

DİN, MANEVİYAT VE TIP: KLİNİK UYGULAMA İÇİN ARAŞTIRMA BULGULARI VE ÖNERİLER*

Harold G. KOENING
Çev. Nurten KIMTER
Yrd. Doç. Dr., ÇOMÜ İlahiyat Fakültesi
nurtenkimter@comu.edu.tr

Özet

Giderek artan bilimsel araştırma miktarı din ve maneviyat ile hem ruh hem de beden sağlığı arasındaki ilişkileri gözler önüne sermektedir. Bu sonuçlar, anlam ve amaçla ilgili varoluşsal sıkıntıların yanı sıra güçlü psikolojik ve sosyal değişiklikler yaşayan ciddi ya da kronik hastalıkları olan hastalar için bilhassa geçerlidir. Son araştırmalar, dini inançların kemoterapi alımı ve diğer hayat kurtarıcı tedaviler gibi tıbbî kararları etkilediğini ve bazen de tıbbî tedaviyle çatışabildiğini göstermektedir. Bu makale, hekimlerin bu tür bir bilgiyi kullanma biçimlerini ele almaktadır. Maneviyat, pek çok hekimi rahatsız eden bir alandır. Çünkü tıp fakültelerindeki eğitim ve 'sürekli tıp eğitimi' (continuing medical education) programları sınırlıdır. Çoğu hekim sadece (din ve maneviyatla ilgili) gerekli eğitimin eksik oluşundan değil hastalara ilave zaman harcama ve etik sınırları ihlal etme konusunda da endişe duymaktadır. Bu tür endişeler geçerli olmakla beraber onlardan her birisi mantıklı bir şekilde ele alınabilir. Manevi yaşam öyküsünü dinleyip ona göre hareket etme, hastanın inançlarını destekleme ve manevi ihtiyaçları gidermeyi planlama bu makalenin ele alacağı konular arasındadır. Amaç, tıbbî tedaviyi sağlayan hekimlere yardımcı olmak başka bir deyişle hastaların tıbbî rahatsızlığa anlam verme ve onun üstesinden gelme biçimlerine karşı duyarlı olmaktır.

Anahtar kelimeler: Beden ve Ruh Sağlığı, Din, Manevî İhtiyaçlar.



RELIGION, SPIRITUALITY, AND MEDICINE: RESEARCH FINDINGS AND IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

Abstract

A growing body of scientific research suggests connections between religion, spirituality, and both mental and physical health. The findings are particularly strong in patients with severe or chronic illnesses who are having stressful psychologic and social changes, as well as existential struggles related to meaning and purpose. Recent studies indicate that religious beliefs influence medical decisions, such as the use of chemotherapy and other life-saving treatments, and at times may conflict with medical care. This article addresses

* Harold G. Koenig, MD., "Religion, Spirituality and Medicine. Research Findings And Implications For Clinical Practice", 2004, Southern Medical Journal 97:1194-1200.

the ways physicians can use such information. Spirituality is an area that makes many physicians uncomfortable, since training in medical schools and continuing medical education programs are limited. Not only do most physicians lack the necessary training, they worry about spending additional time with patients and overstepping ethical boundaries. While these concerns are valid, each can be addressed in a sensible way. Taking a spiritual history, supporting the patient's beliefs, and orchestrating the fulfillment of spiritual needs are among the topics this article will address. The goal is to help physicians provide medical care that is sensitive to the way many patients understand and cope with medical illness.

Keywords: Mental and Physical Health, Religion, Spiritual Needs.



Giriş

Dinî inançlar ve pratikler tıbbî açıdan tedavi olmak isteyen hastalar arasında yaygındır. Hatta bu kimseler çoğu kez dindar olmayıp kendilerini bir şekilde “manevi yaşantısı olanlar” olarak tanımlayanlardır[1]. Maneviyat, daha bireysel ve daha özbelirlenimcidir. Halbuki din, genel olarak paylaşılan inanç ve ritüelleri ile birlikte bir toplumla ilişkileri içermektedir. Dindarlık ile maneviyyat arasındaki çok fazla örtüşme yüzünden (tıbbî hastaların neredeyse %90'ı kendilerinin hem dindar hem de manevi yaşantıları olduğunu düşünmektedir) bu iki terim bu makalede birbirinin yerine kullanılacaktır. Bu tür konular hastalarla birlikte ele alındığında, belki de en iyisi, hastaya kendisine göre anlamını yorumlama imkanı veren geniş ve kapsayıcı doğası yüzünden maneviyyat terimini kullanmaktır. Bununla birlikte araştırmalardan söz ettiğimizde daha dikkatli olmak gerekmektedir. Şimdiye kadar yapılan çalışmaların çoğu, din üzerinde yoğunlaşmıştır. Çünkü dinin anlamı hususunda daha fazla fikir birliği vardır ve din ölçülebilir davranışlarla da ilişkilidir.

Pek çok hasta niçin dindardır? Birinci neden; din, Birleşik Devletlerde özellikle Güneyde[2] çok yaygın olduğu içindir. Dinî inanç, dinî mensubiyet, dinî etki ve dinî katılım yaygındır ve yaşla birlikte giderek artmaktadır. Ciddi ya da kronik sağlık problemleri olan çoğu hastanın daha da yaşlandıklarında dindar olmaları şaşırtıcı değildir. Ayrıca hastaların ve hekimlerin dindarlık seviyelerinde dikkate değer bir fark vardır[3-4].

İkinci sebep; dinin tıbbî hastalar arasında çok yaygın oluşunun nedeni, insanların hasta olduklarında hayatlarında hastalığın meydana getirdiği değişikliklerle ilgili stres yaşamalarıdır. Daha önce dindar olmayan çoğu kimse teselli için dine yönelebilmektedir. İster yeni bir başa çıkma metodu olarak ister bir ömür devam eden bir inanç olarak din, Goliath Hastalığı[†] ile yüz yüze gelen hastalar için giderek önemli olmaktadır. Dinde teselli arayanlar birçok

[†] Tıpta büyüme hormonunun aşırı üretilmesi sonucu ortaya çıkan ve akromegali olarak da isimlendirilen, tedavi edilmediğinde iç organlarda önemli bozukluklara yol açtığı gibi görme alanı kusuruna da sebep olan kronik bir hastalıktır (ç.n.)

