının Geçirdiği Aşamalar"*, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, Sy. 2, s.66

görevlisinin (manevi bakım uzmanının) dini-ahlâki sohbet için oda/koğuş ziyaretinde bulunmasının, mahkûmlar üzerinde olumlu bir tesir bıraktığı gözlemlenmektedir.[61]

Ceza infaz kurumlarında manevi destek ve moral dersleri mahkûmların kişisel, sosyal ve ahlâkî yönden gelişimlerini sağlayacak, insan haklarına saygı gibi insanî erdemleri öğrenmelerine fırsat oluşturacak, sevgi dilinin güzeliklerini keşfederek, aile ve toplumda nitelikli bireyler olmalarını sağlayacaktır.

Ceza infaz kurumlarında din ve moral hizmetlerinin sunumunda birtakım problemlerle de karşılaşılmaktadır. Bu problemlerin çözümü ve mevcut uygulamalarda iyileştirmelere gidilmesi ile bu hizmetlerle amaçlanan hedeflere ulaşılması mümkün olabilecektir.[62]

Günümüz itibariyle gelinen noktaya bakıldığında cezaevi vaizi olarak tecrübelerimiz ve anket çalışması neticesinde elde edilen sonuçlar, personel sayı ve yeterliliği, hizmet standardı, ceza infaz kurumlarında görev yapan Diyanet İşleri Başkanlığı personelinin hak, görev ve sorumlulukları, din hizmetlerinin rehabilitasyon sürecindeki yeri gibi hususlarda istenilen düzeyde bir ilerleme kaydedilmediğini göstermektedir.

Ayrıca batı ülkelerinde bulunan cezaevlerinde düzenlenen din hizmetleri ile kıyaslandığında ülkemiz ceza infaz kurumları manevi bakım hizmetlerinde, ABD'de bu alanda araştırma yapan biri olarak, daha yolun başında olduğumuzu da ifade etmek zorundayım.

Avrupa Birliği'ne giriş sürecinde önemli adımlar attığımız bu günlerde ceza infaz kurumları din hizmetlerinin de Avrupa ülkelerindeki standartlara ulaşması noktasında atılacak adımların büyük önem taşıdığı, 21. yüzyılla birlikte Amerika, İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde tutuklu ve hükümlülerin rehabilitasyonu ve

[61] Özdemir Şuayip, *"Türkiye'de Cezaevlerinde Din Eğitimi Uygulamasının Geçirdiği Aşamalar",* Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, Sy. 2, s.66
[62] Şuayip Özdemir, *"Türkiye'de Cezaevlerinde Din Eğitimi Uygulamasının Geçirdiği Aşamalar",* Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, Sy. 2, s.66

topluma yeniden adaptasyonu sürecinde din ve dini değerlerin daha çok ön plana çıktığı gerçeği göz önünde bulundurulmalıdır.[63]

3. ÇOCUK YUVALARI VE YETİŞTİRME YURTLARINDA DİNÎ SOSYAL HİZMETLER

Yetiştirme Yurtları ve Korunmaya Muhtaç Çocuklar

Bu bölüm, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü (SHÇEK) tarafından koruma altına alınan çocuk ve gençlerimize yönelik olarak yürütülen manevi bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Ayrıca bu bölümde, DİB ve SHÇEK personeli içindeki kadrolu "Din Görevlileri"nce yürütülen bu hizmetlerin sunumunda yaşanan sorun ve ihtiyaçlar ile çözüm önerileri de imkan ölçüsünde belirtilmeye çalışılacaktır.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK), 81 ilde, il müdürlükleri ve bağlı kuruluşları ile ülkemizde korunmaya muhtaç çocuk, genç, yaşlı, özürlü kişi ve ailelere gündüzlü ve yatılı hizmet götüren kamu kurumudur.

2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile korunmaya muhtaç çocuğun bakımı, yetiştirilmesi ve topluma kazandırılması görevi Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir.

2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nda;

Korunmaya Muhtaç Çocuk: "Beden, ruh ve ahlâk gelişimleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede olup;

a) Ana veya babasız

b) Ana veya babası veya her ikisi de belli olmayan,

c) Ana veya babası veya her ikisi tarafından terk edilen,

d) Ana veya babası tarafından ihmal edilip, fuhuş, dilencilik, alkollü içkiler veya uyuşturucu madde kullanma gibi her türlü sosyal tehlikeye karşı savunmasız bırakılan ve başıboşluğa sürüklenen çocuklar" olarak tanımlanmıştır.

Korunmaya muhtaç çocuklardan;

0-12 yaş grubunda olanlar Çocuk Yuvaları'nda,

13-18 yaş grubunda olanlar Yetiştirme Yurtları'nda hizmet almaktadır.

---

[63] Işık Harun, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* Cilt 3, Sayı 12, 2010

Çocuk Yuvaları, 0-12 yaş arası korunmaya muhtaç çocukların, bedensel, eğitsel, psiko-sosyal gelişimlerini, sağlıklı bir kişilik ve iyi alışkanlıklar kazanmalarını sağlamakla görevli ve yükümlü yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Ülkemiz genelinde 103 çocuk yuvasında 10.041 çocuk koruma ve bakım altındadır.[64]

Yetiştirme Yurtları ise, yukarıda tanımı yapılan 13–18 yaş arası korunmaya muhtaç çocukları korumak, bakmak ve bir iş veya meslek sahibi edilmelerini ve topluma yararlı kişiler olarak yetiştirilmelerini sağlamakla görevli ve yükümlü olan yatılı sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

SHÇEK bünyesinde bulunan 113 Yetiştirme Yurdunun;

- 48'inde kız,
- 65'inde ise erkek çocuklar bakım ve korumaya alınmıştır.

Bu yurtlarda 3.751'i kız, 6.692'si erkek olmak üzere toplam 10.443 çocuk koruma ve bakım altındadır.[65]

Yetiştirme Yurtları'nda bakım ve koruma altına alınan çocukların, 2828 sayılı kanunda belirtildiği gibi, Türk örf, âdet, inanç ve milli ahlâkına sahip, kendine güvenen, insan sevgisi ve saygısıyla dolu olarak yetiştirilmelerine, bir iş ve meslek sahibi olmalarına özen gösterilmektedir. 18 yaşından sonra yurtla ilişiği kesilen bu çocuklar kurumca da izlenip kendilerine gerekli destekte bulunulmaktadır.

SHÇEK'te Dînî Sosyal Hizmetlerin Hukukî Boyutu

SHÇEK'te din hizmetleriyle ilgili ilk uygulama, Diyanet İşleri Başkanlığı'nın (DİB) 5 Aralık 1989 tarih ve Din Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın 12/1/232/1393 sayılı yazısı ve yine DİB Din Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın 27.07.1989 tarih ve 12.1/166/857 sayı ile yayınlanan 74 nolu genelgesinin, il müftülüklerine ve SHÇEK'e bağlı kurum ve kuruluşlara bildirmesiyle başlamıştır. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'nda (SHÇEK) din hizmetleriyle ilgili ilk uygulama, Diyanet İşleri Başkanlığı, Din Hizmetleri Daire Başkanlığının 27.07.1989 tarih ve 74

[64] http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/cocuk/Cocuk_Yuvalari.asp
[65] http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/cocuk/Cocuk_Yuvalari.asp (06.06.2009)

nolu genelgesini il müftülüklerine ve SHÇEK'e bağlı kurum ve kuruluşlara bildirmesiyle başlamıştır.[66]

İl Sosyal Hizmetler Müdürlükleri bünyesinde yer alan çocuk yuvaları, yetiştirme yurtları ve huzurevlerinde, müftülüklerle işbirliği yapılarak belli bir program dâhilinde dinî sohbet ve konferans düzenlenmesiyle ilgili hizmetler, bazı ön yargılı yaklaşımlarla gelen tepkiler üzerine durdurulmuştur.[67] 27.02.1992 tarihinden 03.09.1996 tarihine kadar ara verilen uygulama SHÇEK Genel Müdürlüğü'nün diğer bir yazısı ile, dînî sohbet ve konferansların devam ettirilmesine karar verilmesiyle tekrar başlamıştır.[68]

Ayrıca SHÇEK Genel Müdürlüğü'nün İl Sosyal Hizmetler Müdürlüklerine göndermiş olduğu eğitim-öğretim programlarını düzenleyen yazıda, çocuk ve gençlere yönelik çeşitli eğitim-öğretim faaliyetlerinin önemi üzerinde durulurken, Millî-Dinî Bayramlara yer verilmesinin, çocukların eğitim-öğretimleriyle psiko-sosyal ve fiziksel gelişimlerine yararlı olacağı ifade edilmiştir.[69] Diğer taraftan 03.09.1996 yılında başlayan dinî sohbet ve konferans uygulaması için Genel Müdürlüğün İl Müdürlüklerine gönderdiği bir yazı ile kuruluşlarda ne gibi faaliyetlere yer verildiği sorgulanarak, uygulamadan vazgeçilmesi tavsiye edilmiştir.[70]

Çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtlarında bir süre ara verilen din hizmeti faaliyetleri, 26.02.2007 tarihinde Devlet Bakanlığı adına SHÇEK Genel Müdürlüğü ile Devlet Bakanlığı adına Diyanet İşleri Başkanlığı arasında bir protokol imzalanarak tekrar başlatılmıştır.[71] Protokole göre; SHÇEK tarafından verilen hizmetlerin, koruyucu sosyal hizmetler olarak aktifleştirilmesinde, Diyanet İşleri Başkanlığı'nın toplum

[66] Genelge 74, T.C. Başbakanlık Diyanet İşleri Başkanlığı, Din Hizm. D. Bşk. Sayı: 12.1/166/857 ve 27.07.1989 tarihli genelge
[67] Başbakanlık Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğünün B. 02.1.SÇE.0.72.00.02./E-11/92-102 sayı ve 27.02.1992 tarihli yazısı
[68] Başbakanlık Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğünün B. 02.1.SÇE.0.72.00.01./E-11/96-563 sayı ve 03.09.1996 tarihli yazısı
[69] Başbakanlık Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğünün B. 02.1.SÇE.0.11.00.02.Ç-1-2-97/206 sayı ve 19.02.1997 tarihli yazısı
[70] Başbakanlık Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğünün B. 02.1.SÇE.0.72.00.0./E-11/97-426 sayı ve 28.07.1997 tarihli yazısı
[71] Devlet Bakanlığına bağlı SHÇEK Genel Müdürlüğü ile Devlet Bakanlığına Diyanet İşleri Başkanlığı Arasında İşbirliği Protokolü, 26.02.2007

üzerindeki etkisinden yararlanılmasına değinilmiştir. Yine devamla kurum tarafından bakılan kadın, çocuk, genç, yaşlı, özürlü ve benzeri hizmet alan dezavantajlı hizmet gruplarının "Türk örf, âdet, inanç ve milli ahlakına sahip, kendisine güvenen, insan sevgi ve saygısıyla dolu, Atatürkçü düşünce ve Atatürk ilke ve inkılâplarına uygun yetiştirilmelerine" yardımcı olmak şeklinde açıklanmıştır. Yukarıda sayılan amaçların gerçekleşmesi için, Diyanet İşleri Başkanlığı, İlahiyat eğitimi almış, konusunda uzman personel görevlendirmek suretiyle yardımcı olma sorumluluğu almıştır. SHÇEK ile DİB arasında yapılan ikinci protokol ise 2007 yılında yapılmıştır. Bu protokol de yine iki kurum arasında bir işbirliğini öngörmekte ve her iki kuruma da belli yükümlülükleri yüklemektedir.[72]

2007 tarihinde imzalanan bu protokol, 26.10.2011 tarihinde SHÇEK'in bağlı olduğu bakanlığın adının değişmesiyle Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında yeniden imzalanan yeni bir işbirliği protokolüyle yürürlükten kaldırılmıştır. 26.10.2011 tarihli protokole göre; işbirliği konuları daha net ve ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Bu protokole göre; Ailelerin problemlerinin çözümüne yönelik danışmanlık hizmetleri vermek, Türk aile yapısının özelliğine uygun eğitim ve seminerleri düzenlemek, aile bireylerinin her açıdan bakımı ve korunması gibi konularda bilgilendirme ve eğitimi faaliyetlerini yürütecek görevliler yetiştirmek, ailelerin parçalanmasına yol açan sebepleri ortadan kaldırıcı projeler geliştirmek, çocuğun korunması ve çocuk haklarıyla ilgili duyarlılığı artırıcı faaliyetler yapmak, özellikle dini ve milli günler olmak üzere çeşitli zamanlarda ahlaki, dini ve milli duyguları geliştirmeye yönelik etkinlikler yapmak, protokolün amaçları doğrultusunda her türlü bilimsel etkinliği düzenlemek, engellilere yönelik din hizmetlerine ağırlık vererek, ibadetlere katılma ve din eğitimi hizmeti alma imkanı sağlamak gibi, hususlara yer verilmiştir.[73]

[72] Protokol, Devlet Bakanlığına Bağlı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü ile Devlet Bakanlığına Bağlı Diyanet İşleri Başkanlığı Arasında İşbirliği Protokolü, 26.02.2007.http://www.shcek.gov.tr/hcek-genel-mudurlugunce-2005-2007-arasi-yapilan-tum-protokoller.aspx.

[73] Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı Arasında İşbirliği Protokolü, http://www.diyanet.gov.tr/turkish/dinhizmetleriweb/irsat/pdf/protokoller/aile_s_p_bakanliği.pdf

SHÇEK Yurt ve Yuvalarının Manevi Bakım Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi

Bu kurumlarda din (manevi bakım) hizmetinin büyük oranda sunulduğu görülmekte ise de, yürütülen hizmetin içeriği ve süresinde belli bir standart sağlanamadığı için işlevsel olamamaktadır. ABD ve Avrupa'da bu tür kurumlarda yürütülen manevi bakım hizmetleri altyapısı sağlam bir müfredat ve alanında uzman ekiplerce planlı bir şekilde yürütülmektedir.

Türkiye'de ise ülke genelinde bulunan SHÇEK Yuva ve Yurtlarında ilgili protokol gereği mülki amir onayı ile imam-hatip lisesi ve üstü öğrenime sahip, farklı eğitim ve unvanlarda müftülük personeli görev yapmaktadır.

Yetiştirme Yurtları'nda ise 13-18 yaş arası çocuklara mülki amir onayı ile uygulamaya konulan programlarla "Din ve Ahlak Bilgisi" dersi, konferans ve seminerler yanında, Diyanet İşleri Başkanlığı yayınlarından seviyelerine hitap eden kitapların dağıtıldığı ziyaretler düzenlenmektedir.

4. HUZUR EVLERİNDE DİNÎ SOSYAL HİZMETLER

Yaşlılık insan yaşamının evrelerinden biri olup, her ferdin bir gün ona ulaşacağı basamaklardan biridir. Doğumla başlayan hayat, çocukluk, gençlik, yetişkinlik, yaşlılık (yetişkinlik ve yaşlılıkla ilgili bunları da ayrıma tabi tutan çok farklı görüşler vardır) olarak sınıflandırılmıştır. Her ne kadar yaşlılık insanlar tarafından sevimsiz olarak görülse de yaşayan herkes bir gün onunla yüzleşecektir. Her organizmanın belirli bir süresi olduğu gibi insanlar için de belli bir süre vardır. Fakat bu süre bazıları için zorlu basamaklardan oluşmakta, bazılar için de kolay ve huzurlu bir yaşam şekli olabilmektedir.[74]

Yaşlılığın hangi yaşta başlayacağıyla ilgili olarak bir takım görüş ayrılıkları ve tartışmalar olduğunu da söyleyebiliriz. Bunun nedeni insanlarda yaşlanmanın özelliklerinin başlamasıyla ilgili farklılıkların değişik yaşlarda ortaya çıkmasıyla alakalıdır. Bir kişide yaşlılık belirtisi 60 yaşında olabilir, ama bir diğerinde 75 yaşında olabilir. Aslında en doğru yaklaşımın insanlarda yaşlılığın hangi yaşta

[74] Onur Bekir, *Gelişim Psikolojisi*, 1995: 201-243

başlayacağından ziyade kişide biyolojik, psikolojik, sosyolojik yaşlanmanın hangi yaşta başladığıdır.[75]

Çünkü tüm insanları aynı kategoride değerlendirdiğimiz zaman bir takım hatalara düşebiliriz. Çünkü yapılan genellemenin her zaman istisnaları ve hatta bazen de kuralı tamamen ortadan kaldırıcı durumları olabilir. Yapılan genellemeler ülkenin sosyal, kültürel, ekonomik refah düzeyi, hatta inanç durumuyla ilgili olabilir.
Kişinin ailesiyle, çevresiyle, akrabalarıyla, iş ve meslek arkadaşlarıyla, toplumda aldığı rol kadarıyla, etrafıyla ilişkisini sürdürdüğü sürece, kişi için yaşlılıktan pek fazla söz edilemez.[76]

Burada yaşlılara değer verilmesi için mutlaka üretime katkı yapması gerekir gibi bir düşünceyi asla tasvip etmediğimizi belirtmek isterim. İlkel topluluklarda olduğu gibi yaşlıya üretime katkı yaptığı sürece değer veren, üretimden düşünce de ondan kurtulmak isteyen yapıda[77] kişilerin günümüzde de olması muhtemeldir. Bu düşünce ve zihniyet değişikliğinin ancak eğitim ve zamanla aşılacağı kanaatindeyiz.

İnsanlar her yaşta ve dönemde eğitilebilir özelliklere sahiptir. Ancak bilinmesi gerekir ki, her dönemde verilecek ve aktarılacak olan eğitsel niteliklerin özellikleri, yöntemi, muhatapları, fiziki ve psikolojik şartları, motivasyonları, öğrenmeye karşı hazır bulunuşluk durumları farklı farklıdır.[78]

İnsanlar gelişim basamaklarını kat ederken, her basamakta insanın gelişimiyle ilgili ne kadar özellik varsa doğal olarak tümünü yaşamaktadır. Yani gelişim özellikleri, sadece çocukluk ve gençlikte yaşanan bir özellik olmayıp, yaşlılıkta da devam eden bir süreçtir. İşte bu gelişim özelliklerinden birisi de "Yaşlılıkta Dini Gelişim" özellikleridir.[79]

Çocukluk ve gençlikte verilen bazı bilgiler kullanılmadığı için, bu bilgiler onlar açısından çok da anlamlı olmayabilir. Fakat bu bilgiler –özellikle ölüm ve ahiret

[75] Köylü Mustafa, Yetişkin Din Eğitiminin Teorik Temelleri, Etüt Yayınları, Samsun 2000: 38-77
[76] Dikeçligil Beylü, Ahmet Çiğdem, *Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu*, 1991: 243
[77] Tezcan Mahmut, *"Toplumsal Değişme ve Yaşlılık*, 238
[78] Köylü, *Yetişkin Din Eğitiminin Teorik Temelleri*, 151-213
[79] Köylü, *Yetişkin Din Eğitiminin Teorik Temelleri*, s91-93, 141-148

hayatıyla ilgili- yaşlılıkta onu hayata bağlama ve motivede etkili bir argüman olacaktır. Yaşlılıkta verilmesi düşünülen din eğitimi hizmetleriyle yaşlı, değişimi, hayatı anlamlandırmayı, olayları daha iyi değerlendirmeyi, geleceğe olan ilgilerini daha diri tutmayı öğrenecektir.[80]

Huzurevlerinde Dînî Sosyal Hizmetlerin Hukukî Boyutu

Ülkemizde Huzurevleri SHÇEK'e bağlı olanlar, belediyelere ait olanlar, vakıf ve derneklere ait olanlar, özel statüde olanlar ve azınlıklara ait olan huzurevleri gibi farklı statülerde bulunmaktadırlar. Farklı statüde olmaları nedeniyle ayrı yönetmeliklere göre yönetilmektedir. O nedenle din (manevi bakım) hizmetleri imkânlarından yararlanma konusunda da farklılıklar söz konusudur. Bilhassa kamu dışındaki huzurevleri, ya gereksiz görmeleri ya da personel açısından ek bir maliyet getireceği gibi gerekçelerle din hizmetleri (manevi bakım) elemanı istihdam etmemektedirler. Bu da böyle bir hizmetin sunulmaması gibi bir durumu ortaya çıkarmaktadır.

SHÇEK içerisinde kurum bünyesindeki tüm kuruluşlar kastedilmektedir. Dolayısıyla huzurevlerinde din hizmetleri veya dînî danışmanlık hizmetlerinin hukuki dayanakları SHÇEK'le ilgili tüm protokoller ve genelgeler çerçevesinde düşünülmelidir. Bu durum, SHÇEK'e bağlı huzurevleri için geçerli olan bir durumdur. Farklı statülerdeki huzurevleri için benzer şeyler söz konusu değildir.

