



**T. C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DİN PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI**

**KANSER HASTALARINDA MANEVİ DANIŞMANLIK
UYGULAMALARININ KAYGI VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

(DOKTORA TEZİ)

Emine KURT

BURSA-2021



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DİN PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI**

**KANSER HASTALARINDA MANEVİ DANIŞMANLIK
UYGULAMALARININ KAYGI VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

(DOKTORA TEZİ)

**Emine KURT
(ORCID: 0000-0002-8677-5864)**

**Danışman:
Prof. Dr. İbrahim GÜRSES**

BURSA-2021

TEZ ONAY SAYFASI

**T. C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, **Din Psikolojisi** Bilim Dalı'nda 711521017 numaralı **Emine KURT**'un hazırladığı “**Kanser Hastalarında Manevi Danışmanlık Uygulamalarının Kaygı ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi**” başlıklı **Doktora** Çalışması ile ilgili tez savunma sınavı, **04/06/2021** günü 15.00 - 16.30 saatleri arasında yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **başarılı** olduğuna **oybirliği** ile karar verilmiştir.

Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu Başkanı
Prof. Dr. İbrahim GÜRSES
Bursa Uludağ Üniversitesi

Üye
Prof. Dr. Recep YAPAREL
Dokuz Eylül Üniversitesi

Üye
Prof. Dr. Üzeyir OK
İbn Haldun Üniversitesi

Üye
Prof. Dr. Abdurrahman KURT
Bursa Uludağ Üniversitesi

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Ali İhsan AKÇAY
Bursa Uludağ Üniversitesi

04/06/ 2021

YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “**Kanser Hastalarında Manevi Danışmanlık Uygulamalarının Kaygı ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi**” başlıklı çalışmanın bilimsel araştırma, yazma ve etik kurallarına uygun olarak tarafımdan yazıldığına ve tezde yapılan bütün alıntıların kaynaklarının usulüne uygun olarak gösterildiğine, tezimde intihal ürünü cümle veya paragraflar bulunmadığına şerefim üzerine yemin ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı : Emine KURT
Öğrenci No : 711521017
Anabilim Dalı : Felsefe ve Din Bilimleri
Programı : Din Psikolojisi
Statüsü : Doktora



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS/DOKTORA İNTİHAL YAZILIM RAPORU

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Başlığı / Konusu: **Kanser Hastalarında Manevi Danışmanlık Uygulamalarının Kaygı ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi**

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 347 sayfalık kısmına ilişkin, 26/04/2021 tarihinde şahsım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan özgünlük raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 6'dır.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kaynakça hariç
- 2- Alıntılar hariç
- 3- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Özgünlük Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.**26/04/2021**

Adı Soyadı: Emine KURT
Öğrenci No: 711521017
Anabilim Dalı: Felsefe ve Din Bilimleri
Programı: Din Psikolojisi
Statüsü: Y.Lisans Doktora Sanatta Yeterlik

Danışman
Prof. Dr. İbrahim GÜRSES
26/04/2021

ÖZET

Yazar Adı ve Soyadı : Emine KURT
Üniversite : Uludağ Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı : Felsefe ve Din Bilimleri
Bilim Dalı : Din Psikolojisi
Tezin Niteliği : Doktora Tezi
Sayfa Sayısı : xxi + 474
Mezuniyet Tarihi : 04 /06 /2021
Tez Danışmanı : Prof. Dr. İbrahim GÜRSES

KANSER HASTALARINDA MANEVİ DANIŞMANLIK UYGULAMALARININ KAYGI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmanın temel amacı, kanser hastalarında manevi destek uygulamalarının; hastaların dini tutumları, dini başa çıkma, durumluk-sürekli kaygı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin incelenmesidir. Bu amaca yönelik olarak araştırma bağlamında kanser hastaları için "manevi destek programı" geliştirilmiş ve uygulanmıştır.

Üç aşamalı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada, karma yöntem araştırma desenlerinden, iç içe desen kullanılmıştır. Araştırmanın örneklem grubu, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde meme kanseri tanısıyla ayaktan tedavi gören kadın hastalardan oluşmuştur. Nicel yaklaşımla yürütülen araştırmanın birinci aşamasında 150 hastadan, nitel yaklaşımla yürütülen ikinci aşamada 13 hastadan, ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel desenin kullanıldığı üçüncü aşamada ise uygulama (n=7) ve kontrol (n=7) grubuna atanan toplam 14 hastadan veri toplanmıştır.

Nicel verilerin toplanması amacıyla kişisel bilgi formu, Ok-Dini Tutum Ölçeği, Dini Başa Çıkma Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-I ve STAI-II) ve Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30) kullanılmıştır. Ayrıca tansiyon ve nabız ölçümü yapılmıştır. Nitel verilerin toplanmasında ise yarı yapılandırılmış mülakat yönteminden faydalanılmıştır. Çalışmada elde edilen nitel veriler, MAXQDA 20 programından istifade edilerek betimsel ve içerik analizine tabi tutulmuştur. Nicel verilerin analizinde ise SPSS 18.0 programı kullanılmıştır.

Araştırmada "manevi destek programı"na ilişkin ön test, son test ve izlem testi sonuçları; uygulama grubu lehine daha yüksek dini tutum ve pozitif dini başa çıkma, daha iyi yaşam kalitesi, daha düşük kaygı ve negatif dini başa çıkma düzeylerini gösteren anlamlı bulgular ortaya koymuştur. Sonuç olarak bu araştırma bağlamında "manevi destek" uygulamalarının kanser hastalarının manevî, psikolojik ve fiziksel iyilik hallerini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler:

Kanser, Manevi Danışmanlık, Manevi Destek, Dini Başa Çıkma, Dini Tutum, Kaygı, Yaşam Kalitesi, Karma Desen.

ABSTRACT

Name and Surname : Emine KURT
University : Uludag University
Institution : Social Science Institution
Field : Sciences of Philosophy and Religion
Branch : Psychology of Religion
Degree Awarded : PhD
Page Number :xxi + 474
Degree Date : 04 /06 /2021
Supervisor : Prof. Dr. İbrahim GÜRSES

STUDYING OF THE EFFECT SPIRITUAL COUNSELING APPLICATIONS ON ANXIETY AND QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS

The main purpose of this study is to examine the effects of spiritual support practices on patients' religious attitudes, religious coping, state-trait anxiety, and quality of life in cancer patients). For this purpose, a "spiritual support program" has been developed and implemented for cancer patients in the context of the research.

In this study, which was carried out in three stages, the embedded design was used as a mixed-method research design. The study sample consisted of female patients who received outpatient treatment with the diagnosis of breast cancer in Bursa Ali Osman Sönmez Oncology Hospital. Data from 150 patients in the first stage of the study conducted with a quantitative approach, 13 patients in the second stage carried out with a qualitative approach, and In the third stage where the pretest-posttest control group quasi-experimental design was used, data were collected from a total of 14 patients assigned to the intervention (n=7) and control (n=7) groups.

To collect quantitative data, personal information form, Ok-Religious Attitude Scale, the Religious Coping Scale, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI and STAI-II), and the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) questionnaire was used. In addition, blood pressure and heart rate were measured. A semi-structured interview method was used to collect qualitative data. The qualitative data obtained in the study were subjected to descriptive and content analysis using the MAXQDA 20 program. SPSS 18.0 program was used in the analysis of quantitative data.

The results of the pre-test, post-test, and follow-up test regarding the "spiritual support program" in the research; revealed significant findings indicating higher religious attitudes and positive religious coping, a better quality of life, lower anxiety, and negative religious coping levels in favor of the treatment group. As a result, in the context of this study, it was determined that "spiritual support" practices positively affect the spiritual, psychological, and physical well-being of cancer patients.

Keywords:

Cancer, Spiritual Counseling, Spiritual Support, Religious Coping, Religious Attitude, Anxiety, Quality of Life, Mixed Method.

ÖNSÖZ

Rahmet-i Rahman'a kavuşan
Sevgili babam Yusuf'a ve abim Ali Osman'a ithafen...

İnsan ve toplum odaklı sosyal bilim araştırmaları, bir konu ya da örnekleme dair hayatın içinden alınan ve yalıtılmış olduğu düşünülen bir kesit üzerinden problemi ele alır. Halbuki o kesit, hiçbir zaman yalıtılmış ve hayatın diğer unsurlarından arınmış bir kesit değildir. O kesit her şeyden önce farklı yön ve katmanlarıyla ona varlık veren insanlardan bir öz taşır. Ayrıca o kesit; araştırmacının hedeflerini, beklentilerini, tercihlerini, değerlerini yansıttığı gibi araştırmacıya ve araştırmaya değer katan nice insanlardan da esintiler taşır.

Bu araştırma da kesitsel olarak her ne kadar küçük görünse de içine daldığı deniz ve arkasını dayadığı dağ itibarıyla büyüktür. Dolayısıyla dağ-deniz misali bizi kuşatan, bir bakış, bir duyuş, bir söz, bir nefes, bir dua olup araştırmamıza değer katan vefalı dostlarıma ve nice güzel insana teşekkür ediyorum.

Özelde ise öncelikle tez yolculuğuna birlikte başladığımız ancak yolculuğumuzun ilerleyen sürecinde emekliye ayrılan ve sonrasında zor zamanlar geçirmesine rağmen ilgi ve desteğini esirgmeden devam ettiren saygıdeğer hocam ve ilk danışmanım Doç. Dr. Ahmet ALBAYRAK'a; tez yolculuğumuzun ilerleyen sürecinde beni yolda bırakmayan, şevk ve cesaret vererek hedefe ulaşmamı sağlayan, yüksek lisans ve doktora hayatım boyunca her zaman değerli bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim kıymetli hocam ve danışmanım Prof. Dr. İbrahim GÜRSES'e sonsuz saygı ve şükranlarımı sunuyorum.

Ayrıca yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince derin bilgi ve tecrübeleriyle yolumu aydınlatan, hiç bitmeyen öğrenme aşkı ve azmini kendime örnek aldığım, yetişmemde büyük emek ve katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Hayati HÖKELEKLİ'ye sonsuz teşekkürlerimi arz ederim.

Araştırmanın tıbbi ve onkolojik boyutunun yanı sıra planlama ve yürütme sürecinde de desteğini her zaman yanımda bulduğum, zengin birikim ve tecrübesiyle

araştırmaya katkı sağlayan, yoğun temposu arasında adeta ikinci bir gönüllü danışman olarak zaman ayıran değerli insan Bursa Medica Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Birimi'nde görev yapan Radyasyon Onkolojisi Uzmanı Dr. İbrahim YILDIRIM'a içtenlikle teşekkür ederim.

Araştırmanın planlanmasından tamamlanmasına kadar her aşamasında, akademik olarak olgunlaşmasında önemli katkıları olan, nazik ve samimi üslubuyla bilgi, tecrübe ve görüşlerini esirgmeden büyük bir zevkle paylaşan, her zaman danışma kapısını açık bulduğum değerli hocam, İbn Haldun Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Üzeyir OK'a çok teşekkür ederim.

Hayata ve akademiye dair değer, tecrübe ve birikimlerinin zengin havzasını her daim büyük bir cömertlikle açan; yoğun tez sürecinde bilgelik ve dostluk ağacının gölgesinde dinlendiğim, meyvesinden istifade ettiğim kıymetli hocam Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Recep YAPAREL'e gönülden teşekkür ederim.

Araştırmaya sağladıkları katkı ve desteklerinden dolayı İstanbul İl Müftüsü Prof. Dr. Mehmet Emin MAŞALI'ya, tez izleme komitesi jürimde yer alan değerli hocalarım Prof. Dr. Abdurrahman KURT'a ve Dr. Öğr. Üyesi Ali İhsan AKÇAY'a çok teşekkür ederim. Ayrıca misafir öğrenci olarak doktora derslerine beni kabul eden ve nitel araştırmanın pilot sürecinde akademik bilgi ve desteğini esirgemeyen Bursa Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Salih ÇEPNİ'ye içtenlikle teşekkür ederim.

Araştırmanın pilot sürecinde, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi başhekimisi olarak görev yapan Genel Cerrahi Uzmanı Op. Dr. Oktay ÇELİK'e, araştırmanın asıl uygulama sürecinde başhekimlik görevini yürüten Göğüs Hastalıkları Uzmanı Dr. Halil KARAHAN'a, hastanenin Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Jülide KILIÇ'a nezaketleri, ilgileri ve araştırmaya ilişkin sağlamış oldukları her türlü kolaylık ve destekleri için çok teşekkür ederim. Ayrıca Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi kemoterapi ve radyoterapi birimi çalışanları başta olmak üzere tüm hastane personeline de destek ve yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

Beni içtenlikle aralarına kabul eden, her türlü destek ve kolaylığı sağlayan kemoterapi ünitesinin başta birim sorumlusu Ebru YAŞAR olmak üzere iyilik, sevgi ve şifa dağıtıcısı hemşireleri; Aliye ATAMAN'a, Ayşe ERKOL'a, Aytül TOKBAY'a, Birsen TOSUN'a, Emine NACİR'e, Ergin UYGUN'a, Nazife Yanık ÇEKİ'ye, Neslihan KÜÇÜKBERBER'e ve Raşide BAYRAKTAR'a gönülden teşekkür ediyorum. Manevi destek programının uygulama sürecinde bilgi ve tecrübeleri yanında odasını ve adı gibi samimiyetini de bizimle paylaşan kemoterapi eğitim hemşiresi Samime SAROZ'a da ayrıca teşekkür ederim.

Kemoterapi ünitesinin danışma ve sekreterliğini yürüten birimin ve hastaların neşesi, can dostum sevgili Ayşe BÖBREKYEMEZ'e hayatıma kattığı bütün güzellikler için ve dahi hastanenin radyoterapi ünitesinde görev yapan eşi Sedat BÖBREKYEMEZ'e destekleri, içtenlikleri ve samimiyetleri için bütün kalbimle teşekkür ederim.

Ve...Kimi zaman hayatın içinden süzülüp gelen eşsiz tecrübeleriyle rehberim olan; kimi zaman acılarıyla, dertleriyle hüznölendiren; kimi zaman sevinçleriyle, hayata dair beklentileriyle çaresizlik içinde nice umutların saklı olduğunu hatırlatan; zorlu bir tedavi sürecinden geçmelerine rağmen içtenlikle araştırmamıza katılmayı kabul eden araştırmamızın temel direği nazik insanlara, zarif insanlara, güzel insanlara en kalbî duygularıyla teşekkür ederek onların nezdinde tüm kanser hastalarına acil şifalar dilerim.

Kendileriyle birlikte geçirdiğim her dakikasından büyük keyif aldığım manevî destek grubumuzun müdavimleri sevgili *CAN KIZLAR*'a; katıksız muhabbetleri, samimiyetleri, destek ve güvenleri için candan, gönülden sonsuz teşekkürler... Ve grubumuzdan yakın zamanda Hakk'a uğurladığımız G. ablamızı rahmet ve şükranla anıyor, onun nezdinde kanser nedeniyle vefat eden tüm hastalarımıza da Allah'tan rahmet diliyorum.

Gerek akademik gerekse özel hayatımda destek ve muhabbetlerini her zaman yanımda hissettiğim sevgili dostlarım Bursa Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Din Psikolojisi araştırma görevlileri Esra İRK'e ve Sümeyra SARI'ya, yol arkadaşım Din Felsefesi doktora öğrencisi Emel GÜVENÇ'e gönülden teşekkür ederim. Ayrıca beni

dualarıyla, niyazlarıyla, tatlı dilleriyle sarıp sarmalayan teyzelerim Hilmiye ZAĞLI'ya ve Mesrure ÇELTİKEKEN'e tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca koşulsuz sevgi ve şefkatleriyle her daim beni kuşatan, varlıklarına şükrettiğim, kendileriyle her daim onur duyduğum değerli ağabeylerim Rıza KURT'a ve Ramazan KURT'a; dualarını ve sevgisini hep yanımda hissettiğim biricik ablam Meryem ÖKSÜZ'e ve cömert eniştem Kâmil ÖKSÜZ'e; her zaman dostum, yoldaşım ve sırdaşım olan kıymetli yengelerim Semiha KURT'a ve Gülnur KURT'a maddi-manevi sınırsız destekleri için sonsuz teşekkürler.

Ve kelimelerin kendisine "teşekkür" etmekte aciz kaldığı; geceme gündüzüme dua, sabır, şefkat, fedakarlık, özveri, anlayış kanatlarını sererek her şeyden öte bu tezin gerçek sahibi olan gözümün nuru, gönlümün huzuru biricik *annem*'e sonsuz minnet ve şükranlarımı arz ederim...

Son olarak **YÖK100/2000 Doktora Burs Programı** (Manevi Danışmanlık alanı) kapsamında hazırlanmış olan bu teze ve doktora öğrenim sürecime, sağlamış olduğu katkı ve desteklerinden dolayı Yükseköğretim Kurulu'na (YÖK) teşekkür ederim.