şekilde ona başvurmaktadır. Birleşik Devletlerde bu, çoğu zaman sevgi dolu ve şefkatli bir Tanrı (Allah) inancını, özel dinî aktiviteleri (dua ve meditasyon gibi), bir istikamet ve cesaret için dinî metinleri okumayı ya da bir inanç topluluğunun üyelerinden veya bir papazdan destek aramayı içermektedir.

Tıp çevrelerinde dinî başa çıkmanın sistematik incelemeleri, sağlık problemlerinin üstesinden gelmek için dinî inançlara ve pratiklere bağlanan hastaların yüksek oranda olduğunu kanıtlamaktadır. Kuzey Carolina'da Duke Üniversitesi Tıp Merkezi'nin genel tıp, kardiyoloji ve nöroloji servislerine peşe kabul edilen 337 hastanın incelenmesinde, yaklaşık olarak bu hastaların % 90'ını başa çıkmak için bir dereceye kadar dini kullandıklarını ifade etmiş ve bunların % 40'ından fazlası dinin halihazırda kendilerini koruyan en önemli faktör olduğunu belirtmiştir[5].

Anahtar Noktalar

- Araştırmalar, din/maneviyat ve sağlık arasındaki ilişkiyi gittikçe daha fazla ortaya koymaktadır.
- Hekimler bu araştırmaların farkında olmalıdır ve onların klinik sonuçlarını anlamalıdır.
- Ciddi ya da kronik hastalıkları olan tüm hastaların kısa bir manevi geçmişinin kaydedilmesi önerilmektedir.
- Eğer manevi sorunlar mevcutsa papazlara ya da diğer manevi bakım uzmanlarına yönlendirilmesi tavsiye edilmektedir.

Altmıştan fazla araştırma şu ana kadar dinin, hastaların eklem iltihabı, diyabet, böbrek hastalığı, kanser, kalp hastalığı, akciğer hastalığı, AIDS, kistik fibroz, orak hücreli anemisi, ilerleyici sinir sistemi hastalığı, kronik ağrı gibi çeşitli tıbbi koşullarla baş etmelerinde ve genç bir (insanın) ciddi ve ölümcül hastalıklarla baş etmesinde oynadığı rolü incelemiştir[6].

Bu araştırmalarda hastalar genellikle dini inançların ve pratiklerin özellikle tıbbî bir hastalıkla baş etmede güçlü bir umut, anlam ve teselli kaynağı olduğunu belirtmiştir. Yukarıda ifade edildiği gibi bu (husus), bilhassa iş göremezlik boyutu ya da kötü seyirli ve kronik doğalarıyla karakterize edilen bazı rahatsızlıkları olan hastalar için geçerlidir. Ayrıca, din ile özellikle ilişkili gözüken yaşlılar, kadınlar ve etnik azınlıkları (örneğin siyahlar ve İspanyollar) içeren özel bir popülasyon mevcuttur[7]. Bir sonraki soru dinî inançların ve pratiklerin insanların başa çıkmalarında gerçekten etkili olup olmadığı sorusudur. 20. yüzyılın büyük bir kısmında önde gelen ruh sağlığı uzmanları tarafından bu soruya verilen cevap "hayırdır". En iyi ihtimalle din sağlıkla ilişkisiz olarak görülmekte, en kötü ihtimalle de din duygusal olarak sağlığa zararlı ve hastalıklı bir semptom ya da nevroz nedeni olarak görülmektedir[8,9].

Din, İyi Oluş ve Ruh Sağlığı

Bununla birlikte, araştırmacılar dinî inanç ve pratiklerin sonuçlarını sistematik olarak araştırmaya başladıklarında çok farklı sonuçlar elde etmişlerdir. 2000 yılından önce bile 700'den fazla araştırma din, iyi oluş ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yaklaşık olarak bu araştırmaların 500'ü nevrozu desteklemek yerine, daha fazla ruhsal sağlık, daha çok iyi oluş ya da daha az madde kullanımı ile (dini inanç ve uygulamalar arasındaki) dikkate değer pozitif bir ilişkiyi ortaya çıkarmıştır[10]. Bu (araştırmalar), dindar hastalarda dinî terapinin dindışı terapiden daha hızlı sonuçlar verdiğine dair çok fazla bulgu ile birlikte yas (sevilen birisinin ölümü nedeniyle), anksiyete ve depresyon tedavisini içeren klinik denemeleri ve tesadüfen seçilen örneklem sayısını içermektedir.

Dinî inançlar ve pratikler sadece daha düşük seviyede depresyon ve depresyondan daha çabuk iyileşme (93 araştırmanın 63'ü), daha düşük seviyede intihar (68 araştırmanın 57'si), daha az anksiyete (69 araştırmanın 35'i) ve daha az madde kullanımı (120 araştırmanın 98'i) ile ilişkili değil aynı zamanda daha fazla iyi oluş, umut, iyimserlik (114 araştırmadan 91'i) ve hayatta daha fazla amaç ve anlam bulma (16 araştırmadan 15'i), daha fazla evlilik tatmini ve istikrar (38 araştırmadan 35'i) ve daha yüksek seviyede sosyal destekle de (20 araştırmadan 19'u) ilişkili bulunmuştur. Bu (husus) işlevsel olarak daha ziyade iş göremez durumda olan kişiler için bilhassa doğrudur[11-13]. 2000-2002 yılları arasında psikoloji literatürü içerisinde ortaya çıkan din, maneviyat ve ruh sağlığını içeren ilave 1100'den fazla makale, araştırma ve inceleme, 1980-1982 yılları arasında gerçekleştirilen 101 makale ile karşılaştırılmış ve bilim topluluğu tarafından bu alandaki 11 katlık dikkate değer bir artışa dikkat çekilmiştir[14].