Huzurevlerinin Manevi Bakım Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi

Huzurevlerinde sunulmakta olan din hizmetleri Diyanet İşleri Başkanlığı (DİB) ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) arasında yapılan bir protokol çerçevesinde yapılmaktadır.[81] Bu protokole göre DİB ile SHÇEK'e bağlı huzurevlerinde din hizmetleri gerçekleştirilmektedir. Yalnız burada yaygın olan ve her huzurevinde olmasa da bir kısmında uygulanmakta olan kısmı, daha ziyade dini gün ve gecelerde yapılan etkinliklerdir. Bu gün ve gecelerde programlar hazırlanmakta ve bir takım etkinlikler düzenlenmektedir. Böyle bir protokol

[80] Kılavuz Akif, *Yaşlanma Dönemi Din Eğitimi*, 2003: 15-23

[81] 26.02.2007 tarihinde DİB ile SHÇEK arasında yapılan protokole göre Din Hizmetleriyle ilgili bazı düzenlemeler yapılmıştır.

olmasına rağmen düzenli, planlı, programlı ve kaliteli bir hizmetin sunulduğunu söylemek realiteyle örtüşmemektedir.

Huzurevlerinde sunulacak olan din (manevi bakım) hizmetlerini, Batı'daki anlamıyla manevi bakım çerçevesinde düşünmek mümkündür. Manevi bakımın gerçekleşebilmesi için öncelikle bu alanda yetişmiş elemana ihtiyaç vardır. Manevi bakım hizmetlerinin sadece gönüllülük esasına göre yürütülmesi doğru değildir. Çünkü iyi niyetle fakat bilinçsizce yapılan işler bazen olumlu netice elde edilmesi beklenirken, hayal kırıklığı yaratabilmektedir. Onun için "Manevi Hizmetler" kavramının çerçevesinin ne olacağı, nasıl yürütüleceği, kimlerin bu hizmeti vereceği gibi hususların çok iyi belirlenmesi lazımdır.[82]

Ancak bazı kuruluşlarda bulunan İmam-Hatip kadrosundaki görevliler, dini pratiklerle ilgili sorulara cevap vermektedir. Ancak bilinçli bir şekilde yapılan bu çalışmaların, yaşlıların hayatını anlamlandırmada, hayata bağlanmalarında ve yaşamla barışmalarında ciddi katkısının olacağını düşünmek biraz hayalciliktir.

Araştırmamızda ulaşabildiğimiz kadarıyla huzurevlerinde manevi bakım hizmetleriyle ilgili çok bir şey yapılmamakta ancak dini eğitsel hizmetlerle ilgili bazı etkinlikler yapılmaktadır. Ancak bunların yeterli ve sağlıklı olduğunu söyleyebilmek mümkün değildir. Verilecek hizmetin nasıl ve ne şekilde olacağı, bu hizmeti kimlerin vereceği gibi bazı belirsizlikler vardır. Onun için sorunun kaynaklarını doğru tespit ederek, sağlıklı önerileri ortaya koymak gerekir. Bunun elbette ki farklı nedenleri vardır. Bu nedenleri, daha öncede belirttiğimiz gibi huzurevleri yönetiminden, il müftülüklerinden, mevzuattan kaynaklanan, huzurevlerinde kalan sakinlerden, yeterli ve nitelikli görevlinin olmamasından kaynaklanan nedenler olarak sıralamak mümkündür.

Huzurevi yönetiminin manevi bakım hizmetleriyle ilgili olumlu-olumsuz görüşleri bu kurumlarda yapılacak olan din hizmetlerini de etkilemektedir. Kurum yetkilisi din hizmetlerinin gerekliliğine inanıyor, bu hizmetin yaşlının rehabilitesine katkısı olduğuna inanıyorsa, bunun için bir takım imkânları hazırlıyor. Ancak huzurevi yetkilisi din hizmetleri eğitimini kişisel olarak ihtiyaç görmüyorsa veya olaya ideolojik bir bakış açısıyla olumsuz olarak yaklaşıyorsa –ki birçoğunun gerekçesinin

[82] Aktuğ Fatma, "*Hasta ve Yaşlı Bakım Elemanı Yetiştirme Projesinde "Din Hizmetleri Eğitimi" Örneği" I. Din Hizmetleri Sempozyumu*, cilt:2, DİB Din Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, 2008: 303-308

yapmış olduğumuz araştırma sonucu ideolojik olduğu kanaatine vardık- kurumda din hizmetlerine ihtiyaç olmadığını belirterek, problemle yüzleşmekten kaçınıyor. Bu durum sorunun çözümünü güçleştiren sebeplerin başında gelmektedir.

Yeterli ve nitelikli "Manevi Bakım Hizmeti" sunacak İlahiyatçıların olmaması, huzurevlerindeki, din hizmetleriyle ilgili sorunlardan birisidir. İlahiyat fakülteleri programlarını incelediğimizde ilahiyat fakültelerinde "Yaşlılık Psikolojisi", "Yetişkin Eğitimi", "PDR Özel Alan Dersleri" gibi derslerin olmadığını görmekteyiz. İlahiyat fakültelerinde öğrencilerin temel ilahiyat alan bilgisini almış olmaları bu problemi çözmek için yeterli koşullardan biri değildir. Herkesçe kabul edileceği gibi tek başına alan bilgisi, hiçbir alanda çözüm için yeterli değildir. Mesleklere göre özel alan bilgisi farklılaşmaktadır. Sosyal hizmetlerin önemli bir bölümünü oluşturan huzurevinde görev yapabilmek için de hiçbir formasyon olmadan herhangi bir alanda eğitim hizmeti verebilmek mümkün değildir. Hatta iyi niyet olmasına rağmen formasyonsuzluk bazen yanlış sonuçları doğuracak ve bir takım gelişmeleri de beraberinde getirecektir. Onun için alan bilgisi yanında hangi alanda hizmet verilecekse o alanda formasyon bilgisinin olması gerekmektedir.

Huzurevlerinde görev yapacak tüm personel özellikle yaşlıların özel durumları ve yaşlılık psikolojisi konusunda formasyon sahibi olmalıdır. Çünkü bir hizmet elemanının hizmet edeceği hedef kitlenin özelliklerini, isteklerini, duygu ve düşüncelerini bilmemesi onlara götüreceği hizmeti de, olumsuz yönde etkileyecektir. Kişi, tanımadığı ve hiçbir bilgisi olmadığı bir alanda yol almaya çalışacaktır ki, bu da doğal olarak başarısızlığa neden olacaktır. Kişinin hizmet alanını bilmesi, onlara götüreceği hizmetin kalitesini de artıracaktır.

Branşlaşmanın ön plana çıktığı günümüzde yaşlılara hizmet konusunda da uzmanlaşma önemsenmelidir. İnsanın doğumundan itibaren başlayacak olursak, nasıl ki; anaokullarında anaokulu öğretmenleri, ilköğretimin birinci kademesinde sınıf öğretmenleri, diğer sınıflarda da branş öğretmeni dediğimiz öğretmenler görev yapıyorlarsa, yaşlılara hizmet konusunda da yaşlı psikolojisi ve yaşlılıkla ilgili formasyon sahiplerinin olmasına özen gösterilmelidir. Örnekleri çoğaltabiliriz. Doktorların, hukukçuların, eczacıların, psikologların, mühendislerin vb. meslek dallarının ihtisas alanları gibi her meslek grubunun kendine göre bir uzmanlık alanı bulunmaktadır. Öyleyse huzurevlerinde kalan sakinlere din hizmetleri konusunda

yardımcı olacak, onlara bilgi desteği verecek, onların rehabilitesine katkı sağlayacak görevlilerde de elbette ki bir takım vasıfların olması gayet doğaldır ve olmalıdır.

Huzurevlerinde din hizmetleri alanında görev yapacak personelin öğrenimleri sırasında; temel ilahiyat bilgileri, sosyal hizmetler ve genel kültür formasyonuna sahip olmalarına önem verilmelidir. Ayrıca sosyal hizmet başlığı altında mutlaka yaşlılara yönelik bir takım bilgi ve tecrübe artırıcı ders ve uygulamalara yer verilmelidir.

III. BÖLÜM

MANEVİ DANIŞMANLIK OKULU HEALTHCARE CHAPLAİNCY

1. HEALTHCARE CHAPLAİNCY'NİN KURULUŞU

Pastoral Eğitim veya Chaplaincy kişiye teolojik bakış açısıyla bilimsel (Psikoloji ve Sosyolojiyide sürece katarak) manevi danışmanlık mesleğini öğreten ve bunu öğrenciye uygulamalı bir şekilde gösteren interaktif bir eğitim sürecidir. Bu programa dini eğitim almış herkes, din adamları, rehberlik ve danışmanlık eğitimi almış herkes, sosyal hizmet uzmanları (Social worker) başvurabilirler.

Amerika'da dini danışmanlık hizmetleri birçok alanda yürütülmektedir. Özellikle
1-Ordu (Military)
2-Cezaevi (Prison)
3-Sağlık (Healthcare) bu alanların başında gelmektedir.
Amerika'da dini danışmanlık hizmetlerinin temelleri ilk defa 1789 yılında atılmıştır. Aynı yıl "Office of The Chaplain" adında bir çatı kuruluş oluşturulmuştur. Bu çatı kuruluşun ilk beş başkanı şunlardır:

1- The Reverend William Linn (4 Mart 1789, Presbyterian)
2- The Reverend Samuel Blair (4 Ocak 1790, Presbyterian)
3- The Reverend Ashbel Green (5 Kasım 1792, Presbyterian)
4- The Reverend Thomas Lyell (17 Kasım 1800, Methodist)
5- The Reverend William Parkinson (7 Aralık 1801, Baptist)

2. HEALTHCARE CHAPLAİNCY'NİN AMACI

HealthCare Chaplaincy (Hastane hizmetleri danışmanlığı)'nin asıl gayesi; kişinin veya toplumun, hastalık, sıkıntı, depresyon, yalnızlık ve doğal afet gibi hallerde içinde bulundukları ruhsal krizden kurtulmalarına yardımcı olacak, teolojik ve bilimsel altyapıları sağlam, nereden ve nasıl ilham alacağını bilen manevi bakım uzmanları, dini danışmanlar yetiştirmektir.

HealthCare Chaplaincy (Hastane hizmetleri danışmanlığı) palyatif bakım, hastayı hedeflenen sürede iyileştirmek için özel araştırmalar yapan, HealthCare Chaplaincy (Hastane hizmetleri danışmanlığı) konusunda eğitim veren, bu sistemin hastanelerde

uygulanması konusunda altyapı oluşturan bir kurumdur. HealthCare Chaplaincy (Hastane hizmetleri Danışmanlığı) New York'un metropol ilçelerinde bulunan yaklaşık on hastanede, hasta memnuniyetini artırmak için, profesyonel sağlık ekibinin bir parçası olarak hastalara manevi bakım hizmeti vermektedir. 50 yılda 5 milyondan fazla farklı din ve inançtan hastaya iyileşme sürecinde yardımcı olmuştur. Bununla birlikte ABD'de profesyonel olarak manevi bakım konusunda çalışan eğitim merkezleri, sağlık kurumları ile işbirliği yaparak çalışmaktadır.[83]

2.1.Clinical Pastoral Education (CPE) veya Klinik Manevi Eğitimi (KME) Nedir?

Klinik Manevi Eğitimi'nin (KME) ne olduğunu Revd. Mark FOLLAND ***(Lead Chaplain NHS North West & NHS West Midlands)*** "Hastanede Dini Danışmanlık Servisi ve Uygulaması Teorik Yöntemleri Üzerine Bir İnceleme" (A Review of some theoretical models of healthcare chaplaincy service and practice) başlıklı makalesinde şu şekilde belirtmektedir. "Klinik Manevi Eğitimi (KME) psikoanalitik teori ile şekillenen bir maneviyyat dalıdır. 1920-30'larda Anton Boisen ve Richard Cabot'ın işbirliğiyle (Stokes 1985) Massachusetts Worcester Devlet Hastanesinde ortaya çıkmıştır. 1967'de Klinik Manevi Eğitimi Cemiyeti kurulmuştur. Bilgi kaynağı olarak verbatim raporunu kullanarak sağlıkta manevi durumlar üzerine yoğunlaşan dersler geliştirdiler. Klinik Manevi Eğitimi, kişinin kendisinin ve öteki insanların yaşanmış tecrübeleri olan 'insan yaşamı belgesi' kuramına dayanır (Gerkin 1984). Kuzey Amerika, Kanada, Güney Afrika, Yeni Zelanda, Avustralya, İrlanda, İsveç, Macaristan ve Almanya dâhil dünyanın pek çok yerinde gelişmiş ve yayılmıştır. Kuzey Amerika'da en büyük beş hastane dini danışmanlık merkezince üzerinde fikir birliği sağlanan son çalışma hastane dini danışmanlığındaki uygulama ve hizmet modelindeki merkezi rolünün tanığıdır (VandeCreek & Burton 2001).

KME (CPE) çalışmasında verbatim raporu hastalarla yapılan manevi sohbetleri kaydetmenin ve daha sonra üzerinde çalışmanın bir yoludur. Yazılı rapor hastayla denetmen arasında geçen denetimsel bir sohbette kişisel ve profesyonel gelişim için

[83] www.healthcarechaplaincy.org

odak noktası olur. Klinik Manevi Eğitimi tüm dünyada etkili bir uygulama ve hizmet modeli olmaya devam edecektir."[84]

3. HEALTHCARE CHAPLAİNCY'NİN UYGULADIĞI PROGRAM

Healthcare Chaplaincy'de her manevi bakım uzmanı bir eğitmen nezaretinde 1600 saat (2 yıl) ders alır. Dersler 1- Okumalar 2- Seminerler 3-Konferanslar 4- Alan uygulamaları 5- Filim İzleme ve değerlendirmeleri başlıkları altında yapılmaktadır. Uygulama sonucunda manevi bakım uzmanının yaptığı hasta görüşmeleri sonucunda a)Dinleme b)Anlama

b1-Vücud Dili b2-Konuşma Dili b3-Dini Gurubu

c)Eylem

gibi hususlarda becerilerinin geliştirilmesi sağlanır.

Bununla birlikte manevi bakım uzmanı aldığı bu eğitimle,

1) Farklı inanç gruplarının kutsalları

2) Ritüelleri

3) Anahtar kelimeleri konularında bilgilendirilir.

Bu derslerde hastane, hasta, hastalık ve problemlere karşı geliştirilmiş dini ve psikolojik yaklaşımlar ve metotlarla manevi bakım uzmanı akademik olarak donatılmaya çalışılır. Bu süreçte manevi bakım uzmanı manevi bakım verilen hastanelerde haftalık belli periyotlarla tecrübeli manevi bakım uzmanları nezaretinde hasta görüşmeleri yapar. Clinacal Pasroral Care eğitimi kapsamında manevi bakım uzmanları, belirlenmiş bir çerçevede yapılan sözlü hasta ziyaretlerini metne dönüştürürler.

Manevi Bakım uzmanı, bu metinde (verbatim) yaptığı hasta görüşmesinin nerede, hangi tarihte, ne kadar bir süre içersinde gerçekleştiğini ve hastanın probleminin ne olduğu konusunda bilgi verir. Hazırlanan bu metin sınıf içerisinde diğer uzmanlarında katkılarıyla ele alınarak karşılıklı olarak müzakere edilir. Bu

[84] Revd. Mark FOLLAND *"A Review of some theoretical models of healthcare chaplaincy service and practice"* Çvr. Hasan Mollaoğlu

müzakerler neticesinde aday manevi bakım uzmanları tecrübe paylaşımı sayesinde yeterliliklerini artırmış olurlar.

Bu kapsamda yapılan hasta ziyaretlerinden üç tanesine şekil ve içerik olarak değerlendirilmek üzere tezimizde yer verdik.

Yaptığımız ilk hasta ziyaretimizde 24 yaşında ilk çocuğuna sahip olan bir anne ve babayı doğumun gerçekleştiği hastanede ziyaret ettik. Heyacanlı ve mutlu olmalarına rağmen, çocuğun getireceği yeni sorumluluklardan dolayı da biraz endişeli idiler. Bu ziyaretimizin amacı hem anne-babayı tebrik etmek, endişeleri konusunda onlara cesaret vermek hem de dünya hayatına adım atmış yavruya İslam geleneklerine göre dua etmekti.

Özellikle çok kültürlü toplum ve devletlerde bu ziyaretler hasta ve yakınlarına verdiği moral açısından fevkalade önem arz etmektedir. İnsanların mutluluklarını ve acılarını paylaşmak hasta ve yakınlarına moral olurken, onların iyileşme sürelerini hızlandırmaktadır. Ayrıca manevi bakım uzmanlarını da mükemmel bir şekilde motive etmektedir.

VAKA-1

(Evli bir Çiftin sevinç ve şaşkınlığı)

Manevi Bakım Uzmanın Adı: Hasan Mollaoğlu

Katılımcının Isminin Bas harfleri: H, T

Mülakat Tarihi: Subat, 8, 2008

Yaş: 24, Irk:Türk, Cinsiyet: K

Mülakat Süre: 30 dk.

Yer: Lutheran Hastanesi

Din: Müslüman

Pastoral Tanı: Bakım ve Destek, yeni bebekleri icin dua etmek, mutluluklarını paylaşmak için

Hasta ile ilgili Temel Bilgiler:

H T Müslüman bir kadın. Yaklaşık 2,5 yıl önce evlendi. O ve kocası Türk cemaatini madi ve manevi olarak destekleyen ve cemaatin üyelerindendir. Bebek ailenin ilk çocuğudur. Bu nedenle onlar çok mutlu ve heyecanlılar. Çift doğan çocuklarına Hüseyin ismini verdiler. Bu isim onların büyükbabalarının adıydı.

Bizim Kültürümüzde, Bebeğin kullağına doğduğu ilk anda imam ezan okur. Çünkü bebeğin ilk duyduğu söz Allah lafzı ve hissettiği Islamın iman duygusu olsun diye düşünülmektedir. Ardından hem doğan çocuğun hemde annenin sağlık ve afiyeti için dua edilir. Bizde onların mutluluğunu paylaşma ve kendilerine manevi destek vermek amacıyla bu çifti ziyaret ettik.

Ziyaret:

MBU-1 Selamun aleyküm (ALLAH'ın selâm üzerinize olsun) kardeşim.

Koca-1 Ve aleyküm Selam (ALLAH'ın selamı seninde üzerine olsun!)

MBU-2 Tebrikler. Yeni bir baba olarak neler hissediyorsunuz?

Koca-2 Farklı bir duygu olduğunu (gülümseyerek). Ama Allah'a şükrediyorum.

MBU-3 Allah sağlıklı uzun ömürler versin.

Koca-3 Amin. Geldiğiniz için çok teşekkür ederim.

(Sonra biz hastanın odasına gittik ve bebeği gördük. Dedim. Masaallah anlamı "Allah onu kem gözlerin şerrinden korsun." İslam kültüründe, bir insan güzel bir şey görürünce bu kelimeyi söyler.

MBU-4 H. Sizin adınıza çok mutlu oldum. Tebrikler.

H-4 Teşekkür ederiz.

MBU-5 Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

H-5 İiyiyim. Ama farklı bir duygu.

MBU-6 Sizi anlayabiliyorum.

H-6 Ağrım var ama çok mutluyum. Biraz da endişeliyim.

MBU-7 Neden endişelendiğini açıklayabilir misiniz?

H-7 (biraz sessizlik) Artık hayatta yalnız değiliz. Bebeğimizin üzerimize sorumluluklar yüklediğini düşünüyorum. Bundan sonraki yaşantımızda daha duyarlı olmalıyız.

MBU-8 Haklısın. Rabbim kolaylıklar versin.

H-8 Amin.

MBU-9 Ne düşünüyorsunuz? Duaya başlayabiliriz.

H ve Koca-9 Tamam.

(Ezanı sağ kulağa okuyoruz, sonra sol kulağa kaamet, ardından yedi defa Ayet el-Kürsiyi, ihlas ve muavizeteyn surelerini okuyarak bebek için dua ediyoruz)

MBU-10 Tebrikler

H-10 Ziyaret ettiğiniz için çok teşekkür ederim.

ANALİZ

1) Katılımcının Durum

Hasta mutluydu ama oğlunun geleceği için endişeliydi.