Bursa-2021

Emine KURT

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA İNTİHAL YAZILIM RAPORU	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ	vii
İÇİNDEKİLER	xi
TABLolar LİSTESİ	xvii
GRAFİKLER	xviii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xix
ŞEMALAR LİSTESİ	xix
KISALTMALAR LİSTESİ	xxi
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	8
1.2. Araştırma Soruları	12
1.3. Araştırmanın Amacı	13
1.4. Araştırmanın Önemi	14
1.5. Araştırmanın Sayıtları	17
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	17

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI

1. KANSER	19
1.1. Kanserın Tanımlanması.....	19
1.2. Dünyada ve Türkiye'de Kanser İstatistikleri	20
1.3. Kansere İlişkin Tepkiler ve Problemler.....	24
1.4. Kanserde Tedavi.....	29
1.4.1. Tıbbi Tedaviler.....	29
1.4.2. Psikososyal Müdahaleler.....	31

2. MANEVİ DANIŞMANLIK	34
2.1. Manevi Danışmanlığın Tanımı.....	34
2.2. Manevi Danışmanlığın Modern Bir Disiplin Olarak Ortaya Çıkışı	39
2.3. Manevi Danışmanlıkla İlgili Bazı Kavramlar	41
2.3.1. Anlam.....	41
2.3.2. Din ve Maneviyat.....	48
2.3.3. Dini Başa Çıkma	58
2.3.4. Din, Maneviyat ve Sağlık.....	67
3. KAYGI (ANKSİYETE).....	76
3.1. Kaygının Tanımlanması	76
3.2. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları	78
3.3. Varoluşsal Kaygı ve Ölüm Kaygısı.....	82
4. YAŞAM KALİTESİ	88
4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımlanması	88
4.2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi	91
5. KANSER HASTALARINDA MANEVİ DANIŞMANLIK	94
5.1. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Ruh Sağlığı Bağlamında Manevi Danışmanlığın Rolü.....	94
5.2. Kanser Hastalarında Kavram ve Uygulama Boyutuyla Manevi Danışmanlık.....	99

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

1. ARAŞTIRMA DESENİ.....	109
2. ARAŞTIRMANIN PLANLANMASI VE PİLOT ÇALIŞMA SÜRECİ.....	116
3. ETİK BİLGİLER.....	117
4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI ORTAM	117
5. EVREN VE ÖRNEKLEM	120
5.1. Nicel Araştırma Evreni ve Örneklemi.....	120
5.2. Nitel Çalışma Grubu.....	122
5.3. Deneysel Çalışma Grubu.....	124
6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	127
6.1. Nicel Veri Toplama Araçları.....	127

6.2.	Nitel Veri Toplama Aracı.....	135
6.3.	Deneysel Aşamaya Ait Veri Toplama Araçları.....	136
7.	VERİLERİN TOPLANMASI.....	137
7.1.	Nicel Verilerin Toplanması	137
7.2.	Nitel Verilerin Toplanması.....	138
7.3.	Deneysel Aşamaya Ait Verilerin Toplanması.....	139
8.	VERİLERİN ANALİZİ.....	141
8.1.	Nicel Verilerin Analizi	141
8.2.	Nitel Verilerin Analizi.....	142
8.3.	Deneysel Aşamaya Ait Verilerin Analizi	144
9.	ARAŞTIRMACININ ROLÜ	145
10.	GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK	148
11.	MANEVİ DESTEK PROGRAMI	154
11.1.	Programın Amacı	154
11.2.	Programın Hazırlanma Süreci	155
11.3.	Programın İçeriği.....	156
11.4.	Programın Uygulanması.....	162
11.4.1.	Birinci Oturum	164
11.4.2.	İkinci Oturum.....	165
11.4.3.	Üçüncü Oturum.....	167
11.4.4.	Dördüncü Oturum	169
11.4.5.	Beşinci Oturum	171
11.4.6.	Altıncı Oturum	175

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

1.	NİCEL ARAŞTIRMA BULGULARI.....	177
1.1.	Nicel Örneklem Grubunun Ölçek Puan Ortalamaları	177
1.2.	Ölçekler Arası Korelasyon Bulguları	178
2.	NİTEL ARAŞTIRMA BULGULARI	182
2.1.	Birinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular.....	182
2.1.1.	Tanı ve Tedavi Dönemi Tepki ve Problemlerine İlişkin Bulgular.....	184

2.1.1.1.	Tanıya Kadar Geçen Süreç Temasına İlişkin Bulgular	184
2.1.1.2.	Kansere Karşı Gösterilen Tepkiler Temasına İlişkin Bulgular	186
2.1.1.3.	Tanı ve Tedaviye Bağlı Problemler Temasına İlişkin Bulgular.....	198
2.1.2.	Hastalığa Yapılan Atıflar Temasına İlişkin Bulgular	205
2.1.3.	Travma Sonrası Gelişim Temasına İlişkin Bulgular	212
2.1.4.	Hastalıkla Başa Çıkma Temasına İlişkin Bulgular	224
2.2.	İkinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular.....	243
3.	DENEYSSEL ARAŞTIRMA AŞAMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	245
3.1.	Üçüncü Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular	245
3.1.1.	Uygulama Grubunun Oturumlar Öncesi ve Sonrası Test Bulguları	245
3.1.1.1.	Sistolik Kan Basıncı (Büyük Tansiyon) Değerlerine İlişkin Bulgular	246
3.1.1.2.	Diyastolik Kan Basıncı (Küçük Tansiyon) Değerlerine İlişkin Bulgular	247
3.1.1.3.	Nabız Değerlerine İlişkin Bulgular	249
3.1.1.4.	Durumluk Kaygı Envanterine İlişkin Bulgular	250
3.1.1.5.	Genel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	251
3.2.	Dördüncü Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular	254
3.2.1.	Dini Tutum Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları	255
3.2.1.1.	Uygulama Grubunun Dini Tutum Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları	257
3.2.1.2.	Kontrol Grubu Dini Tutum Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları	259
3.2.1.3.	Uygulama ve Kontrol Grubunun Dini Tutum Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testine İlişkin Karşılaştırma Bulguları	259
3.3.	Beşinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular	261
3.3.1.	Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları....	261
3.3.1.1.	Uygulama Grubu Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları	263
3.3.1.2.	Kontrol Grubu Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları	265
3.3.1.3.	Uygulama ve Kontrol Grubunun Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testine İlişkin Karşılaştırma Bulguları.....	265

3.4.	Altıncı Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular	266
3.4.1.	Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları.....	267
3.4.1.1.	Uygulama Grubu Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları	269
3.4.1.2.	Kontrol Grubu Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları	270
3.4.1.3.	Uygulama ve Kontrol Grubunun Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test, Son Test ve İzlem Testine İlişkin Karşılaştırma Bulguları	271
3.5.	Yedinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular	272
3.5.1.	EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları.....	272
3.5.1.1.	Uygulama Grubu Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları	275
3.5.1.2.	Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları	276
3.5.1.3.	Uygulama ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testine İlişkin Karşılaştırma Bulguları.....	277

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

1.	NİTEL ARAŞTIRMA BULGULARINA İLİŞKİN TARTIŞMA	279
1.1.	Birinci Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma.....	279
1.1.1.	Tanı ve Tedavi Dönemi Tepki ve Problemlerine İlişkin Tartışma	279
1.1.1.1.	Tanıya Kadar Geçen Süreç Temasına İlişkin Tartışma	279
1.1.1.2.	Kansere Karşı Gösterilen Tepkiler Temasına İlişkin Tartışma	280
1.1.1.3.	Tanı ve Tedaviye Bağlı Problemler Temasına İlişkin Tartışma.....	290
1.1.2.	Hastalığa Karşı Yapılan Atıflar Temasına İlişkin Tartışma.....	300
1.1.3.	Travma Sonrası Gelişim Temasına İlişkin Tartışma.....	306
1.1.4.	Hastalıkla Başa Çıkma Temasına İlişkin Tartışma	318
1.2.	İkinci Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma	354
2.	DENEYSSEL ARAŞTIRMA BULGULARINA İLİŞKİN TARTIŞMA	361

2.1.	Üçüncü Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma	361
2.2.	Dördüncü Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma.....	364
2.2.1.	Dini Tutum Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulgularına İlişkin Tartışma.....	364
2.3.	Beşinci Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma.....	370
2.3.1.	Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulgularına İlişkin Tartışma	370
2.4.	Altıncı Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma.....	377
2.4.1.	Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulgularına İlişkin Tartışma	377
2.5.	Yedinci Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma	384
2.5.1.	Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulgularına İlişkin Tartışma	384
SONUÇ	.....	390
ÖNERİLER	.....	404
KAYNAKÇA	.....	424
EKLER	.....	461
ÖZGEÇMİŞ	.....	474

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Başa Çıkma Süreciyle İlgili Temel Varsayımlar	60
Tablo 2. Tek Grup Ön Test - Son Test Simgesel Desen Örneği	114
Tablo 3. Ön Test-Son Test Eşleştirilmiş Kontrol Gruplu Simgesel Desen Örneği	115
Tablo 4. Tek Grup Ön Test-Son Test Desen Örneğine Göre Araştırma Tasarımı	115
Tablo 5. Ön Test-Son Test Eşleştirilmiş Kontrol Gruplu Desen Örneğine Göre Araştırma Tasarımı	116
Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	121
Tablo 7. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı	122
Tablo 8. Nitel Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri	123
Tablo 9. Nitel Çalışma Grubunun Tanısal Özellikleri	123
Tablo 10. Uygulama ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri	126
Tablo 11. Uygulama ve Kontrol Grubunun Tanısal Özellikleri	126
Tablo 12. DBÇÖ KMO ve Bartlett's Testi Sonuçları	129
Tablo 13. Dini Başa Çıkma Ölçeği Yeni Faktör Analizi Sonuçları	131
Tablo 14. Uygulama Grubu Veri Toplama Süreci	140
Tablo 15. Manevi Destek Programının Uygulama Süreci	164
Tablo 16. Örneklem Grubunun Ölçek Puan Ortalamaları	177
Tablo 17. Dini Tutum ve Dini Başa Çıkma Arasındaki Korelasyon Bulguları	179
Tablo 18. Dini Tutum ve Kaygı Arasındaki Korelasyon Bulguları	179
Tablo 19. Dini Tutum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyon Bulguları	180
Tablo 20. Dini Başa Çıkma ve Kaygı Arasındaki Korelasyon Bulguları	181
Tablo 21. Dini Başa Çıkma ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyon Bulguları	181
Tablo 22. Kaygı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyon Bulguları	182
Tablo 23. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Ortalama Değerleri	246
Tablo 24. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırılması ..	247
Tablo 25. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Diyastolik Kan Basıncı Ortalama Değerleri	247
Tablo 26. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Diyastolik Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırılması	248
Tablo 27. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Nabız Ortalama Değerleri	249
Tablo 28. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Nabız Değerlerinin Karşılaştırılması	250
Tablo 29. Oturumlar Öncesi ve Sonrası STAI-I Puan Ortalamaları	250
Tablo 30. Oturumlar Öncesi ve Sonrası STAI-I Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	251
Tablo 31. Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamasının Oturumlara Göre Dağılımı	252
Tablo 32. Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Oturumlara Göre Karşılaştırılması	252
Tablo 33. Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Wilcoxon Rank Testi İle Karşılaştırılması	254
Tablo 34. Uygulama ve Kontrol Grubu Ok-DTÖ Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puan Ortalamaları	255
Tablo 35. (UG) Ok-DTÖ Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması	258
Tablo 36. (UG) Ok-DTÖ Ön Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması	258
Tablo 37. Grupların Ok-DTÖ Ön Test Bulgularının Karşılaştırılması	259

Tablo 38. Grupların Dini Tutum Ölçeği Son Test Bulgularının Karşılaştırılması.....	260
Tablo 39. Grupların Dini Tutum Ölçeği İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması.....	260
Tablo 40. Uygulama ve Kontrol Grubu DBÖ Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puan Ortalamaları.....	261
Tablo 41. (UG) Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması	263
Tablo 42. (UG) Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması.....	264
Tablo 43. (KG) Pozitif Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması.....	265
Tablo 44. Grupların Dini Başa Çıkma Ölçeği Son Test Bulgularının Karşılaştırılması.....	266
Tablo 45. Grupların Dini Başa Çıkma Ölçeği İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması.....	266
Tablo 46. Uygulama ve Kontrol Grubu STAI Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puan Ortalamaları.....	267
Tablo 47. (UG) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması.....	269
Tablo 48. (UG) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması.....	270
Tablo 49. (KG) Durumluk Kaygı Envanteri Son Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması.....	271
Tablo 50. Grupların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test Bulgularının Karşılaştırılması.....	271
Tablo 51. Grupların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Son Test Bulgularının Karşılaştırılması.....	271
Tablo 52. Grupların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması.....	272
Tablo 53. Uygulama ve Kontrol Grubu EORTC QLQ-C30 Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puan Ortalamaları.....	273
Tablo 54. (UG) Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması...	275
Tablo 55. (KG) Yaşam Kalitesi Ölçeği Son Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması.....	276
Tablo 56. Grupların Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Bulgularının Karşılaştırılması.....	277
Tablo 57. Grupların Yaşam Kalitesi Ölçeği Son Test Bulgularının Karşılaştırılması.....	277
Tablo 58. Grupların Yaşam Kalitesi Ölçeği İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması.....	278

GRAFİKLER

Grafik 1. 2020'de Yeni Kansere Vakalarının Tahmini Sayısı.....	21
Grafik 2. Yaşa Göre Standardize Edilmiş Tahmini Mortalite.....	22
Grafik 3. Türkiye'de Cinsiyete Göre Kansere Bağlı Ölüm Oranlarının Dağılımı.....	23
Grafik 4. DBÖ'ye İlişkin Faktör Analizi Çizgi Grafığı.....	130
Grafik 5. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Değerleri.....	246
Grafik 6. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Diyastolik Kan Basıncı Değerleri.....	248
Grafik 7. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Nabız Değerleri.....	249

Grafik 8. Oturumlar Öncesi ve Sonrası STAI-I Puan Ortalamaları	251
Grafik 9. Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamasının Oturumlara Göre Dağılımı	252
Grafik 10. Uygulama ve Kontrol Grubunun Ok-DTÖ (Toplam) Puan Ortalamaları.....	255
Grafik 11. Uygulama ve Kontrol Grubunun Ok-DTÖ (Davranış) Puan Ortalamaları.....	256
Grafik 12. Uygulama ve Kontrol Grubunun Ok-DTÖ (Duygu) Puan Ortalamaları	256
Grafik 13. Uygulama ve Kontrol Grubunun Ok-DTÖ (İlişki) Puan Ortalamaları	257
Grafik 14. Uygulama ve Kontrol Grubunun Pozitif DBÇ Puan Ortalamaları	262
Grafik 15. Uygulama ve Kontrol Grubunun Negatif DBÇ Puan Ortalamaları.....	262
Grafik 16. Uygulama ve Kontrol Grubunun STAI-I Puan Ortalamaları.....	267
Grafik 17. Uygulama ve Kontrol Grubunun STAI-II Puan Ortalamaları	268
Grafik 18. Uygulama ve Kontrol Grubunun EORTC QLQ-C30 (FS) Puan Ortalamaları.....	273
Grafik 19. Uygulama ve Kontrol Grubunun EORTC QLQ-C30 (SS) Puan Ortalamaları.....	274
Grafik 20. Uygulama ve Kontrol Grubunun EORTC QLQ-C30 (GYK) Puan Ortalamaları....	274

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Karma Desen Modeline Göre Akış Diyagramı.....	112
Şekil 2. Araştırmanın Özet Akış Süreci	113
Şekil 3. Araştırmanın Birinci Aşamasına İlişkin Değişkenler	114
Şekil 4. Hastalığa Yapılan Atıflar Teması Kelime Bulutu.....	212
Şekil 5. (TSG) Kendilik Algısında Gelişim Kategorisi Kelime Bulutu.....	215
Şekil 6. (TSG) Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Gelişim Kategorisi Kelime Bulutu	219
Şekil 7. (TSG) Hayatın Değerini Anlama Kategorisi Kelime Bulutu.....	221
Şekil 8. (TSG) Manevi Gelişim Kategorisi Kelime Bulutu	224
Şekil 9. (HBÇ) Aktif Başa Çıkma Kategorisi Kelime Bulutu	230
Şekil 10. (HBÇ) Pasif Başa Çıkma Kategorisi Kelime Bulutu.....	233
Şekil 11. (HBÇ) Dini Başa Çıkma Kategorisi Kelime Bulutu.....	239
Şekil 12. (HBÇ) Başa Çıkmada Sosyal Destek Kategorisi Kelime Bulutu	242
Şekil 13. Kanserde Hastalık Öncesi ve Hastalık Dönemi Değişkenleri.....	401
Şekil 14. Kanser Hastaları İçin HAMD Modeli.....	405

ŞEMALAR LİSTESİ

Şema 1. Tanıya Karşı Gösterilen Tepkiler.....	187
Şema 2. Tedavi Sürecinde Gösterilen Tepkiler.....	193
Şema 3. Tanı ve Tedaviye Bağlı Problemler	198
Şema 5. (HYA) Bireysel Faktörler	206
Şema 4. Hastalığa Yapılan Atıflar	205
Şema 6. (HYA) Yaşam Biçimi	207
Şema 7. (HYA) Dini Atıflar.....	208
Şema 9. (TSG) Kendilik Algısında Gelişim	214
Şema 8. Travma Sonrası Gelişim.....	213

Şema 10. (TSG) Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Gelişim.....	216
Şema 11. (TSG) Hayatın Değerini Anlama	220
Şema 12. (TSG) Manevi Gelişim.....	222
Şema 13. Hastalıkla Başa Çıkma	225
Şema 14. (HBÇ) Aktif Başa Çıkma	226
Şema 15. (HBÇ) Pasif Başa Çıkma	231
Şema 16. (HBÇ) Dini Başa Çıkma	233
Şema 17. (HBÇ) Başa Çıkmada Sosyal Destek.....	240
Şema 18. Kodlar Arası Kesişim Haritası	243

KISALTMALAR LİSTESİ

Kısaltma	Bibliyografik Bilgi
a.e.	: Aynı eser
a.g.e.	: Adı geçen eser
a.g.m.	: Adı geçen makale
a.g.tb.	: Adı geçen tebliğ/bildiri
a.g.t.	: Adı geçen tez
akt.	: Aktaran
APA	: American Psychiatric Association
Bkz.	: Bakınız
C.	: Cilt
çev.	: Çeviren
der.	: Derleyen
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ed.	: Editör
et al.	: Ve diğerleri/Arkadaşları
EORTC QLQ C-30	:The European Organization for Research and Treatment of Cancer, 30-Item Core Quality of Life Questionnaire
haz.	: Hazırlayan
karş.	: Karşılaştırınız
md.	: Madde
No.	: Numara
p.	: Page
S.	: Sayı
s.	: Sayfa
ss.	: Sayfadan sayfaya
ty.	: Basım tarihi yok
v.dğr.	: Ve diğerleri
vb.	: Ve benzeri
vd.	: Ve devamı
Vol.	: Volume
vs.	: Vesaire
WHO	: World Health Organization
y.y.	: Basım yeri yok

GİRİŞ

Kanser, bedensel bir hastalıktan öte insan hayatını dikine kesen bir olgudur. Ancak bu dikey kesit yalnızca hayatın belli bir katmanını ile sınırlı değildir. Kanser tanısı alan birey için tanıyla birlikte kendi özel hayatı, aile hayatı, sosyal hayatı, iş hayatı sekteye uğrar. Makro düzeyde hayatı kesintiye uğrayan birey, kanser tanı ve tedavisine bağlı fiziksel problemler yanında çeşitli düzeylerde psikolojik, sosyal ve ekonomik problemlerle de karşılaşır.

Günlük dilde içinden çıkılmaz, karmaşık durumlar için "ur gibi sardı", "urlaştı" şeklinde deyim ve ifadelerin kullanılması kanserin, toplum nezdindeki anlamını yansıtır. Kanser hastası birey için bu deyimlerin karşılığı bizzat "hayatın urlaşması"dır. Kanser, bireyin bedensel olarak fiziksel boyutunu işgal ettiği gibi zihinsel ve ruhsal boyutunu da işgal eder. Kanserli birey için bunun anlamı; bedensel, zihinsel ve ruhsal olarak "ur"dan temizlenmek için uzun süreli büyük bir mücadele demektir. Bu mücadelenin bir de toplumsal yönü vardır. Kanser hastası birey, sosyal çevrenin de acıyan ve damgalayan tutumlarını içeren urlaşmış yapısıyla da mücadele etmek zorundadır. Tüm bu mücadele alanlarının kendine ait spesifik problemleri olduğu gibi karşılıklı etkileşim halinde ortak problem alanları da mevcuttur.