Dini İnançlar ve Pratikler,

- Daha az intihar oranı
- Daha az anksiyete
- Daha az madde kullanımı
- Daha az depresyon ve depresyondan daha hızlı bir şekilde iyileşme
- Daha fazla iyi oluş, umut ve iyimserlik
- Hayatta daha fazla anlam ve amaç bulma
- Daha fazla sosyal destek
- Daha fazla evlilik tatmini ve istikrar ile ilişkilidir.

Din ve Beden Sağlığı

Dinî inançlar ve pratikler, hastalara hastalıkları ile daha iyi baş etmek, sosyal desteği arttırmak ve madde kullanımı gibi kendilerine zarar verici davranışlardan kaçınmak için yardımcı olduklarından dinin psikolojik, sosyal ve davranışsal yollarla bedensel sağlığı nasıl etkilediğini anlamak önemlidir. Psikolojik stresin psikolojik aktif olma ve sağlıkla ilgili yaşam

kalitesi üzerindeki etkisi giderek iyice kanıtlanmaktadır[15-16]. Eğer artan dindarlık stres seviyesini azaltıyor ve sosyal desteği arttırıyorsa o zaman dindarlığın aynı zamanda bedensel sağlığa da etki etmesi gerekir. Bu ilişkiyi ortaya çıkarmak için çok fazla araştırma yapılması gerekli olsa da dinin ruh sağlığı üzerindeki pozitif etkileri sayesinde hastaların bedensel sağlıklarına da yarar sağlayabildiğinin kanıtları çoğalmaktadır.

2000 yılından önce beden sağlığı sonuçları üzerine yapılan bir araştırmanın özeti (2000 yılından sonraki araştırmaların hiçbir sistematik incelemesi yapılmamıştır) aşağıdaki hususları ortaya çıkarmıştır[10]: Dinî inanç ve aktiviteler daha iyi bir bağışıklık fonksiyonu (5 araştırmadan 5'i), kanserden daha düşük ölüm oranı (7 araştırmadan 5'i), daha az kalp hastalığı ya da daha iyi kardiyoloji sonuçları (11 araştırmadan 7'si), daha düşük kan basıncı (23 araştırmadan 14'ü), daha düşük kolestrol (3 araştırmadan 3'ü) ve daha çok sağlık davranışları (25 araştırmadan 23'ü, daha az sigara içme; 5 araştırmadan 3'ü, daha fazla egzersiz yapma; 2 araştırmadan 2'si, daha iyi uyku uyuma) ile ilişkilidir. Ayrıca ölüm oranı incelemelerinde, 52 araştırmadan 39'u (%75) dindar insanların önemli ölçüde daha uzun yaşadıklarını ortaya çıkarmıştır (23 ve 31 yaş sonrasını takip eden en az ileriye dönük iki araştırmayı da dahil ederek)[17-18]. Dinî aktivitelere düzenli katılımın uzun ömürlü olma üzerindeki etkisi, ömür süresine ilave bir 7 yıl ekleyen (siyahlar için 14 yıl) sigara içmemenin (özellikle kadınlarda)[19] etkisine benzemektedir[20].

Dinin Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkisi

Ruh ve beden sağlığı ile dindarlık arasında var olan genel pozitif bir ilişkinin yanında din, aynı zamanda sağlık hizmeti sağlamaya doğrudan etki eden faktörleri de etkilemektedir.

Bu faktörler dört ana kategoriye ayrılır: Tıbbî karar verme, tıbbî tedavi ile uyuşmayan inançlar, stres yaratan ve sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkileyen ruhsal çatışmalar ve hastalık tespiti ve tedavi uygunluğu.

1. Tıbbî Karar Verme

Dinî inançların hastaların tıbbî kararlarına etki ettiğine dair kanıtlar çoğalmaktadır. Pensilvanya Üniversitesi'nin akciğer kliniğindeki hastalarla ilgili bir araştırma, dinî inançların tıbbî karar vermeyi etkilediğini belirten hastaların %60'nın ciddi bir şekilde hasta olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu hasta örnekleminin %80'i, dinî inançları ile ilgili araştırmalara açık olduklarını ifade etmiştir[21]. Çok yakın geçmişte Klinik Onkoloji Dergisi, Amerikan Klinik Onkoloji Derneği'nin yıllık toplantısına katılan 257 tıp onkolojisti ve ileri derecede akciğer kanseri olan 100 hasta ile onların hasta bakıcılarının ankete dayalı bir araştırmasını yayınlamıştır[22]. Bu çalışmada araştırmacılar, katılımcılardan kemoterapi kararına etki eden 7 faktörü önem derecelerine göre sıralamalarını istemiştir. Bu yedi faktör; onkolojistin tavsiyesi, Tanrı'ya inanç, hastalığı iyileştirecek tedavi gücü, yan etkiler, aile

doktorunun tavsiyesi, eşinin tavsiyesi ve çocukların tavsiyesidir. Üç grubun tamamı (hastalar, aile ve hekimler) onkolojistin tavsiyesine 1. sırada yer vermiştir. Bununla birlikte hastalar ve aile üyelerinin her ikisi de Tanrı'ya inanmaya 2. sırada yer vermelerine rağmen onkolojistler Tanrıya inanmaya en son sırada (7. sırada) yer vermiştir. Bu araştırma sağlık çalışanlarının, dinî inançların (hastalıkla) başa çıkmada ve hastaların tıbbî kararlarını etkilemedeki rolünü küçümsediklerini ortaya koymaktadır. Yaşam desteğini geri çekme ya da canlandırmayın talimatları (ümitsiz hastalarda kalp ve solunum durması olayında herhangi bir müdahalede bulunmama kararı) hastalar ve aileleri tarafından dinî inançlara bağlı olarak verilmektedir, her ne kadar bu inançlar bazen doktorlar tarafından tartışılabilir.