2) Manevi Bakım Uzmanı'nın Duygusu:

Mutluluklarını paylaşdığım için memnun oldum. Dua dessteği ile endişelerini gidermeye çalıştım. Mutluluklar paylaşıldığında endişelerin yerini güzellik ve iyilikler almakta.

Yaptığımız ikinci hasta görüşmesinde, maddi problemleri nedeniyle Türkiye'de eşinden ve işinden olan 13 yaşındaki kızını geride bırakarak yeni dünyaya yelken

açan ancak maddi imkanları genişlerken ABD'de çok önemli yere sahip olan oturum iznini kaybederek ruhu daralan, canından çok sevdiği kızının mutlu anında onunla beraber olamamanın neticesinde pisikolojik bunalıma giren bir kardeşimize moral desteği vermek amacıyla camide hasta görüşmesi yapılmıştır.

Bilinmelidir ki gelişmiş ülkelerde yaşamanın kendine göre zorluk ve kolaylıkları vardır. ABD'de vatandaşlık ve oturum izni nedeniyle dünyanın farklı milletlerinden onbinlerce insan aile bölünmeleri ile karşı karşıya gelmektedir. Bunun neticesinde birçok insan pisikolojik bunalımlarla sağlıklarını, ailelerini, işlerini ve huzurlarını kaybetmektedirler.

Böyle bir dönemde manevi bakım uzmanlarının vereceği manevi destek ve moral, kişinin toplumda, insan-ı kamil ve medeni bir birey olarak yer almasına önemli ölçüde katkı sağlayacaktır. M H ile yapılan görüşmeler neticesinde hastanın hem Türkiye'de ki hemde ABD'deki ailesi ile sağlıklı bir iletişim kurması sağlanarak, dini ve manevi anlamda hayatında bir çok değişikliğin olduğu gözlendi.

VAKA-2

(Babasız Düğün)

Manevi Bakım Uzmanın Adı: Hasan Mollaoğlu

Katılımcının Isminin Bas harfleri : M H

Mülakat Tarihi: Nisan, 11, 2008

Yaş: 52 Irk: Türk Cinsiyet: E

Mülakat Süre: 30 dk.

Yer: Camide

Din: Müslüman

Pastoral Tanı: Mutsuz, Endişeli, Kararamsar, İç karartıcı, Dua, Bakım ve Destek İhtiyacı

Temel Bilgiler:

M H müslüman, evli ve Türk bir erkek. O camimizin üyesidir. Kendisi 1995 yılına kadar Türkiye'de yaşamakta ve iyi bir işe sahipti. Ancak bu yıldan sonra işleri kötü gider ve iflas eder. Bundan sonra ailevi proplemler ortaya çıkar ve eşinden boşanır. Bu arada bir kızları

olur ve boşandıklarında çocukları 13 yaşında bir kızdır. 1998 yılı sonunda ABD vizesi alır ve New York'a yerleşir. Mesleği kuaförlük olduğu için bir güzellik salonunda çalışmaya başlar. Geride bıraktığı borçlarını ödemeye çalışırken diğer tarafta kızına destek olmaya çalışır. 1997 yılının sonunda, tanıştığı bir Türk bayanla evlenir.Bu evlilikten de iki çocukları olmuştur. ABD'de oturumlarını elde edebilmek için Yeşil karta müracaat ederler ancak işlemlerin uzun sürmesi nedeniyle hala oturumlarını alamamışlar bu yüzden yurt dışına giriş çıış yapamamaktadır.

Kızı iki hafta önce M H yi arar ve babasını düğününe davet eder. M H kızına telefonda Evet veya Hayır diyemez bu zor durumun ikiside farkındadır ve başlarlar ağlamaya. Bu nedenle kendisi endişeli, mutsuzdur. Yavrusunun en mutlu anında yanında olamadığı için gurbette acı çekmektedir. Morale ve desteğe ihtiyacı var. Kendisiyle konuştuk ve sıkıntılarının gitmesi için birlikte dua ettik.

ZİYARET

MBU-1 Merhaba! Nasılsın? Son iki haftadır görmedim seni.

H-2. Doğru. gelemedim. ... (O 10 saniye bekledi) Çünkü kafam çok karışık.

MBU-2 Ne oldu? Belki sana yardımcı olabilirim.

H-2 Hocam galiba, hayatta hiçbir şey insanın istediği gibi adil değil.

MBU-3 (M H gelmeden önce kahve yapmıştım) Gel arkadaş senin durumun çok ciddi ve derin, endişe etme yalnız değilsin. Kahve ister misin?

H-3 Tamam ... (Ben bir fincan kahve ve kurabiye getirdim)

MBU-4 Durumunla ilgili konuşmak istermisin?

H-4 (Biraz sessizlikten sonra) Hocam biliyorsun kızım evlenecek.

MBU-5 Nasıl olur.Senin kızın daha 10 yaşında. Öyle değil mi?

H-5 Hayır hocam o değil. Ben buraya gelmeden önce Türkiye'de evliydim ve bir kızım vardı. O evlenecek. İki hafta önce beni aradı ve beni düğününe davet etti.

MBU-6 Tamam. Buraya neden gelmedin.

H-6 **B**ilmiyorum biraz gerildim.

MBU-7 Gerilmene gerek yok. Burada sana ihtiyaçları olan iki tane harika çocuğun var. Senin güçlü olman gerekmekte.

H-8 Onun için endişeleniyorum.

MBU- Neden endişeleniyorsun. Orada kızınla ilgilenecek bir kocası ve yeni bir babası olacak. Bence sen onunla gururlanmalısın.

H-8 (kahvesini bitirdi ve) Allah'a şükür.

MBU-10 Birlikte dua edelim mi?

H-10 Evet, evet,

MBU-11 Ey her şeye gücü yeten Rabbim, sevgili kulun M H'ye yardım et. İşlerini kendisine kolaylaştır ve ondan razı ol. Ey Rabbim yapılacak düğünü mübarek eyle. Amin

Analiz:

Hastanın Bakış Açısı:

M H bir baba olarak kızına bakmak, onu büyütmek ve onun herşeyiyle ilgilenmek istiyor. Kızına çok değer veririyor. Kendisinin kızı tarafından terk edildiğini düşünüyor. Kendini endişeli ve mutsuz hissediyor. Olup bitenden ABD hükümetini sorumlu tutarak yetkililere karşı kızgın ve öfkeli bir durum sergiliyor.

Manevi Bakım Uzmanın Bakış Açısı:

MH kızgın, endişeli ve yaralı. Yeşil kart almak için bireysel güvenini kaybetmiş. Kızı onun için çok önemli gibi görünüyor. O her zaman ailesini ve çocuklarını desteklemek, sevmek istemekte, ayrıca onların her türlü bakımlarını sağlamak konusunda kendini sorumlu görmekte.

Yaptığımız son hasta görüşmemizde cemaatimizden olan Mısırlı bir hasta kardeşimizi ziyaret ettik. Gerçekleştirilen ziyarette kardeşimizin geleneksel ve sağlam bir inancının olduğunu gördük. Başına gelen kazanın, ülkesini ziyarete gittiğinde **sıla-i rahim**'i tam yerine getiremediği için geldiğini düşünmekte olduğunu gözlemledik.

Bununla birlikte, yapılan ziyaretten çok memnun kaldığını bu ziyaretin kendisine manevi bir güç verdiğini belirtti.

VAKA-3

Manevi Bakım Uzmanın Adı : Hasan Mollaoğlu

Katılımcının Isminin Bas harfleri : A N

Mülakat Tarihi: Nis, 28, 2008

Yaş: 42 Irk: Mısır Cinsiyet: E

Mülakat Süre: 30 dk.

Yer: Coney Island Hastanesi

Din: Müslüman

Pastoral Tanı: Suçlu, Sinirli, Endişeli, Mutsuz, Bakım ve Destek

Temel Bilgiler:

Ben İmam olarak ABD'de göreve başladığımda, camimizin Mısırlı bir üyesi vardı. Cemaatimizden biri o'nun Coney Island Hastanesi'nde yatmakta olduğunu söyledi. Kendisini ziyaret etmek istedim. Hasta kardeşimiz erkek, 42 yaşında birisi. Ayrıca Mısırlı Müslüman bir göçmen. Evli ve iki çocuk babasıdır. Merdiven'den düştü ve sol bacağını kırdı. Ertesi gün onu hastanede ziyaret ettim.

Herhangi bir beklentim olmadan kendisini ziyaret etmeye karar verdim. Hastanın ABD'de kalış süresi, ekonomik durumu ve inancını uygulama düzeyini konusunda geniş bir bilgiye sahip değilim

Odaya girdiğimde yatağında yatıyordu. Perdeleri açık ve oda aydınlıktı. Eşi sandalyede oturuyor ve Televizyon izliyorlardı.

ZİYARET

MBU-1. Selamun Aleyküm (Allah'ın selameti üzerine olsun)

H-1. Aleyküm Selam (Allah'ın selameti seninde üzerine olsun)

MBU-2. Bir kardeşimiz senin hastanede olduğunu söyledi. Seni görmek ve sizin için dua etmek istedim.

H-2. Hocam teşekkür ederiz.

MBU-3. Bacağına ne oldu?

H-3. (Arapça konuşmaya başladı. Biraz Arapça konuştu ve sonra ben İngilizce konuşması için rica ettim ve konuşmasına İngilizce devam etti.) Evde bir şeyleri tamir etmek için çalışırken merdivenden düştüm. Mesafe yüksek değildi, fakat zemin kötüydü. Elhamdulillah yinede iyiyim.

MBU-4. Sorun yok gibi konuşuyorsun.

H-4. Bir sorun yok. Bu benim kaderim. Allah bir şeyi dilerse gerçekleşir. Bu olanlar da bir hayır vardır. Allah'ın yolundan sapan insanları, Allah uyarır.

MBU-5. Bu şekilde düşünmen senin için olumlu bir şey ancak, Bu kazanın senin için neden bir uyarı olduğunu düşünüyorsun?

H-6. Evet. Böyle bir şey gerçekleşmesini bekliyordum. Düştüğüm mesafeye bakarsanız, bacağım kırılacağına ihtimal vermessiniz . Çok kısa bir mesafe. Bu, Allah'ın bir uyarısı olduğu belli.

MBU-7-Neden böyle bir şeyin seni beklediğini düşünüyorsun?

H-8. Evet, bekliyordum. Ben birkaç hafta önce ülkemi ziyaret ettim. Kısa süreli kaldım. Akrabalarımı ziyaret edemedim. Farklı şehirlerde yaşıyorlar. Ülkeme gittiğimde her zaman onları ziyaret ederim, ancak bu sefer yapamadım. Bu durumdan dolayı üzgünüm. Bundan dolayı bir şeyler oldu.

MBU-9. Peki akrabaların senin izne geldiğini bilmiyorlarmıydı? Onlar seni görmeye neden gelmedi?

H-9. Pekala bazıları geldi. Bir kısmını görmedim. (Eşi yanımızda olduğu ve kültürel farklılıklar olabilir düşüncesiyle ailesi ve yakınları hakkında fazla konuşmadık)

MBU-10 .Niye onları görmek istedin?

H-10. Sen biliyorsundur, yakınları ve akrabaları ziyaret etmek İslam'da tavsiye edilen en önemli husustur.

MBU-11. Evet, Bu kazayı bir uyarı olarak almak ve dinî hayatta bazı olumlu değişiklikler yapmak çok iyidir. İnşallah, bu hastalığın bir ödül kaynağı olur. Hz. Peygamber dedi ki: Bir Müslüman, bir sıkıntı veya hastalık ile karşılaştığında zaman; Allah bundan dolayı onun

günahlardan bazılarını affeder. Bu kazanın sizin için manevi anlamda ödül kaynağı olacağını umuyorum. İslamın kader anlayışı insanın özgür iradesi inkâr etmediğini söyler. Biz seçimler yaparak, sorumlu hale geleriz. Biz seçeriz ve Allah bizim seçimimizin sonucunu oluşturur. İnşallah ülkenize bir daha ki gidişinizde, akrabalarınızı ziyaret edersiniz.

(Kur'an-ı Kerim'den sureler okuyup selamlaşarak ayrıldık)

Analiz:

1. Hasta Değerlendirmesi:

Hastayı bir kere ziyaret ettim ve ziyaretin uzunluğunu yaklaşık yarım saat sürdü. Görüşme boyunca "Elhamdülillah" diyerek kazayı iman ve kader bağlamında anlatmaya çalıştı. Onun ana endişesi ülkesine yaptığı son seyahatinde ziyaret edemediği akrabalarıydı. Kendisiyle akrabalarını ziyaret etmeyi önemli görmesinin nedeni üzerinde konuşmaya çalıştım, ama o cevaplamadı. Akrabalarını görmemesinin nedeni maddi sebeplerden kaynaklandığı varsayılabilir. Amerika'da yaşayan göçmenler genellikle maddi anlamda kendi ülkelerinde ki akrabalarına yardımcı olur. Kısa bir süre önce işini değiştirdiğini söyledi. Muhtemelen o sıralar akrabalarına maddi destek veremeyince akrabalarına karşı duygusal davranıyor olabilir.

a. Fiziksel endişeleri: Hasta benim ziyaretimden bir kaç gün sonra taburcu olacaktı. Toplam 4 gün hastanede yattı. Sol bacağını alçıya almışlardı. Bana söylediği kadarıyla başka bir sorunu yoktu. Hastanın neşesi ve ruh hali iyiydi.

b. Psikolojik Endişeler: Psikolojik olarak, ülkedeki akrabalarınından endişelendiği kanaatindeyim. Kendini bu durumda suçlu hissediyor gibiydi, çünkü onları çok önemsemekte . Özellikle, topluluk ve aile bağlarının duygusu güçlü olan bazı ülkelerde, bir kişi ailesini yok saydığı zaman psikolojik acı hisseder . Onları son kez ziyaret edemediğinden çok rahatsız olmuş. Geçirdiği kaznın yaptığı hatanın neticesinde başına geldiğine inanmakta. Aynı zamanda, kaza ile yaptığı hatanın keffaretini ödediği hissine kapılarak psikolojik olaraka kendini rahatlatmaktadır.

c. Sosyolojik Endişeler: Bu hasta göçmen kökenli. Bu durumda olan kimseler ailesi ve akrabalarını ziyaret etmek için ülkelerine giderler. Ben hastanın akrabalarına karşı kendine gereğinden fazla sorumluluk yüklediğini düşünüyorum. Akrabalarla temas halinde olmanın önemli olduğunu Sıla0i Rahimin gerekliliği vurgulandı. Sosyolojik olarak geniş aile

kavramının olduğu ülkelerde akrabalarla ilişki hayatın merkezindedir. Mısır'da da durum bundan ibarettir. ABD'de ise durum biraz daha farklılık göstermekte, bu yüzden yaşadıkları ülkenin sosyolojik yapısı göçmen ailelerde sıla kavramının önemli olduğunu düşünülmektedir.

d. Ruhsal değerlendirme: Hastanın Allah ile güçlü bir manevi bağ olduğunu gözlenmiştir.

2. Manevi Bakım Uzmanın Değerlendirmesi:

Ziyaret sırasında, hastanın sahip olduğu inanç seviyesinin iyi olduğu düşünülmekte.O kazayı Allah'tan bir uyarı olarak görmekte, kaderin değiştirmenin güç olduğuna inanmakta. O, bu uyarı aynı zamanda kendisi için Allah'tan bir sevgi işareti olduğunu görmekte. Allahın bu kaza ile kendisini uyardığını sanmakta. Sanırım kazayı kendisine göre anlamlandırmakta. Ülkesine bir sonraki gidişinde akrabalarını ihmal etmeyeceğini belirtmekte.

Yukarda örnekleri verilen hasta görüşmeleri sınıf ortamında gerçekleşmekte, diğer manevi bakım uzmanlarıyla birlikte değerlendirilerek hasta ve manevi bakım uzmanının olaya ve hastalığa yaklaşım tarzı gözden geçirilmekte ve uygulanması gereken yaklaşımın nasıl olması gerektiği tespit edilmektedir.

4. HEALTHCARE CHAPLAİNCY'NİN ÇALIŞMA ALANLARI

Hastaneler, cezaevleri, üniversiteler, belediyeler ve polis karakollarını Healthcare Chaplaincy'nin çalışma alanları olarak zikredebiliriz. Her kurumun kendine göre özellikleri olması nedeniyle metot ve uygulama olarak farklılık arz etmektedir. Biz burada daha çok kurum olarak hastanelerin ve oralarda uygulanan metot ve modellerin üzerinde durmaya çalışacağız. Revd. Mark FOLLAND ***(Lead Chaplain NHS North West & NHS West Midlands)*** arasındaki farklılıkları akademik anlayış içersinde "A Review of some theoretical models of healthcare chaplaincy service and practice" "Hastanede Dini Danışmanlık Servisi ve Uygulaması Teorik Yöntemleri Üzerine Bir İnceleme" adlı makalesinde ele almıştır.

Hastanelerde uygulanan bu modeller "1960'lardan bugüne bazı dini danışmanlar ve dini danışmanlıklar tam zamanlı hastane nöbetlerinden doğan yeni hizmet yöntemleri geliştirmişlerdir. Biz burada kurumun, hastanın ve personelin ihtiyaçlarından

etkilenen modellerle başlayacağız. Ve burada uygulamanın araştırma yoluyla nasıl geliştiğini göreceğiz. İşte 3 örnek: [85]

1.1.Autton'ın Karma Modeli (1968)

Norman Autton büyük ölçüde hastane ortamında dini bakım (pastoral care) konuları üzerine yazmıştır. Dini danışmanın rolünü hastaneyi Tanrı'ya, Tanrı'yı hastaneye temsil etmek olarak görmüştür. Bu ilişkinin bir ifadesi hastalık, acı ve ölüm gibi insani çıkmazlara üstün bir boyut kazandıran ayinlerin merkeziliğidir. Dinidanışman 'kutsalın teknisyeni'dir ve bir doktor kadar 'profesyonel' olmalıdır. O 'kendine yetebilen, rolü konusunda kendinden emin, güvenilir' olmalıdır. Speck'in Autton'ın dini danışmanın 'profesyonel, rahip gibi ve peygamberimsi'[86] olduğu yönündeki yorumu rolünün doğasına ve kapsamına işaret etmektedir.

Autton görevi hastanede sakin ve manevi bir ortam oluşturmak olan dini danışmanın bir rahip gibi olmasına özellikle vurguda bulunmuştur. Bu hizmet modelinin merkezinde profesyonel temkin duygusu ya da acılarında nasıl hastalarla birlikte olunacağı hissi vardır. Dini danışmanın yansımalar ve denetlemeler yoluyla bu tecrübelerden öğreneceklerinin önemini vurgulamıştır. Dini danışmanların çalışmalarını ve hasta ziyaretçilerini aktif olarak desteklemiştir.

1.2.Faber'in Sohbet Modeli (1971)

Heije Faber'in hastanede dini danışmanlığa yaklaşımı Autton'unkinden tamamiyle farklıdır. Heije Faber muhtemelen kitabını ona cevap olarak yazdı. Autton gibi Faber de büyük ölçüde din, hastalık ve sağlık arasındaki ilişki üzerine yazdı. Bir Dutch Reformed Kalvinist olarak kendisinin dini danışmanlık modelinde odak noktası dini danışman, hasta ya da personel arasındaki sohbetti. Kendisi Klinik Dini Eğitim (KDE) (Clinical Pastoral Education, CPE) tarafından özellikle de verbatim raporu (yazılı hasta

[85] Autton, Faber ve Wilson'ın üç modeli Stephen Pattison'un (1980) bir çalışmasına konu olmuştur. Bu çalışmanı hazırlanmasında onun makalesine başvurduk.

[86]Speck P (2002) bir açılış dersi konuşmasıdır. Bu ilk dersin konusu Norman Autton'un hastane dinidanışmanlığına sunduğu katkılardan bahseder.

görüşmesi) ile bilgilendirilmiş dini sohbetlerden oluşan bir yapı önerir. Bu yaklaşımla bir işleyiş modeli öne sürer. (Faber 1971)

KDE'NİN (CPE)kurucularından Anton Boisen'i saymazsak, Faber zihinsel ve ruhsal sağlık düzenlemelerinde pastoral sohbetin merkeziliğini önceleyen ilk Amerikan olmayan dini danışmandır. Bu yaklaşım onun modern psikolojiyi, özellikle de Freud psikanalizini İncil teolojisiyle birleştirmesinden doğmuştur. Faber'in dini danışmanı modern hastanenin içinde ve dışında olmaktan doğan gerilimler, farklı söylemler ve rollerle boğuşur. O 'profesyoneller arasındaki bir amatör ve aydındır'.