Literatürde ağrı, yorgunluk, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede güçlük, depresyon, kaygı, damgalanma (stigma), sosyal geri çekilme, iş yaşamına dönüşte uyum güçlüğü gibi kanser hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda yaşamış olduğu çok sayıda problem¹ kapsamlı olarak ele alınmıştır. Bu çalışmaların bir kısmı hastaların problem alanlarını yaşam kalitesi bağlamında genel bir değerlendirmeye tabi tutarken bir kısmı da daha spesifik boyutlarda değerlendirmiştir.

¹ Aysun Babacan Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", C. 2, S. 3 (2006), ss. 108-14; Memnun Seven vd., "Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, C. 12, S. 3 (2013), ss. 219-24, doi:10.5455/pmb.1-1343053458; Ahmet Alacacıoğlu vd., "Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler", *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, C. 17, S. 2 (2007), ss. 87-93; Melike Özkan, Semiha Akın, "Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi", *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, C. 25, S. 3 (2017), ss. 177-92, doi:10.17672/fnfn.343256; Eunmi Ahn vd., "Impact of Breast Cancer Diagnosis and Treatment on Work-Related Life and Factors Affecting Them", *Breast Cancer Research and Treatment*, C. 116, S. 3 (2009), ss. 609-16, doi:10.1007/s10549-008-0209-9.

Kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecinde yaşadığı en önemli problemlerden birisi belirsizlik, çaresizlik ve umutsuzluktur.² Ancak bu duygular, tedavi bittikten sonra da devam edebilir. Çünkü tedavi sonrası süreçte de kansere ilişkin kontroller, ömür boyu devam eder. Kansere ilişkin rutin kontroller, tümörün temizlenmesine bağlı cerrahi operasyonun bedensel izleri (örn. meme kanseri hastalarda memenin kısmen ya da tamamen alınması, koltuk altı lenf bezlerinin alınmasına bağlı olarak ilgili kolu lenfödemden koruma çabası), kemoterapi gibi tedavilerin kalıcı yan etkileri, aşılamayan toplumsal damgalanma vb. durumlar, bireyin zihninde kanseri sürekli üreterek belirsizlik ve umutsuzluğa neden olur.

Belirsizlik, insanda kontrol duygusunu sınırlandırarak bir tehdit karşısında çaresizlik hissine yol açar. Çaresizlik ise tehdit algısını büyütür. Diğer taraftan tehdit duygusundan kaynaklı kaygı da belirsizlikle ilişkili bir durumdur.³ Kaygı (anksiyete) ise kanserde hastalığa uyum ve tedaviyi olumsuz yönde etkileyen ciddi bir problem olarak görülür. Yapılan araştırmalar, kaygının kanser hastalarındaki insidansının % 50'nin üzerinde olduğunu ve kanser hastalarının yaklaşık olarak % 30'unun kronik anksiyete yaşadığını göstermektedir. Kanser hastalığında yaşanan korku, sıkıntı ve belirsizlik kaygının önemli nedenleri arasındadır. Uygulanan tedaviler ve tedavilerin yan etkileri, geleceğe dair belirsizlikler, hastalığın ölümü çağrıştırmaları gibi faktörler korku ve kaygı düzeyini artırır.⁴

² Elanur Yılmaz Karabulutlu, Süheyla Yaralı, Seda Karaman, "Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey", *Journal of Religion and Health*, C. 58, S. 3 (2019), ss. 881-90, doi:10.1007/s10943-017-0453-6; Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

³ Richard S. Lazarus, Susan Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer, 1984, s. 106.

⁴ Alacacıoğlu vd., "Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler", ss. 87-93; Sibel Asi Karakaş, *Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007; Elanur Y. Karabulutlu vd., "Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer", *Electronic Journal of General Medicine*, C. 7, S. 3 (2010), ss. 296-302, doi:10.29333/ejgm/82872; Seven vd., "Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi", ss. 219-24; Levent Şahin, *Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Değerlendirilmesi*, (Tıpta Uzmanlık Tezi Tezi), İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2015; Handan Erdoğan, *Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon, Anksiyete ve Stres ile İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015; Seyhan Çıtlık Sarıtaş, Zeliha Büyükbayram, "Kemoterapi Alan Hastaların ve Bakım veren Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, C. 15, S. 2 (2016), ss. 141-51, doi:10.1016/S0959-8049(16)30739-0.

İstatistiklere göre kansere bağlı ölümler, dünyada ve Türkiye'de kalp/damar hastalıklarından sonra ikinci sırada⁵ yer almaktadır. Buna rağmen kanser, daha ölümcül bir hastalık olarak algılanmaktadır. Bu algıda, kanserin varoluşsal olarak hayatı tehdit eden bir hastalık olmasının payı vardır. Bireyin hayatı, kanser tanısıyla birlikte beklenmedik bir şekilde değişir ve kansere entegre edilmiş yeni bir dönem başlar. Ancak entegre süreci, her hasta için aynı değildir. Bu sürecin kolaylık ya da zorluğunu tayin eden çok sayıda faktör vardır. Mevcut literatür, kanserin biyolojik ve psikososyal faktörlere ilişkin boyutlarına ağırlık verir. Diğer taraftan kanser, varoluşsal bir anlam krizi olarak manevi yönleriyle de ele alınması gereken bir hastalıktır.

Bireyin anlam dünyasını ihlal eden stresli olayların en belirgin özelliği, anlam arayışı ve kontrolü sağlama çabasıdır. Anlam, tehdit edici deneyim için nedensel bir açıklamada bulunma ve başarısızlık etrafında kişinin hayatının anlamını yeniden yapılandırma gibi bilişsel süreçlerle ele alınır. Kontrol ise özellikle tehdit edici olay üzerinde ve daha genel olarak kişinin hayatı üzerinde kontrol sahibi olma çabalarını içerir.⁶ Din; Tanrı ile yakınlık, anlam, kontrol, teselli ve dayanışma kaynağı olarak inananlar için özellikle kriz dönemlerinde yaşamda yeni bir yön bulmanın kaynağıdır.⁷ Kanser gibi yaşamı kesintiye uğratan krizlerde ise yaşamdaki anlam ve amacı yeniden inşa etme sürecinde din ve maneviyatın işlevi daha belirgin hale gelir.⁸ Ampirik literatür; kanser hastalarında din ve maneviyatın sağlığın öznel ve emosyonel boyutlarında, yaşam kalitesi, iyilik hali ve distress üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Ayrıca ilgili literatür, hastalıkla başa çıkma ve hastalığı anlamlandırma sürecinde de din ve maneviyatın önemini ortaya koymaktadır.⁹

Kanser, kalp ve aids hastalarından oluşan bir örnekleme yapılan çalışmada katılımcılar maneviyatın; etkili başa çıkmayı kolaylaştırarak, iyilik hali duygusu

⁵ Fatih Kara, Bekir Keskinliç, "Türkiye Kanser İstatistikleri 2016", Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019, s. 1.

⁶ Shelley E. Taylor, "Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation.", *American Psychologist*, C. 38, S. 11 (1983), ss. 1161-73, doi:10.1037/0003-066X.38.11.1161.

⁷ K. I. Pargament, H. G. Koenig, L. M. Perez, "The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE", *Journal of Clinical Psychology*, C. 56, S. 4 (2000), ss. 519-43, doi:10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1.

⁸ Juanita Manning-Walsh, "Spiritual Struggle: Effect on Quality of Life and Life Satisfaction in Women With Breast Cancer", *Journal of Holistic Nursing*, C. 23, S. 2 (2005), ss. 120-40, doi:10.1177/0898010104272019.

⁹ HR Lin, SM Bauer-Wu, "Psycho-spiritual well being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature", *J Adv Nurs*, C. 44 (2003), ss. 69-80.

sağlayarak, ayrıca çevreyle iletişim, kişisel öğrenme ve büyümeye de yardımcı olarak hayatlarını etkilediğini bildirmişlerdir.¹⁰ İleri düzey kanser hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada da katılımcıların % 78'i kanser deneyiminde din ve maneviyatın önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca ilgili çalışmada din ve maneviyatın kanser deneyimiyle nasıl bir ilişkisi olduğunu betimlemeye yönelik beş ana tema oluşturulmuştur. Bu temalar; dinî/manevî başa çıkma, dinî/manevî pratikler, dinî/manevî inançlar, dinî/manevî dönüşüm, dinî/manevî topluluk olarak belirlenmiştir.¹¹

Çok sayıda araştırma bulgusu, din ve maneviyatın kanser hastaları tarafından hastalıkla başa çıkmada sıklıkla kullanılan bir yöntem olduğunu göstermektedir. Bu bulgular kanser gibi kronik hastalıklarda; ağrı, depresyon ve anksiyete gibi çeşitli belirtilerin azalmasında, yaşam kalitesinin artmasında, psikolojik olarak gevşeme ve rahatlama sağlanmasında, hastalığa uyumda, hastalıkla başa çıkmada vb. din ve maneviyatın önemli düzeyde katkı sağladığını göstermektedir.¹² Kanser hastalarıyla ilgili bir araştırmada iman, inanç, anlam, huzur ve amacı kapsayan manevî (spiritual) iyilik halinin, düşük düzeyde anksiyete ve depresyon semptomlarıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.¹³ Kanser hastalarında yapılan bir başka çalışmada da dini teselli ile

¹⁰ Teresa E. Woods, Gail H. Ironson, "Religion and Spirituality in the Face of Illness: How Cancer, Cardiac, and HIV Patients Describe Their Spirituality/Religiosity", *Journal of Health Psychology*, C. 4, S. 3 (1999), ss. 393-412, doi:10.1177/135910539900400308.

¹¹ Sara R. Alcorn vd., "'If God Wanted Me Yesterday, I Wouldn't Be Here Today': Religious and Spiritual Themes in Patients' Experiences of Advanced Cancer", *Journal of Palliative Medicine*, C. 13, S. 5 (2010), ss. 581-88, doi:10.1089/jpm.2009.0343.

¹² Arndt Büsing, Harold G. Koenig, "Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases", *Religions*, C. 1, S. 1 (2010), ss. 18-27, doi:10.3390/rel1010018; Mohammad-Kazem Atef-vahid vd., "Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer", *Journal of Research in Medical Sciences*, C. 16, S. 7 (2011), ss. 928-37; Danielle Rodin vd., "Whose Role? Oncology Practitioners' Perceptions of Their Role in Providing Spiritual Care to Advanced Cancer Patients", *Supportive Care in Cancer*, C. 23, S. 9 (2015), ss. 2543-50, doi:10.1007/s00520-015-2611-2; An-Fu Hsiao vd., "Role of Religiosity and Spirituality in Complementary and Alternative Medicine Use Among Cancer Survivors in California", *Integrative Cancer Therapies*, C. 7, S. 3 (2008), ss. 139-46, doi:10.1177/1534735408322847; Lou Ella V. Taylor vd., "A Biopsychosocial-Spiritual Model of Chronic Pain in Adults with Sickle Cell Disease", *Pain Management Nursing*, C. 14, S. 4 (2013), ss. 287-301, doi:10.1016/j.pmn.2011.06.003; Sakineh Zamaniyan vd., "Effectiveness of Spiritual Group Therapy on Quality of Life and Spiritual Well-Being among Patients with Breast Cancer", *Iran J Med Sci*, C. 41, S. 2 (2016), ss. 140-44; Jason Q. Purnell, Barbara L. Andersen, "Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer", *Counseling and Values*, C. 53, S. 3 (2009), ss. 165-283; Yvonne Tatsumura vd., "Religious and Spiritual Resources, CAM, and Conventional Treatment in the Lives of Cancer Patients", *Alternative Therapies in Health and Medicine*, C. 9, S. 3 (2003), ss. 64-71; John R. Petzet, Michael J. Balboni, "Spirituality and religion in oncology", *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, C. 63, S. 4 (2013), ss. 280-89, doi:10.3322/caac.21187; Christian Nelson vd., "The Role of Spirituality in the Relationship between Religiosity and Depression in Prostate Cancer Patients", *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, C. 38, S. 2 (2009), ss. 105-14, doi:10.1007/s12160-009-9139-y.

¹³ KS Johnson, et al., "Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness?", *J Gen Intern Med*, C. 26 (2011), ss. 751-58.

kaygı arasında negatif yönde, umut ile pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu çalışma ile dini inançlarında daha fazla teselli bulan hastaların, daha güçlü bir umut ve daha az kaygı hissettikleri gösterilmiştir.¹⁴

Ölümlerle karşı karşıya gelen kanser hastalarında, manevi iyilik hali ile çabuk ölme arzusu, umutsuzluk ve intihar düşünceleri arasında da negatif yönde anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir.¹⁵ Gelişmiş bir psikospiritüel iyilik haline sahip hastalar, ölümcül hastalık süreciyle daha etkili bir şekilde baş edebilmekte ve deneyimlerinde anlam bulabilmektedirler. Prognostik farkındalık, aile ve sosyal destek, özerklik, umut ve yaşamdaki anlam gibi faktörlerin de pozitif psikospiritüel iyilik haline katkıda bulunduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan duygusal sıkıntı, kaygı, çaresizlik, umutsuzluk ve ölüm korkusunun ise psikospiritüel iyilik halini azalttığı ortaya çıkmıştır.¹⁶

Din ve maneviyat; sağlık davranışları ve sosyal destek yoluyla fiziksel ve ruhsal sağlığı etkilediği¹⁷ gibi bazı klinik belirteçler, fizyolojik süreçler, kardiyak otonomik kontrol seviyeleri ve bağışıklık üzerindeki doğrudan etkiler yoluyla da sağlığı etkileyebilir. Kanser hastalarında stresin biyolojik yansıması olan allostatik yükteki artışın, tümöre ilişkin biyolojik mekanizmalar üzerindeki olumsuz etkileri (kötü huylu tümör büyümesi ve farklılaşması gibi) yanında düşük yaşam kalitesi ile de ilişkili olduğunu gösteren bulgular vardır.¹⁸ Konuya ilişkin bir araştırmada, dini yönelim düzeyindeki artış ile daha düşük düzeyde nabız hızı, diyastolik kan basıncı ve genel

¹⁴ Beata Zarzycka vd., "Religious comfort and anxiety in women with cancer: The mediating role of hope and moderating role of religious struggle", *Psycho-Oncology*, C. 28, S. 9 (2019), ss. 1829-35, doi:10.1002/pon.5155.

¹⁵ Colleen S McClain, Barry Rosenfeld, William Breitbart, "Effect of Spiritual Well-Being on End-of-Life Despair in Terminally-Ill Cancer Patients", *The Lancet*, C. 361, S. 9369 (2003), ss. 1603-7, doi:10.1016/S0140-6736(03)13310-7.

¹⁶ Hung-Ru Lin, Susan M. Bauer-Wu, "Psycho-Spiritual Well-Being in Patients with Advanced Cancer: An Integrative Review of the Literature", *Journal of Advanced Nursing*, C. 44, S. 1 (2003), ss. 69-80, doi:https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02768.x.

¹⁷ Crystal L. Park vd., "Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine", *Journal of Behavioral Medicine*, C. 40, S. 1 (2017), ss. 39-51, doi:10.1007/s10865-016-9755-5.

¹⁸ Cathleen Y. Xing vd., "Pre-Diagnostic Allostatic Load and Health-Related Quality of Life in a Cohort of Black Breast Cancer Survivors", *Breast Cancer Research and Treatment*, 2020, ss. 1-14, doi:10.1007/s10549-020-05901-1; Cathleen Y. Xing vd., "Pre-diagnostic allostatic load as a predictor of poorly differentiated and larger sized breast cancers among Black women in the Women's Circle of Health Follow-Up Study", *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, C. 29, S. 1 (2020), ss. 216-24, doi:10.1158/1055-9965.EPI-19-0712.

allostatik yük arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.¹⁹ Bu bulgular, kanser hastalarında din ve maneviyatın biyolojik süreçlerle ilişkisini anlamak açısından değerlidir.

İnsanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutları olan bir varlık olması ve boyutlar arası ilişkiler, güncel tıp ve onkoloji alanında holistik yaklaşımları gündeme getirmiştir. Bu bağlamda onkoloji ve ilgili diğer alanlarda hastaların fiziksel, duygusal, sosyal, varoluşsal ve manevi ihtiyaçlarının bütüncül olarak karşılanmasının önemi anlaşılmıştır.²⁰ Kanser hastalarının çok yönlü ihtiyaç ve problemleri, genel bir kavram olan "yaşam kalitesi" çerçevesinde ele alınmaktadır. Kanserde güncel yaklaşımlar, hastaların tıbbi tedavisinin yanında yaşam kalitesinin de iyileştirilmesi yönündedir. Hatta tıbbi tedavisi mümkün olmayan olgularda da çeşitli boyutlarıyla yaşam kalitesinin artırılması hedeflenir. Kanserde yaşam kalitesi, yukarıdaki boyutlar gözetilerek geliştirilmiş çok boyutlu yaşam kalitesi ölçme araçlarıyla değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesi, kavram olarak genel bir değerlendirme çerçevesi sunması nedeniyle kansere ilişkin ampirik araştırmalarda da merkezi bir değişken olarak öne çıkmıştır. Kanser hastalarında din ve maneviyat eksenli çalışmalarda da yaşam kalitesi, genel olarak bağımlı bir değişken olarak yer almıştır.

Bazı çalışmalar, kanser hastalarında maneviyatın, yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Onkoloji hastalarında yapılan bir çalışmada; "manevi yönelim" düzeyi ile "yaşam kalitesi" toplam puanı ve "beden durumu", "sosyal yaşam ve aile durumu", "duygusal durum", "faaliyet durumu" alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışmada, "olumlu dini başa çıkma" tarzı ile yaşam kalitesi arasında pozitif; "olumsuz dini başa çıkma" ile yaşam kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.²¹ Diğer birçok araştırmada da kanser hastalarında maneviyat ve manevi iyilik hali ölçümleri, daha iyi yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellikle ilişkili bulunmuştur.²² Benzer şekilde olumlu dini başa çıkmanın, ilerlemiş kanser hastaları

¹⁹ Terrence D. Hill vd., "Religious Attendance and Biological Functioning: A Multiple Specification Approach", *Journal of Aging and Health*, C. 26, S. 5 (2014), ss. 766-85, doi:10.1177/0898264314529333.

²⁰ Büssing, Koenig, "Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases", ss. 18-27.

²¹ Sevil Masat, *Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki*, (Yüksek Lisans Tezi), Samsun: On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018, s. 79.

²² Mounica Vallurupalli vd., "The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy", *The Journal of Supportive Oncology*, C. 10, S. 2 (2012), ss. 81-87, doi:10.1016/j.suponc.2011.09.003; Lari B. Wenzel vd., "Resilience, Reflection, and Residual

arasında yüksek düzeyde genel yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik haliyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir.²³ Yine dini inanç ve yaşam doyumu arasında pozitif bir korelasyon olduğunu,²⁴ manevi iyilik hali arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığını²⁵ gösteren pek çok çalışma vardır.