2. Tıbbî Tedavi İle Uyuşmayan İnançlar

Dinî inançlar bilhassa ülkenin son derece dindar bölgelerinde hekim tarafından belirlenmiş tedavilerle uyuşmayabilir. En yaygın olarak bilinen uyuşmazlık ve belki de yetişkinler için içine dahil olduğunda en basit (olanı), Yehova Şahitleri'nin kan ürünlerini kabul etmemeye dair inançlarıdır[23]. Başka bir örnek, erişkin Hıristiyan Bilim adamları ya da Ortadoks Reformist Kilisesi üyelerinin antibiyotik almaya ya da aşı olmaya muhalif olan inançlarıdır[24]. İşin içine çocuklar dahil olduğunda bu uyuşmazlıklar daha da kompleks hale gelmektedir[25]. Belli hıristiyan gruplar şifa için daha ziyade dua etmeyi ya da başka dinî ritüelleri yerine getirmeyi tercih ederek benzer şekilde ilaç almaya ya da tıbbî prosedürleri kabul etmeye yönelik muhalif inançlara sahip olabilmektedir.

En iyi bilinen örnek olay, Indiana'daki Faith Assembly (İnanç Grubu) nin durumudur. Bu inanç grubunun üyeleri hastane dışında, doktor müdahalesi olmadan doğum yapma ve doğum öncesi bakımı (prenatal care) kabul etmemeyi benimsemişlerdir. Araştırmacılar, Faith Assembly (İnanç Grubu) üyelerinin yaşadığı vilayette gebelikteki anne ölümleri (maternal mortality) ile doğumun hemen öncesi ve doğum esnasındaki çocuk ölüm oranlarını Indiana'nın diğer vilayetlerindeki aynı döneme ait ölüm oranları ile karşılaştırmışlardır[26]. Araştırmacılar, bölgedeki bin canlı doğumdan 18'i ile kıyaslandığında Faith Assembly çocukları arasındaki doğum öncesi ve doğum esnasındaki ölüm (perinatal mortality) oranının binde 48 olduğunu tespit etmişlerdir (3:1 oran, $P < 0.01$). Hatta bu fark anneye ait ölüm (maternal ölüm) oranında daha da yüksektir: Diğer vilayetlerde bu oran (anneye ait ölüm oranı) 100 bin doğumda 9 iken söz konusu grubun yaşadığı vilayette 100 bin doğumda 872'dir. (100:1 oran, $P < 0.001$). Bu araştırma yayımlandıktan sonra Indiana Genel Meclisi (Indiana General Assembly), tıbbi tedaviye engel olmanın rapor edilmesini gerektiren bir yasa çıkartmıştır. Takip eden 3 yıl süresince doğum öncesi ve doğum esnasındaki çocuk ölüm oranı neredeyse yarı yarıya azalmış ve anne ölüm oranı ise neredeyse ortadan kalkmıştır[27].

Yukarıdaki durumlar oldukça açıktır. Bu durum, tek başına bir hastanın kendi inanç topluluğunun değerleriyle uyuşmayan istekleri olduğunda daha da karmaşık bir hal almaktadır. Örneğin depresyonlu bir kimse, kendisini rahatlatmak için anti depresan almayı isteyebilir. Papaz ya da diğer kilise üyeleri hastanın ilaç almak yerine ibadet etmesi, İncil okuması gerektiğine ve daha erdemli bir Hristiyan yaşantısına yönelmesi gerektiğine güçlü bir şekilde inanabilir. Kürtaj, desteklenmiş intihar ya da HIV virüsü ile ilgili inançlar aynı şekilde hastanın dinî topluluğunun değerleriyle uyuşmayabilir ve bu durum tıbbî tedaviye yönelmiş olan hasta üzerinde baskı yaratabilir. Hasta ve sağlık hizmeti uzmanları, aile ve toplumun desteğini riske atabilecekleri için bu durumlarla baş etmek zordur[28].

3. Manevi Sıkıntılar

Hastalar ani bir rahatsızlıkla hastaneye kaldırıldıklarında ya da kronik bir rahatsızlığa ve iş görmezlik haline katlanmak zorunda olduklarında çoğu zaman “niçin ben” sorusunu sorarlar. O esnada, şifa ve rahatlama için dua edenler görünüşte cevapsız bırakıldıkları için başka sorular sormaktadır. Geçmişteki günahların yüzünden Tanrı beni cezalandırıyor mu? Hatta Tanrı beni önemiyor mu? Hatta ve hatta Tanrı'nın değişiklik yapacak bir gücü var mı? Benim inanç topluluğum beni terk mi etti? Bu gibi varoluşsal kaygılar kısa dönemde normal ve beklenebilecek durumlar olmasına karşın bazı hastalar bu gibi manevi sıkıntıların içinden çıkamazlar ve yardım almaksızın bunları kendi başlarına çözemezler. Sonuç, aksi durumlarda onlara rahatlık ve umut verebilen manevi inançlara bel bağlayamamalarıdır.

Din,

- Tıbbî karar vermeyi etkileyebilir.
- Tıbbî tedavi ile uyuşmayan inançlar ortaya koyabilir
- Stres yaratan ve sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyen manevi sıkıntılara neden olabilir
- Hastalık tespiti ile uygun tedavi arasında engel teşkil edebilir.

Araştırmacılar, taburcu edildikten sonra ortalama 2 yıl süreyle (tedavi için) tekrar hastaneye yatırılan hastalardan sistematik olarak tespit edilen 444 örnekleme takip etmişlerdir. Daha önce bahsedilenlere benzer bir şekilde hastaneye kabul indeksleri esnasında manevi sıkıntıları olan bu kimselerin takip süreleri esnasında ölmeleri anlamlı bir biçimde daha muhtemeldir[29]. Dinî sıkıntı skalaları üzerindeki her bir puanlık artış için (bu sıfırdan 21'e kadar sıralanmıştır) ölüm oranında % 6'lık bir artış ve psikolojik statü, sosyal destek ve fizik sağlığından bağımsız olan bir etki vardır.