Faber'in sohbet modeli verbatim raporu (yazılı hasta görüşmesi) ile kullanılmasıyla günümüz klinik denetlemesi (Ward 2005), tıpta öyküleyici yaklaşımlar üzerine araştırmalar, dini bakımı ve psikoterapi ve KDE'nin (CPE) dünya üzerindeki etkisini yansıtmaktadır. [87] Dini bakımının öyküsel yapısı Faber'in dini danışmanına papazlık, vaizlik, palyaço, danışmanlık ve peygamberlik gibi pek çok farklı rolü oynayabilecek donanım sağlar (Cusick 2005; Beardsley 2006).

1.3.Wilson'ın Birincil Görev Modeli (1971)

Michael Wilson sonradan Angilikan rahiplik eğitimi almış bir tıp doktoruydu. Onun dini danışmanlığa yaklaşımı rol temelli araştırmasından gelişmişti. [88] Wilson'ın hizmet modeli hastane, toplum ve örgütlü din arasında yaratıcı bir ilişki kurma üzerine odaklanmaktaydı. Hastalık, rahatsızlık ve ölüm kişisel değil sosyo-ekonomik bir perspektiften bakmayı gerektiren sosyal olgulardı.

Wilson'a göre hastanenin birincil görevi 'hastaların hastalık ve ölüm gibi tecrübelerden yola çıkarak nasıl sağlıklı bir toplum oluşturabileceklerini öğrenmelerini sağlamaktı'. Onun bu birincil görev anlayışını temel alan hizmet modeli toplum ve kilise arasında organik bir bağa dönüşür. Faber'e

[87] Öyküsel tıp son zamanlarda kanıta dayalı bilimsel tıbba bir karşılık olarak ortaya çıkan bir söylemdir (Greenhalgh & Hurwitz 1998). Telepatik kültürün gelişimi psikoanalitik, bilişsel ve insancıl terapilere temel olmaktadır (Monk 1996). Sohbetleri analiz etmeye yarayan pek çok araç ve yaklaşım vardır: tek vaka çalışması, yaparak öğrenme setleri ve söylem analizleri. Profesyonel gelişimde denetleme ve izleme görevi öncelikle konuşma dinleme ve çeşitli insan etkileşimlerini yorumlama üzerine kurulmaktadır (Foskett 1988, Ward 2005)

[88] Wilson'ın kilise teolojisine katkılarının eleştirel bir değerlendirmesi için *Contact* (2000)'e başvurun. Tüm yayın bu eserin değerlendirilmesine atfedilmiştir.

göre, hastaneler sağlıklı bir toplum kurmanın birincil merkezidir ve tıbbi tedavilerle birtakım prosedürlerin uygulandığı yerler olarak basite indirgenmemelidir. Wilson kiliselerle hastanelerin ve dini danışmanlık departmanlarının birlik içinde çalışmasını, hastalar ve personel arasında iyi ilişkilerin teşvik edilmesini istedi.

Bu sebeple Wilson 'üniversite eğitimi departmanı' na benzer bir hastane dini danışmanlığı hizmet modeli geliştirdi. Burada hastane dini danışmanlığı milletlerin ruhani ve dini ihtiyaçlarını baz alarak hastalık ve acının sosyal, kişisel ve teolojik boyutlarını araştıracaktı. Bu servis modelinde dini danışman modern, teknolojik ve bilimsel bir hastanede insanlığın en üstünü gibi olacaktı. İnsani şartların en hassas muhafızı olacaktı. Wilson dini danışmanın başkalarının iyiliği için rol oynayarak deneysel olabilmesinin mümkün olduğunu gördü. Wilson'ın dini danışmanı 'bir entelektüel liberal', peygamber, rahip, şifacı, yönetici, hakim ve hizmetkar gibi rolleri bünyesinde toplayan bir 'aydındı'.

Uygulama modelinin bir yönü dini danışmanın örgütsel olaylar karşısında Sokratik bir yaklaşım geliştirmesini içeriyordu. Bu roldeki dini danışman zor sorular sorabilir ve örgüt içindeki birtakım dile getirilmemiş endişeleri dillendirebilirdi. [89] Burada dini danışman psikoanalist Cristopher Bollas'ın deyimiyle örgüt içindeki 'düşünülmemiş bilinenleri' kelimelere dökebilirdi (Bollas 1987). Dua, düşünme, kafa yorma ve eylem Wilson'ın modelinin merkezindedir ve bugün 'yansıtıcı uygulayıcı' dediğimiz terimin gelişimine katkı sağlamıştır.

James Woodward bu modelin Birmingham ve ötesinde devam etmekte olan etkisini yorumlamıştır. Onun bilgi temeline, üstün boyutuna ve Hristiyan birliği ve çoklu inanç yaklaşımını uygulamasına ışık tutmuştur (Woodward 2000).

[89] Sağlık dinidanışmanın peygamberimsi rolü belki de gerçeklikten çok örgütsel dağılım içinde zor sorular sorabilecek bir konuma yerleştirilen dinidanışmanın sistemli görevine yöneltilmiş bir retoriktir (Lawrence 1995).

2. DİĞER MODEL VE YAKLAŞIMLAR

Being There- Pastoral Care in Times of Illness (1988)'ın yayınlanmasından sonra, Royal Free hastanesi dini danışmanı Peter Speck dini danışmanlar cemiyetine hastalar ve personelin birebir ve grup halinde iletişimini merkeze alan bir hizmet modeli önerdi. Bu yaklaşımın kalbinde yerine göre dini, kiliseyi, ruhani bir boyutu, umut kaynağı ve çelişkiyi temsil eden dini danışmanın mevcudiyeti ve yerinde müdahalesi yatmaktaydı. Dini danışmanın görevi önemli endişe anlarında insanlara manevi destek vermekti. Bunun için dini danışmanlar kilise ve din eğitiminin yanında danışmanlık ve insanlar arası ilişkiler gibi konularda da yeteneklerini geliştirmelilerdi.

Speck kitabında 'ruhaniyet' ve 'din' arasında ayrım yapar ve hastanede dini danışmanlık hizmeti verenleri de bunu yapmaya davet eder. Ancak Speck ruhaniyeti tamamen dinden ayrı görmez; daha ziyade din ruhaniyetin bir alt başlığı olarak görülmelidir (Speck, King, Thomas 1994). Günümüzde bu ayrım hastane dini danışmanlığında olağandır[90] ve çoklu-profesyonel söyleme aittir (Speck, Higginson, Addington-Hall 2004). Bu çalışmanın devamında incelediğimiz uygulama ve hizmet modellerinin çoğu ruhaniyet ve din arasındaki bu ayrımdan etkilenmiştir.

Ruhaniyet ve din arasındaki ayrım sağlıkta maneviyatın önemsenmesiyle hızlı bir büyüme kaydetti. Amerika'da bu alandaki araştırmalar Avrupa'ya nazaran daha farklı bir politik, ekonomik, dini ve sağlık hizmeti konteksi içindeydi. Atlantik boyunca hastane dini danışmanlığı bu araştırmanın önde gelen konusuydu (Koenig, McCullougn& Larson 2000) (VandeCreek, Burton 2001).

Amerika'da hastaların manevi ihtiyaçlarından sorumlu olan[91] bakım alanı sağlık hizmetinde maneviyatın konumlandırılması ve tanımlanması üzerine pek çok araştırmanın yapılmasına katkı sağladı. Amerika'da hastane dini danışmanlığı giderek daha çok kanıta dayalı bir yaklaşımı gerekli kılıyor. [92]

---

[90] Şu rehber ve dökümanlar hastane dinidanışmanlığında 'maneviyat' ve 'din' ayrımının gelişimine katkı sağlamıştır: Hasta Sözleşmesi (1992); Personel ve Hastaların Manevi ve Dini İhtiyaçlarını Karşılama (1992, 2003);USH Northern & Yorkshire Dinidanışmanlar ve Manevi Bakım Komitesi (1995); Hastane Dini Danışmanlığı: Modern ve Karşılanabilir mi (2000) ve Ruhu Önemseme (2003).

[91] Manevi bakım hasta bakıcının görevinin bir parçasıdır. Bir uzmanlık olarak hemşireler maneviyatın kapsamı, ölçülebilirliği ve anlamı üzerine araştırmalar yapmaktadır (bkz. dipnot 2). Bu araştırmanın çoğu teorik ve kavramsal olmaktan ileri gidememektedir ve hasta bakımı üzerinde pek az etkiye sahiptir.

[92] Bu alanda pek çok öncü vardır: Mark Cobb, John Foskett, Helen Orchard, David Lyall, Peter Speck, John Swington, Michael Wright. Hastane Dinidanışmanlığı Koleji kanıta dayalı uygulamaları

National Instıtute For Health And Clinical Excellence (NICE) hükümetin klinik ve hizmet gelişimine bir yanıtıdır. 2003'te Manevi Destek üzerine bir bölüm içeren Hafifletici Bakım Rehberi yayınladılar (NICE 2004). Bu yayın uygulama modellerinin örgütlenmesine kanıta dayalı bir yaklaşım sağlar ve USH hastane dini danışmanlığı içinde stratejik ve hasta düzeyinde manevi ve dini gündemin nasıl oluşturulacağı ve ilerletileceğine iyi bir örnektir.

Rehber manevi değerlendirmeyi ''yeni belirtilerin gelişimi, tedavinin üzücü yan etkileri, hayatı ve yakınlarla ilişkileri değiştiren hastalığın duygusal ve sosyal sonuçları''nı içeren hastalık seyrinin kritik noktalarında ele alınması gereken devamlı bir süreç olarak görür. Bu değerlendirme modeli dini danışmanların nasıl çoklu-profesyonel bir tarzda çalışarak hastalarına ve kendi kariyerlerine iç içe geçmiş bir hizmet sunduğunu göstermektedir.

Araştırma dini inancın klinik sonucun bir yorumlayıcısı olduğunu gösteriyor (King, Speck, Thomas 1999) (VandeCreek & Burton 2001) (Speck 2005). Koenig tarafından dini inançlar ve zihinsel sağlık alanlarında pek çok çalışma yapılmıştır (Koenig, George, Peterson 1998). Amerika'daki pek çok araştırma dua ve sağlık arasındaki ilişkiyi incelemeye adanmış, ancak sonuçsuz kalan yalnızca bir Cochrane incelemesi bulunmaktadır (Roberts, Ahmed & Hall 2001).

2006'da South Yorkshire Strategic Health Authority merkezli "Ruhu Önemseme" projesi hastane dini danışmanlığı araştırması üzerine daha okunabilir ve titiz bir bakış sağlamak için bir literatür taraması gerçekleştirecek(Speck 2005). Tamamlanan inceleme uygulayıcılara ve alanda araştırma yapanlara pratik bilgiler ve kanıtlar sunacak. Eser araştırma farkındalığı ve eylemi konusunda bilgilendirmek üzere dinidanışmanlar tarafından kullanılacaktır.

4.1 Walter'ın Üç Modele Eleştirisi (1997)

Bu çalışmada sosyolog Tony Walter üç geleneksel hastane dini danışmanlığı modelini eleştirmektedir. Bu modeller ruhani ve dini bakımın hafifletici bakım olarak düzenleniş biçimini ve akut bakıma dönüşmesini yansıtmaktadır.

---

tartışmak üzere Derby'de yılda iki kez buluşan bir araştırma ağına sahiptir. Ruhu Önemseme stratejisi personele ve hastaya verilen bakımın kalitesinin kanıtlanmasına ihtiyaç olduğunu vurgular.

Dini toplum modeli düşkünlerevinin dini temellerini ifade etmektedir. ' Komşu sevgisi insan ruhunun kaderi' gibi Hristiyan endişeleri sunulan bakımın genellikle dini ve ayinsel olduğunu gösterir. Kutsal itiraf, günahların affı, cemaat, son görev ve defin bu hizmet modelini şekillendirmektedir. Bu modelin açıkça görülebilen dini yapısı sekülerlik, çoğulculuk ve din ve ruhaniyet arasındaki ayrışma tarafından tehdit edilmektedir.

Dini toplum modeli 'manevi ihtiyaçlar bütün hastalar dini bir dil kullanmadığında nasıl fark edilir? Seküler bir USH'de manevi ihtiyaçlar nasıl belirlenebilir? Manevi ihtiyaç değerlendirmesi cephe sağlık personeline öğretilebilir mi? Manevi ihiyaçları belirlemek için dini inanç gerekli midir? gibi sorular tarafından tehdit edilmektedir (Ross 1994) (Carol 2001). Son olarak hastaların manevi bakımını USH'de kim yönetmektedir?

İkinci olarak *papazı çağırma* modeli öncelikli hizmet modelidir ve bu sorulara kısmen yanıt verebilir. Hristiyanlıkta, din ve maneviyat geleneksel olarak ruhban sınıfının alanına girer. Hristiyan din alimleri ister papaz ister kilise görevlisi olsunlar bu modele aşinadırlar. Bu geleneksel bir modeldir ve teorik olarak uygulanması kolaydır. Ancak, bu model sadece dini inanca sahip hastaların manevi ihtiyaçları olacağı ve ruhban sınıfından olmayanların bu ihtiyacı karşılamakta yetersiz kalacakları zannına sahiptir. Model Britanya'da inancın bir 'özel mesele' olduğu anlayışından hareketle hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasının onların dini uygulamalarına dayandırıldığı bir sistem kurmaktadır.

Bir dine mensup olmayan hastalara hitap etmemesi açısından yetersiz bir modeldir. Bu model daha çok asli görevi kilisede olan yarı zamanlı dini danışmanların sayısının fazla olduğu küçük Trust'larda ve dini danışmanlıklarda uygulanmaktadır.

Üçüncü olarak, *bir anlam arayışı olarak maneviyat modeli* Avrupa ve Amerika'da öne çıkmaya başlamıştır (Faber 1971) (Speck 1986) (VandeCreek & Burton 2001). Bu model bir hizmet ve uygulama modeli olarak görülebilir ve ruhani bakıma varoluşçu bir yaklaşım getirir ki bu da

tüm personelin bir sorumluluğu haline gelir [93] (Walter 2002). Model tüm hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının yanı sıra ruhani ihtiyaçlarının da olduğunu kabul eder.

Walter bu yaklaşımın iki genel problemini ortaya koyar: ruhani ihtiyaçları ve bakımı psikolojik bakımdan ayırmak ve 'ruhani bakımı sıradanlaştırmak'. McSherry ve Ross psikolojik dilin bu alanı yeterince kapsadığından ruhani dilde uzmanlığın gelişmediğini öne sürer (McSherry & Ross 2002). Ancak Pattison (1994), Hollins (2005), ve Swinton (2002) aksini iddia eder. Ruhani bakımın 'sıradanlaştırılması' bu modelin dini danışmanın görev tanımını yeniden yapması ile ortaya çıkan görev karmaşası rol çatışmasına sebep olabilir. [94]

Üçüncü model ruhani ihtiyaçlarını batı felsefesinin hakim olduğu bir ortamda ifade etmeye alışkın olmayan hastaların böyle ihtiyaçları olmadığı söylemi karşısında çoklu inanç sisteminden kaynaklanan güçlüklerle karşı karşıyadır.

4.2 Woodward'un Hizmet Modeli (2002)

Son dönemde USH'nin iyi uygulamalarında olduğu gibi bu model hasta ihtiyaçlarını merkeze alır (Department of Health 2005). Model Wilson'ın modelindeki 'sağlıklı bir hastane ortamı oluşturma' fikrini daha da geliştirir. Woodward'un hastanenin temel görevinden ne anladığı Health Care Standards'ta belirtilmiştir (1993, 2004). Onun hizmet modeli beş ortak merkezli daireye dayanır.

Odak- merkez – hasta – dini danışmanın dini ve manevi ihtiyaçlarını karşılamakla görevli olduğu kişi.

Hastanın ailesi, bakıcıları ve arkadaşları- hastanın ilişki içinde olduğu kişiler. Varlıkları hastanın iyileşmesini etkileyebilir.

Profesyonel bakıcı – sağlık görevlisi- önemli çünkü akut hastanelerde hastaların ortalama kalma süresi azalmıştır. Dini danışmanlar personeli hem

[93] Çoğu yazar manevi bakımın dini bakımdan ayrılması gerektiğinden bahseder ve bu herhangi bir alanın korunması demek değildir. Örneğin Orchard (2000), Ruhu Önemseme (2003).

[94] Sağlık uzmanlıkları arasındaki sınırlar hiçbir zaman sabit olmamıştır ve hastane dinidanışmanlığı da bir istisna değildir. Hastane dinidanışmanlığı, hemşirelik, personel desteği, hasta danışmanlığı, yakınını kaybedenler personeli ve klinik bazlı danışmanlıklar arasındaki sınırlar hastaların ve personelin manevi ihtiyaçları açısından sürekli bir dikkat ve açıklama gerektirir. Nancarrow ve Borthwick (2005) hastane dinidanışmanlığındaki bu profesyonel sınırlar arasında çalışan dinamikleri incelemektedir.

kişsel olarak hem de ellerinden gelen en iyi bakım hizmetini vererek desteklemektedir.

Toplum ve hastane kurumu – dinidanışmanlığı hastanenin örgütsel çalışmalarına eklemlemeye çalışır. Bu çaba dini danışmanlığın insanlar arasında iyi ilişkiler geliştiren bir köprü olmasını içerir; bazen karar alma mekanizmasını zora sokar; iyi çalışmayı ve en gerekli dönütü sağlamayı teşvik eder.

Hastanenin geniş bağlamı – hastane il toplum arasında bağ kurmayı sağlar. Hastaneyi kullanan toplum ile hastane arasında iyi bağlar kurulmadıkça sağlıklı bir toplum kuramayız inancı hakimdir.

Woodward 'Tanrı tüm bunların neresinde ve hastane dini danışmanları kime hesap verir' diye sorar. Onun modeli seküler kültürün kabiliyet merkezli yaklaşımını tamamlamak için teolojik bir boyut önerir. Bu teolojinin sağlık alanında konumlandırılması konusunda açık ama ihmal edilen bir söylemi gün yüzüne çıkarır (Orchard 2002).

4.3 Cobb'un bağlamsal modeli (2004)

'Dini danışmanlık sistemin neresiyle bağlantılıdır' sorusu konuyu hastane dini danışmanlığının asli görevi, onun profesyonel kimliği ve sınırları etrafına taşır. Cobb 'disiplin', 'hastane' ve ' inanç grupları'nı hastane dini danışmanlığının üç alanı olarak ifade eder. *Hastane cemiyeti* 'nde dini danışmanlar iyiliği yüceltmek ve kötülüğü önlemek üzere ahlaki bir sorumluluk taşırlar. Diğer sağlık uzmanları gibi dini danışmanlar da bir hizmet grubuna dahildirler, ancak pek çoğundan farklı olarak tanımlanmış bir işleri yoktur. Fakat dini danışmanlık profesyonel sözleşmeye dayalı sorumluluklarla şekillenir. Sağlık personelinden farklı olarak dini danışmanlar yalnızca hastalarla ve bakıcılarla değil personelle de çalışırlar.

Disiplin cemiyeti resmi bilgi birikimi ve yetenek geliştirme üzerine çalışır. Bu dini danışmanların dini eğitim ve çalışmalarını tamamlayıcı bir özellik taşır.

İnanç cemiyeti geleceğin rahip, papaz, imam ve hahamlarının birincil eğitimlerini aldıkları yerdir. Yalnızca bazı inanç grupları temsilcilerini USH dini danışmanlık görevlerine atarken resmi bir mekanizma kullanırlar. Bütün inanç grupları dinidanışmanınkine denk bir role sahip değildir.

Cobb'un modeli bir hizmet ya da uygulama modeli olarak düzenlenmemiştir. Ancak iyi bir dengede yürütülmesi gereken üç örgütsel alanla dini danışman arasındaki ilişkinin işlevini ortaya koyar. Hayati olarak hastane dini danışmanlığı takımlarının günlük uygulayabileceği hizmetleri etkiler.

5.3.1. Ruhani Bakımın Teorik Bir Modeli

Bu altı hizmet modelinin her biri David Lyall (2001) tarafından öne sürülen bir toplum modelinin Mark Cobb tarafından yeniden şekillendirilmesidir. Cobb'un Lyall'in toplum modelini sağlık alanına uyarlamasıdır.