Kanser hastalarında karşılanmayan manevi ihtiyaçlar ya da çözümlenemeyen manevi sorunlar dinî/manevî distrese neden olabilir. D/M distres genel olarak kanser hastalarının % 50'sinde ve uzun dönemli sağ kalımda % 27 oranında görülen ciddi ve yaygın bir problem olarak değerlendirilmektedir. D/M distres bireyin; kendisiyle, diğerleriyle ve inandığı kutsal güçle olan çatışması olarak tanımlanabilir. D/M distres; Tanrı tarafından terk edilmişlik duygusu, başkalarıyla D/M inanç ve uygulamalar hakkında tartışma içinde olma veya nihai anlam ile çatışma gibi durumları içerebilir. D/M distres aynı zamanda D/M çatışma, D/M acı ve negatif dini başa çıkma olarak da ele alınmaktadır.²⁶ Çalışmalar D/M distresin, hastalardadını kaynakların kullanımını engelleyebileceğini²⁷ ve fiziksel/ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir.²⁸

Kanser hastalarında manevi ihtiyaçlar; psikososyal, duygusal, varoluşsal ve dini ihtiyaçları kapsayan geniş bir çerçevede ele alınmaktadır. Manevi ihtiyaçlar, aynı zamanda hastaların manevi huzur özlemi şeklinde de yorumlanmaktadır. Huzur, sağlık ve sosyal desteğe duyulan ihtiyaç ise evrensel insan ihtiyaçları olarak kabul edilir ve kanser gibi uzun süreçli seyri olan hastalıklarda özel bir öneme sahiptir.²⁹ Dinî ve manevi ihtiyaçları sağlanan kanser hastalarının; daha yüksek düzeyde memnuniyet,

Stress in Ovarian Cancer Survivorship: A Gynecologic Oncology Group Study”, *Psycho-Oncology*, C. 11, S. 2 (2002), ss. 142-53, doi:10.1002/pon.567; N. Boscaglia vd., “The Contribution of Spirituality and Spiritual Coping to Anxiety and Depression in Women with a Recent Diagnosis of Gynecological Cancer”, *International Journal of Gynecological Cancer*, C. 15, S. 5 (2005), ss. 755-61, doi:10.1111/j.1525-1438.2005.00248.x.

²³ William D. Winkelman vd., “The Relationship of Spiritual Concerns to the Quality of Life of Advanced Cancer Patients: Preliminary Findings”, *Journal of Palliative Medicine*, C. 14, S. 9 (2011), ss. 1022-28, doi:10.1089/jpm.2010.0536.

²⁴ J. W. Yates vd., “Religion in Patients with Advanced Cancer”, *Medical and Pediatric Oncology*, C. 9, S. 2 (1981), ss. 121-28, doi:10.1002/mpo.2950090204.

²⁵ Şule Yüksel, *Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastaların Spiritualite ve Umut Durumlarının Belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019, s. 41.

²⁶ Stephen D. W. King vd., “Determining Best Methods to Screen for Religious/Spiritual Distress”, *Supportive Care in Cancer*, C. 25, S. 2 (2017), s. 471, doi:10.1007/s00520-016-3425-6.

²⁷ Zarzycka vd., “Religious comfort and anxiety in women with cancer”, ss. 1829-35.

²⁸ Marvin Omar Delgado-Guay vd., “Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain Among Caregivers of Patients With Advanced Cancer”, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, C. 30, S. 5 (2013), ss. 455-61, doi:10.1177/1049909112458030.

²⁹ Büssing, Koenig, “Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases”, ss. 18-27.

psikolojik ve ruhsal uyum³⁰ ile daha iyi yaşam kalitesine³¹ sahip olduğunu gösteren bulgular vardır.

Konuyla ilgili literatür bulguları, kanser deneyiminde din ve maneviyatın üstlendiği önemli rolü vurgulamaktadır. Diğer taraftan karşılanmamış dinî/manevî ihtiyaçların da fiziksel ve ruhsal sağlık değişkenleri üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle hastaların başa çıkma ve uyum yeteneğini bozabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla kanserde psikososyal müdahaleler kadar hastaların manevi problem ve ihtiyaçları çerçevesinde düzenlenecek manevi destek/danışmaya yönelik müdahalelere de ihtiyaç vardır. Bu araştırmada da kanser hastalarının manevi destek ihtiyaçları dikkate alınarak bir "manevi destek programı" geliştirilmiş ve uygulanmıştır.

1.1. Araştırmanın Problemi

Son yıllarda kanser tanı ve tedavisinde artan gelişmeler kanser hastalarında hayatta kalma oranının ve yaşam kalitesinin yükselmesine neden olmuştur. Buna rağmen özellikle kötü prognozda pek çok hasta, tanı ve tedavinin çetin zorluklarıyla yüzleşmektedir. Bunlar arasında ağrı, hastalığa bağlı semptomlar, kontrol kaybı, bağımlılık korkusu, işlevsel yetenek kaybı, ölüm korkusu ve acı çekmek, karmaşık duygular, sevdikleri için endişelenmek, aile ve arkadaş çevresiyle mesafeli iletişim vb. problemler yer almaktadır. Diğer taraftan kanser hastalarında ağrı ve fiziksel semptomlar çok önemli bir problem olmasına rağmen psikolojik sıkıntı ve varoluşsal kaygılarla ilgili semptomların, ağrı ve diğer fiziksel semptomlara göre daha yaygın olduğu da bildirilmektedir.³²

Kanser gibi bireyin ölümle yüzleşmesine neden olan hastalıklar, aynı zamanda varoluşsal bir kriz olarak değerlendirilir. Bu tür krizlerin, psikososyal ve dinî/manevî boyutlarıyla kapsamlı bir şekilde ele alınması önemlidir. Hatta bu tür ciddi hastalıklar,

³⁰ Michelle J. Pearce vd., "Unmet Spiritual Care Needs Impact Emotional and Spiritual Well-Being in Advanced Cancer Patients", *Supportive Care in Cancer*, C. 20, S. 10 (2012), ss. 2269-76, doi:10.1007/s00520-011-1335-1.

³¹ Tracy A. Balboni vd., "Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life", *Journal of Clinical Oncology*, C. 25, S. 5 (2007), ss. 555-60, doi:10.1200/JCO.2006.07.9046.

³² R. K. Portenoy vd., "The Memorial Symptom Assessment Scale: An Instrument for the Evaluation of Symptom Prevalence, Characteristics and Distress", *European Journal of Cancer*, C. 30, S. 9 (1994), ss. 1326-36, doi:10.1016/0959-8049(94)90182-1.

“psikospiritüel” kriz³³ olarak da adlandırılmaktadır. Din ve maneviyatın bu kriz sürecinde üstlendiği en önemli fonksiyon, hastaların duruma katlanılabilir bir anlam bulmasına yardımcı olmaktır.³⁴

Kanser hastalarında tanı ve tedaviye bağlı problemlere yönelik sağlanacak psikososyal destek hizmetlerinin, hem hastaların yaşam kalitesini iyileştirmede hem de sağlık hizmetlerinde iş gücü ve maliyeti düşürmede etkili olabileceği ifade edilmektedir.³⁵ Diğer taraftan sağlıkta güncel yaklaşım, insanın bedensel sağlığı yanında psikososyal ve manevi sağlığını da dikkate alan holistik bakım odaklıdır. Bu yaklaşım biçiminin revaçta olmasında DSÖ tarafından sağlığın, “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmasının büyük payı vardır.³⁶ Sağlıkta holistik yaklaşım, hastanın varoluşsal bütünlüğünü dikkate alarak fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi olarak genel iyilik halinin değerlendirilmesini esas alır. Holistik yaklaşım çerçevesinde bazı çalışmalar, kanser hastalarında maneviyatın, diğer boyutlar üzerindeki kapsayıcı rolüne vurgu yapar.³⁷ Bu tespit, kanser hastalarında din ve maneviyatın, fiziksel ve ruhsal sağlığa olumlu yönde etkileri olduğunu gösteren literatür bulgularıyla örtüşmektedir.³⁸

Literatürde, maneviyat (spritüalite) ve maneviyatın ilişkili olduğu genel alanlar; dindarlık, dini başa çıkma, manevî destek, manevî (spiritüel) iyilik hali ve manevî ihtiyaçlar olarak ele alınmıştır.³⁹

Kanser hastalarında karşılanmamış manevi ihtiyaçların; genel iyilik halini, bakımdan duyulan memnuniyeti, algılanan bakım kalitesini etkilediği ve ayrıca daha yüksek sağlık harcamalarıyla da ilişkili olduğu ifade edilmektedir.⁴⁰ Pearce ve

³³ Jared D. Kass vd., “Health Outcomes and a New Index of Spiritual Experience”, *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 30, S. 2 (1991), s. 203, doi:10.2307/1387214.

³⁴ Jimmie C. Holland, “History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and...: Psychosomatic Medicine”, *Psychosomatic Medicine*, C. 64, S. 2 (2002), ss. 206-21.

³⁵ Beyhan Bag, “Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C. 5, S. 1 (2013), ss. 109-26, doi:10.5455/cap.20130508.

³⁶ WHO, “The Constitution of the WHO”, WHO Chronicle, 1947, s. 29.

³⁷ Özden Dedeli, Gülten Karadeniz, “Kanser Ağrısının Kontrolü ile Psikososyal-Spiritüel Modelin Birleştirilmesi”, *Ağrı*, C. 21, S. 2 (2009), ss. 45-53.

³⁸ Sian P. Cotton vd., “Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer”, *Psycho-Oncology*, C. 8, S. 5 (1999), ss. 429-38.

³⁹ Daniel P. Sulmasy, “A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life”, *The Gerontologist*, C. 42, S. Special Issue III (2002), ss. 24-33, doi:10.1093/geront/42.suppl_3.24.

⁴⁰ Shane Sinclair, Harvey M. Chochinov, “The Role of Chaplains within Oncology Interdisciplinary Teams”, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, C. 6, S. 2 (2012), ss. 259-68, doi:10.1097/SPC.0b013e3283521ec9.

arkadaşlarının yatarak tedavi gören ilerlemiş kanser hastalarıyla yaptığı bir çalışmada, talep edilenden daha az "manevi bakım" alan hastaların daha fazla depresif semptomlar gösterdiği, daha az anlam ve huzur bulduğu belirlenmiştir.⁴¹ Bu çalışmalar, kanser deneyiminde hastaların dinî/manevi ihtiyaçlarının karşılanmasının önemini gösteren somut veriler sunmaktadır. Ancak bu ihtiyaçlara yönelik manevi destek/danışma ve müdahale programlarının dayandığı temel ilkeler ve içeriklerinin nasıl olması gerektiği de tartışmalı bir konudur. Hristiyan gelenek içinde yapılan çeşitli çalışmalar, bu konuyu ele alarak hastaların manevi ihtiyaç ve problemleri çerçevesinde modeller geliştirmişlerdir. Örneğin, bir modelde manevi müdahalelerin, maneviyatın kavramsallaştırmasına dayanan iki temel boyutu içermesi gerektiği belirtilmiştir. Bunlar, dini (Tanrı ile uyum sağlama) ve varoluşsal (yani kişinin yaşamında anlam ve amaç bulma) boyutlardır.⁴² Kanser gibi ciddi hastalıklarda manevi destek ve müdahale amaçlı geliştirilen bir başka modelde, hastaların manevî olarak üç temel ihtiyacına dikkat çekilmiştir. Buna göre hastaların ilgili süreçte; (i) anlam ve yön, (ii) kendilik değeri ve ait olma, (iii) uzlaşma (Tanrı ve başkaları tarafından bağışlanma arzusu) ve sevmek/sevilmek ihtiyaçları öne çıkmaktadır.⁴³ Bir çalışmada da kanser hastalarında destekleyici bakımın sınırları içinde olan varoluşsal ve manevi konular üzerinde durulmuştur. Bunlar; ölüm arzusu, intihar isteği, moral bozukluğu sendromu, umutsuzluk, anlam kaybı, ıstırap, itibar, kader, prognoz hakkında bilgi, maneviyat ve destekleyici müdahale geliştirme olarak sıralanmıştır.⁴⁴

Manevi destek ve danışmanlığa ilişkin ilke, konu, içerik, uygulama ve modellerin ortak yönleri olmasına rağmen dini gelenek ve kültüre göre şekillenen yönleri de vardır. Bu bağlamda ülkemiz açısından oldukça yeni bir alan olan manevi danışmanlığın, sosyal ve kültürel anlamda kendi karakteristiklerinin oluşması beklenen bir durumdur. Ülkemizde manevi danışmanlığın bir meslek olarak faaliyet göstermesine

⁴¹ Pearce vd., "Unmet Spiritual Care Needs Impact Emotional and Spiritual Well-Being in Advanced Cancer Patients", ss. 2269-76.

⁴² Pok-Ja Oh, Soo Hyun Kim, "The effects of Spiritual Interventions in Patients With Cancer: A Meta-Analysis", *Oncology Nursing Forum*, Oncology Nursing Society, (2014), doi:10.1188/14.ONF.E290-E301.

⁴³ Michele Shields, Allison Kestenbaum, Laura B. Dunn, "Spiritual AIM and the Work of the Chaplain: A Model for Assessing Spiritual Needs and Outcomes in Relationship", *Palliative and Supportive Care*, C. 13, S. 1 (2015), ss. 75-89, doi:10.1017/S1478951513001120; Allison Kestenbaum vd., "What Impact Do Chaplains Have? A Pilot Study of Spiritual AIM for Advanced Cancer Patients in Outpatient Palliative Care", *Journal of Pain and Symptom Management*, C. 54, S. 5 (2017), ss. 707-14, doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.07.027.

⁴⁴ William Breitbart, "Spirituality and Meaning in Supportive Care: Spirituality- and Meaning-Centered Group Psychotherapy Interventions in Advanced Cancer", *Supportive Care in Cancer*, C. 10, S. 4 (2002), ss. 272-80, doi:10.1007/s005200100289.

yönelik ilk kurumsal temelleri atılmıştır. Ancak Diyanet İşleri Başkanlığı çatısı altında çeşitli kurumlarda, manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetleri yürütülmesine rağmen ülkemizde manevi danışmanlığın kuramsal temelleri ve uygulamaya yönelik yöntem ve içerikleri eksiktir. Manevi danışmanlığın çeşitli hizmet alanlarına (sosyal hizmetler, cezaevi, sağlık vb.) ve bunların spesifik alt alanlarına yönelik uygulamalarında, kapsam ve içeriklerin farklılaşması gerektiği düşünüldüğünde problemin büyüklüğü anlaşılmaktadır.

Onkoloji, spesifik bir alt alan olarak manevi danışmanlık hizmetlerinin kapsamı içinde yer almaktadır. Kanser tanısı almak, birey için varoluşsal bir anlam krizini de beraberinde getirir. Bu krizde hastayı sahip olduğu inanç ve değerlerinden dolayı yargılamadan ve eleştirmeden dinî/manevî ihtiyaç, problem, korku ve kaygılarını ifade etmesine cesaretlendirmek ve hastanın sorularına cevaplar bulmasına yardımcı olmak önemlidir. Kanser hastalarında manevi danışmanlığın rolünün, tam da burada ortaya çıktığını söylemek mümkündür. Anlamsızlık, belirsizlik, çaresizlik, ümitsizlik, suçluluk ve terk edilmişlik duyguları içinde boğuşan hastanın manevi destek ve danışma ihtiyacının karşılanması gereklidir.

Kritik geçiş dönemlerinde, çatışma ve kriz anlarında dini ve manevi bağlamda bir yaşam yardımı olarak kabul edilen manevi danışmanlık⁴⁵, kanser hastalarında hastalığı anlamlandırma ve hastalıkla başa çıkma sürecinde aktif rol üstlenebilir. Ancak ülkemizde, alanın yeni olması nedeniyle bu rolün nasıl yerine getirileceği, onkolojide manevi destek ve danışmanlık uygulamalarının teori ve pratikte nasıl olması gerektiği konusunda bir netlik olmadığı gibi yeterli veri de yoktur. Dolayısıyla bu araştırmanın temel problemi, "Müslüman-Türk örnekleme bağlamında kanser hastalarında, manevi danışmanlık hizmetleri kapsamında uygulanacak manevi destek müdahalelerinin içerik, planlama ve uygulama süreci nasıl olmalıdır" şeklinde belirlenmiştir.

Ülkemiz için alanın yeni olması ve önemi dikkate alınarak, araştırmanın nicel ve nitel bulguları yanında konuya ilişkin literatür bulgularından da istifade edilerek bu çalışmada, kanser hastalarına yönelik bir müdahale programı hazırlanmıştır. "Manevi destek" amaçlı hazırlanan bu program, çalışmada çeşitli değişkenler açısından test edilerek uygulanmıştır.

⁴⁵ Zuhâl Ağılkaya Şahin, *Manevi Bakım ve Danışmanlık*, İstanbul: Marmara Akademi Yayınları, 2017, s. 25.

1.2. Araştırma Soruları

Bu araştırmanın, nicel ve nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma desen modeli çerçevesinde yapılandırılması nedeniyle araştırmanın ana sorusu ve diğer sorular, araştırma desenine ve problemine göre aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

Ana Sorular

Araştırmanın karma desene göre ana sorusu:

- Kanser hastalarından elde edilen nicel ve nitel veriler, kanser hastaları için manevi destek programı geliştirilmesine nasıl yardımcı olur?

Araştırmanın nitel ana sorusu:

- Kanser hastalarında tanı ve tedavi sürecinin anlamlandırılması ve deneyimlenmesi nasıldır?

Araştırmanın nicel ana sorusu:

- Manevi destek uygulamasının tedavi görmekte olan kanser hastalarının fiziksel iyilik hali (yaşam kalitesi), psikolojik iyilik hali (durumluk-sürekli kaygı) ve manevi iyilik hali (dini tutum, dini başa çıkma) üzerindeki etkisi nedir?

Alt Sorular

Nitel Araştırma Soruları

1. Kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecine ilişkin yapmış oldukları değerlendirmeler nelerdir?

Yukarıdaki birinci nitel araştırma sorusuna sorusuna bağlı olarak yeniden aşağıdaki alt sorular oluşturulmuştur:

- i. Kanser hastalarının tanı ve tedavi dönemine ilişkin göstermiş oldukları tepkiler nelerdir?
- ii. Kanser hastalarının tanı ve tedaviye bağlı olarak yaşamış oldukları problemler nelerdir?
- iii. Kanser hastalarının hastalığa yönelik yapmış oldukları atıflar nelerdir?

- iv. Kanser hastalarının tanı sonrası kendilerine ve dışı yönelik yaşamış oldukları değişimler nelerdir?
- v. Kanser hastalarının hastalıkla başa çıkmak için destek aldıkları uygulamalar ve kaynaklar nelerdir?