4. Hastalık Tespiti ve Tedavi Uygunluğu

Dindarlık daha fazla evlilik istikrarı ve genel olarak daha fazla sosyal destekle ilişkili olduğu için dindar kimsenin etrafında kendisiyle ilgilenen daha çok kimse bulunmaktadır. Daha fazla sosyal ilişkilere sahip olma daha fazla gözetlenmeyi ve kontrol edilmeyi meydana getirmektedir. Buna, kişinin düzgün bir şekilde ilaç kullanmasını kontrol etme, tam vaktinde doktor tavsiyesi talep etme ve doktorun söylediği her çeşit tedavi planına uyma dahildir. Yakın akrabalar ya da arkadaşlarla olan ilişkilerden kaynaklanan daha yüksek seviyedeki sosyal destek, artan tedavi uygunluğu ile ilişkilidir[30]. Diğer taraftan sosyal tecrit edilmişlik, hatırlatıcıların eksikliği yüzünden yetersiz (tedavi) uygunluğunun güçlü bir yordayıcısıdır ve planlanan tedaviyi uygulamak için motivasyonu azaltmaktadır[32]. En basitinden bir hastaya cesaret vermek için haftada bir kez telefon etme, önceden söylenecek tedaviye daha fazla uymayı sağlamaktadır[33]. Bir inanç topluluğunun mensupları hasta olan ya da zor durumda olan kişilerle genellikle bu türden iletişimleri kurmaktadır.

Benzer şekilde dindarlık, daha fazla umut, iyimserlik ve hayatta anlam ve amaç bulma ile ilişkili olduğu için dinî bakımdan aktif olan kişilerin yaşamak ve iyileşmek için bir nedene sahip olmaları daha fazla muhtemeldir. Aksine, depresyonlu kimseler umut olmaksızın tedavi planına uymak için çaba gösterme adına çok az nedenleri olduğunu düşünebilirler. Bu durumda depresyonun yetersiz kişisel bakım ve tedavi uygunsuzluğunun bir yordayıcısı olması şaşırtıcı değildir[33].

Doktorların Yapmaları Gereken Şey Nedir?

Dinî inançların başarılı başa çıkma ve iyileşmede oynadığı rol, dinî sıkıntılıların sağlık sonuçları üzerindeki negatif etkisi ve dini inançların tıbbî kararlar, tedavi almaya istekli olma, hastalık tespiti ve tedavi uygunluğu üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulduğunda, doktorların, hastaların dinini ve bu dinin onların sağlık ve tıbbî tedavileri üzerindeki etkisini neden bilmek zorunda olduklarının pek çok nedeni vardır. Öyleyse hekimlerin yapmaları gereken şey nedir?

Her şeyden önce, hekimlerin hastanın geçmişindeki kısa bir manevi yaşam öyküsünü dinleyip ona göre hareket etmeleri ve bunu belgelendirmeleri gerekmektedir[34]. Bir manevi yaşam öyküsü içerisinde sorulan sorular aşağıdaki hususları içermektedir:1- Dinî inançlar bir teselli kaynağı mı yoksa bir stres sebebi midir? 2-Dinî inançlar tıbbî tedavi ile çelişiyor mu? 3-Tıbbî kararları etkileyen dini inançlar var mıdır (varsa nasıl etkilemektedir)? 4-Hastanın iyileşme sürecini gözlemesi ve onu kontrol etmesi muhtemel olan destekleyici bir inanç topluluğu var mıdır? 5- İfade edilmesi gereken başka manevi ihtiyaçlar var mıdır?[6].

Bu bilgi, muayene amaçlı çeşitli ziyaretler aracılığıyla ya da sosyal (hayat) öyküsünün bir parçası olarak bir anda toptan elde edilebilir. Yeni bir

hastayı değerlendirme zamanı, hastaneye yatış esnası ya da sağlıklı bir insanın genel muayenesinin (check-up) bir parçası olan zaman dilimleri (bu bilgiyi elde etmek için) en uygun zaman dilimleridir. Araştırmalar kısa bir manevi yaşam öyküsünün muayeneyi sadece bir ya da iki dakika uzattığını göstermiştir. Öğrenilenlerin sonucunda ortaya çıkan bilgi ve güven oluşturması açısından bu bilginin hekim-hasta ilişkisi üzerindeki etkisi onu iyi harcanmış ekstra zaman dilimi haline getirmektedir[28].

Bu şekilde öğrenilen bilgiyi hekim ne yapar? Eğer dinî inançlar hastanın (hastalıkla) başa çıkmasına yardımcı oluyorsa o zaman hastanın inançlarını desteklemek ve teşvik etmek ve manevi ihtiyaçları gidermeyi planlamak gereklidir. Buna pastoral bakım ya da din görevlisi hizmetleri için gerekli yönlendirmeler de dahildir[35]. Eğer hastalar dinî ya da manevî çatışmaları yüzünden stres yaşıyorlarsa bir papaz ya da pastoral bakım görevlisine yönlendirme uygundur. Çünkü manevi tavsiyede bulunma ya da hastanın manevi sıkıntılarını çözmeye çalışma, bunu yapmak için özel bir eğitim almadıkça çoğu hekimin uzmanlık alanının dışında kalmaktadır[36].

Her ne kadar tartışmalı olsa da kısa bir dua rahatlama sağlayabilmekte ve stresi azaltabilmektedir. Eğer hasta dindar ise, dua talep ediyorsa, hekim ve hasta aynı dinî özgeçmiş sahiplerse, durum ciddiye ve dua yetkisi veriyorsa bu durumda bir hekim ile hasta arasındaki dua uygun gibi gözükülebilmektedir[28]. Doktor da keza dua ederek (kendini) huzurlu hissedebilir. Şayet böyle olmazsa, o zaman hekim bir papazın gönderilmesini istemeli ya da hasta veya bir aile üyesinden duaya başlamasını istemelidir ve ondan sonra dua edilirken hastanın elini tutarak sessizce oturmalıdır. Bu aktivitenin amacı rahatlama sağlamak ve sempatik etkileşim kurmaktır.

Doktorlar Niçin Bunu Yapmazlar?

Araştırmalar, Birleşik Devletlerin güneyinde bile ki orası en çok rastlanan bölgedir, hekimlerin %10'undan çok daha azının sürekli olarak manevi meselelerin üzerine eğildiklerini göstermiştir[37]. Hekimlerin bunu yapmasını engelleyen çok sayıda engel bulunmaktadır: Hekimler bunu yapmanın gerekçelerini bilmemekte, bunu yaparak rahatlık hissetmemekte, bunu yapacak kadar zamanları olduğunu düşünmemekte ve onların sınırları aşma konusunda kaygıları bulunmaktadır.