5.3.2. Dört Adımlı Uygulama Modeli

Bu basit dört adımlı model şunları içerir: değerlendirme, bakım planlaması, bakım, muayene. Modelin ruhani ve dini ihtiyaçları gidermedeki yeterliliğini gösteren iki örnek mevcuttur. Hasta bakımı ve terapilerde etkili olan model dini danışmanlık uygulamalarında da kullanılabilir. Örneğin:

- Hangi aşamada hasta manevi destek olamaya razı oldu?
- Dini danışmanın bakım planı ile aynı hastaya bakan diğer sağlık personelinin planı arasında nasıl bir ilişki vardır?
- Bu bakım unsurunun amaçlarını ve sonuçlarını belirlemede hastanın payı nedir?
- Hasta başka bir servise alınırsa ya da hastaneden ayrılırsa ne olur?

5.3.3. Birey Merkezli ve Bütüncül Uygulama Modelleri

Birey merkezli modeller tedavi ve bakımlarına hastanın katılımını önemserler. Çoğu patoloji, tedavi, ön tanı ve sonuca odaklanan biyomedikal model içinde farklı merkezlere dayansa da bütüncül modellerin tedavi edici etkisi rağbet görmektedir.

Kanıta dayalı tıbbın hiyerarşisi içinde, hastanın fikri geçer (Sackett & Haynes) ve son dönem hükümet politikasına göre önceliğe sahiptir (Department of Health 2005).

5.3.4. Öyküye dayalı uygulama modeli

Kanıta dayalı uygulama sosyal hareketi öyküye dayalı uygulama denilen bir tepkiye yol açtı (Greenhalgh & Hurwitz 1998). Çıkış noktası hasta-doktor ilişkisinin öyküsel yapısıydı. Geçmişte hastanın hikayesinin ya da hastalık yaşantısının yeterince iyi değerlendirilmediği fikrinden hareket eder.

Amerikan kilise teolojisti Charles Gerkin öykü teorisinden manevi bakım modelleri geliştirdi. Manevi bakımına bu yaklaşım sohbet ve hikaye ile işliyor ve Klinik Manevi Eğitimi (CPE) ile bağlantıları var (Gerkin 1997).

Öyküleyici modellerin bir özelliği geçmiş, bugün ve gelecek arasındaki hareketidir. Dini danışman farklı zamanlarda duruşunu hastayı dinlemek yerine onu belli bir alanda cesaretlendirmeye inanç grubunun hikayesini temsil etmeye ve böyle yaparak da bakım sağlamaya dönüştürebilir.

5.3.5. Manevi Bakım İşgücü Uygulama Modeli

Bu servis modeli manevi bakıma çoklu profesyonel bir yaklaşım getirmektedir. Öncelikle dini danışmanların personele manevi, kültürel, ve dini alanlarda eğitim vermesini gerektirir. Bu yolla diğer uzmanların hastaların manevi ihtiyaçlarını karşılamada dini danışmanlarla çalışabilmesinin mümkün olacağı umulmaktadır.

Farklı bakım yollarında ruhani ve dini endişelerin nerede, ne zaman ve nasıl ortaya çıkacağını tahmin edebilmek için hayal gücü geniş yöntemler kullanılmalıdır. Model dini danışmanlara personelin manevi bakım eğitiminde önemli bir rol oynama fırsatı verir ve böylelikle sağlıkta manevi endişelere çoklu profesyonel bir yaklaşım sağlayarak manevi bakımı yüceltir." şeklinde belirtilmektedir.

5. HEALTHCARE CHAPLAİNCY PROGRAMIN TÜRKİYE'DE UYGULANABİLİRLİĞİ

Healthcare Chaplaincy Programın Türkiye'de uygulanabilirliği konusunu izah etmeden önce, ülkemizdeki hastanelerde ki mevcut durumun ne olduğunu iyi

bilinmek gerekiyor. Ülkemizde sadece ölüm sonrası hizmet şeklinde günümüze gelinceye kadar sürdürülen hastane din görevlisi uygulamasının, ABD ve Avrupa'da yürütülen manevi destek ve moral hizmetleriyle çokta benzeşmediği bilinen bir gerçektir. Bugün, hastane kadrolarındaki din görevlisinin görevi, moral hizmet vermekten çok, ölüm sonrası dinen yapılması gereken hizmetleri sunmaktan ibarettir. Mevcut durumda hastane din görevlileri, hastane binalarının bodrum katlarında, gözlerden uzak ve çoğunlukla uygun olmayan fiziki koşullarda çalışan, hasta yakınlarının ancak ölmek üzere olan veya ölmüş yakınlarının defin işlemleri için muhatap oldukları bir görevliden başka birisi değildir. Bu görevli, ölünün yıkanması, kefenlenmesi gibi işlemlerin yanı sıra defin için gereken bürokratik işlemleri de yürütmek durumundadır. Hastane mescitleri ise, yine gözlerden uzak ve çoğunlukla uygun fiziki şartlardan yoksun bir mekân olarak karşımıza çıkar. Ancak hastane ortamında bu kadar bir sınır çizilmiş olan dini uygulanabilirlik, geliştirilmeye ve gözle görünür bir faaliyet ve hizmet alanına dönüşmeye ihtiyaç duymaktadır.

New York'un metrepol ilçelerinde hizmet veren hastanelerde ise manevi bakım uygulaması, ülkemizdeki hastanelerde yürütülen din görevlisi uygulamasından yöntem itibariyle farklılıklar arzetmektdir. ABD'de hastanelerde manevi bakım uzmanlarına, hastalara manevi bakım hizmeti sunmaları için teknik donanımı mükemmel ofislerler verilmektedir. Manevi bakım uzmanı ofisteki bilgisayarından hastaneye gelen hastanın dini, ırkı v.b tüm detayları görebilmektedir. Bilgisayardan alınan donelere göre manevi bakım uzmanları iş taksimi yaparlar. Ayrıca her hastanede bir sorumlu (süpervayzır) manevi bakım uzmanı bulunmaktadır. Bu sorumlu manevi bakım uzmanı gelen hastaların ziyaretlerini takip eder, iletilmesi gereken bir durum varsa onu doktorlar ve hastane yönetimiyle paylaşır. Manevi bakım uzmanları sosyal ve kanuni tüm haklar konusunda en üst seviyede donatılmışlardır.

Ülkemizde manevi bakım hizmetleri etkili bir biçimde yürütülmesi için acilen bazı adımların atılmasına ihtiyaç vardır. Bu konuda ülkemizde ki yetki karmaşası giderilerek muhatap kurumlar belirlenmeli ve üniversitelerin Din Psikolojisi bölümlerinde alanında her türlü donanımla bu hizmeti sahiplenecek manevi bakım uzmanları yetiştirilmelidir. Çünkü dünyada olduğu gibi insan hayatının en zor anların yaşandığı hastaneler manevi bakım hizmetinin aktif bir şekilde sunulacağı bir alan

olmaya adaydır. İlahiyat Fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı, görsel-yazılı etkili bir basın desteği ile insanımızın hak ettiği bu yaşam kriterini bir an önce hayata geçirmelidir.

Bu bağlamda ABD'de faliyetlerini sürdüren ve tezimizde ele almaya çalıştığımız Healtcare Chaplaincy verdiği eğitim, uygulamaya çalıştığı metot ve hastanelerde kurmuş olduğu hizmet ofisleriyle kendisinden yararlanılabilecek bir durumdadır.

DEĞERLENDİRME

Manevi bakım, psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleri içerisinde yer alan önemli bir alan olduğunu, manevi bakım ve destek hizmetinin hastane ortamında, hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanları için önemli bir ihtiyaç olduğunu ve mevcut sistemde bu ihtiyacın karşılanamadığını araştırmamızda belirtmeye çalıştık.

Türkiye'de ise 01.08.1998 yılı 23420 sayılı resmi gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği bu hakkı şöyle düzenlemektedir:

Madde 38- Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir.[95]

Buna göre, temelde var olması gereken en önemli husus, hasta ile onun iyileşmesine yardımcı olmayı hedefleyen uygun bir ilişkinin sağlanabilmesidir. Hastaların hem fizik, hem ruh sağlığı bakımından tedavileri esnasında morale ihtiyaçları olduğu ve desteklenmelerinin gerektiği, tıbbın gereklerindendir. Şayet hasta, dini telkinler sayesinde ruhi yönden tam bir iyilik durumuna ulaşacağına inanıyorsa bu ihtiyaç yerine getirilmelidir.

Ancak üzülerek belirtmeliyiz ki, hasta ve hasta yakınları için önemli olan bu ihtiyaç, ülkemizde sadece ölüm sonrası hizmet şeklinde günümüzde sürdürülen hastane din görevlisi uygulamasının, manevi bakım ve moral hizmeti sunulması ile ilgisi yoktur. Bugün, hastane kadrolarındaki din görevlisinin görevi, manevi bakım hizmeti vermekten çok, ölüm sonrası dinen yapılması gereken hizmetleri sunmaktan ibarettir. Türkiye'de mevcut durumda hastanelerde manevi bakım uzmanının karşılığı olarak hastane din görevlileri, hastane binalarının bodrum katlarında, gözlerden uzak ve çoğunlukla uygun olmayan fiziki koşullarda çalışan, hasta yakınlarının ancak ölmek üzere olan veya ölmüş hastalarının defin işlemleri için muhatap oldukları bir görevliden başka birisi değildir. Bu görevli, ölünün yıkanması, kefenlenmesi gibi işlemlerin yanı sıra defin için gereken bürokratik işlemleri de

[95] http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yonetmelik.htm

yürütmek durumundadır. Hastane mescitleri ise, yine gözlerden uzak ve çoğunlukla uygun fiziki şartlardan yoksun bir mekân olarak karşımıza çıkmaktadır.

Diyanet İşleri Başkanlığı Din Hizmetleri Dairesi tarafından ilk defa 19.01.1995 tarihinde yayınlanan bir genelge ile din ve moral hizmetleri uygulaması başlatılmış ancak ülkemizin siyasi yapısı nedeniyle medyada "imamların hastalara Kur'an okuyacağı" şeklinde değerlendirilmiş, belli bir kesimin rahatsızlığı nedeniyle tepkiler oluşmuş ve tenkitlere maruz bırakılmıştır. Söz konusu eleştirilere uğrayan uygulama hakkında, Danıştay 5. Dairesi'nce 12 Nisan 1996 tarih ve E.1995/3612 sayılı yürütmeyi durdurma kararı verilmiş, Sağlık Bakanlığı'nın 07.06.1996 tarih ve 9124 sayılı yazısıyla da yürürlükten kaldırılmıştır.

Sosyal değişimin çok hızlı yaşandığı, iletişim araçlarının baş döndürdüğü bir dönemde, hastanın hayatında en zor anlarını yaşadığı, hasta yakınlarının en sıkıntılı dakikalarını geçirdiği koruyucu ve tedavi edici hekimlik gibi hizmet alanları olan hastanelerde gerek hasta, gerekse hasta yakınına bilgi verecek ve moral desteği olacak şekilde düzenli yürütülecek bir manevi bakım hizmetine, ülkemizde ihtiyaç bulunmaktadır.

Ülkemizde söz konusu olan boşluğu dolduracak manevi bakım uzmanlarının yetiştirilmesi için, ülkemizde ki yetki karmaşası giderilerek muhatap kurumlar belirlenmeli ve üniversitelerin Din Psikolojisi bölümlerinde eğitime başlanmalıdır.

Alanında her türlü donanımla bu hizmeti sahiplenecek manevi bakım uzmanları,

1- Yol gösterme; manevi bakım uzmanı kendisine gelen kişiye yol göstermelidir.

2- Doğru olana yönlendirme; örneğin babasıyla problemler yaşayan bir genç kızın babasına karşı gelmekten rahatsızlık duyduğunu dile getirmesi ama her zaman karşı gelmekten vazgeçememesi problemin dini boyutu konuşularak öfkesinin yatıştırılması.

3- Dinin ve ailevi hükümleri tanıtıp tarif etme; özellikle birey için sosyal hayatta gerekli olan haram ve helallerin açıklanması.

4- Hakkı ve gerçekleri öğretme; halk arasında dinen bilinen bidat ve hurafelerin açıklığa kavuşturulması, bu konuda insanların uyarılması.

5- Fiziksel Hastalıklara Manevi-Psikolojik Yaklaşım çerçevesinde aklı ve kalbi ikna etme; insanların karşılaştığı problemlerde hem aklen hem de dinen ikna edilmesi.

Bu amaçlar doğrultusunda manevi bakımda kullanılacak temel esaslar;

1-Yakın ilişki kurma; bireylere manevi bakım uzmanın güven vermesi, içten ve samimi olması, danışanı güler yüzle karşılaması, anlamaya çalışması.

2-Baskısız danışma atmosferi oluşturma; kişinin yargılanmayacağı ve suçluluk duygusu hissetmeyeceği şekilde problemlerini rahatça açmasının sağlanması.

3-Kabul; ne türden bir günah veya hastalık olursa olsun, bireyin bütünüyle yargılanmadan kabul edilmesi.

4-Empatik yaklaşım; bireyin yaşadığı probleme onun dünyasından bakılması.

5-Tabilik ve tutarlılık; manevi bakım uzmanının tabii ve tutarlı olması.

Bakımda dikkat edilmesi gereken dış şartlar da şunlardır.

1-Bakım mekânı; görüşmenin resmi, ciddi ve nezih bir ortamda gerçekleşmesi gerekir. Manevi bakım veya danışmanlık büroları bunun için oluşturulmuştur.

2-Oturma düzeni; danışanın, danışmana kendisini yakın hissettiği, eşit ve rahat bir oturma düzeni sağlanmalıdır.

3-Görüşme mahremiyeti; bireyle görüşülen her şeyin gizli kalacağı güvenin verilmesi.

4-Görüşme süresi ve sıklığı; gerektikçe telefonla ve yüz yüze görüşmelerin takip edilmesi.

Healthcare Chaplaincy tarafından New York'un metrepol ilçelerinde ki hastanelerde sunulan manevi bakım uygulaması, ülkemizdeki hastanelerde yürütülen din görevlisi uygulamasından yöntem ve tarz itibariyle farklılıklar arzetmektdir. ABD'de hastanelerde, manevi bakım hizmeti;

1-Manevi bakım hizmeti sorumlu bir (süpervayzır) kontrolünde yürütülmektedir.

2- Teknik donanımı mükemmel ofislerler tahsisedilmektedir.

3- Hasta ile ilgili tüm detaylar (dini, ırkı v.b) elektronik ortamda manevi bakım uzmanına iletilmektedir.

4- Bilgisayardan alınan donelere göre iş taksimi yaparlar.

5- Hasta ziyaretleri sorumlu (süpervayzır) tarfından sürekli takip edilir.

6- Hastanın içinde bulunduğu durum doktor ve hastane yönetimiyle paylaşılır.

HealthCare Chaplaincy adında ki bu okul New York bölgesinde hastanelerde manevi bakım konusunda önemli bir açığı kapatarak, farklı dinlere mensup din adamlarına "Manevi Bakım Uzmanlığı" eğitimi (Clinical Pastoral Education (CPE)) vermektedir. Bununla birlikte New York bölgesinde Beth Israel Medical Center,

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Mount Sinai Medical Center, New York University Langone Medical Center, New York Hospital Queens, St. John's Riverside Hospital, St. Luke's-Roosevelt Hospitals, Vassar Brothers Medical Center hastanelerinde hastalara manevi danışmanlık hizmeti vermektedir.

Hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara yönelik olarak yürütülen manevi bakım uzmanı uygulaması tarafımızdan araştırma konusu yapılmış, ABD'de bu hizmetlerle ilgili New York bölgesinde çalışan Healthcare Chaplaincy incelenmiştir. Healthcare Chaplaincy'nin verdiği eğitim, uygulamaya çalıştığı metot ve hastanelerde kurmuş olduğu hizmet ofisleriyle kendisinden yararlanılabilecek bir durumdadır.

İnsan hayatında en zor anların yaşandığı hastaneler, önüzdeki günlerde manevi bakım hizmetinin aktif bir şekilde sunulacağı yeni bir hizmet alanı olmaya adaydır. Daha önceki uygulamaya yönelik eleştiriler dikkate alındığında kadronun eğitim durumu ve hizmet içeriğinin netleşmemiş olması önemli bir hususdur. Ancak, uzman ve donanımlı bir kadro ve bu kadronun samimi, fedakâr gayretiyle, İlahiyat Fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı görsel-yazılı etkili bir basın desteği ile insanımızın hak ettiği bu yaşam kriterini bir an önce hayata geçirilmelidir.

SONUÇ

Manevi bakım kavramı dini ve kültürel bir kavramdır. ABD'de ve Batı'da bu kavram akademik olarak işletilerek hastaneler, cezaevleri vb. kurumlarda hastalık veya proplemlerle karşı karşıya olan insanlara iyileşmeleri ve hayata uyum sağlamaları konusunda, bu alanda yetişmiş akademik yeterliliğe sahip kişilerce verilen yardım hizmeti olarak karşımıza çıkmaktadır. Kavram ve kurum olarak Batı kültürüne aittir. Ancak, bu kavramın içerdiği anlam, İslam kültürüne ait irşat kavramı içinde barınmaktadır. Aslında bu kavrama dayalı dini danışmanlık hizmetleri yüzyıllar boyunca cami hizmetleri kapsamında din görevlileri, müftü ve vaizler tarafından informel olarak sürdürülmektedir.

Dini danışma alanlarından birisi olan manevi bakım uzmanlığından, hastalık, yaşlılık veya sıkıntılı durumlarda ortaya çıkan ruhsal problemlere karşı destek kaynağı olarak dini argumanları psikoloji ilmini dikkate alarak kullanılmasını anlamaktayız. Çıkış noktası ise, toplumda çeşitli hizmetlerin yerine getirilmesi için gerekli olan branşlaşmanın doğal sonucudur. Eğer, hastaların sağlıklarına kavuşmaları için özel eğitim almış bir meslek grubu teşekkül etmiş ve kendi içinde branşlaşmış ise din görevlilerinin de benzer bir branşlaşmaya gitmeleri kaçınılmazdır. Bu noktadan hareketle yetiştirilecek manevi bakım uzmanları, hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların dini ihtiyaçlarını karşılamak, ibadetlerini yerine getirmelerine yardımcı olmak ve yaşama dirençlerini desteklemek amacıyla hizmet edeceklerdir. Manevî bakım uzmanının gayesi, manevî risk altında olan kişi ve sosyal grupları manevî koruma altına almaktır. Diğer bir tabirle manevî yönden korunmaya muhtaç kişileri, manevî (kalbî-ruhî) hastalıklara yakalanmamaları yönünde koruyucu manevî eğitim programları hazırlamak ve uygulamaktır. Diğer taraftan sapkın ve olumsuz düşünce ve manevî hastalıklara yakalanmış kişilere de manevî rehabilitasyon hizmetleri sunmak ve onları manevî hayatlarıyla yeniden barışık hâle getirip, toplum içinde mutlu fertler olmalarını sağlamak, manevî bakımın genel hedeflerindendir.

Bakıma muhtaç kişilere yönelik manevî bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, toplumun sosyal ve kültürel yapısı ile yakından ilgilidir. Genelde manevî bakım modelleri, toplumun dinî ve manevî değerlerine uygun bir zeminde hazırlanmaktadır. Toplumların bu farklı yapılarından dolayı manevî bakımın dünyadaki gelişimi ve içeriği de farklı noktalardadır. O halde küresel boyutta tek tip bir manevî bakım

modelinden bahsetmek mümkün değildir. Manevî bakım uygulamalarından sağlıklı ve etkili bir sonucun elde edilmesi arzulanıyorsa, ilk önce bakıma muhtaç kişilerin dinî inançları ve bağlılıkları hakkında bilgilerin elde edilmesinde fayda vardır.

Hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara yönelik olarak yürütülen ve dini danışmanlık kapsamında değerlendirilebilecek manevi bakım uzmanı uygulaması, tarafımızdan araştırma konusu yapılmış, ABD'de bu hizmetlerle ilgili New York bölgesinde çalışan Healthcare Chaplaincy incelenmiştir. Healthcare Chaplaincy'nin verdiği eğitim, uygulamaya çalıştığı metot ve hastanelerde kurmuş olduğu hizmet ofisleriyle kendisinden yararlanılabilecek bir durumdadır. Özellikle uygulamada karşımıza çıkabilecek problemlerin aşılması konusunda Halthcare Chaplaincy'nin hastanelerde kurduğu ofis anlayışı örenk alınabilir. Bu uygulamda göze çarpan en önemli noktalar,

1- Hastayla ilgili manevi bakım uzmanının bilgilendirilmesi.
2- Hastanın geldiği sosyo-kültürel yapı dikkate alınarak, bu yapıya uygun bir manevi bakım uzmanı tarafından ilgilenilmesi.
3- Hastayla yapılan görüşmelerde zamana dikkat edilmesi.
4- Hastayla yapılan görüşmeler raporlanmalı ve gerekli hususlar sorumlu bakım uzmanı ve ilgili sağlık çalışamıyla paylaşılmalıdır.
5- Hasta yakınları sürece dâhil edilmeli.