2. Din ve maneviyatın, kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecindeki yeri nedir?

Nicel Araştırma Soruları

3. Uygulama grubunun (uygulanan altı oturumdan) her bir oturum öncesi ve sonrası fizyolojik belirtiler (**sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız**), **durumluluk kaygı** ve oturumlara göre **genel yaşam kalitesi** puanlarında anlamlı bir farklılık var mıdır?
4. Uygulama ve kontrol grubu hastalarının **dini tutum ölçeği**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? (b) ön test, son test ve izlem testinde gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
5. Uygulama grubu ve kontrol grubu hastalarının **dini başa çıkma ölçeği**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?, (b) ön test, son test ve izlem testinde gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
6. Uygulama ve kontrol grubu hastalarının **durumluk-sürekli kaygı envanteri**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?, (b) ön test, son test ve izlem testi gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
7. Uygulama grubu ve kontrol grubu hastalarının **yaşam kalitesi ölçeği**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?, (b) ön test, son test ve izlem testi gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, manevi danışmanlık uygulamaları kapsamında bir manevi destek programının hazırlanarak, programın tedavi görmekte olan kanser hastalarının fiziksel iyilik hali (yaşam kalitesi), psikolojik iyilik hali (durumluk-sürekli

kaygı) ve manevi iyilik hali (dini tutum, dini başa çıkma) üzerindeki etkilerinin incelenmesidir. Bu amacı gerçekleştirmek için araştırmaya alınma şartlarını taşıyan hastalardan manevi destek grubu oluşturulmuştur.

Araştırmada belirlenen alt amaçlar ise şunlardır:

- Nicel yöntemler kullanılarak örneklem grubunun dini tutum, dini başa çıkma, kaygı ve yaşam kalitesi düzeylerinin süreç içinde belirlenmesi
- Nitel yöntemler kullanılarak örneklemin kanser tanısı ve tedavi sürecine ilişkin tepkilerinin, problemlerinin, yüklemelerinin, gelişim alanlarının ve başa çıkma stratejilerinin tespit edilmesi
- Nitel yöntemler kullanılarak örneklem grubunu oluşturan hastaların kanser tanı ve tedavi sürecine ilişkin deneyimlerinde dini ve manevi unsurların ortaya çıkarılması
- Manevi destek grubu uygulamaları ile hastalarda olumlu dini başa çıkma yeteneklerinin geliştirilmesi, kaygı düzeylerinin azalması ve yaşam kalitesinin artırılması
- Manevi destek ve danışmanlıkta grup merkezli uygulamaların içerik, yöntem ve uygulamadaki eksiklik ve problemlerinin belirlenmesi

1.4. Araştırmanın Önemi

Manevi danışmanlık, ülkemiz için oldukça yenidir. Dolayısıyla bu alanda yapılan ilk bilimsel çalışmaların bir kısmı teorik olup alanı tanımaya/tanıtmaya yöneliktir. Bir kısmı ise ülkemiz bağlamında ihtiyaçları, problemleri ve psikososyal şartları ortaya koyma çabası içindedir.⁴⁶ Din psikolojisinin ise alana ilgisi her geçen gün artmaktadır. Son yıllarda din psikologları, alanın psikolojik boyutunu öne çıkararak daha spesifik konulara yönelmiş ve farklı kurumlar, yapılar ve modeller üzerinden

⁴⁶ Bkz. ilgili çalışmalar için: Üzeyir Ok, *Dinsel danışmanlığın teorik çatısı*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997; Nurullah Altaş, *Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997; Özdoğan, “İnsanı Anlamaya Yönelik Bir Yaklaşım: Pastoral Psikoloji”, ss. 127-41; Altaş, “Dini Danışmanlığın Teorik Temelleri”, ss. 327-50; Ok, “Dinî Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi”, ss. 35-54; a.yer. Koç, “Manevi-[Psikolojik] Danışmanlık ile İlgili Batı’da Yapılan Bilimsel Çalışmaların Tarihi ve Literatürü (1902-2010) Üzerine Bir Araştırma-I/II”, ss. 201-76.

konuyu ele alarak uygulama alanları, yeterlilik düzeyleri, sorunlar ve çözüm yolları üzerine araştırmalarda bulunmuşlardır.⁴⁷

Ülkemizde din, gelenek ve kültür bağlamında manevi danışmanlık alanında uygulamaya dayanan ilk örneklerin Koç⁴⁸ ve Şirin⁴⁹ tarafından yapıldığını söylemek mümkündür. Elbette ampirik verilere dayanan diğerk çalışmaların da alana yapmış olduğu katkılar yadsınamaz. Bu katkıların bir kısmının betimsel analiz düzeyinde olduğu ifade edilebilir. Ancak yine de alanın spesifik çalışma konularına ilişkin çok sayıda betimsel çalışmaya da ihtiyaç olduğu kesindir.

Manevi danışmanlığın spesifik çalışma konularından birisi de onkolojidir. Son yıllarda tıpta teşhis ve tedavi imkanları gelişmiş olmasına rağmen kanser halen yaşamı tehdit eden önemli bir hastalık olmaya devam etmektedir. Hastalığın sağaltımının mümkün olmadığı ileri evre kanser vakalarında hastalığa ilişkin semptomların hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin mümkün olduğunca iyileştirilmesi gündeme gelmektedir. Kanser hastalığı, her aşamasıyla bireyi olumsuz etkileyen, varoluşsal kaygıları tetikleyen, sahip olunan inanç ve değerlerin, hayatın ve ölümün anlamını yeniden sorgulamaya iten önemli bir krizdir. İlgili literatür, bu kriz sürecinde hastaların manevi ihtiyaçlarının bilinmesi ve karşılanmasının önemini ve gerekli manevi desteğin sağlanmasının hastalığa uyumu ve hastalıkla başa çıkma sürecini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.⁵⁰

⁴⁷ Tuba Kevser Şahin, *Dini danışmanlık bağlamında aile irşat ve rehberlik büroları*, (Yüksek Lisans Tezi), Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010; Turgay Şirin, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Yaklaşımıyla Bütünleştirilmiş Dini Danışmanlık Modeli*, (Doktora Tezi), Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013; Hasan Mollaoğlu, *Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım ve New York Healthcare Chaplaincy Örneği*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013; Zuhâl Ağılkaya Şahin, *Federal Almanya Cumhuriyeti'nde Dini Danışmanlık: Teori – Eğitim – Uygulama*, (Doktora Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014; Ömer Faruk Söylev, *Türkiye'de Dini Danışma ve Rehberlik: Alanları, İmkanları ve Yöntemleri (Diyanet İşleri Başkanlığı Örneği)*, (Doktora Tezi), Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014; Mustafa Koç, *Manevi-Psikolojik Danışmanlık Müslüman-Türk Diasporası Örneği*, Bursa: Emin Yayınları, 2017.

⁴⁸ Koç, *Manevi-Psikolojik Danışmanlık Müslüman-Türk Diasporası Örneği*.

⁴⁹ Turgay Şirin, *Dini Danışma ve Rehberlik İhsan Modeli Manevi Danışmanlık*, 2. b., Mim Akademi Yayınları, 2018.

⁵⁰ Aişe Çiftçi, *Hastalıklarla Başa Çıkma Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007; Muharrem Çufta, *Kanser Hastalığı ile Başa Çıkma Dini İnanç ve Tutumların Rolü: Kosova Örneği*, (Doktora Tezi), Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014; Eda Özge Yazgan, *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014; Emine Kurt, *Meme Kanseri Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına (mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık ile İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015; Özge Yalçın, *Cerrahi Onkoloji Hastalarının Manevi Gereksinimleri*, (Yüksek Lisans Tezi), Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017; Nihal Bostancı Daştan, Sevim Buzlu, "Meme

Ülkemiz din psikolojisi ve manevi danışmanlık alanında kansere ilişkin doyurucu bir literatür olduğunu söylemek zordur. Ayrıca genel hasta örnekleme üzerinde manevi danışmanlık alanı çerçevesinde yapılan çalışmaların da yeterli düzeyde olmadığını belirtmek gerekir.⁵¹ Ancak diğer disiplinlerin de katkılarıyla kanser hastalarının din/maneviyat algıları ve tutumları üzerine kısıtlı da olsa bir literatür oluşmuştur. Mevcut literatür betimsel nitelikte olup konuya ilişkin tanımlayıcı bir çerçeve sunmaktadır. Ancak onkoloji alanında manevi danışma ve desteğin önemi anlaşılmış olmasına rağmen bu desteğin nasıl, hangi şartlarda ve bağlamda olacağı, hangi yöntemler kullanılarak verileceği, nelere dikkat edilmesi gerektiği vb. durumları içeren uygulamalı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Konuya ilişkin ihtiyaç ve problemleri dikkate alarak planlanan bu araştırmada, daha önce yapılan betimsel çalışmaların verilerinden de yararlanarak dini ve kültürel bağlamda, ilgili disiplinlerin (onkoloji, psikoloji, din psikolojisi) katkı ve desteğiyle kanser hastalarına yönelik uygulamalı bir "manevi destek programı" oluşturulmuştur. Bu program çerçevesinde meme kanseri kadın hastalar ile manevi destek grubu oturumları düzenlenerek manevi desteğin; dini tutum, dini başa çıkma, kaygı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Ayrıca alanın pratiğine ilişkin bir araştırma olması nedeniyle uygulamadaki eksiklik ve sorunların tespiti, olumlu ve olumsuz yönlerin açığa çıkarılması dahu araştırmanın odağındadır.

Kanser hastalarında din ve maneviyatın, hastalığı anlamlandırma ve hastalıkla başa çıkmada önemli bir rolü olduğu farklı din ve etnisiteye mensup örneklem üzerinde yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir. Fakat ülkemizde Müslüman örneklem grubundan oluşan kanser hastalarında uygulamalı deneysel çalışmalara rastlanmamıştır. Bu araştırma, nicel ve nitel yöntemlerin bir arada kullanıldığı karma yöntemle yürütülmüştür. Araştırmanın farklı aşamalarından elde edilen nicel ve nitel bulgular,

Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım”, *Bilim ve Sanat Dergisi*, C. 3, S. 1 (2010), ss. 73-78; Özden Dedeli, Çiçek Fadiloğlu, Rüçhan Uslu, “Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi”, *Türk Onkoloji Dergisi*, C. 23, S. 3 (2007), ss. 132-39.

⁵¹ Muammer Cengil, Ü. Günsel Kaya, “Psikolojik Rahatsızlıkları Olan Bireylere Mesnevi İle Bibliyoterapi Uygulama”, *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik I*, (ed.) Ali Ayten - Mustafa Koç - Nuri Tınaz, İstanbul: Dem Yayınları, 2016, ss. 415-437; Sema Yılmaz, “Bibliyoterapinin Hastalara Bakım Yöntemi Olarak Uygulanması (Sivas Devlet Hastanesi Örneği)”, *Manevi Danışmanlık ve Rehberlik I*, (ed.) Ali Ayten- Mustafa Koç - Nuri Tınaz, İstanbul: Dem Yayınları, 2016, ss. 459-479.

literatür bulgularıyla da desteklenerek hazırlanan "manevi destek programı"; ön-test, son-test kontrollü yarı deneysel bir tasarım ile test edilmiştir.

Yerli literatürde manevi destek grupları ile ön-test, son-test kontrollü deneysel çalışmalar ile din ve maneviyatın etkilerinin incelenmesine yönelik çalışmalara rastlanılmamıştır. Dolayısıyla bu araştırmanın, manevi danışmanlık ve onkoloji alanı çerçevesinde kısıtlı bir literatüre sahip olan ülkemizde yöntem ve içerik açısından önemli bir boşluğu doldurması umulmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sayıtları

- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarında yer alan ölçeklerin, ölçülmek istenen özellikleri ölçme kapasitesine sahip olduğu varsayılmıştır.
- Araştırmanın birinci aşamasında örneklem grubunun anket formunda yer alan soruları, dini tuutm ölçeği, dini başa çıkma ölçeği, durumluluk-sürekli kaygı envanteri ve yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin maddeleri içtenlikle ve doğru bir şekilde yanıtladıkları varsayılmıştır.
- Araştırmanın ikinci aşamasında katılımcıların, mülakat sorularını içtenlikle yanıtladıkları varsayılmıştır.
- Araştırmanın üçüncü aşamasında deney ve kontrol grubunun veri toplama araçlarında yer alan sorulara içtenlikle yanıt verdikleri varsayılmıştır.
- Araştırmada, deney ve kontrol grubuna ilişkin iç ve dış değişkenlerin her iki grubu da eşit şekilde etkilediği varsayılmıştır.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma, araştırmanın örneklem grubu olan kanser hastalarıyla sınırlıdır. Dolayısıyla araştırma bulguları, benzer özellik gösteren gruplara genellenebilir.
- Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarıyla sınırlıdır.
- Araştırmanın deneysel aşamasında uygulanan manevi destek programı, altı oturum ile sınırlıdır.

- Manevi destek programının işlevselliğinin değerlendirilmesi; ön test, son test ve izlem testinde kullanılan dini tutum ölçeği, dini başa çıkma ölçeği, durumluk-sürekli kaygı envanteri ve yaşam kalitesi ölçeğiyle sınırlıdır.

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI

1. KANSER

Bu bölümde kanserin tanımlanması, dünyada ve Türkiye'de kanser istatistikleri, kanser tedavileri, kanser hastalarında ortaya çıkan tepki ve problemler ele alınmış ve tartışılmıştır.

1.1. Kanserın Tanımlanması

Kanser, her ne kadar bedensel bir hastalık olsa da psikolojik ve sosyal alanları da etkileyen çok boyutlu bir hastalıktır. Yaşamı tehdit eden ve varoluşsal sorgulamalara yol açan yönüyle de travmatik bir deneyim olarak kabul edilir. Bu nedenle kanser; biyolojik olarak istila edici, psikolojik olarak kaygı ve stres kaynağı, sosyal olarak kısıtlayıcı ve izole edici, varoluşsal olarak tehdit edici bir hastalık olarak tanımlanabilir.

Kanser, tıbbi olarak herhangi bir doku ya da organda yer alan hücrelerin düzensiz bir şekilde bölünerek çoğalmasıdır. Terim olarak kanser (cancer), ilk kez tıbbın babası kabul edilen Hippocrates (MÖ 460-370) tarafından kullanılmıştır.⁵²

Kanser, trilyonlarca hücreden oluşan insan vücudunun hemen her yerinde başlayabilir. Normalde insan hücreleri, vücudun ihtiyaç duyduğu yeni hücreler oluşturmak için bölünür ve çoğalır. Hücreler yaşlandığında veya hasar gördüğünde ölürler ve yerlerini yeni hücreler alır. Ancak kanserde, bu düzenli süreç bozulur. Hücreler giderek daha fazla anormal hale geldikçe, eski veya hasarlı hücreler ölmesi gerektiği halde hayatta kalır. Bu hücrelerin sürekli ve düzensiz bölünmesiyle oluşan anormal hücre topluluklarına tümör adı verilir. Kanserli tümörler kötü huyludur, yani yakındaki dokulara yayılabilir veya istila edebilirler. Ayrıca bu tümörler büyüdükçe bazı kanser hücreleri parçalanarak kan veya lenf sistemi yoluyla vücudun uzak yerlerine giderek ana tümörden uzakta, yeni tümörler oluşturabilir. Kötü huylu tümörlerin aksine,

⁵² T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı, "Kanser Nedir", (16.01.2021), <https://hsgm.saglik.gov.tr/kanser-nedir-belirtileri>.

iyi huylu tümörler yakın dokulara yayılmaz veya istila etmez. 100'den fazla kanser türü vardır. Kanser türleri genellikle kanserin olduğu organ veya dokulara göre adlandırılır. Örneğin, akciğer kanseri akciğer hücrelerinde, beyin kanseri ise beyin hücrelerinde başlar. Kanserler ayrıca epitelyal hücre veya skuamöz hücre gibi kendilerini oluşturan hücre tipine göre de sınıflandırılabilir.⁵³

En yaygın kanser türleri akciğer, endometriyum, mesane, meme, karaciğer, kolorektal, lösemi, pankreas, prostat ve tiroid kanserleridir.⁵⁴ Kanserli hücrelerin oluşumuna neden olan pek çok risk faktörü vardır. En büyük risk faktörleri arasında; tütün kullanımı, alkol tüketimi, bulaşıcı ajanlar (hepatit, insan papilloma virüsü-HPV gibi), obezite, diyet (meyve ve sebzenin az tüketilmesi), radyasyon, ultraviyole güneş ışınları yer almaktadır.⁵⁵ Ayrıca, hücresel onarım mekanizmalarının etkisinin yaşlanmayla birlikte azalması nedeniyle yaşlılık da kanser için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.⁵⁶

1.2. Dünyada ve Türkiye'de Kanser İstatistikleri

Kanser, bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden birisidir ve sağlıklı yaşlanma için önemli bir tehdittir. 2016'da küresel olarak 30-69 yaş aralığında meydana gelen tüm ölüm vakalarının % 40,8'inin kardiyovasküler hastalıklara, % 29,8'inin ise kansere bağlı olarak gerçekleştiği belirlenmiştir.⁵⁷ Dolayısıyla kanser, dünya çapında 90'dan fazla ülkede erken ölümlerin (30-69 yaş) birinci ya da ikinci önde gelen nedenidir. 2018 yılında dünya çapında tahmini 18,1 milyon yeni kanser vakası ve 9,6 milyon kansere bağlı ölüm meydana gelmiştir.⁵⁸

⁵³ "What Is Cancer? - National Cancer Institute", cgvArticle, (16.01.2021), <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.

⁵⁴ "A to Z List of Cancer Types - National Cancer Institute", cgvHomeLanding, (16.01.2021), <https://www.cancer.gov/types>.

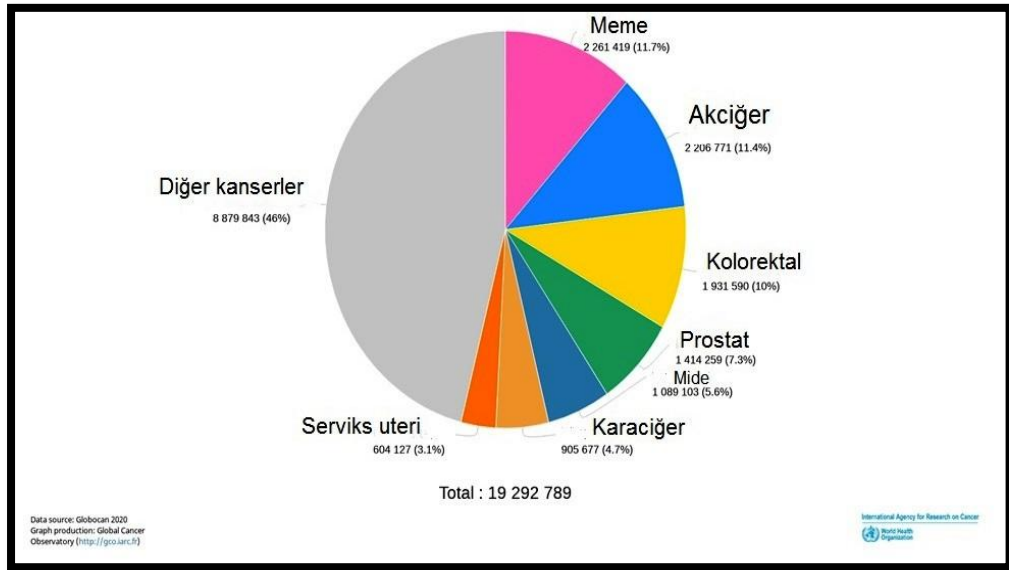
⁵⁵ Christopher P. Wild, Elisabete Weiderpass, Bernard W. Stewart (thk.), "World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention", Lyon: WHO, International Agency for Research on Cancer, 2020, s. 40.