Hekimlerin sürekli olarak manevi sorunların üzerine eğilmemelerinin nedenleri:

- Hekimler manevi sorunları ele almak için zaman ve enerji harcanması gerektiğinin nedenlerini bilmiyorlar
- Onlar bunu yaparak rahatlık hissetmiyorlar
- Zamanları olduğunu düşünmüyorlar
- Sınırları aşma konusunda endişeleri vardır.

1. Sebebi Bilmeme

Hâlihazırda klinik ve idari sorumluluklar artarak baskı yaptığından çoğu doktor bu sorunları ele almak için niçin zaman ve enerji harcamaları gerektiğini bilmemektedir. Tıp fakültesindeki eğitimin yetersizliğinden ve nadiren hasta bakımında maneviliğin rolü üzerine STE (Continuing Medical Education/Sürekli Tıp Eğitimi) programları ortaya koyulduğundan çoğu hekim, bu alanda son zamanlardaki araştırma patlamasını, dinî ve manevi inançların hastalıkla baş etmede oynadığı önemli rolü, dinin sağlık bakımına etki etme biçimlerini ya da manevi kaygıları dile getirmenin doktor-hasta ilişkisi üzerindeki etkisini iyi bilmemektedir. Üstelik onlar inanç topluluğunun, hastaların hastalıktan iyileşmelerine destek, önem ve cesaret vererek ve pratik yardım sağlayarak oynadığı rolün farkında olmadıkları gibi dinî kuruluşların, bilhassa büyük sağlık eşitsizlikleriyle zarar gören etnik topluluklarda sağlığı korumada ve hastalığı erken teşhis etmede oynayabildiği anahtar rolü de bilmemektedir.

2. Rahat Hissetmeme

Çoğu hekim manevi sorunların üzerine eğilmekten rahatsızlık duymaktadır. Hastalar böyle bir şeyi talep etseler bile hekimlerde eğitimsizlik, deneyim eksikliği, güvensizlik ve çoğu zaman dinî ya da manevi meselelerin hastaların kendi özel meseleleri olduğu düşüncesi olduğu için, onların hepsi birden maneviyat meselesinden uzak durmaktadır. Bilimsel gelenekten yetişmiş ve eğitilmiş olduklarından pek çok hekim kişisel olarak din ya da maneviyatta çok fazla yarar görmeyebilir. Hastalarla bu konu hakkında konuşma, günahkarlık duygularını ya da geçmişteki dinî yaşantıları ile ilgili başka çatışmaları körükleyebilir. Bazı hekimler, hastaların kendilerine kendi manevi yaşamları ile ilgili sorular sormasından endişe edebilir ve onlar (bu tür sorulara) nasıl cevap vereceklerinden emin değildir.

3. Zamanı Olmama

Bugün zaman azlığı, sağlık hizmetlerindeki en önemli unsurdur. Masrafları karşılayan ödeme oranları azalıyor gibi gözükürken klinik ve idari sorumluluklar artıyor gibi gözükmektedir. Tıbbî araştırmalar ilerledikçe hekimlerin mesul oldukları bilgi miktarı da hızla artmaktadır. Tıbbî hataları dikkate alma arttığı ve daha az zamanda daha fazla hastayla görüşmek daha büyük bir gereklilik olduğu için sorumluluk baskıları da aynı şekilde artmaktadır. Tüm bunlarla kalmayıp ilaç meselesinin bir parçası olarak evrak işlerini tamamlama ve sigorta şirketleri ile pazarlık etme ya da harcamaların çok üstünde olan tıbbî bakım sigortası gitgide daha fazla zaman alıyor gibi gözükmektedir.

4. Uzmanlık Alanının Dışına Çıkmak İstememe

Pek çok hekimin sınırları aşma ve uzman olmadıkları bir alanı derinlemesine araştırma hususunda endişeleri vardır. Papazlar ve din

görevlileri manevi bakım uzmanları olarak görülmektedir ve bu yüzden manevi sorunlar onlara yönlendirilmektedir. Ayrıca, hekimler kendi dinî inançlarını hastalara empoze konusunda da endişelidir ve manevi (yaşamla ilgili) soruşturmalar yapmanın mecburi olarak algılanabileceğinden korkmaktadır.

Bariyerleri Aşma

Yukarıdaki bariyerler aşılabilir gibi görünmekle birlikte gerçekte onların aşılması görüldüğü kadar zor değildir. Bu sorunların her birisinin makul bir çözümü vardır.

1. Sebebi Bilmeme

Bilgi eksikliği eğitimle giderilebilir. Tıp fakültesinde eğitim görme (şu an 126 tıp fakültesinden 70'inden fazlasında bu imkan var olduğu için), STE (Continuing Medical Education/Sürekli Tıp Eğitimi) derslerine katılma (Harvard Tıp Fakültesi'nin 'Maneviyat ve Şifa' isimli tıp dersine katılma gibi) ve tıp literatüründeki [35, 39, 40] kitapları ya da makaleleri okuma [28,38]; din- sağlık araştırması, başa çıkmada dinin rolü, tıbbî kararlarda dinin etkisi ve dinî topluluğun hastalık teşhisi ve tedavi uygunluğuna sağlayabildiği destek hakkında bilgi sahibi olma yollarıdır.

2. Rahat Hissetmeme

Yirmi yıl önce çoğu hekim (hastanın) cinsel geçmişini kaydetmekten rahatsızlık duyuyordu ve eskiden sosyal ilişkiler hakkında soru sorma oldukça kişisel görülüyordu. Şu an bu gibi sorular bir hastanın geçmişinin standart bir parçası olmaktadır. Doktorlar eğitim ve tecrübe ile hastanın sosyal ilişkileri ve cinsel aktivitesi hakkında elde edilen bilginin yeterli tıbbî tedavi sağlamak için ne kadar önemli olduğunu anlayarak (bu konudaki rahatsızlıklarının üstesinden gelmişlerdir. Benzer şekilde hastanın manevi geçmişi de ne kadar sıklıkla kaydedilirse o kadar kolay ve doğal görülecektir.