Türkiye'de konunun muhatabı olan kurumlarda (bakanlıklar, üniversiteler ve hastaneler) gerekli hukuki altyapının oluşturulması ve yukarıda zikredilen hususların dikkate alınması neticesinde Healthcare Chaplaincy Türkiye için uygulanabilir bir model olarak önerilebilir.

KAYNAKÇA

Ahmed B. Hanbel, *Müsned-ü Ahmet b. Hambel*, 6 c, Kahire, 1313

Adalet Bakanlığı resmi web sitesi, *www.mevzuat.adalet.gov.tr*

Altaş, Nurullah; **"***Dini Danışmanlığın Teorik Temelleri***"**, Ankara Üniversitesi, İlahiyat Fak. Dergisi, cilt: 41, sayı :4, 2003

Altaş, Nurullah; *"Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri"* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, A.ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1997.

Arıkan Çiğdem, *"Sosyal Model Çerçevesinde Özürlülüğe Yaklaşım"*, Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, cilt 2, sayı 1, 2002.

Arslan, Mustafa**; "***Geleneksel Yaşlı Dindarlığı, Taşrada Sosyal Hizmet Alamayan Yaşlıların Dindarlık Durumları üzerine Bir İnceleme"***,** Sivas, 2008.

Ataç, Füsun, *İnsan Yaşamında Psikolojik Gelişim*, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1991.

Aytekin, Bulut; *"Din Eğitiminde Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık"*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, S.D.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, ISPARTA, 2010.

Başar Serpil, *"Hastanelerde Din Hizmeti Modeli"*, 4. Din Şurası, Ankara, 2010

Binici, Hüsamettin, *"Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin 9'uncu Maddesi: Düşünce, Vicdan ve Din Özgürlüğü"*, Adalet Dergisi, Sayı 20, www.yayin.adalet.gov.tr/20_say'html.

Buhari, Ebu Abdillah Muhammet b. İsmail; *Sahihu'l Buhari*, İstanbul, 1972

Bulut, Mehmet, *Diyanet İşleri Başkanlığının Yaygın Din Eğitimindeki Yeri*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, A.ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1997.

Demir, Abdullah, "*Ceza İnfaz Kurumlarında Din Eğitimi"*, Diyanet İlmi Dergi, DİB yayınları, Cilt: 46, Sayı: 4, Ankara, 2010.

Diyanet İşleri Başkanlığı, *I. Din Hizmetleri Sempozyumu* (3-4 Kasım 2007), (C.2), Ankara, 2008.

Buyrukçu Ramazan, *Din görevlisi El Kitabı*, TDV Yayınları, Ankara 1995

Diyanet İşleri Başkanlığı, *Din Hizmetleri ve Gençlik, Gençlik İstişare Toplantısı Sunumları*, Ankara, 2008

Diyanet İşleri Başkanlığı, resmi web sitesi.*www.diyanet.gov.tr*

Duyan Veli, *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak*, Öncü Basımevi, Ankara, 2008.

Ebu Davud, *Süneni Ebu Davut*, (4 c), Beyrut

El- Beyhaki, *Sünenü'l Beyhaki'l Kübra*, (thk. Muhammed Abdulkadir Ata), Mekke 1414-1994.

Ergül Şafak, Bayık Ayla, *Hemşirelik ve Manevi Bakım*, www.cumhuriyet.edu.tr, 2004.

Işıl Bulut, *Sosyal Hizmet Uygulamaları El Kitabı*, Ankara, Başkent üniversitesi S.B.F. Sosyal Hizmetler Bölümü, 2006.

Kalem, Mehmet Ruhi, *"Yaşlıların Din Eğitimive Öğretimi Açısından Problem ve Beklentileri"*, Uü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2006.

Kılavuz, Akif, *Yaşlanma Dönemi Din Eğitimi*, Araştırma Yayınları, Bursa, 2003.

Kongar Emre, *Sosyal Çalışmaya Giriş*, Sabev Yayınları, Ankara, 2007.

Köylü, Mustafa, *Yetişkin Din Eğitiminin Teorik Temelleri*, Etüt Yayınları, Samsun, 2000.

Kur'an-ı Kerim

Kuzgun Yıldız,; *Rehberlik ve Psikolojik Danışma*, OSYM yay., Ankara, 1988

Malony, Newton H.; *Pschology of Religion, Personalities, Problems, Possibilities*, Mıchigian 1991

Melek, Ali, *Çocuk Yuvaları ve Yetiştirme Yurtlarında Din Hizmetleri*, 4. Din Şurası, Ankara, 2010.

Müslim, b. Haccac el-Kuşeyri en-Neysaburi, *Sahihu Müslim*, Beyrut, 1955

Nevzat Y. Aşıkoğlu; Cumhuriyet Üniv, İlahiyat Fak., *Antalya Eğitim Semineri*, 2009

Ok, Üzeyir; *"İnanç Bakım Danışmanlığı Bir Model Geliştirme Denemesi",* 1. Din Hizmetleri Sempozyumu, Ankara, 2007

Onur, Bekir, *Gelişim Psikolojisi*, İmge Kitabevi, Ankara, 1995.

Öcal, Mustafa; *Din Eğitimi ve Öğretiminde Metotlar*, TDV yay., Ankara, 1991

Özdemir, Şuayip, *Cezaevlerinde Din Eğitimi*, Ankara, 2010.

Özdemir, Şuayip, *"Türkiye'de Cezaevlerinde Din Eğitimi Uygulamasının Geçirdiği Aşamalar"*, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, Ankara, 2009.

Öztürk Mualla,; *Din Eğitimi ve Çocuk Ruh Sağlığı*, I. Din Eğitimi Semineri, AÜİF, yay. 1981

Resmi Gazete

SHÇK resmi web sitesi.

Seyyar Ali, *Tıbbi Sosyal Hizmetlerde Manevi Bakım*, Rağbet Yayınları, İstanbul, 2010.

Seyyar Ali, *Manevi Bakım*, www.sosyalsiyaset.com

Soysaldı Mehmet, *İslam'da Hasta Ziyareti* (Makale), Yeni ümit Dergisi, Temmuz-Ağustos-Eylül 2008, Sayı 81.

Sülü Esma, *Yoğun Bakımda Manevi Bakım*, www.sosyalsiyaset.com, 2006.

Şahin Nesrin, Yasak Yeşim, *Türk Psikoloji Bülteni* (Rapor), Ankara, 1995.

T.C Anayasası

Tezcan, Mahmut, *Toplumsal Değişme ve Yaşlılık*, Ankara, 1991

Tirmizi, M. *Sünen-i Tirmizi*, (4 c) Beyrut.

Türkiye İstatistik Kurumu

www.healthcarechaplaincy.org

www.nhs-chaplaincy-spiritualcare.org.

Vikipedi, *Özgür Ansiklopedi*,

EKLER

Caring for the Spirit Implementation plan

Guidance Note

A REVIEW OF SOME THEORETICAL MODELS OF HEALTHCARE CHAPLAINCY SERVICE AND PRACTICE

This paper forms part of the guidance for chaplains arising from the

Caring for the Spirit NHS project. Correspondence about this paper should be addressed to Revd Mark Folland at mark.folland@sasha.nhs.uk

May 2006

A review of some theoretical models of healthcare chaplaincy service and practice

INTRODUCTION

This introduction does not claim to summarise or offer all that might be useful to those who want to know about the variety of theoretical models of service and practice operating in healthcare chaplaincy since 1948. Its primary purpose is to point the reader to some of the essentials required in order to approach this body of work which yields few clearly defined models. The models and part-models that are documented here include some that are reasonably developed and defined, others which are embryonic requiring work to tease them out, and those which are almost exclusively rooted in traditional notions of Christian pastoral care and ecclesial ministry.

This paper will therefore be general in character, offering a number of theoretical models as examples and pointing the reader to references for their own personal research and professional development. This paper raises questions about the theoretical base, professional identity and integrity of healthcare chaplaincy as well as its future direction and development.

How important to healthcare chaplains is an understanding of the theoretical models of service and practice which shape our contribution to healthcare? Are they essential enough to ask of ourselves the intensive work of reflecting, documenting and developing existing models and working together to create new and contemporary models appropriate to today's National Health Service?

The Caring for the Spirit strategy provides an opportunity for all healthcare chaplains and chaplaincy departments to think about their modus operandi in the NHS regarding the service its provides to the Trust, its patients and their carers. The strategy document focuses on models of service and practice in some detail (paragraphs 12-20).

Our goals in this paper:

- To provide an introduction to some theoretical models of healthcare chaplaincy service and practice, referencing primary and some secondary sources.
- To promote a critical conversation around models of service and practice within chaplaincy collaboratives and Trust chaplaincy departments.
- To promote the definition and documentation of healthcare chaplaincy's theoretical base, so patients and professionals know what we represent and what we do.

This review of some theoretical models is restricted to healthcare chaplaincy. We have not attempted to compare models of service and practice in other secular institutions where different models of chaplaincy operate. These include; University and Higher Education, the Prison Service, Industrial Mission and the Armed Forces. Some work has already taken place in this area (Legood 1999). However, it remains a potentially fruitful area for comparative research.

Following some consideration we have also taken the same line regarding multi-faith aspects of healthcare chaplaincy. We would point readers to work being undertaken by the Multi-Faith Group for Hospital Chaplaincy to develop spiritual care in healthcare among nine faith communities, and work already undertaken by Beckford and Gilliat (1996a, 1996b).

1. A DEFINITION OF THEORETICAL MODELS

Theoretical models are developed to describe and define the way things work through structuring what occurs and providing a rationale for it. These models provide practitioners and the public with a way of understanding, discussing and evaluating who we are and what we do. They reframe everyday practice in more technical and academic language. In this way models can be examined using different approaches to theological reflection.

These models can be audited against standards for the promotion of ‘good practice’ which can be shared with our colleagues in journal publications, at conferences and in local forums. They can be subjected to qualitative and quantitative research and examined for their impact on clinical outcome.

The following theoretical models have been collated from books, journals, research projects and national reports since 1948. This paper is not intended to be a systematic review of the literature on models of service and models of practice, rather its function is to stimulate thinking, promote debate and develop practice.

2. DIFFERENTIATING MODELS OF SERVICE AND PRACTICE

Models of service and models of practice have different aims and objectives. Service models explain the work of the department to the public, the employer and promote departmental definition. They emerge following a process of careful reflection on the institutions primary task which is ‘the main purpose for which the institution exists and which it has to achieve and maintain in order to survive’ (Rice 1963). Each professional group organises and is accountable for their work in relation to the primary task. Healthcare chaplaincy is shaped by the primary task of the NHS Trust, critically informed by the primary task of the faith communities and organised by chaplains.

Practice models concern the specific work engaged with by staff and volunteers in the department. The completion of these tasks takes place in relation to and in consultation with the patient and other healthcare staff. In this way they can become integrated into a multi-professional approach to practice. They focus on clinical pastoral interventions or units of activity in the department including professional interactions with service users, recurring events such as public services, multi-professional meetings, data collection and research.

‘Good practice’ indicates that these practice models develop out of an assessment of the spiritual and religious needs and issues presented in particular

situations. In order for spiritual and religious care to be effective within the healthcare system it is crucial that a systemic and practical link is made between models of assessment and models of practice. While this task goes beyond the scope of this paper we offer the following references for consideration.

The following models are theoretical in the sense that they have been lived and reflected upon – they are theorised practice or practice-based evidence. As we will see some models are a mixture of service and practice having developed together for largely historical reasons. Some models no longer sit comfortably together, while others require radical revision for use in the 21st century.

3. EMERGING MODELS 1948 – 1992

In 1948 the Ministry of Health issued guidance to Regional Hospital Boards on meeting the spiritual needs of patients and staff (Ministry of Health 1948). Subsequent guidance (1963, 1977, 1984, 1986, and 1992) influenced the organisation and development of chaplaincy practice along primarily Christian lines until the 2003 guidance (Department of Health 2003) provided a multi-faith perspective.

From the start of the NHS the appointment of hospital chaplains was predicated on bed-based calculations and staffing levels. This method, with some minor refinements continues to operate in the most recent guidance (2003). This method has contributed to shaping healthcare chaplaincy models of service and practice, and determined the number of whole-time chaplains appointed.

However, this approach is increasingly out of step with the range of contexts in which chaplains now operate including; community based mental health work; day-case work; Primary Care Trusts (PCT); out-patient clinics and most recently free standing NHS and independent sector treatment centres. These contexts question the appropriateness of bed-based calculations which are predicated on bed occupancy and not patient need. In a “patient-led NHS” (Department of Health 2005) how are patient’s

spiritual and religious needs to be assessed? In a rapidly changing NHS there is an urgent need to look now at how healthcare chaplaincy relates to and works within an increasingly community based, day-case orientated and privately augmented health economy.

Forty years ago Barton commented that 'most chaplains are hard working parish priests.' This provides a clear insight into one historic and prevailing service model – the parochial model, or 'calling in the chaplain' (Barton 1966). This model was operational in 1948 and continues to this day. It has the effect of dovetailing a model of clerical pastoral practice (hospital visiting) with that of a particular type of service provision (part-time chaplaincy). The parochial model is a traditional model based on notions of vocation, duty and service which is offered by the churches to a variety of community based institutions. The NHS as one recipient of the Church's ministry appears to have viewed chaplaincy as important while colluding with the churches in permitting an outdated model to continue.

The parochial model has strengths, one of which is bridging the gap between hospital and community. However, it is perhaps defined as much by the organisational needs of the churches concerned as by expressed patient need. The parochial model of chaplaincy remains a largely undefined, unregulated and unaccounted service. Accurate figures recording the number of part-time chaplains remain difficult to obtain. The model requires a thorough reassessment and reframing within agreed levels of service provision. This should be based on an appraisal of the spiritual and religious needs of service users and the organisation of an integrated chaplaincy service to the Trust.

From the 1960s onwards some chaplains and chaplaincies developed new models of service and practice arising from whole-time posts in a hospital. It is here that we first begin to see models influenced by the needs of patients, staff and the institution. It is here that we begin to see the development of reflection on practice through writing and research. Here are three examples.

3.1. Autton's mixed model (1968)

Norman Autton wrote extensively on pastoral care issues in hospital settings (Autton 1963, 1966). He sees the chaplain's role as representing the hospital to God and God to the hospital. One expression of this relationship is the centrality of the sacraments which provides a transcendent dimension to the human dilemmas of illness, suffering and death. The chaplain is a 'technician of the sacred' and should be as 'professional' as the doctor. He is 'self-contained, clear about and confident' in his role. Speck's comment that Autton's chaplain is 'professional, priestly and prophetic' indicates the nature and extent of the role.

Autton placed particular emphasis on the chaplain as priest, whose task was to model and offer a silent prayerful presence in the hospital. Central to this service model was a sense of professional poise or how to be with patients in their suffering. He stressed the importance of the chaplain learning from these experiences through reflection and supervision. He actively supported and developed the training of chaplains and the role of lay visitors for hospital ministry.

3.2. Faber's conversational model (1971)

Heije Faber's approach to healthcare chaplaincy is significantly different to Autton's and his book was probably written in response. Like Autton, Faber wrote extensively about the relationship between religion, sickness and health (Faber 1976). He was a Dutch Reformed Calvinist whose model of chaplaincy finds focus in 'the conversation' between the chaplain, the patient or member of staff. Faber offers a structure for working with pastoral conversations informed by Clinical Pastoral Education (CPE) and in particular the 'verbatim report.' He provides an example of working with this approach (Faber 1971).

With the exception of Anton Boisen one of the 'founders' of CPE, Faber is perhaps the first non-American chaplain to prioritise the centrality of the pastoral conversation and reflection upon it in acute and mental health settings. This approach originated through his pastoral and academic

interest in bringing the modern psychologies, particularly Freudian psychoanalysis, into conversation with Biblical theology for use in pastoral care. Faber's chaplain wrestles with his role, its various discourses, and experiences the tensions of being an 'insider/outsider' in the modern hospital. He is an 'amateur and generalist among professionals.'

Faber's conversational model with its use of the 'verbatim report' resonates with today's emphasis on clinical supervision (Ward 2005), research into narrative approaches to practice in medicine, pastoral care and psychotherapy, and the influence of CPE throughout different parts of the world. The narrative structure of pastoral care equips Faber's chaplain to give voice to the different roles within chaplaincy including that of pastor, minister, clown, counsellor and prophet (Cusick 2005; Beardsley 2006).

3.3. Wilson's primary task model (1971)

Michael Wilson was a medical doctor who trained for the Anglican priesthood in later life. His approach to chaplaincy developed from his role-based research. Wilson's service model focuses on the need to foster a creative relationship between the hospital, community and organised religion. Illness, disease and death are not individualised, rather they are social phenomena requiring attention from a socio-economic perspective.

According to Wilson the primary task of the hospital is 'to enable patients to learn from the experience of illness and death how to build a healthy society.' Rooted in this understanding of the primary task his service model develops out into the community and church in an organic way. For Faber, hospitals are primarily agents for building a healthy society and should not to be reduced to simply functioning as centres where medical treatments and procedures take place. Wilson wanted the churches to work together with the hospital and its chaplaincy department, fostering good relationships with patients and staff, and where necessary challenging hospital policies, practices and values.

So Wilson developed a service model of hospital chaplaincy along similar lines to that of a 'university teaching department.' Here hospital chaplaincy would research the social, personal and theological dimensions of illness and suffering with reference to peoples spiritual and religious needs. In this service model the chaplain would be like a dean of humanities in the modern technological and scientific hospital. The chaplain would be the guardian of the human condition most deeply felt. Wilson saw opportunities for the chaplain to be experimental by using himself in role for the good of others. Wilson's chaplain is 'an intellectual liberal,' 'a generalist' whose roles include: prophet, priest, healer, administrator, judge and servant.

One aspect of his practice model involves the chaplain developing a Socratic approach to organisational issues. In role the chaplain can ask difficult questions and verbalise some of the unvoiced concerns within the organisation. Here the chaplain puts into words what the psychoanalyst Christopher Bollas terms 'the 'unthought known' within the organisation (Bollas 1987). Prayer, contemplation, thinking and action are at the centre of Wilson's model and contribute to the development of what we might term today the 'reflective practitioner.'

James Woodward comments on the enduring relevance of this model in Birmingham and beyond. He highlights its relevance for chaplaincy regarding the development of its knowledge base, its transcendent dimension and an ecumenical and multi-faith approach to practice (Woodward 2000).

4. FURTHER MODELS AND CRITIQUES 1996-2004

With the publication of Being There – Pastoral Care in Times of Illness (1988), Peter Speck, then chaplain to the Royal Free Hospital in London, offered the healthcare chaplaincy community a model of care centred on pastoral contacts with patients and staff in one-to-one and group settings. The heart of this approach resides in the 'presence' and timely interventions of the chaplain who when in role represents a myriad of things and

sentiments including organised religion, ministry, a spiritual dimension, a source of hope and a sign of contradiction. The task of the chaplain is to offer pastoral care to people in situations of ultimate concern. For this the chaplain needs to acquire skills in counselling and inter-personal relationships to place alongside their ministerial formation and religious tradition.

In his book Speck makes the distinction between 'spirituality' and 'religion' and invites healthcare chaplains to do the same in their work. However, Speck does not see spirituality as totally separated from religion; rather religion is to be seen as a subset of spirituality (King, Speck, Thomas 1994). Today this distinction is commonplace in healthcare chaplaincy and in multi-professional discourse (Speck, Higginson, and Addington-Hall 2004). Most of the service and practice models we look at in the remainder of this paper have been influenced by this distinction between 'spirituality' and 'religion.'

The distinction between 'spirituality' and 'religion' has spawned a rapid growth in research being conducted into spirituality in healthcare. In the United States of America research in this area has developed within a different political, economic, religious and healthcare context to that of Europe. Across the Atlantic healthcare chaplaincy has been at the forefront of this research (Koenig, McCullough & Larson 2000) (VandeCreek, Burton 2001).

The nursing profession - who in the United Kingdom have a responsibility for the spiritual needs of patients - have contributed many research papers to the debates around the definition and location of spirituality in healthcare. Healthcare chaplaincy in the United Kingdom is slowly addressing the need to include an evidence-based approach to practice.

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) is the government's response to the need for clinical and service improvement. In 2003 they issued Guidance on Palliative Care which includes a chapter on Spiritual Support (NICE 2004). It provides an evidence-based

approach to the organisation of practice models and is a good example of how to organise and take forward the spiritual and religious agenda within NHS healthcare chaplaincy at strategic and patient levels.