⁵⁶ Kara, Keskinçilic, "Türkiye Kanser İstatistikleri 2016".

⁵⁷ Bochen Cao, Isabelle Soerjomataram, Freddie Bray, "The burden and prevention of premature deaths from noncommunicable diseases, including cancer: a global perspective", *World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention*, ed. Christopher P. Wild, Elisabete Weiderpass, Bernard W. Stewart, Lyon: WHO, International Agency for Research on Cancer, 2020, s. 16.

⁵⁸ Miranda M. Fidler-Benaoudia, Freddie Bray, "Transitions in human development and the global cancer burden", *World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention*, ed. Christopher P. Wild, Elisabete Weiderpass, Bernard W. Stewart, Lyon: WHO, International Agency for Research on Cancer, 2020, s. 34.

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC-The International Agency for Research on Cancer), 14 Aralık'ta küresel kanser yüküne ilişkin yeni tahminlerle güncellenmiş Globocan 2020'yi yayınlamıştır. Veriler, 2020'de yaklaşık 19,3 milyon yeni vakanın ve 10 milyon kansere bağlı ölümün meydana geldiğini göstermektedir. IARC, küresel olarak 5 kişiden 1'inin yaşamları boyunca kansere yakalandığını ve 8 erkekten 1'inin ve 11 kadından da 1'inin kanser nedeniyle öldüğünü tahmin etmektedir. Bu yeni tahminler, 50 milyondan fazla insanın geçmişte bir kanser teşhisi konduktan sonraki beş yıl içinde yaşadığını göstermektedir.⁵⁹ Diğer taraftan kanser yükünün ciddi bir tehdit olduğunu göstermesi bakımından Covid 19 pandemisine ilişkin 2020 yılına ait verilerle de karşılaştırma yapılabilir. DSÖ'nün Ocak 2021'in başlangıcına ait haftalık Covid 19 raporuna göre, dünya genelinde Covid 19'a bağlı toplam vaka sayısı 79 milyonu (n=79,231893), toplam ölüm sayısı ise 1,8 milyonu (n=1,831703) aşmıştır.⁶⁰ Bu rakamlar, 2020 yılında pandemi nedeniyle hayatını kaybedenlerin toplam sayısının, kansere bağlı ölüm sayısına oranla daha düşük olduğunu göstermektedir.

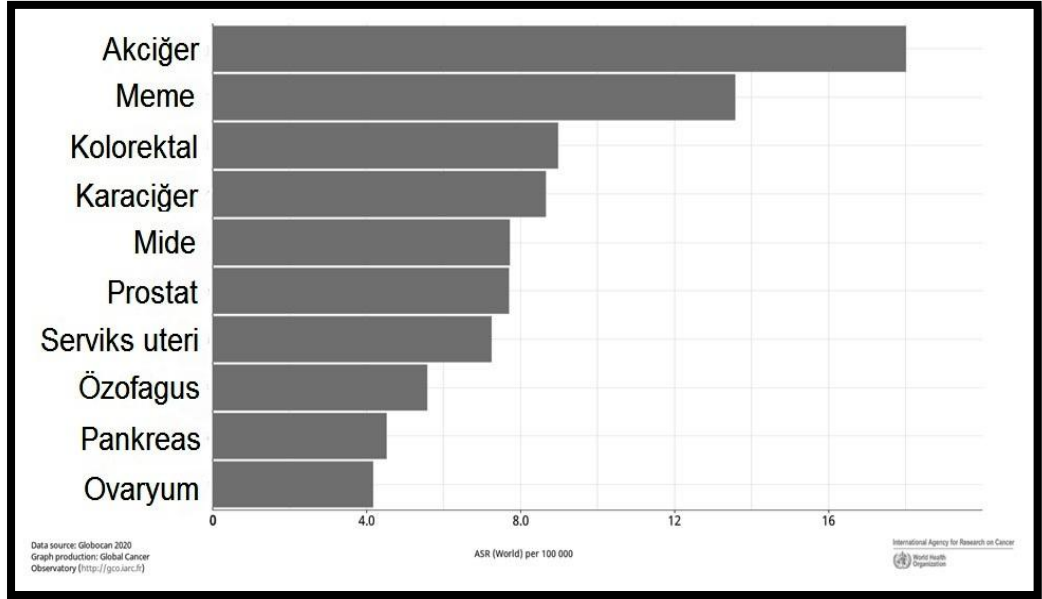


Grafik 1. 2020'de Yeni Kanser Vakalarının Tahmini Sayısı⁶¹

⁵⁹ "GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data | UICC", (18.01.2021), <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>.

⁶⁰ WHO, "COVID-19 Weekly Epidemiological Update - 5 January 2021", (19.01.2021), <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---5-january-2021>.

⁶¹ WHO, IARC, "Cancer Today", (19.01.2021), <http://gco.iarc.fr/today/home>.



Grafik 2. Yaşa Göre Standardize Edilmiş Tahmini Mortalite⁶²

DSÖ Uluslararası Kanser Ajansı'nın (IARC) 2020 yılına ait küresel düzeyde yeni kanser vaka sayıları (dünya geneli, tüm yaşlar ve her iki cins için) Grafik 1'de, yeni mortalite oranları ise (dünya geneli, tüm yaşlar ve her iki cins için) Grafik 2'de gösterilmiştir.⁶³ Buna göre kanser türleri içinde en fazla vaka sayısı ile meme kanseri ilk sırada, akciğer kanseri ise ikinci sırada gelmektedir. Dünya geneli ölüm oranlarında ise ilk sırada akciğer, ikinci sırada ise meme kanserine bağlı ölümler yer almaktadır. Akciğer kanseri, hem insidans (2018'de 2,1 milyon yeni vaka) hem de mortalite (2018'de 1,8 milyon ölüm) açısından dünya çapında en yaygın kanser türüdür. Akciğer kanserinin oluşumunu tetikleyen en temel faktör, tütün kullanımıdır. Meme kanseri ise kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (2018'de 2,1 milyon yeni vaka) ve dünya genelinde kadınlarda kansere bağlı ölümlerde (2018'de 627.000 ölüm) ilk sıradadır. Son elli yılda meme kanserinde gözlemlenen insidans oranlarındaki artış, çeşitli üreme ve hormonal faktörlerin (erken menarş, geç menapoz, ilk doğum yaşının ilerlemesi vb.) değişimiyle ilişkilendirilmektedir.⁶⁴

Kanser, Türkiye'de de başlıca ölüm nedenleri arasında ikinci sırada bulunmaktadır. Dünya çapında yaklaşık olarak her 6 ölümden biri, ülkemizde ise her 5

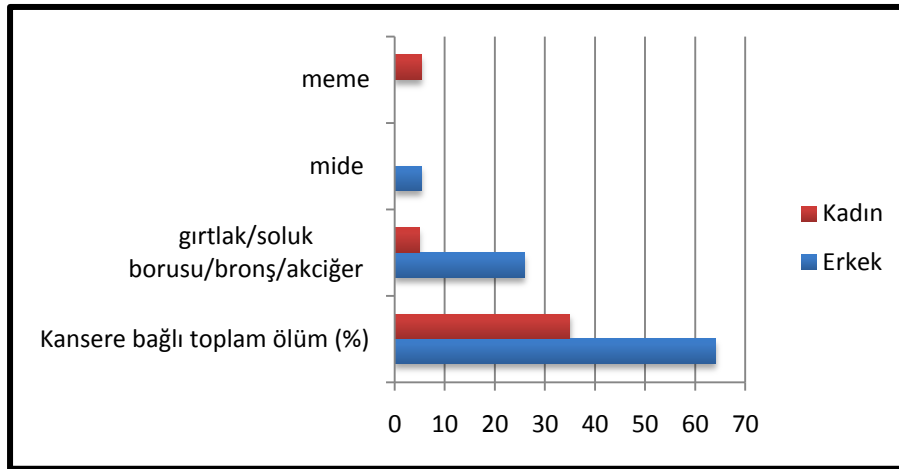
⁶² a.yer.

⁶³ a.yer.

⁶⁴ Isabelle Soerjomataram, Freddie Bray, "Global trends in cancer incidence and mortality", *World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention*, ed. Christopher P. Wild, Elisabete Weiderpass, Bernard W. Stewart, Lyon: WHO, International Agency for Research on Cancer, 2020, ss. 24-25.

ölümden biri kansere bağlıdır.⁶⁵ Türkiye'de güncel kanser istatistiklerine göre erkeklerde en sık görülen on kanser türü arasında trakea/bronş/akciğer grubuna ait kanserler ilk sırada gelir. Sonrasında ise sıklık sırasına göre; prostat, kolorektal, mesane, mide, böbrek, non-hodgkin lenfoma, tiroid, larinks ve pankreas kanserleri yer alır. Türkiye'de kadınlarda ise en sık görülen kanserler içinde ilk sırada meme kanseri ve sonrasında tiroid, kolorektal, uterus korpusu, trakea/bronş/akciğer, mide, over, non-hodgkin lenfoma, rahim ağzı, beyin/sinir sistemi kanserleri gelmektedir.⁶⁶

Türkiye'de TÜİK'in son verilerine göre ölüm nedenleri arasında ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları (kalp/damar tıkanıklığı, beyin/damar hastalıkları vb.), ikinci sırada kötü huylu tümörler, üçüncü sırada ise solunum sistemi hastalıkları yer almıştır.⁶⁷ TÜİK'in 2018 verilerine göre, malign neoplazm (kötü huylu tümör) nedeniyle toplam ölüm vakalarının % 64'ü erkek (n=52,234), % 36'sı ise kadın (n=28,893) olarak kayıtlara geçmiştir. Erkeklerde kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ilk sırada gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğer kanserleri, kadınlarda ise meme kanseri gelmiştir.⁶⁸ Bu veriler aşağıdaki grafikte (bkz. Grafik 3) görselleştirilmiştir.



Grafik 3. Türkiye'de Cinsiyete Göre Kansere Bağlı Ölüm Oranlarının Dağılımı (Kaynak: TÜİK)⁶⁹

Küresel kanser yükünün, her yıl artarak yeni kanser vaka sayısının 2040 yılında 27 milyonu aşması beklenmektedir. Bu ise 2018'deki yeni vaka sayısına göre yaklaşık

⁶⁵ Kara, Keskinçılıç, "Türkiye Kanser İstatistikleri 2016", s. 1.

⁶⁶ a.g.e., s. 21.

⁶⁷ "TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018", Türkiye İstatistik Kurumu, 2019.

⁶⁸ "TÜİK - Veri Portalı", (16.01.2021), <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101>.

⁶⁹ a.yer.

% 50'lik bir artışı öngörmektedir.⁷⁰ Küresel ölçekte yaşanan nüfus ve sosyo-ekonomik risk faktörleri, kanser insidansını ve mortalitesindeki artışı yönlendiren başlıca etkenler arasındadır.⁷¹ Her yıl artan kanser vakaları nedeniyle yerel ve küresel ölçekte sağlık sistemlerine ciddi bir ekonomik yük binmektedir. Gelecekte kanser tanısı alan hastaların tedavisi ve gerekli bakımı (terminal dönemde palyatif ve destekleyici bakım vb.) için gelir düzeyi yüksek ülkelerin dahi yeterli ödenek bulmada zorlanacağı tahmin edilmektedir.⁷²

1.3. Kansere İlişkin Tepkiler ve Problemler

Kübler-Ross, kanserin ölümcül bir hastalık olarak algılandığını, bu nedenle de kanser tanısı alan hastalar için ölüm olasılığını ve fânîlik düşüncesini bilinç düzeyine çıkararak bir tehdit olduğunu belirtir.⁷³ Dolayısıyla kansere yönelik tepkiler, yaklaşmış olduğu düşünülen bir ölümün korkusu etrafında şekillenir. Kübler-Ross, kanser gibi habis ve ölümcül hastalığı olan hastalarla yaptığı görüşmelere dayanarak hastaların yaklaşmış bir ölüme karşı verdikleri tepkileri beş aşamadan oluşan bir modelde yorumlamıştır. Kanser hastalarının tanı anında ve tanı sonrasında gösterdikleri tepkiler de genel olarak bu model çerçevesinde ele alınır. Modelde yer alan bu aşamalar; yadsıma, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir.⁷⁴ Aşağıda kısaca bu aşamalara yer verilmiştir:

Yadsıma: Hastaların durumlarını öğrendiklerinde vermiş oldukları ilk tepki "geçici bir şok durumudur." Şok ve uyuşukluk hali geçtikten sonra hastaların çoğu "hayır, bu doğru değil, bu bana olamaz" şeklinde bir inkâr ve yadsımaya giderek gerçeğe yüzleşmekten kaçınırlar. Yadsıma, genellikle geçici bir savunma olarak kabul edilir. Bir süre sonra yerini "kısmî bir kabullenme" durumuna bırakabilir.⁷⁵

Öfke: Yadsıma ve inkâr evresi geçtiğinde hastalar, "evet, bu benim başıma gelmiş, hata değilmiş" diyerek gerçeği kabul ederler. Ancak hastalar, bu aşamada "neden o değil de ben?" sorusuyla öfke, kırgınlık, kıskançlık ve derin bir içleme

⁷⁰ Fidler-Benaoudia, Bray, "Transitions in human development and the global cancer burden", s. 40.

⁷¹ "GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data | UICC".

⁷² Kara, Keskinlik, "Türkiye Kanser İstatistikleri 2016", s. 1.

⁷³ Elisabeth Kübler-Ross, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, çev. Banu Büyükkal, İstanbul: Boyner Holding Yayınları, 1997, s. 51.

⁷⁴ Kübler-Ross, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*.

⁷⁵ a.g.e., ss. 61-65.

yaşar. Kübler-Ross, öfke aşamasını, aile ve tedavi ekibinin başa çıkmada en fazla zorlandığı bir evre olarak değerlendirir. Kendisine saygı duyulan, anlayış gösterilen ve değerli olduğu hissettirilen hastalarda öfke krizinin daha kısa sürebilir.⁷⁶

Pazarlık: Bu aşamaya yönelik vurgusunda Kübler-Ross, "iyi çocuk olma" benzetmesini kullanır. Onun gözlemlerine göre hasta, pazarlığı genellikle Tanrı ile yapar ve iyi biri olursa Tanrı'nın yaşamını uzatacağını umut eder. Çocuklarıyla ya da kendisiyle ilgili birtakım özel istekleri yerine gelirse Tanrı'dan başka bir talepte bulunmayacağına dair vaatler ve pazarlıklar söz konusudur. Diğer taraftan talepleri yerine gelen bazı hastaların, Tanrı'ya karşı vaatlerini yerine getiremediklerinde suçluluk duygusu ve cezalandırılma korkusu yaşadıkları gözlenmiştir.⁷⁷

Depresyon: Öfke ve kızgınlığın yerini kayıp duygusunun aldığı dönemdir. Bu aşama, hastalığa ilişkin problemlerin belirginleştiği bir safhadır. Hastalığın ağırlaşmasıyla birlikte ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik kayıp ve yetersizlikler depresyonu ve çaresizliği tetikler. Bu kayıp; meme kanseri olan kadın için güzellik, rahim kanseri olan için kadınlık, başarılı bir iş hayatı olan için işini kaybetme, ailesi ve küçük çocukları olan için onların ihtiyaçlarını karşılayamamak vb. olabilir.⁷⁸

Kabullenme: Hastanın öfkesinin, kızgınlığın ve çökkünlüğünün sona erdiği, kaderi kabullendiği bir evredir. Ölümü yakınlaşmış bir hasta genellikle bu aşamada, huzur ve sükûneti arzular. Diğer taraftan ümidini yitirmeyip savaşımaya devam eden hastalar da vardır.⁷⁹

Kübler-Ross, aşamaların işleyişinin bireysel farklılıklar gösterebileceğini, sürelerinin değişebileceğini, bazen arka arkaya, bazen de yan yana gelebileceğini belirtmiştir.⁸⁰

Literatürde kanser hastalarının tanı ve tedaviye bağlı yaşamış oldukları problemler, genel olarak fiziksel/bedensel, fonksiyonel ve psikososyal boyutlarda ele alınmaktadır. Ancak bu boyutların etki alanları kendileri ile sınırlı değildir. Boyutlar arası büyük bir etkileşim ve kesişim mevcuttur. Örneğin fiziksel ve fonksiyonel

⁷⁶ a.g.e., ss. 73-75.

⁷⁷ a.g.e., ss. 109-12.

⁷⁸ a.g.e., ss. 113-15.

⁷⁹ a.g.e., ss. 141-43.

⁸⁰ a.g.e., ss. 167-68.

problemler, psiko-sosyal problemlere yol açmakta ya da psiko-sosyal problemler fiziksel ve fonksiyonel problemlerin ortaya çıkmasını tetiklemektedir. Dolayısıyla kanser hastalarında herhangi bir alana ait herhangi bir problem, farklı boyutları da olan olası uzantılarıyla birlikte değerlendirilmelidir.

Fiziksel/Bedensel Problemler: Kanser hastalarının yaşamış olduğu problemlerin arkasında genel olarak kemoterapi ve radyoterapi gibi kanser tedavileri yer almaktadır. Bu tedavilere ilişkin yan etkiler nedeniyle hastaların yaşam kalitesi bozulmaktadır.

Kanser hastalarının deneyimlerine ilişkin yapılan nitel bir çalışmada; hastalar tarafından kanser, çok acı ve zayıflatıcı bir deneyim olarak görülmüş; bu süreçte en zor aşamanın ise kemoterapi olduğu ve kanserin sürekli bir mücadele gerektirdiği belirtilmiştir.⁸¹

Kanser tedavisinde kullanılan kortikosteroidler ve birtakım ilaçların (interferon, hidroksiüre vb.); uykusuzluk, aşırı iştah, kilo alma, kas güçsüzlüğü, huzursuzluk, hiperaktivite, uyuşukluk, dalgınlık, iştahsızlık, bulantı, depresyon, demans, deliryum vb. sorunlara neden olduğu tespit edilmiştir.⁸²

Literatürde kanser hastalarının tanı ve tedaviye bağlı yaşamış olduğu problemler genel olarak; yorgunluk, ağrı, iştahsızlık, kilo kaybı, bulantı, kusma, nefes darlığı, tat değişiklikleri, uyku bozuklukları, alopesi (saç dökülmesi) şeklinde sıralanmaktadır.⁸³ Ayrıca kemoterapinin yan etkileri olarak ellerde uyuşma, cilt ve tırnak değişimleri de görülebilmektedir.⁸⁴ Bu yan etkilerin uzun süre devam etmesi hastaların psikososyal problemler yaşamasına da yol açmaktadır.⁸⁵

⁸¹ Alireza Nikbakht Nasrabadi vd., "Views of Iranian Patients on Life with Cancer: A Phenomenological Study", *Nursing & Health Sciences*, C. 13, S. 2 (2011), ss. 216-20, doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00604.x.