3. Zamanı Olmama

Zaman önemli bir faktördür ve tüm sorumlulukları dengede tutmak için dikkatli sevk ve idare edilmeyi gerektirir. Yine de, ilginç bir şekilde zaman yetersizliği doktorların (bir hastanın) manevi geçmişini kaydetmemelerinin ya da manevi sorunlara eğilmemelerinin temel sebebi değildir. Mississippi eyaletindeki St. Louis şehrinde yapılan bir doktor araştırmasına göre zaman azlığı, manevi sorunlara değinen doktorların önemli bir yordayıcısı değildir. Gerçekte doktorlardan dinî sorunları hastalarıyla tartışmak için zamanlarının olmadığını belirtenlerin oranı sadece %26'dır. Bu çalışmada, doktor incelemesinin tek bağımsız yordayıcısı kişilerarasındaki rahatsızlık olmuştur (Örneğin, "dini sorunları hastalarla konuşmaktan rahatsız olurum" şeklindeki ifadeye "evet" cevabını verme). Ayrıca, her bir muayenede her bir hastanın manevi geçmişinin kaydedilmesi gerekmez. Hastanın manevi geçmişinin bir kısmı bir vesileyle

elde edilebilir ve kalan kısmı başka bir muayenede tamamlanmış olabilir. Zaman az olduğunda (hastanın) manevi geçmişi, “manevi olarak ne yapıyorsun?” “Bu alanda herhangi bir sıkıntın veya kaygın var mı?” şeklinde tek bir sorudan oluşabilir.

Bariyerleri Aşma

- Bilgi eksikliği eğitimle tamamlanabilir
- Doktorlar eğitim ve tecrübeyle ve yeterli tıbbî tedavi sağlamak için (hastanın) manevi geçmişinin önemini idrak ederek rahatsızlıklarının üstesinden gelirler.
- Zaman yönetimi tüm öncelikleri dengelemeye yardım edebilir (bunula birlikte zaman azlığı doktorların hastanın manevi geçmişini kaydetmemelerinin ya da manevi sorunların üzerine eğilmemelerinin esas nedeni değildir).

4. Uzmanlık Alanının Dışına Çıkmak İstememe

Doktorlar manevi sorunları ele almada ve çözümede açıkçası uzman değildir ve böyle bir girişimde de bulunmamalıdır. Bununla birlikte bir doktorun hastanın cinsel geçmişini kaydetmesi onun bir cinsel terapist olarak kabul edilmesini gerektirmediği gibi manevi sorunları tespit etmek için hastanın manevi geçmişini kaydetme de çok fazla eğitim almayı ya da uzman olmayı gerektirmez. Illinois eyaletindeki birinci basamak hekimlerinden (primary care physicians) tesadüfi olarak seçilen 160 kişinin araştırmasında, “dini sorunlara sadece papazların değinmesi gerektiği” şeklindeki ifadeyi bu hekimlerin %69,4’nün onaylamadığı ortaya çıkmıştır[41]. Hekimin görevi tıbbî tedaviyi etkilemesi muhtemel olan problem alanlarını tespit etmektir. Eğer manevi problemler tanımlanırsa, o zaman nasıl ki kalple ve nöroloji ile ilgili karmaşık problemler için bir kardiyolog ya da nöroloğa başvurulduğu gibi manevi problemlerin üzerine gitmesi için de eğitilmiş uzmanlar (örneğin kurum papazı gibi) devreye sokulur. Doktorun esas görevi sorular sormak, sorunların farkına varmak ve onların üzerine gitmek için gerekli kaynakları harekete geçirmektir. Cesaret verici bir destek sözcüğü ya da kısa bir dua hastanın koşullarına ve dindarlığına bağlı olarak aynı şekilde faydalı olabilir. Üstelik bu aktivitelerin hiç birisi çok fazla uzmanlık gerektirmez ve (bunların) çoğu hasta- merkezli tedavi ve şefkat gösterme kapsamına girmektedir.

Bütüncül İnsanı Tedavi Etme

Hekimlerden hastaların manevi yaşantısını soruşturmalarının ve hastanın maneviyatını desteklemelerinin istenmesinin nedeni, bunu yapmak bütüncül insanın sağlık bakımının bir parçası olduğu içindir. Basitçe söylemek gerekirse bir tıbbî teşhisi ya da hastalığı, hasta insanı dikkate almaksızın tedavi etme artık kabul edilmemektedir. Hastalar; hayat hikayeleri, hastalıklara karşı duygusal reaksiyonları, hastalığı etkileyen ve

hastalıktan etkilenen sosyal ve aile ilişkileri olan bireylerdir. Hastalar ayrıca kendi fanilikleri ile onları yüz yüze getiren değişiklikler, iyi-oluş, bağımsızlık ve yaşam kalitesindeki potansiyel olarak var olan değişikliklerle yüzleşerek hayatlarında bir anlam ve amaç bulmaya çalışan kimselerdir. Pek çok hasta için bu sorunlar, varoluşsal ve manevi sorunlarla, iyileşme süreci ve tıbbî tedaviyi kabul etme üzerinde direk etkisi olan sorunlarla karışmıştır.