The guidance sees spiritual assessment as a continuous process to be addressed at critical points in the patient journey including; "the development of new symptoms, distressing side effects of treatment, the emotional and social consequences for patients of life changing illness and changes in relationship with key people." This model of assessment demonstrates how chaplains working in a multi-professional way can offer an integrated and evidenced service to patients and their carers.

Research is beginning to demonstrate spiritual belief as a predictor of clinical outcome (King, Speck, Thomas 1999) (VandeCreek & Burton 2001) (Speck 2005). Numerous studies have been conducted by Koenig et al into religious belief and mental health (Koenig, George, Peterson 1998). Much research in the United States has been devoted to examining the relationship between intercessory prayer and health outcomes, however there has only been one Cochrane review in this area (Roberts, Ahmed & Hall 2001) which was inconclusive.

In 2006 the Caring for the Spirit project based in South Yorkshire Strategic Health Authority will be commissioning a Literature Review to produce a readable and rigorous overview of the research on healthcare chaplaincy – spiritual care, to place alongside the published Standard for Research (Speck 2005)). The completed review will provide practitioners with evidence to inform practice and will add to the knowledge base of researchers in the field. Material from the completed review will be used in the chaplaincy collaboratives to inform research-awareness, research-activity and continuing professional development.

4.1 Walter's critique of three models (1997)

In this paper the sociologist Tony Walter critiques three traditional healthcare chaplaincy models. These models reflect the way spiritual and religious

care has been organised in palliative care and has extended into acute care.

The religious community model is predicated on the religious origins of the hospice. The Christian concern for 'love of neighbour and the destination of the human soul' informs the care offered which is generally religious and liturgical. Sacramental confession, absolution, communion, last rites and burial shape this model of service and practice. The overtly religious nature of this model is challenged by secularism, pluralism and the distinction between religion and spirituality.

The religious community model is fundamentally challenged by questions like: how are spiritual needs recognised when not all patients use religious language? In a secular NHS how are spiritual needs identified? Can spiritual needs assessment be taught to frontline healthcare staff? Is religious belief required to conduct spiritual needs assessment? (Ross 1994) (Carroll 2001). Finally, who leads in the NHS on the spiritual care of patients?

The second model of calling in the chaplain is primarily a service model and offers a partial solution to these questions. In Christianity, religion and spirituality is traditionally the clergy's sphere of competence. Christian ministers of religion, be they chaplains or parochial clergy are familiar with this model. It is a traditional one and is theoretically easy to operate for all concerned as it is situation specific. However, it assumes that only some patients, usually those with a religious belief have spiritual needs and that non-clergy are unable to meet these needs. The model operates on the understanding that in Britain religion is a 'private matter' and therefore establishes a system where meeting the needs of patients is based primarily on their religious practice.

It is deficient in that it does not attempt to address the spiritual needs of patients who have no religious affiliation. This type of model often operates in smaller Trusts and chaplaincies where there is a preponderance of part-time chaplains whose primary work is church based parochial ministry.

Thirdly, the spirituality as a search for meaning model has been gaining ground in Europe and the United States (Faber 1971) (Speck 1986) (VandeCreek & Burton 2001). It can be seen as a service and practice model and is predicated on an existentialist approach to spiritual care (Walter 2002) which becomes the responsibility of all staff. The model assumes all patients have spiritual needs alongside physical, psychological and social ones.

Walter identifies two general problems with this approach, namely separating spiritual needs and care from psychological care, and the 'routinization of spiritual care.' McSherry and Ross have remarked on the lack of specificity in the language of spirituality arguing that psychological language adequately covers this area of experience (McSherry & Ross 2002). However, Pattison (1994), Hollins (2005) and Swinton (2002) among others argue to the contrary. The 'routinization' of spiritual care may become a source of role conflict as this model 'de-clarifies' the chaplain's role opening the way for role confusion.

The third model also runs into difficulties in a multi-faith context where patients who are not accustomed to expressing their spiritual needs within this predominately western philosophical discourse may be assumed to have none (Markham 1999).

4.2 Woodward's Service Model (2002)

In line with current NHS good practice this service model places patient need at the centre (Department of Health 2005). The model develops the idea of 'building a healthy hospital community' reminiscent of Wilson's service model. Woodward's understanding of the hospital's primary task is that stated in the Chaplaincy Health Care Standards (1993, 2004). His service model is based around five concentric circles.

The focus – the centre – the patient – whose spiritual and religious needs the chaplain is there to meet.

The patient's family, carers and friends – are viewed as crucial because of the relationships existing between them and the patient. Their presence can affect patient recovery.

The professional carer – health care worker – has developed significance as the average length of stay in acute hospitals has decreased. Chaplains support staff both personally and in delivering the best possible care.

The community and institution of the hospital – seeks to engage chaplaincy in the organisational workings of the hospital. This can involve chaplaincy being a bridge-builder of good communication between people; sometimes challenging the way decisions are made; encouraging good practice, and giving much-needed positive feedback.

The wider context of the hospital – involves fostering links between the hospital and the wider community. The assumption is that we cannot build a healthy hospital community without developing good links with the community who 'own' the hospital.

Woodward asks 'where God is in all this and to whom are hospital chaplains accountable?' His model offers a theological dimension to complement the 'skills based approach' of secular culture. This raises an obvious but curiously neglected discourse about the location of theology in healthcare (Orchard 2002).

4.3 Cobb's Contextual Model (2004)

The question, 'where is chaplaincy in relation to the system?' mobilises issues around the primary task of healthcare chaplaincy, its professional identity and boundaries. Cobb identifies the 'disciplinary,' 'hospital' and 'faith communities' as three contexts in healthcare chaplaincy.

In the hospital community chaplains have a moral commitment to promote well being and avoid harm. Like other healthcare professionals chaplains belong to a community of service, but unlike most they are not a recognised profession. However, chaplaincy is shaped and informed by professional and contractual responsibilities. Distinctively among

healthcare staff chaplains work not only with patients and carers but also with staff.

A disciplinary community operates around the development of a formal body of knowledge, skills and its recognition by the HPC or similar body. This complements and develops the training and formation which chaplains acquire in their faith community.

The faith community provide an initial training for the would-be priest, minister, Rabbi, Imam and so forth. Only some faith communities have formal mechanisms for validating their representatives which can be an issue when appointing chaplains to NHS chaplaincy posts. Not all faith communities have the equivalent role of a chaplain.

Cobb's model is not designed to be a model of service or practice. However, it articulates the function and relationship between the three organisational contexts which shape the chaplain's role and positions chaplaincy in relation to three systems which need to be held in a fine balance. Crucially, the model influences the models of service and practice which can be practised on a day to day basis in healthcare chaplaincy teams.

5. NATIONAL REPORTS AND DOCUMENTS

5.1 Health Care Chaplaincy Standards (1993, 2005)

The Health Care Chaplaincy Standards identify four objectives flowing from the primary task: to assess the standard of a chaplain's performance in five key roles; to inform and shape training for health care chaplains; to enhance the performance of those delivering chaplaincy services; and to assist the planning of chaplaincy service provision within the health service.

The fourth objective points to a service model developed through five key departmental aims and objectives:

Identify and assess needs for chaplaincy provision.

- Manage and develop a chaplaincy service.

- Provide opportunities for worship and religious expression.
- Provide pastoral care, counselling and therapy.
- Provide an informed resource on ethical, theological and pastoral matters.

The key roles are divided into 'units of competence' which are subdivided into 'elements.' The 'units of competence' are another way of describing models of practice. The absence of a theological dimension in the Standards has received comment (Woodward 2002).

The Standards develop a competency based approach operating from the accumulation of units of competence which develop the reflective practitioner. The model focuses on the practitioner, their skills, abilities and competencies (Kerry 2000). The revised document includes a competency in research (Speck 2005) and one for supervision is in preparation.

5.2 Hospital Chaplaincy – Modern, Dependable? (2000)

Helen Orchard's role based research set out to answer the following question: 'What service models can be identified for chaplaincies in acute London Trusts and to what extent can their performance in meeting the needs of the local population be assessed?' The study posed four question areas:

- Does chaplaincy have a recognised remit?
- How do chaplains respond to patients from different religious traditions?
- What implications does the developing nature of healthcare delivery have for chaplaincy?
- What implications does the changing nature of society have for chaplains?

Orchard's systemic and role-based research found that the chaplaincy services lacked clarity when it came to documenting and publicising the aims and objectives of the service. This translated into a paucity of documentary evidence regarding service and practice models. She notes a shift from patient-centred to staff focused chaplaincy services, citing changes in

religious adherence and quicker patient treatments. Her research documented a lack of integration between the healthcare chaplaincy service and the Trust. From this peripheral position developing a multi-professional approach to practice is problematic.

The service models identified by Orchard can be seen through the lens of referrals which include 'blanket visiting, prioritised visiting, denomination/faith specific visiting and mixed-faith visiting.' The need for chaplaincy to record data of its activities was highlighted.

Orchard's research into models of service finds focus in the section 'Considering the Fit.' Here she examines the service model of each Trust Chaplaincy according to fifteen parameters which fall into two typologies, 'sponsor defined' and 'employer defined.' The Caring for the Spirit project team considers this typology to be of fundamental importance when considering the service model in any given chaplaincy department, and consequently the practice models which can be developed from it.

5.3 Caring for the Spirit: A strategy for the chaplaincy and healthcare workforce (2003)

'Caring for the Spirit' (CFS) distinguishes between models of service and practice. It provides skeleton examples of a number of service models and practice models as detailed below. The strategy suggests that practice models can be 'aggregated into service models.' However, this approach runs the risk of neglecting the importance of attending first to the primary task of healthcare chaplaincy and then applying this within an organisational context. In each of the following five sub-sections we mention one model that is offered as an example in Caring for the Spirit.

5.3.1. A theoretical model of spiritual care

This six feature service model is a reworking by Mark Cobb of a community model proposed by David Lyall (2001). Cobb's adapts Lyall's parish/community model for use in a healthcare context.

5.3.2. A four step practice model

This simple four step practice model involves: Assessment > Care planning > Care > Review. Two examples are provided demonstrating its applicability to meeting spiritual and religious needs. The model, influential in nursing practice and the therapies, can also be used in chaplaincy. For example:

- At what stage did the patient consent to receive spiritual care?
- What is the relationship between the chaplains care plan for the patient and those prepared by other healthcare professionals working with the same patient?
- What is the patient's involvement in setting goals and outcomes for this element of care?
- What happens when the patient is transferred to another service or discharged from hospital?

5.3.3. Person-centred and holistic practice models

The person-centred models seek to promote patient involvement with their treatment and care. While many are based on different accents within the biomedical model which focuses on pathology, treatment, prognosis and outcome; the therapeutic value of holistic models is in vogue.

Within the hierarchy of evidence-based medicine, the voice and view of the patient is clearly mentioned (Sackett & Haynes 1995) and is now prioritised in current government policy (Department of Health 2005).

5.3.4. A narrative-based practice model

The social movement of evidence-based practice mobilised a reaction termed narrative-based practice (Greenhalgh & Hurwitz 1998). Its starting point is the narrative structure in the doctor-patient relationship. It operates from the premise that in the past the patient's story or illness experience has not been sufficiently valued.

The American pastoral theologian Charles Gerkin developed models of pastoral care from narrative theory. This approach to pastoral care is mediated

through conversation and story and has links with Clinical Pastoral Education (Gerkin 1997).

One aspect of narrative models is their movement between past, present and future. At different times the chaplain can shift their stance from listening to the patient's story, to encouraging them to articulate a particular aspect, to actively representing the story of the faith community and in so doing offer sustenance and care.

5.3.5. The spiritual healthcare workforce practice model

This service model is predicated on a multi-professional approach to spiritual healthcare. Initially it requires chaplains to provide education and training for staff on spiritual, cultural and religious concerns. In this way it is expected that other professionals will be more able to work with chaplains in meeting patients spiritual needs.

The model requires an imaginative approach be taken to where, when and how spiritual and religious concerns present themselves along different care-pathways. It offers chaplains the opportunity to play an important part in the training and education of staff about spiritual healthcare, and in so doing modelling a multi-professional approach, addressing spiritual concerns in healthcare and promoting chaplaincy-spiritual care.

It requires of chaplaincy departments some knowledge about the training curriculum for different professions (so that pre-registration training can be planned in) as well as keeping a close eye on a variety of NHS documents and professional publications (like the Department of Health's Essence of Care and the GMC's document Tomorrows Doctors). The British Medical Journal which is published weekly with its accompanying BMJ Careers is one simple way of accessing some of this information. Trust IT Departments will help you set up systems to access selected NHS material at publication.

Although some commentators foresee problems in this service model (Walter 1997), the education and training of staff in spiritual healthcare will

provide them with the knowledge and skills required to enable them to work with chaplains when spiritual concerns present in patient care.

6. APPROACHING CLINICAL PASTORAL EDUCATION

Clinical Pastoral Education (CPE) is a branch of pastoralia informed by psychoanalytic theory. It originated in Worcester State Hospital, Massachusetts in the 1920s and 30s through the collaboration of Anton Boisen and Richard Cabot (Stokes 1985). In 1967 the Association for Clinical Pastoral Education was founded. It developed courses focusing on pastoral situations in healthcare while using the 'verbatim report' as a learning tool in supervision.

CPE is grounded in the notion of 'the human living document' which is the lived experience of self and 'other' in any encounter (Gerkin 1984). It has developed and spread throughout many parts of the world including North America, Canada, South Africa, New Zealand, Australia, Ireland, Sweden, Hungary and Germany. The recent consensus paper between the five largest healthcare chaplaincy organisations in North America is further witness to its central role as one model of service and practice in healthcare chaplaincy (VandeCreek & Burton 2001).

In CPE training the 'verbatim report' is a way of recording and reflecting on pastoral conversations with patients. The written verbatim becomes the focus in a supervisory conversation between chaplain and supervisor for the purpose of personal and professional development. While it may never become a central approach to chaplaincy practice in England (despite the recently formed United Kingdom Association of Clinical Pastoral Education UKACPE) CPE remains an influential model of service and practice.

The 'Caring for the Spirit' document mentions the contribution of CPE in the section headed 'training programmes' for NHS chaplains. While the strategy does not venture how this approach or aspects of it might be developed within the NHS in England, the Spiritual Healthcare Development Units and Chaplaincy Collaboratives may focus on the

'verbatim report' and its use in supervision when considering the education of chaplains from foundation courses through to Continuous Professional Development (CPD).

CONCLUSION

This introduction to some theoretical models of service and practice in healthcare chaplaincy has a threefold purpose.

- Introducing the reader to some theoretical models of healthcare chaplaincy including primary and some secondary source material.
- Promoting their analysis and discussion in chaplaincy collaboratives and teams.
- Contributing to the organisation and documentation of a theoretical base from which to conduct interactions with patients and staff.

Among the many strands of this review that might be highlighted for development we suggest that the following three areas require immediate attention and focused strategic work within chaplaincy collaboratives.

1. Since 2004 the government and NHS have been steering a course designed to prioritise the development of Foundation Trusts by 2008, increase patient choice within a competitive market, develop practice based commissioning with general practitioners and redesigned Primary Care Trusts, expand capacity through enfranchising Independent Treatment Centres alongside NHS services within a system where quality is regulated through payment by results. With one stroke this links in theory - evidence-based practice which prioritises researched best practice, patient choice and a competitive market economy in healthcare.

   Increasingly the public are being provided with more choice about which treatments are available where and when in a system where money follows the patients to hospital or independent treatment centre. General practitioners and patients will have alternatives to hospital care from among the new independent treatment centres.

At the time of writing Strategic Health Authorities are being restructured reducing 28 to 10. The new SHAs will focus on developing the new system of commissioning while maintaining a strategic perspective of the NHS in their area. They will continue to provide performance management, leadership and have responsibility for ensuring that key national objectives are met and that the service provided to patients is of a high quality.

Part and parcel of these reforms witnesses the reduction of Primary Care Trusts by the end of 2006 from 302 to around 100. PCTs will support and manage Practice Based Commissioning. They will assist GPs with clinical and financial information enabling them to negotiate contracts for services needed. The PCT will be the custodian of the taxpayers' money. Their focus will also shift from providers of services to become commissioners of services alongside general practitioners.

Organisationally, professionally and personally change is sometimes experienced as threatening, anxiety provoking, unnecessary and unwelcome. However, change is constantly occurring and provides opportunities for movement and development to occur. For some it is welcomed with relief as it provides an opportunity to do things differently, or even to start again. The current changes in the NHS pose a number of opportunities and demand some strategic responses from healthcare chaplaincy. The following questions require thoughtful attention and might be focused on in a chaplaincy collaborative:

- Given that most, and probably all, NHS services will change and develop in response to the current wave of NHS reforms how will healthcare chaplaincy organise itself now for the future?
- How well do we understand the foundational changes taking place in the NHS and their potential impact on healthcare chaplaincy?
- How and where do we strategically position healthcare chaplaincy as a service inside the emerging market economy which incorporates NHS and private healthcare?

- How can we best position healthcare chaplaincy to meet the spiritual and religious needs of patients and staff in an evidenced and accountable fashion utilising the best of our theological traditions?
- How might we reframe healthcare chaplaincy to take account of the increasing shift of healthcare into the community?

The current changes sweeping through the NHS challenge healthcare chaplaincy to devise new, flexible and responsive models of service and practice. As professionals in healthcare we cannot assume that the inherited models – some of which are mentioned above – are necessarily appropriate for the present-future. We cannot assume that a secular NHS, increasingly positioned in the community and operating on the lines of a market economy will see the need to provide spiritual and religious care in the absence of evidence regarding its efficacy.

One commentator has noted that the development of independent treatment centres threatens to reduce the work of the district general hospital to the extent of questioning their future viability (Ham 2005). Amidst all this change it is crucial to perceive the clear shift towards; (a) community based treatment, not only in mental health but also in acute care; (b) the increasing use of the private sector in a mixed healthcare economy; and (c) the apparent development of some very large teaching hospitals.

These changes are set to have a marked impact on all healthcare provision in the NHS, including healthcare chaplaincy. Thoughtful, imaginative and strategic action is required now if effective models of service and practice are to be constructed to meet the spiritual and religious needs as they emerge within the competitive market of NHS healthcare.

2. The traditional parochial model requires reframing if it is to contribute effectively to a multi-professional, pluralistic and evidence-based approach to practice. The Caring for the Spirit Strategy estimates that there are around 3,000 part-time chaplains working in the NHS in England. Of these perhaps the majority are working along lines similar to the traditional parochial model outlined above.

By using Orchards (2000) ‘sponsor defined’ and ‘employer defined’ typology, Trust chaplaincy teams and their managers can map, benchmark and reorganise their service model for changing times. We are not primarily thinking here of situations where part-time chaplains are integrated members of large well managed teams, but rather places where several part-time chaplains ‘constitute the team’, or where they work alone and in isolation, or in geographical areas where they operate in a dispersed fashion.

Through an understanding of current part-time chaplaincy working practices we propose that the chaplaincy collaborative structure is a good place to tease out new and flexible models appropriate to a patient-led NHS as it moves increasingly into the community. The changing landscape of acute care in the community requires mapping across the NHS and private sector providers. This may possibly require chaplaincy collaboratives and Trust chaplaincy departments to develop models of service and practice in conjunction with commissioners, providers of care and crucially local denominational provision. This will require extensive conversations with the Christian denominations around their deployment of priests, ministers and deacons within healthcare contexts and a re-examination of current practices. This is likely to be challenging and long term work. However, it has the potential to stimulate fresh thinking on best practice models in part-time chaplaincy, and the reframing of a traditional parochial model in the ever changing arena of public healthcare and Christian ‘parochial’ ministry.

In an NHS which is increasingly community based one of the roles of part-time chaplaincy may be to create models of service and practice which are able to focus and specialise on acute care in the community, including in the NHS and private independent treatment centres. Such a service model could herald real opportunities for acute part-time chaplains to utilise their presence and strategic contacts in the local community for the development of a more community based healthcare chaplaincy work.

Here acute chaplaincy can learn from the way community based mental health chaplaincy has developed its practice.

3. The NHS culture is characterised by collaborative working (Nancarrow & Borthwick 2005). Many healthcare professionals are organised into multi-disciplinary teams where the boundaries between one profession and another are increasingly fluid. Through workforce planning new strategies have been developed for different occupational groups including healthcare chaplaincy (SYWDC 2003).