⁸² Gülcan Güleç, Alev Büyükkınacı, "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C. 3, S. 2 (2011), ss. 343-67.

⁸³ Seven vd., "Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi", ss. 219-24; Gümüş, "Meme Kanseriinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14; Öznur Usta Yeşilbalkan vd., "Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar Ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, C. 21, S. 1 (2005), ss. 13-31.

⁸⁴ Seven vd., "Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi", ss. 219-24.

⁸⁵ Gümüş, "Meme Kanseriinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

Yapılan çalışmalar, kanser hastalarında en yaygın problemin yorgunluk olduğunu göstermektedir. Kemoterapi ve/veya radyoterapi almış 1569 kanser hastasından oluşan geniş bir örneklem grubunda yapılan çalışmada, hastaların % 80'inin yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir.⁸⁶

Kanserde tedavi sonrası uzun dönemli bir yan etki olarak ortaya çıkan yorgunluğun prevalansı % 56-90 arasında değişebilmektedir. Kanser hastalarında yorgunluk, stres ve fiziksel aktiviteyle ilişkili yorgunluktan farklı olarak bilişsel ve duygusal boyutları da olan önemli bir semptomdur. Yorgunluk hastalarda enerji azalması, dinlenme ihtiyacının artması, konsantrasyon ve motivasyon kaybı vb. durumların yaşanmasına da yol açmaktadır.⁸⁷

Hastalarda kanser tanı ve tedavisinin neden olduğu bir başka önemli problem de uyku bozukluğudur. Bazı çalışmalar uyku bozukluğu ile yorgunluk arasında bir korelasyon olduğunu göstermektedir. Yorgunluk yakınması olan hastalarda uyku bozukluğunun belirleyici bir etmen olduğu düşünülmektedir. Kanser hastalarında düşük uyku kalitesi, uykuya dalmada güçlük, huzursuz uyku, dinlendirici olmayan uyku ile yorgunluk arasında da ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda yorgunluk ve uyku bozukluklarının ortak bir etiyoloji olarak depresyon, ağrı, odaklanma güçlüğü, bilişsel fonksiyon kaybı vb. faktörlerle de ilişkili olduğu belirlenmiştir.⁸⁸

Fonksiyonel Problemler: Fonksiyonel durum; bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve rollerini sürdürebilmesi, kendi öz bakımını yapabilmesi gibi genel sağlık durumundan yaşam kalitesine kadar yaşamın farklı alanlarına ilişkin yeterlilik düzeyini belirtir. Aile ve sosyal hayata ilişkin rol ve sorumluluklar, günlük ev işleri, banyo ve kişisel bakım, yemek yapabilme, alış-veriş, eşya taşıyabilme, merdiven çıkabilme, yardım almadan yürüyebilme, kişiler arası ilişkiler vb. birçok etkinlik fonksiyonel durum içinde değerlendirilir.⁸⁹

⁸⁶ Ann M. Berger vd., "Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015: Clinical Practice Guidelines in Oncology", *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, C. 13, S. 8 (2015), ss. 1012-39.

⁸⁷ Bağ, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

⁸⁸ Joseph A. Roscoe vd., "Cancer-Related Fatigue and Sleep Disorders", *The Oncologist*, C. 12, S. S1 (2007), ss. 35-42, doi:10.1634/theoncologist.12-S1-35; Güleç, Büyükkınacı, "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar", ss. 343-67.

⁸⁹ Özkan, Akın, "Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi", ss. 177-92.

Hastalarda fiziksel güç kaybı ve zorunlu bağımlılık; değişmiş bir benlik ve beden imajı duygusuna, kendilik değeri ve öneminin sorgulanmasına neden olabilmektedir. Kanser hastalarında kayıp duygusunun spiritüel distrese de yol açtığı bildirilmektedir. Burada kayıplar; genel olarak benlik, ilişkiler ve anlam kayıpları şeklinde tanımlanmıştır.⁹⁰

Psikososyal Problemler: Kanser hastalarında en yaygın psikolojik problemler depresyon ve kaygı bozukluklarıdır.⁹¹ Kanser hastalarında depresyon, hem belirtiler kümesi hem de klinik bir sendrom olarak kendini gösterir. Major depresyon, kanser hastalarında normal popülasyona oranla 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Kanser hastalarında depresyona yol açabilecek risk faktörleri; tanı sırasında fazla duygusal stres, sosyal destek azlığı, psikiyatrik bozukluk öyküsü, depresyonu tetikleyen kemoterapötik ajan kullanımı, yetersiz ağrı kontrolü, benlik saygısında azalma, eşlik eden bedensel bir hastalık şeklinde sıralanabilir.⁹²

Kanser hastalarında tanı ve tedaviye bağlı olarak kızgınlık, sinirlilik,⁹³ endişe, üzüntü,⁹⁴ öfke, şaşkınlık, çaresizlik,⁹⁵ gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, benlik saygısında azalma⁹⁶ gibi problemler ile travma sonrası stres bozukluğunun⁹⁷ oldukça yaygın olduğu belirlenmiştir.

Literatür, onkoloji hastalarında uygulanan tedavilerin uzun dönemli yan etkileri olarak nöropsikolojik bozukluklara da değinmektedir. Kemoterapiye bağlı olarak hastalarda santral sinir sistemi toksisitesi görülebilmektedir. Hastalarda toksisite,

⁹⁰ A. Edwards vd., "The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-of-Life and Palliative Care: A Meta-Study of Qualitative Research", *Palliative Medicine*, C. 24, S. 8 (2010), ss. 753-70, doi:10.1177/0269216310375860.

⁹¹ Seven vd., "Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi", ss. 219-24; Yeşilbalkan vd., "Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar Ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi", ss. 13-31.

⁹² Güleç, Büyükkınacı, "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar", ss. 343-67.

⁹³ Yeşilbalkan vd., "Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar Ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi", ss. 13-31.

⁹⁴ Seven vd., "Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi", ss. 219-24.

⁹⁵ E. Maunsell, J. Brisson, L. Deschênes, "Psychological Distress after Initial Treatment of Breast Cancer. Assessment of Potential Risk Factors", *Cancer*, C. 70, S. 1 (1992), ss. 120-25, doi:10.1002/1097-0142(19920701)70:1<120::aid-cnrcr2820700120>3.0.co;2-u.

⁹⁶ Karabulutlu, Yaralı, Karaman, "Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey", ss. 881-90; Gümüüş, "Meme Kanseriinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

⁹⁷ Gül Tokgöz vd., "Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim", *Yeni Symposium*, C. 46, S. 2 (2008), ss. 51-61.

tedavinin akabinde ya da uzun süreli olarak bilişsel ve nörolojik bozukluklara (bilinç değişiklikleri, ototoksosite, nöbet, serebral enfarkt, lökoensefalopati, nöropati, paralizisi vs.) yol açabilir.⁹⁸ Meme kanseri hastalarda yapılan bir çalışmada adjuvan tedavinin düşünme, hafıza, konsantrasyon vb. bilişsel işlev bozukluklarına yol açabileceği gösterilmiştir.⁹⁹ Baş bölgesine uygulanan radyoterapiye bağlı olarak da hastaların baş ağrıları, uyku hali, fokal bulgular, nöbetler, kişilik değişiklikleri, zekâ seviyesinde düşüş, öğrenme güçlükleri vb. problemler yaşayabildiği bildirilmiştir.¹⁰⁰

Kanser hastalarının sosyal yaşama ilişkin yaşamış olduğu önemli problemler arasında damgalanma (stigma) ile kemoterapinin bağışıklık sistemini zayıflatması ve halsiz bırakması nedeniyle zorunlu sosyal izolasyon ve sosyal geri çekilme¹⁰¹ yer almaktadır. Ayrıca yorgunluk ve halsizlik gibi fiziksel problemler ile fonksiyonel yetersizlikler, hastaların iş ve çalışma hayatına da olumsuz yönde tesir etmektedir. Hastalar iş hayatına yeniden dönüştü; uzun çalışma saatlerine uyum sağlayamama, iş performansında düşüş, işini kaybetme, erken emeklilik,¹⁰² ekonomik zorluklar, damgalanma, iş ayrımcılığı vb. problemlerle karşılaşabilmektedirler.¹⁰³

1.4. Kanserde Tedavi

Bu başlık altında kanserde tıbbi tedaviler ve psikososyal müdahalelere yer verilmiştir.

1.4.1. Tıbbi Tedaviler

Kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılan standart tedavi yöntemleri; cerrahi, kemoterapi ve radyoterapidir. Ancak tıp bilimlerinde ve teknolojisindeki gelişmelerle birlikte kanser tedavisinde de daha teknik ve bireyselleştirilmiş güncel tedavi

⁹⁸ Güleç, Büyükkınacı, "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar", ss. 343-67.s

⁹⁹ Patricia A. Ganz, "Cognitive Dysfunction Following Adjuvant Treatment of Breast Cancer: A New Dose-Limiting Toxic Effect?", *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, C. 90, S. 3 (1998), ss. 182-83, doi:10.1093/jnci/90.3.182.

¹⁰⁰ Güleç, Büyükkınacı, "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar", ss. 343-67.

¹⁰¹ Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

¹⁰² Ahn vd., "Impact of Breast Cancer Diagnosis and Treatment on Work-Related Life and Factors Affecting Them", ss. 609-16; Angela G. E. M. de Boer vd., "Cancer Survivors and Unemployment: A Meta-Analysis and Meta-Regression", *JAMA*, C. 301, S. 7 (2009), ss. 753-62, doi:10.1001/jama.2009.187; Bağ, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

¹⁰³ Sl Fredette, "Breast Cancer Survivors: Concerns and Coping", *Cancer Nursing*, C. 18, S. 1 (1995), ss. 35-46; Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

yaklaşımları da ortaya çıkmıştır. Bu bölümde kısaca kanser tedavisinde standart ve güncel tedavilere yer verilmiştir.

Cerrahi tedavi: Kanserde tanısal, önleyici, küratif ve palyatif amaçlı cerrahi uygulanır. Tanısal cerrahi; tanı amaçlı biyopsi alınması ya da tümüyle kanserli dokunun çıkarılması işlemidir. Önleyici cerrahi; kansere dönüşme riski yüksek oluşumların alınmasını içerir. Küratif cerrahi; radikal bir işlem olup kanserli dokunun, yayılma ihtimali yüksek komşu dokularla birlikte tümüyle çıkarılması işlemidir. Palyatif cerrahi ise ilerlemiş kanser olgularında birtakım bulgu ve problemleri (kanamayı durdurmak, bağırsak tıkanıklıklarını gidermek gibi) düzelterek hastayı rahatlatmak ve yaşam süresini uzatmak amacıyla yapılan cerrahi uygulamadır.¹⁰⁴

Kemoterapi: Kemoterapötik ajanlar kullanarak kanser hücrelerini yok edilmesini hedefleyen tedavi türüdür. Kemoterapi ilaçları kortikosteroidler, anti tümör antibiyotikler, alkilleyici ajanlar, anti metabolitler, mitotik ve topoizomerez inhibitörler içerebilir. Cerrahi işlem öncesi tümörün boyutunu küçültmek amacıyla uygulanan kemoterapi "neoadjuvan tedavi" olarak adlandırılır. Kemoterapi oral, intravenöz, intramusküler ya da intraperitoneal şekillerde uygulanabilmektedir.¹⁰⁵

Radyoterapi (Işın Tedavisi): İyonize radyasyon kullanılarak kanser hücrelerini yok etmek ya da küçültmek amacıyla uygulanan tedavidir. Radyoterapi, tek başına uygulanabildiği gibi cerrahi tedavi ve kemoterapi ile birlikte ya da ardışık bir şekilde de uygulanabilir. Hastalarda radyoterapiye bağlı olarak halsizlik, iştahsızlık, ışın verilen bölgede renk değişikliği ve zamanla ciltte hassaslaşma gibi yan etkiler ortaya çıkabilir.¹⁰⁶

Hormonal Tedavi: Kanseri hücrelerinin büyümesini yavaşlatan veya engelleyen bir tedavidir. Özellikle meme ve prostat kanserlerinde, tümör hücreleri gelişmek ve çoğalmak için özel hormonları kullanırlar.¹⁰⁷ Örneğin, meme kanseri hücreleri, östrojen hormonuyla aktive olarak daha hızlı çoğalır. Bu nedenle meme kanseri hastalarda

¹⁰⁴ Tezer Kutluk, Ayşe Kars, *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*, Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı, 1992, s. 27.

¹⁰⁵ Onur Baykara, "Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar", *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, C. 5, S. 3 (2016), ss. 154-65, doi:10.5505/bsbd.2016.93823.

¹⁰⁶ "Radyasyon Tedavisi", (19.01.2021), <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/kanser-tedavisinde-radyasyon.html>.

¹⁰⁷ NIH, "Types of Cancer Treatment - National Cancer Institute", *cgvMiniLanding*, (19.01.2021), <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>.

"tamoksifen" kullanılarak, östrojen hormonunun sentez edilmesi baskılanır.¹⁰⁸ Prostat kanserinde ise androjen hormonları etkili olup hormonal tedavide çeşitli antiandrojenler kullanılarak kanser hücrelerinin büyümesi ve gelişmesi inhibe edilmeye çalışılır.¹⁰⁹

Yukarıda yer alan standart tedavilerin yanısıra kanserde hedefe yönelik ve kişiselleştirilmiş yeni tedavi yaklaşımları da uygulanmaktadır. Bunlar arasında bağışıklık sisteminin kanserle savaşmasına yardımcı olan "immünoterapi";¹¹⁰ spesifik moleküller kullanarak kanserli hücrelerdeki değişimleri hedef alarak kanser hücrelerinin gelişmesini, bölünmesini ve yayılmasını engellemek amaçlı "hedefe yönelik tedavi";¹¹¹ "kök hücre nakli", "gen terapi", "fotodinamik" vb. tedaviler yer almaktadır.¹¹²

1.4.2. Psikososyal Müdahaleler

Son yıllarda kanser tanı ve tedavisinde artan gelişmeler kanser hastalarında hayatta kalma oranının ve yaşam kalitesinin yükselmesine neden olmuştur. Buna rağmen özellikle kötü prognozda pek çok hasta; ağrı ve hastalık semptomlarının yönetilmesi gibi tanı ve tedavinin çetin zorluklarıyla yüzleşmenin¹¹³ yanında kaygı, üzüntü,¹¹⁴ öfke, çaresizlik,¹¹⁵ belirsizlik, umutsuzluk,¹¹⁶ kontrol kaybı, bağımlılık korkusu, işlevsel yetenek kaybı, ölüm korkusu ve acı çekmek, karmaşık duygular, sevdikleri için endişelenmek, aile ve arkadaş çevresiyle mesafeli iletişim gibi psikolojik ve sosyal problemlerle de yüzleşmektedir. Bu nedenle kanser hastalarında tıbbi tedavinin yanı sıra psikososyal müdahaleler de gereklidir.

¹⁰⁸ Mustafa Altınbaş, "Meme Kanserinin Hormonal Tedavisi", *Erciyes Medical Journal*, C. 23, S. 1 (2001), ss. 34-49.

¹⁰⁹ İlhan Hacibekiroğlu, Hilmi Kodaz, Esmâ Türkmen, "İleri evre prostat kanserinde hormon tedavisi", *Türk Onkoloji Dergisi*, C. 30, S. 1 (2015), ss. 25-33, doi:10.5505/tjoncol.2015.1088.

¹¹⁰ NIH, "Types of Cancer Treatment - National Cancer Institute".

¹¹¹ Cemre Acar, Tunca Gül Altuntaş, "Hedefe Yönelik Kanser Tedavisinde Kullanılan Akıllı İlaçlar: EGFR İnhibitörleri", *FABAD Journal of Pharmaceutical Sciences*, C. 44, S. 1 (2019), ss. 47-63.

¹¹² Baykara, "Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar", ss. 154-65.

¹¹³ Patricia I. Moreno, Annette L. Stanton, "Personal Growth During the Experience of Advanced Cancer: A Systematic Review", *The Cancer Journal*, C. 19, S. 5 (2013), ss. 421-30, doi:10.1097/PPO.0b013e3182a5bbe7.

¹¹⁴ Seven vd., "Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi", ss. 219-24.

¹¹⁵ Maunsell, Brisson, Deschênes, "Psychological Distress after Initial Treatment of Breast Cancer. Assessment of Potential Risk Factors", ss. 120-25.

¹¹⁶ Karabulutlu, Yaralı, Karaman, "Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey", ss. 881-90; Gümüş, "Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

Çalışmalar, kanser hastalarında destekleyici müdahalelerin, hastaların psikososyal problemlerinin azalmasında ve yaşam kalitelerinin artmasında¹¹⁷ etkili olduğunu ve böylece kansere yönelik sağlık hizmetlerinde iş gücü ve maliyetin düşmesi yönündeyayda sağladığını göstermektedir.¹¹⁸ Ayrıca psikososyal müdahalelerin; tekrarlama riski yüksek olan kanser hastalarında nüks korkusu ile başa çıkmaya yardımcı olduğu ve nüks sonrası psikolojik morbiditeyi azaltmada etkili olduğu tespit edilmiştir.¹¹⁹

Kanser; teşhis, tedavi, sağkalım, iyileşme ve ilerlemiş olgular için palyatif ve yaşam-sonu bakımını içeren uzun dönemli farklı aşamalardan oluşur. Her bir aşamanın ihtiyaç ve problemleri değişkenlik gösterir. Dolayısıyla kanser hastalarına yönelik psikososyal müdahalelerin de kapsam ve içeriği aşamalara göre farklılaşır.¹²⁰

Kanserde psikososyal müdahalelerde bilgi desteği, emosyonel destek ve sosyal destek unsurlarına yer verilmesi önemlidir. Buna göre bilgi desteği; uygulanacak tedaviler, bu tedavilerin süresi ve yan etkileri vb. hakkında hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesini içermelidir. Böylece hastada belirsizlik, korku ve kaygı duygularının azalması sağlanacaktır. Emosyonel destek; hastaların yaşamış oldukları problemleri ifade edebilmeleri, iletişim kurabilmeleri ve anlaşıldıklarını hissetmeleri açısından gereklidir. Sosyal destek ise hastada çaresizlik, umutsuzluk, terk edilmişlik, yalnızlık vb. duygularla başa çıkmasına yardım edecektir. Hastaların aile, arkadaş ve sağlık profesyonellerinden ihtiyaç duyduğu yardım ve desteği almalarının da psikososyal uyum ve distresin azalması açısından olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir.¹²¹

Diğer taraftan kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların ve ölümün varoluşsal kriziyle başa çıkmaya ilişkin psikososyal yönlerin, manevi ve dini alanları da kapsadığı gerçeği kabul edilmiştir. Hatta bu tür ciddi hastalıklar, bazıları tarafından “psikospiritüel

¹¹⁷ Arife Gümüş, “Yetişkinlerin Din Eğitimine Bakışları ve Din Eğitimi İhtiyaçları”, Araştırma, İstanbul: İlke Yayınları, 2014.