Son on yıl içinde bu alandaki gelişmeler göz önünde bulundurulursa, hekimler artık ne tedavinin manevi yönlerini göz ardı edebilir, ne de tedavi etmenin manevi yönlerini göz ardı edebilir. Sürekli olarak yaşamla ve ölümle ilgili meseleleri ele alması, sağlık hizmetleri uzmanının ortaya çıkan büyük duygusal dışavurumlarla mücadele etmek için manevi bir kaynağa sahip olmasını gerektirir. Bu gibi manevi kaynaklar olmaksızın sağlık hizmeti uzmanları kendilerini korumak için hastalardan uzak olmak zorunda olduklarını düşünmektedir. Bu uzaklık doktorun hastaya yakın olabilmesine ve hastaya kişisel olarak ilgi göstermesine engel olmakta ki bu durum bir tedavi edici (doktor) olmanın ne anlama geldiğinin en önemli yönlerinden birisidir. Hastayla ilgilenmek aynı zamanda bize mutluluk veren şeydir ve tıp uygulamasını icra etmedir ayrıca birçoğumuzun bu mesleği tercih ediş nedenidir. Hastaya ilgi gösterilmemesi özellikle bu stresli sağlık hizmetleri ortamında hızlı bir şekilde tatminsizliğe, duygusal tükenişe ve moral çöküntüsüne yol açabilir. Bütüncül bir insanı tedavi etme hem tedavi görenler hem de tedavi edenler için en iyi tedavi türlerinden birisidir.



KAYNAKÇA

1. Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Assoc* 52:554-562.
2. Gallup G. The religiosity cycle. Gallup Tuesday Briefing (June 2, 2002). Available at <http://www.gallup.com/poll/tb/religValue/20020604.asp>. Accessed July 10, 2003.
3. Frank E, Dell ML, Chopp R. Religious characteristics of US women physicians. *Soc Sci Med* 1999;49:1717-1722.
4. Koenig HG, Bearon LB, Hover M, et al. Religious perspectives of doctors, nurses, patients, and families. *J Pastoral Care* 1991;45:254-267.
5. Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Psychiatry Med* 1998;13:213-224.
6. Koenig HG. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *JAMA* 2002;288:487-493.
7. Princeton Religion Research Center. Will the vitality of the church be the surprise of the 21st century? *Religion in America*. 1996; Princeton, NJ: The Gallup Poll.

8. Freud S. The future of an illusion, in Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. 1962 edition. London, Hogarth Press, 1927.
 9. Ellis A. Psychotherapy and atheistic values: a response to A.E. Bergin's "Psychotherapy and religious values." J Consult Clin Psychol 1980;48: 635-639.
 10. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health. New York, NY, Oxford University Press, 2001.
 11. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, et al. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. Am J Psychiatry 1992;149:1693-1700.
 12. Koenig HG, George LK, Peterson BL. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients [comment]. Am J Psychiatry 1998;155:536-542.
 13. Idler EL, Kasl SV. Religion among disabled and nondisabled persons, I: cross-sectional patterns in health practices, social activities, and wellbeing. J Gerontol 1997;52B:S294-S305.
 14. Koenig HG. Spirituality, wellness, and quality of life. Sex Reprod Menopause 2:76-82.
 15. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. N Engl J Med 1998;338:171-179.
 16. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, et al. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul study. JAMA 2003;290:215-221.
 17. Goldbourt U, Yaari S, Medalie JH. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. Cardiology 1993;82:100-121.
 18. Oman D, Kurata JH, Strawbridge WJ, et al. Religious attendance and cause of death over 31 years. Int J Psychiatry Med 2002;32:69-89.
 19. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ. Comparative strength of association between religious attendance and survival. Int J Psychiatry Med 2000;30:299-308.
 20. Hummer R, Rogers R, Nam C, et al. Religious involvement and US adult mortality. Demography 1999;36:273-285.
 21. Ehman J, Ott B, Short T, et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? Arch Intern Med 1999;159:1803-1806.
 22. Silvestri GA, Knittig S, Zoller JS, et al. Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. J Clin Oncol 2003;21:1379-1382.
 23. McDonald RT, Wren LT. Blood, the Jehovah Witness and the physician. Ariz Med 1967;24:969-973.
 24. Conyn-van Spaendonck MAE, Oostvogel PM, van Loon AM, et al. Circulation of poliovirus during the poliomyelitis outbreak in the Netherlands, in 1992-1993. Am J Epidemiol 1996;143:929-935.
-

25. Skolnick AA. Christian Science church loses first civil suit on wrongful death of a child. *JAMA* 1993;270:1781-1782.
26. Kaunitz AM, Spence C, Danielson TS, et al. Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:826-831.
27. Spence C, Danielson TS. The Faith Assembly: a follow-up study of faith healing and mortality. *Indiana Med* 1987;80(3):238-240.
28. Koenig HG. *Spirituality in Patient Care: Why, How, When, and What*. Philadelphia, PA, Templeton Foundation Press, 2002.
29. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, et al. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a two-year longitudinal study. *Arch Intern Med* 2001;161:1881-1885.
30. Daltroy LH, Godin G. The influence of spousal approval and patient perception of spousal approval on cardiac participation in exercise programs. *J Cardiopulm Rehabil* 1989;9:363-367.
31. Bond CA, Monson R. Sustained improvement in drug documentation compliance, and disease control: a four-year analysis of an ambulatory care model. *Arch Intern Med* 1984;144:1159-1162.
32. Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, et al. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol* 1995;14:88-90.
33. Blumenthal JA, Williams RB, Wallace AG. Physiological and psychological variables predict compliance to prescribed exercise therapy in patients recovering from myocardial infarction. *Psychosom Med* 1982; 44:519-527.
34. Lo B, Quill T, Tulsy J. Discussing palliative care with patients. *Ann Intern Med* 1999;130:744-749.
35. Lo B, Ruston D, Kates LW, et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians [comment]. *JAMA* 2002;287:749-754.
36. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics [comment]. *Ann Intern Med* 2000;132:578-583.
37. Chibnall JT, Brooks CA. Religion in the clinic: the role of physician beliefs. *South Med J* 2001;94:374-379.
38. King DE. *Faith, Spirituality and Medicine: Toward the Making of the Healing Practitioner*. Binghamton, NY, Haworth Press, 2000.
39. Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *Am J Med* 2001; 110:283-287.
40. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice [comment]. *Mayo Clin Proc* 2001;76:1225-1235.
41. Koenig HG, Bearon LB, Dayringer R. Physician perspectives on the role of

Harold G. KOENING / ev. Nurten KIMTER

religion in the physician-older patient relationship. J Fam Pract 1989; 28:441-448.

|230|

bilimname

düşünce platformu
XXV, 2013/2