Only one of the models cited in this paper is predicated on an explicitly multi-disciplinary approach (5.3.5). This is not to criticise the other models reviewed as each has its own strengths and weaknesses. It is simply to highlight the increasing need to develop models of service and models of practice, which clearly place the healthcare chaplain within a multi-professional team approach such as those evidenced in Hospice and Palliative Care Chaplaincy (AHPCC 2006).

This does not mean that chaplains loose sight of the transcendent and religious dimensions of their work. Rather, it requires chaplaincy to work towards a deeper, more distinctive and holistic integration of service and practice models and to actively foster collaboration with other healthcare professionals.

BIBLIOGRAPHY

Association of Hospice and Palliative Care Chaplaincy (2006) Standards for Hospice & Palliative Care Chaplaincy.

Autton N (1968) Pastoral Care in Hospitals. London: SPCK.

Autton N (1966) The Hospital Ministry. London: Central Board of Finance of the Church of England.

Autton N (1963) The Pastoral Care of the Mentally Ill. London: SPCK.

Barton AE (1966) Hospital Chaplains: A survey. Contact 16. 20-25.

Beckford JA & Gilliat S (1996a). The Church of England and other Faiths in a Multi-Faith

Society. Volume 2: Healthcare Chaplaincy. Unpublished research report of the University

of Warwick; in Orchard (2000) Hospital Chaplaincy – Modern, Dependable?

Beckford JA & Gilliat S (1996b). The Church of England and other Faiths in a Multi-Faith

Society. Warwick Working Papers in Sociology 21; Warwick: University of Warwick.

Beardsley C (2006) Not Just a Comic Turn: Clowns and Healthcare Chaplains, The Journal of Healthcare Chaplaincy, 7:1.

Bollas C (1987) The Shadow of the Object. London: Free Association Books.

Carey L, Cobb M, Equeall D (2005) From 'pastoral contacts' to 'pastoral interventions,' Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy, 8: 2, 14-21.

Carroll B (2001) A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care, Mortality. 6:1 81-98.

Cobb & Robshaw (Ed) (1998) The Spiritual Challenge of Healthcare Edinburgh: Churchill Livingstone.

Cobb M (2004) The location and identity of chaplains: A contextual model. Scottish Journal of Health Care Chaplaincy 7:2, 10-16.

Culliford L (2002) Spirituality and clinical care, British Medical Journal 325: 1434-5.

Culliford L (2002a) Spiritual care and psychiatric treatment: an introduction. Advances in Psychiatric Treatment 8, 249-258.

Cusick J (2005) The clown: towards a metaphor for chaplaincy in the post modern hospital. Chaplaincy Today 21:2 12-18.

Department of Health (1996) The Patients Charter and You. London: DoH.

Department of Health (2003) NHS Chaplaincy: Meeting the religious and spiritual needs of patients and staff. The Stationery Office: London.

Department of Health (2005) Creating a patient-led NHS: delivering the NHS improvement plan. London: DH.

Faber H (1971) Pastoral Care in the Modern Hospital. London: SCM Press.

Faber H (1976) The Psychology of Religion London: SCM Press.

Folland M (2006) Opportunity and Conflict: Evidence-Based Practice and the Modernisation of Healthcare Chaplaincy. Contact, 149. 12-20.

Foskett J (1988) Who Cares for the Carers? London: SPCK.

Gerkin CV (1984) The Living Human Document: Re-Visioning Pastoral Counselling in a Hermeneutical Mode. Nashville: Abingdon.

Gerkin CV (1997) An Introduction to Pastoral Care. Nashville: Abingdon.

Greenhalgh T & Hurwitz B (Eds) (1998) Narrative-based Medicine, British Medical Journal Books.

Ham C (2005) 'Does the district general hospital have a future?' British Medical Journal 331: 1331-1333.

Hay MW (1989) Principles in building spiritual assessment tools, The American Journal of Hospice Care, September/October 1989.

Hollins S (2005) Spirituality and religion: exploring the relationship. nursing management, 12:6. 22-28.

Kerry M (2000) Towards competence: A narrative and framework for spiritual care givers. In: Spirituality in Health Care Contexts Ed: Helen Orchard.

King M, Speck P, Thomas A. (1994) Spiritual and religious beliefs in acute illness – is this a feasible area for study? Social Sciences and Medicine 38:4 631-636.

King M, Speck P, Thomas A (1999) The effect of spiritual beliefs on outcome from illness. Social Science and Medicine, 48, 1291-1299.

Koenig HG, George LK, Peterson BL (1998) Religiosity and remission from depression in medically ill older patients. American Journal of Psychiatry. 155:4, 536-42.

Koenig HG, McCullough ME, & Larson DB (2000) Handbook of Religion and Health, Oxford: Oxford University Press.

Lawrence G (1977) ' Management development… some ideals, images and realities,' in AD

Colman & MH Geller (eds) Group Relations Reader 2, AK Rice Institute Series,

Washington DC.

Lawrence G (1995) 'The Seductiveness of Totalitarian States-of-Mind,' The Journal of Healthcare Chaplaincy.

Ledger SD (2005) The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs, British Journal of Nursing, 14:4.

Legood G (1999) Chaplaincy: The Church's Sector Ministry London: Cassell.

Lyall D (2001) Integrity of Pastoral Care. London: SPCK.

Markham I (1999) Spirituality and the world faiths, In: The Spiritual Challenge of Health Care, Ed. Mark Cobb and Vanessa Robshaw.

McSherry W & Ross L (2002) Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice, Journal of Advanced Nursing 38:5.

McSherry W (2002) A critical view of spirituality and spiritual assessment, Journal of Advanced Nursing 38:5.

McSherry W, Cash K, Ross L (2004) Meaning of spirituality: implications for nursing practice. Journal of Clinical Nursing 13: 934-941.

Ministry of Health (1948) Regional Hospital Board RHB(48)76.

Monk G (1996) (Ed) Narrative Therapy in Practice – The Archaeology of Hope.

Nancarrow SA & Borthwick AM (2005) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce, Sociology of Health and illness 897-919.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2004) Guidance on Cancer Services: Improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: NICE.

NHS Training Directorate (1993, 2004), Health Care Chaplaincy Standards, Bristol: NHS Training Directorate.

NHSE Northern & Yorkshire & Leeds University Institute of Nursing (1995) A Framework for Spiritual and Related Pastoral Care. Leeds.

Orchard H (2000) Hospital Chaplaincy: Modern, Dependable? The Lincoln Theological Institute, University of Sheffield.

Orchard H (2002) Back to the Bedside, Modern Believing, 41:2.

Pierce B (2004) The introduction and evaluation of a spiritual assessment tool in a palliative care unit, Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy, 7: 2, pp. 39-44.

Pattison S (1980) 'Images of Inadequacy: Some theoretical models of hospital chaplaincy.' Contact 69:4. 6-15.

Pattison S (1994) Pastoral Care and Liberation Theology. Cambridge: Cambridge University Press.

Rice AK (1963) The Enterprise and its Environment. Tavistock.

Roberts L, Ahmed I, Hall S (2001) Cochrane Review: Intercessory prayer for the alleviation of ill health. Cochrane Library, Oxford.

Ross L (1994) Spiritual aspects of nursing. Journal of Advanced Nursing. 19: 3. 439-47.

Sackett, DL. Haynes RB. (1995). On the need for evidence-based medicine. Evidence-Based Medicine, 1:1 5-6.

South Yorkshire Workforce Development Confederation (2003) Caring for the Spirit: A strategy for the chaplaincy and healthcare workforce. Sheffield: SYWDC.

Speck P (2002) A Credible Foundation for Health Care Chaplaincy. The Norman Autton Memorial Lecture. www.mfghc.org.uk

Speck P, Higginson I, Addington-Hall J (2004) Spiritual needs in health care: May be distinct

from religious ones and are integral to palliative care. British Medical Journal 329: 124- 124.

Speck P (2005) The evidence base for spiritual healthcare. nursing management 12:6 28-31.

Speck P (2005) A Standard for Research in Health Care Chaplaincy. The Journal of Health Care Chaplaincy. 6:1 26-41.

Stokes A (1985) Ministry after Freud New York: Pilgrim Press.

Swinton (2001), Spirituality and Mental Health Care: Rediscovering a 'Forgotten' Dimension. London: Jessica Kingsley Publishers.

Swinton J (2002) Response to: 'A critical view of spirituality and spiritual assessment,' Journal of Advanced Nursing 39: 1-2.

Swift C (2004) How Should Healthcare Chaplaincy Negotiate its Professional Identity? Contact, 144, 1-13.

UKCC (2000) United Kingdom Central Council for Nurses, Midwives and Health Visitors

Requirements for Pre-Registration Nursing Programmes. UKCC, London.

VandeCreek L, Burton L (2001) Professional Chaplaincy: Its role and importance in

healthcare.

Walter T (1997) The ideology and organisation of spiritual care: Three approaches. Palliative Medicine. 11: 21-30.

Walter T (2002) Spirituality in palliative care: opportunity of burden? Palliative Medicine 16:133-39.

Ward F (2005) Lifelong Learning – Theological Education and Supervision. London: SCM Press.

Wilson M (1971) The Hospital – A Place of Truth. University of Birmingham Institute for the

Study of Worship and Religious Architecture.

Woodward J (2000) 'The relevance of Michael Wilson's chaplaincy research for healthcare chaplaincy today.' Contact 131, 16-23.

Woodward J (2002) Health Care Chaplaincy: A reflection on Models. Modern Believing, 41:2 20-30.

SOME USEFUL WEB SITES

www.sysha.nhs.uk

www.mfghc.org.uk

www.dh.gov.uk

www.connectingforhelth.nhs.uk

www.nice.org.uk

www.contactpracticaltheology.org

www.healthcarechaplains.org

www.sach.org.uk

VERBATIM-1

(A Married Couple's gladness and confusion)

Chaplain's Name: Hasan MOLLAOGLU

Participant's Initials: H T

Date of Interview: Feb, 8, 2008

Age: 24 Race: White Turkish Gender: F

Length of Interview: about 30 min.

Location of Encounter: Lutheran Hospital

Denomination: Muslim

Pastoral Diagnosis: To share their happiness, to make prayer for new baby, Care and Sport

Background Information:

H T is a Muslim woman. She got married about 2.5 years ago. She and her husband is member of our congregation. They always support to our community. This baby is a first child in their family. For that reason they were so happy and excited. They gave their child's name Huseyin. That name was their Grandpa's name.

There is prayer for newborn baby in our Culture. A baby is bathed immediately after birth, before giving it to the mother. The Imam whispers the call to prayer in the child's ears so that the first sounds it hears are about the Muslim faith. After that he makes a prayer for baby and for parent. They wanted to me to make this prayer.

C-1 Salamun ailaykum (May GOD peace be upon you) my brother.

Husband-1 Va ailaykum as- Salam (May GOD peace be upon to you)

C-2 Congratulations. What do you feel as a new father?

Husband-2 (While smiling) that is a different feeling. But thanks God.

C-3 May God gives him long life with health.

Husband-3 Ameen. Thank you so much for coming.

(Then we went in to patient's room then I saw the baby. I said.(Masaallah) It's means "May God preserve him/her from evil." In the Islamic culture any body sees a good things they say this word.

C-4 Congratulations sister H. I'm very happy for you.

P-4 Thank you.

C-5 How is your feeling?

P-5 I'm ok. But feeling is different.

C-6 I could imagine what you are feeling on the inside.

P-6 I have pain but I'm very happy. But little bit worried.

C-7 Mmh Can you explain why are you worried?

P-7 (some silent) I think it brought upon us none responsibility. We should be more sensitive about our life, because we are not alone now.

C-8 I think you right. May God make it easy for you?

P-8 Ameen.

C-9 What do you think? We could start the praying for baby.

P and Husband-9 Ok.

(We call the Azaan right ears and call the İkamah left ears after that we recited Ayat el- Kursy and pray for baby)

C-10 Congratulations

P-10 Thank you so much for visiting.

ANALYSIS

1) Participant's Situation

Patient was a happy little bit worried because she was also concerted about her son's future.

2) Chaplain's Feeling:

I was a happy also to share their happiness. I tried to help about their worried with my prayer. I think if the happiness will share each other that they will give us a beauty and kindness.

VERBATIM-2

(The Wedding Without Father)

Chaplain's Name: Hasan MOLLAOGLU

Participant's Initials: M H

Date of Interview: Apr, 11, 2008

Age: 52 Race: White Turkish Gender: M

Length of Interview: about 30 min.

Location of Encounter: At Mosque

Denomination: Muslim

Pastoral Diagnosis: Anxious, Unhappy, Hesitant, Depressing, Need for Prayer, Care and Support

Background Information:

M H is a Muslim, married and Turkish man. He is our member of our congregation. He was married and had good business in Turkey until 1995 After that, something was going bad. He went bankrupt. He divorced. But he had a daughter that she was 13 years old on that time. He got USA visa and he came to New York at the end of 1998. He was a hairdresser. He stared to work at the beauty salon. He settled his debt. Also he was sporting his daughter. At the end of 1997, he met a Turkish lady. They got married. They have two children. When they have visa they applied to green card. But their visa was expired when it was pending. Right now they don't have any paper.

His daughter called him two weeks ago. She was inviting him to her wedding. But he did not tell anything Yes or No. When they were on the phone they cried together. But nothing helps them. For that reason he was feeling pain. And he needs care and sport with emotionally and spiritually. We talked and prayed together.

THE VISIT

C-1 Hi! How are you? I didn't see you last two weeks.

P-2 That is right. I did not make it. Because…(He waited for 10 second) my mind is confused.

C-2 May be I take care of you. What's happened?

P-2 I thought Imam, nothing is not fair in life.

C-3 (Before he came, I made coffee) I think my friend your condition is so deep. You are not alone. Would you like a cup coffee?

P-3 Ok…(I brought a cup coffee and cookies)

C-4 Do you want to talk about your condition?

P-4 (After some silence) you know Imam my daughter will get married.

C-5 How could be. She is about 10 years old. Isn't like that.

P-5 No Imam No. Not that one. Before I came here I was married and I had a daughter. She will get married. Two weeks ago she called me and she invited me her wedding.

C-6 Ok. I understood why you didn't come to here.

P-5 I don't know I became depressed.

C-7 You have no reason to feel like this, you have such a good children in here. Also they need you. You should be stronger right now then before.

P-7 But I'm worried about her.

C-8 What's worrying you? She will have a husband that to take care of her and also she will have new father. You should proud of her.

P-8 (He finished his coffee and he said) Thanks God.

C-10 Could we pray together?

P-10 Yes, yes,

C-11 O God you are all-Powerful, Help your beloved servant M H. And make it easy for him and bless him. O GOD may their wedding blessed one. Amen

Analysis:

As seen by the patient:

M H sees as being a father to take care of his daughter. His daughter is very important for him. He felt that his daughter has been abandon by himself. And he

feels anxious, depressing, and unhappy. He seems angry toward the government of USA.

As see by chaplain:

M H is worried angry and hurt. He lost his trust to get a green card. His daughter seems to be very important to him. He always wants to support, love and care his family and his children.

VERBATIM-3

Chaplain's Name: Hasan MOLLAOGLU

Participant's Initials: A N

Date of Interview: Apr, 28, 2008

Age: 42 Race: Egyptian Gender: M

Length of Interview: about 30 min.

Location of Encounter: Coney Island Hospital

Denomination: Muslim

Pastoral Diagnosis: Blameworthy, Angry, Anxious, Unhappy, Care and Support

Background Information:

When I started to our mosque as an Imam, there was a member who is Egyptian. One of my congregations told me that he was in Coney Island Hospital. I wanted to visit him. He was a male patient who is 42 years old. Also He is a Muslim immigrant from Egypt. He is married with two children. He fell from a latter and broke his left leg. Following day I visited him at the hospital.

I decided to visit him without any expectations. I did not know much about him like the length of stay in the U.S.A, economical condition, and his level of practice of his faith. I just wanted to go into his room, greet him and go from there.

When I entered the room, A N was lying on his bed. The curtains were open and the room was not dark at all. His wife was sitting on the chair. His wife had a headscarf. They were both watching TV.

THE VISIT

C1. Assalamu Alaikum (Peace be with you)

P1. We alaikum Salam (peace be with you too)

C2. One brother told me that you are at the hospital. I wanted to see you and pray for you.

P2. Thank you Imam.

C-3. What happened to your leg?

P-3. (He starts speaking in Arabic. I responded in Arabic for a little, and then I asked him to speak in English. After that we communicated in English.) I fell from the latter while I was trying to fix something on the house. It was not that high, but the ground was not straight. Alhamdulillah I am ok.

C-4. You sound like you have no problem with it.

P-4. No. I do not have any problem with it. It is my destiny. When God wills to make something happen, it will happen. There is always something good in what happened. You know, sometimes people deviate from the path of God, and God warns them with such things.

C-5. I think it is a very positive thing for you to think of this way. You think this accident was a warning for you?

P-6. O yes. I was almost expecting for such a thing to happen. If you look at the distance that I fell, you would not expect that my leg would be broken. It is a short distance. This was something from God.

C-7- You said that you were expecting for such a thing to happen to you.

C-8. Yes I was. I visited my country few weeks ago. I could not stay long. I could not visit my relatives. They live in different cities. Every time I go to my country, I visit them, but this year I could not. I did not stay long enough. I was not happy with that.

C-9. Well I am sure they knew you were there. Did not they come to see you?

P-9. Well some of them did. I did not see many of them. (He did not talk much about his family and relatives. It might be a cultural thing or maybe because his wife was with him.)

C-10Why did you want to see them?

P-10You know, keeping in touch with relatives and visiting them is strongly recommended in Islam.

C11. Yes I know. It is very good that you keep in touch with your relatives. Brother. It is very good that you take this accident as a warning and make some positive changes in your religious life because of that. You know that there is a verse in the Quran supporting what you say: Whatever calamity befalls you, it is because of what your hands do, and God forgives many of it. So God willing, this ailment will be a source of reward for you. The prophet said: Whenever a Muslim encounters a hardship or illness; God will expatiate some of his/her sins because of that. I hope this broken leg will be a source of reward for you as long as you have this attitude. I should also say that our understanding of destiny does not negate human free will. We make choices, and that is how we become responsible. We choose, and God creates the result of our choice. I hope God Willing; you are going to visit you relatives, when you go to your country next time.

(I read a verse from Holy Quran and we greeted each other, and I left)

Analysis:

1. Patient Evaluation

I visited that patient once and the length of the visit was about half an hour. He looked and sounded very upbeat. I felt that he was completely fine with what happened to his leg. He constantly said, “Thanks be to God” throughout the conversation. He tried to understand the meaning of that accident in the context of his faith tradition. His main concern was his relatives that he was not able to visit when he traveled to his country last time. I tried to get him talk as to why it was important to see his relatives, but he did not say. I can speculate that the reason he did not see his relatives have to do with financial reasons. Immigrants who live in America usually help their relatives in their home countries financially. He mentioned that he changed his job lately. Probably he was not able to help them this time and he was feeling bad about it.

a. Physical concerns: The patient was going to be discharged the next after my visit. He was in the hospital for 4 days. They put a cast on his left leg. He did not have any other problems as far as he told me. He was aware that his leg is in the process of recovery, and he was going to be discharged. He was upbeat and in good mood.

b. Psychological Concerns: Psychologically, I think he was concerned about his relatives back in home country. I think that he was feeling guilty, because he thought he ignored them, or he should have done more for them. Especially, in some countries where the sense of community and the family ties are strong, it becomes psychologically more painful when a person ignores his family. Even though he did not mention the reason as to why visiting them was so important, he was definitely feeling bad about not being able to visit them the last time. I think the accident kind of made his assumption even stronger that he did something wrong. At the same time, the accident brought some relief to him in the sense that he served his punishment for what he did, and this his feeling of guilt faded at least partially.

c. Sociological Concerns: This patient has an immigrant background. Sometimes he goes back to visit his family and relatives. I thought that he had a strong feeling of responsibility toward his relatives. He used a religious expression “sila rahm” (to keep in touch with relatives) to emphasize how important it is for him to be in touch with them. This notion of extensive family support is very central in some countries like the country he comes from. Here in this country he does not have that support, so I think this notion becomes more important for him as he lives here without that support.

d. Spiritual assessment: I think that the patient has a strong spiritual connection with God.

2. Chaplain Evaluation: During the visit, I was thought with his level of faith. He viewed the accident as a warning from God, and thought that it was his fate, and he did not have the power to change it. He thought that this warning also was a sign of love of God for him. God warned him through this accident so that he does not deviate from the path of God. I thought that he had a very positive response when he tried to understand the meaning of the accident. He said he would do more his relatives and never neglect them again. I thought that his response to the accident was very pastoral to him.