¹¹⁸ Bağ, “Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar”, ss. 109-26.

¹¹⁹ Sakiko Fukui vd., “A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma”, *Cancer*, C. 89, S. 5 (2000), ss. 1026-36, doi:10.1002/1097-0142(20000901)89:5<1026::AID-CNCR12>3.0.CO;2-5.

¹²⁰ Holland, “History of Psycho-Oncology”, ss. 206-21.

¹²¹ Gümüş, “Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler”, ss. 108-14.

kriz"¹²² olarak da adlandırılmıştır. Burada din ve maneviyatın rolü, hastaların duruma katlanılabilir bir anlam bulma ihtiyacıyla yakından ilgilidir.¹²³

Literatür, kanser hastalarının suçluluk, inanç kaybı, cezalandırılma korkusu, dua etme¹²⁴ gibi manevi kaygılarına ve ihtiyaçlarına¹²⁵ dikkat çekmektedir. Bu nedenle kanser hastalarına yönelik psikososyal hizmetler içinde pastoral/manevî danışmanlık ve desteğin önemine vurgu yapılmıştır. Diğer hizmetlere ise kriz danışmanlığı, grup terapisi ve danışmanlığı, aile terapisi ve danışmanlığı gibi başlıklar altında yer verilmiştir.¹²⁶

Kanser hastalarında manevi destek ve müdahalelerin, maneviyatın kavramsallaştırmasına dayanan, iki temel bileşeni içermesinin önemli olduğu bildirilmiştir. Bunlar, dini (Tanrı ile uyum sağlama vb.) ve varoluşsal (yani kişinin yaşamında anlam ve amaç bulma vb.) boyutlardır. Ayrıca manevi müdahalelerin; bireysel, grup, telefon veya internet tabanlı olmak üzere birçok şekilde uygulanabileceği de belirtilmektedir.¹²⁷

Doğu bilgeliğine göre, en iyi zamanlar ve en kötü zamanlar (sağlık ve hastalık gibi) insan ruhunun (spirit) gelişmesi ve iç yaraların iyileşmesi için potansiyel olarak değerli fırsatlardır. Batı tıbbında, fiziksel olarak patolojiyi iyileştirme çabaları odak noktası olarak görülür. Hastalık kişisel refahı ve benlik algısını tehdit ettiğinde, ortaya çıkan kişisel gelişim fırsatlarını görmek mümkün olmayabilir. Ancak beden için biyolojik bir tedavi mümkün olmasa bile ruh (spirit) düzeyinde şifanın gerçekleşmesi mümkün olabilir. Bu nedenle, manevi bakım sağlayıcısının en önemli görevi; hastanın dikkatini nazikçe yeniden kendine yönlendirmek ve hastalık yolculuğunda yeni güçlerini ve kişisel metanetini keşfetmesine yardımcı olmaktır.¹²⁸

¹²² Kass vd., "Health Outcomes and a New Index of Spiritual Experience", s. 203.

¹²³ Holland, "History of Psycho-Oncology", ss. 206-21.

¹²⁴ Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) National Cancer Policy Board, *Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer*, ed. Maria Hewitt, Roger Herdman, Jimmie Holland, Washington (DC): National Academies Press (US), 2004, s. 75.

¹²⁵ Sulmasy, "A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life", ss. 24-33.

¹²⁶ Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) National Cancer Policy Board, *Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer*, ss. 74-76.

¹²⁷ Oh, Kim, "The effects of spiritual interventions in patients with cancer", ss. 290-301.

¹²⁸ David M. Steinhorn, Jana Din, Angela Johnson, "Healing, Spirituality and Integrative Medicine", *Annals of Palliative Medicine*, C. 6, S. 3 (2017), ss. 237-247-247.

2. MANEVİ DANIŞMANLIK

Bu bölümde manevi danışmanlığın tanımı ve ortaya çıkışı ele alınmıştır. Ayrıca manevi danışmanlıkla ilgili bazı kavramlar hakkında bilgi verilmiştir.

2.1. Manevi Danışmanlığın Tanımı

Manevi danışmanlık, ülkemiz için yeni bir disiplin alanı olup Batı'da "pastoral counselling" kavramının karşılığı olarak dilimize çevrilmiştir. Bu kavram, Hristiyan kültürüne atıfla kısaca "papazlar tarafından verilen özel bir danışmanlık türü" olarak tanımlanır.¹²⁹ Ancak modern bir disiplin olarak gelişimi Batı merkezli olan manevi danışmanlığın her kültür ve gelenekte bağlamsal kodlarının olduğunu söylemek mümkündür. Alana ilişkin gerek Batı gerekse ülkemiz literatüründe farklı kavramlaştırmalar mevcuttur. Türkçe literatürde alanın adlandırılmasında "pastoral psikoloji"¹³⁰, "dini danışmanlık"¹³¹, "inanç bakım ve danışmanlığı"¹³², "manevi bakım ve danışmanlık"¹³³, "manevi-(psikolojik) danışmanlık"¹³⁴, "manevi bakım"¹³⁵ gibi kavramlar tercih edilmiştir. Fakat son yıllarda "manevi danışmanlık" adında genel bir uzlaşma olduğu görülmektedir. Bu durum Diyanet İşleri Başkanlığı'nın hazırlamış olduğu meslek standardında da belirgindir. Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından hazırlanan "Manevi Danışman Ulusal Meslek Standardı", Mesleki Yeterlilik Kurumu (MYK) tarafından onaylanarak 25.10.2019 tarihli Resmi Gazete'de, 30929 (Mükerrer) Sayı, "19ums0728-6" referans kodu ve "Manevi Danışman (Seviye 6) Ulusal Meslek Standardı" adıyla yayınlanmıştır.¹³⁶ Böylece "Manevi danışman", onaylanmış bir meslek olarak Ulusal Meslek Standardı'na girmiştir.

Ulusal Meslek Standardı'nda "manevi danışman" şöyle tanımlanmıştır:

¹²⁹ Koç, *Manevi-Psikolojik Danışmanlık Müslüman-Türk Diasporası Örneği*, s. 51.

¹³⁰ Özdoğan, "İnsanı Anlamaya Yönelik Bir Yaklaşım: Pastoral Psikoloji", ss. 127-41.

¹³¹ Altaş, "Dini Danışmanlığın Teorik Temelleri", ss. 327-50; Ok, "Dini Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi", ss. 35-54.

¹³² Üzeyir Ok, "İnanç Bakım ve Danışmanlığı: Bir Model Geliştirme Denemesi", *Manevi Sosyal Hizmetler*, ed. Ali Seyyar, İstanbul: Rağbet Yayınları, 2015, ss. 103-40.

¹³³ Şahin, *Manevi Bakım ve Danışmanlık*.

¹³⁴ Koç, *Manevi-Psikolojik Danışmanlık Müslüman-Türk Diasporası Örneği*.

¹³⁵ Üzeyir Ok, Zümrüt Gedik, Zehra Erşahin, *Hastalar İçin Manevi Bakım*, Ankara: Nobel Yayın, 2019.

¹³⁶ MYK, "9 Yeni Ulusal Meslek Standardı Yayınlandı", *Mesleki Yeterlilik Kurumu*, (30.01.2021), <https://www.myk.gov.tr/index.php/tr/haberler/53-hukuk-mueavirlii/3736-9-yeni-ulusal-meslek-standard-yaymland>; "Mesleki Mevzuat – MDR | Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Derneği", (30.01.2021), <https://mdr.org.tr/mesleki-mevzuat/>.

"Farklı yaşam dönemlerindeki bireylerin din veya maneviyatla ilişkilendirdiği sorunlarıyla başa çıkma süreçlerinde bütüncül bir yaklaşımla modern danışma teknikleri ile dinî ve manevi yöntemleri birlikte kullanan; problemi konusunda danışanların hedeflerine ulaşmalarını sağlamak maksadıyla bireyle ve grupla manevi danışmanlık ve rehberlik hizmetlerini sunan ve mesleki gelişim faaliyetlerini yürüten nitelikli kişidir."¹³⁷

Ulusal Meslek Standardı'nda "manevi danışmanlık ve rehberlik" tanımı ise geniş bir çerçeveden ele alınmıştır:

"Danışanların inanç dünyalarının hayatlarına etkilerini bilmelerine yardımcı olma sürecini; danışanların din veya maneviyatla ilişkilendirdiği sorunlarıyla başa çıkmalarında bütüncül bir yaklaşımla modern danışma teknikleri ile dinî ve manevi yöntemleri birlikte kullanan; problemi konusunda danışanların hedeflerine ulaşmalarını sağlamak maksadıyla yapılan danışmanlık hizmetidir."¹³⁸

Genel olarak teoloji/psikoloji/psikolojik danışma ve rehberlik kavşağında gelişen manevî danışmanlık; fizyolojik, bilişsel ve manevî (spiritual) boyutlar arasındaki dinamik bağlantıyı sürdüren bir yaklaşım modeli öngörür. Böylece danışanların ruhsal ve manevî bütünlüğünü korumayı amaçlayan manevî danışmanlık, onların günlük yaşamlarında karşı karşıya kaldıkları stres, kaygı ve depresyonla başa çıkmalarını sağlayan kontrol mekanizmalarını kuvvetlendirmeyi hedefler.¹³⁹

Manevi danışmanlığın teolojik, kültürel, felsefi, sosyolojik, psikolojik vb. çok sayıda bağlamsal açılımı ve tanımı mevcuttur. Bu tanımlamalarda dini gelenek, aşkınlık, bütünlük, nihai ilgi, destekleme, yardım etme, rehberlik gibi boyutlar göze çarpar. Buna rağmen manevi danışmanlık kısaca dinsel kaynakların, geleneğin, bağlamın vb. unsurların dikkate alındığı danışmanlık uygulaması olarak tanımlanabilir.¹⁴⁰

Manevi danışmanlıkta danışanın belirli bir dine mensup olması ya da olmaması önemli değildir ancak inanç ve nihai konularla (ultimate concern) alakalı olması önemlidir.¹⁴¹ Manevi danışmanlıkta, aşkın olan, hayatın anlamı, hayatın irrasyonel yanı

¹³⁷ Mesleki Yeterlilik Kurumu (MYK), "Manevi Danışman (Seviye 6) Ulusal Meslek Standardı", Ulusal Meslek Standardı, Mesleki Yeterlilik Kurumu, 25.10.2019, s. 7.

¹³⁸ a.g.e., s. 3.

¹³⁹ Koç, *Manevi-Psikolojik Danışmanlık Müslüman-Türk Diasporası Örneği*, s. 205.

¹⁴⁰ Ok, "Dinî Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi", s. 36.

¹⁴¹ J. Foskett, M. Jacobs, "Pastoral Counselling", *Handbook of Counselling*, ed. W. Dryden, D. Charles-Edwards, R. Woolf, London: Routledge, 1994; (akt.) Ok, "Dinî Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi", s. 36.

ya da Paul Tillich'in ifadesiyle "nihaî ilgi" alanı ön plana çıkar.¹⁴² Nihaî ilgi, yaşamın maddi ve gözlemlenebilir boyutunun ötesi ile ilgili konuları kapsar. Bunlara varoluşsal sorular da denilmektedir. Örneğin, “neden var olduk?”, “varlığın amacı ne?”, “ölüm ne anlama gelir?” gibi sorular ve bunların yanıtlarıyla ilgili düşünceler ve inançlar, insanları hayatın gözlenemeyen alanına taşır ve insanların hayatlarını yönlendirip şekillendirmelerinde etkilidir.¹⁴³

Schlauch, manevî danışmanlığı "dinsel terimler kullanılarak, psiko-sosyo-teolojik ve etik çerçevede beden (body)-zihin (mind)-ruh (spirit) üçgeninde bir bütün olarak verilen yardım aktiviteleri" olarak tanımlar.¹⁴⁴ Dolayısıyla manevi danışmada bütünlüğe vurgu yapan Schlauch, bu bütünlüğü de iki şekilde ele alır: (a) birey olarak ve bir ailenin veya sosyal ünitenin parçası olarak, (b) beden, zihin ve ruh bütünlüğü olarak.¹⁴⁵

Foskett ve Jacobs (1994) da manevi danışmada insanın bütünlüğünü öne çıkarır. Onlara göre manevi danışmanlık, "insanla bir bütün olarak ilgilenir ve uygun olduğunda insanların aşkın (müteal) olanla ilgili kendi anlamını bulmasına ve onunla ilişkisine yardımcı olur."¹⁴⁶

Lartey'e (2003) göre manevi danışmanın, din adamı olması gerekli değildir. Ancak danışmada aşkın boyutu dikkate alma, psikolojik danışmaya ilişkin mesleki beceri ve donanımlara sahip olma gibi özelliklerin bir danışmada bulunması önemlidir.¹⁴⁷ Lartey, manevî danışmanlığı şöyle tanımlar: “Bireyin hayatında kutsal/aşkın bir boyut olduğunu kabul eden uzmanların yürüttüğü, sözel ya da sözel olmayan, doğrudan veya dolaylı, literal ya da sembolik iletişim biçimlerini kullanarak,

¹⁴² Şahin, *Manevi Bakım ve Danışmanlık*, s. 28.

¹⁴³ Ok, “Dini Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi”, s. 36.

¹⁴⁴ C. R. Schlauch, “Defining Pastoral Psychotherapy”, *Journal of Pastoral Care*, C. 39, S. 3 (1985), ss. 219-28; (akt.) Koç, “Manevi-[Psikolojik] Danışmanlık ile İlgili Batı’da Yapılan Bilimsel Çalışmaların Tarihi ve Literatürü (1902-2010) Üzerine Bir Araştırma-I”, ss. 201-37.

¹⁴⁵ Schlauch, “Defining Pastoral Psychotherapy”, ss. 219-28; (akt.) Ok, “Dini Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi”, s. 38.

¹⁴⁶ Foskett, Jacobs, “Pastoral Counselling”; (akt.) Ok, “Dini Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi”, s. 38.

¹⁴⁷ Emmanuel Y. Lartey, *In Living Color: An Intercultural Approach to Pastoral Care and Counseling*, Philadelphia: Jessica Kingsley, 2003; Ok, “Dini Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi”, s. 38.

danışanların temelde stres ve kaygıyla başa çıkmalarını sağlamaya yönelik tüm yardım etme aktivitelerini kapsayan özel bir danışmanlık türüdür.”¹⁴⁸

Alanın öncü isimlerinden Clinebell, manevi danışmanlıkta teori ve pratiğin birlikte olmasına dikkat çeker. Ona göre manevi danışma, alanın teolojik köklerinde derinleşerek ve metodolojisini geliştirerek, problemler içindeki insanoğluna sahip olduğu miras ve öteki yardım disiplinlerinin yardımıyla bir katkı sağlayabilmelidir. Böylece manevi danışmanlık insanın problemlerine, inandığı dinin değerleriyle ilişki kurarak çözüm yolları sunmayı amaçlar. Ancak manevi danışmanlık bu işlevini gerçekleştirmede diğer yardım disiplinlerinden de faydalanır.¹⁴⁹

Clebsc ve Jaekle tarafından yapılan tanımlamada da manevi danışmanlığın "yardım etme, yönlendirme ve destekleme" gibi özelliklerine vurgu yapılır. Yazarlara göre manevî danışmanlık, "çeşitli dinsel aktörler tarafından (i) danışanlara yardımcı olmak ve (ii) böylelikle onların problemleriyle başa çıkmalarına katkıda bulunmak; (iii) problemleri danışanları yönlendirmek ve (iv) desteklemek gibi kısaca, onların problemlerine çözüm üretmeye dönük yapılan çalışmalar" olarak tanımlanır.¹⁵⁰

Manevi danışmanlık alanında Avrupa’da önemli bir isim olan Hollandalı Van der Geest ise manevi danışmanlık için iki perspektif sunar. Geniş perspektifte manevi danışmanlık, “her türlü dinlemeyi, empatiyi, anlamayı, güçlendirmeyi, teselliği kısaca candan insan ilişkilerini veya bir arkadaşlığı” kapsar. Dar anlamda ise manevi danışmanlığı tanımlamak zordur. Van der Geest’e göre manevi danışmanlık, insanların ruhsal problemleriyle ilgilenen diğer mesleklerden (psikiyatrist, psikoterapist, danışman, sosyal çalışan) farklıdır. Bu farklılık manevi danışmanın dinle olan bağından ve görüşmenin dini içeriğinden kaynaklanır.¹⁵¹

Manevi danışmanlık psikoterapi yöntemlerinden faydalanmasına rağmen gerçeği yorumlama konusunda psikoterapiden ayrılır. Ancak manevi danışmanlıkta psikolojik

¹⁴⁸ Emmanuel Y. Lartey, “African Perspectives on Pastoral Theology: A Contribution to the Quest for More Encompassing Models of Pastoral Care”, *Contact: The Interdisciplinary Journal of Pastoral Care*, S. 112 (1993), ss. 3-12; Koç, *Manevi-Psikolojik Danışmanlık Müslüman-Türk Diasporası Örneği*, s. 203.

¹⁴⁹ Howard John Clinebell, *Basic Types of Pastoral Counseling*, New York: Abingdon Press, 1966, ss. 16-17; Nurullah Altaş, “Din Hizmetleri ve Dinî Danışmanlık İlişkisi”, *Dinî Danışmanlık ve Hizmetleri*, ed. Nurullah Altaş, Mustafa Köylü, İstanbul: Ensar Neşriyat, 2014, s. 28.

¹⁵⁰ Lartey, “African Perspectives on Pastoral Theology: A Contribution to the Quest for More Encompassing Models of Pastoral Care”, ss. 81-83; (akt.) Koç, *Manevi-Psikolojik Danışmanlık Müslüman-Türk Diasporası Örneği*, s. 204.

¹⁵¹ Şahin, *Manevi Bakım ve Danışmanlık*, s. 28.

danışma, bilgi ve becerilere sahip olmak önemlidir. Buna rağmen *manevi danışmanlar, bir terapist değildir ve kendilerini de terapist olarak kabul etmezler*. Manevi danışmanlığın genel içeriği, "inanca olan ilgisidir." Bu da manevi danışmanlığın özel karakteristiği olarak kabul edilir.¹⁵²

Manevi danışmanlık kişisel yaşam hikâyeleri, aile, çocuk yetiştirilmesi, ilişkiler, meslek, yaşlanma, hastalık, sağlık, dini ve etik sorular, hayatın anlamı, amacı gibi gündelik yaşam olayları ve önemli yaşamsal kriz durumlarında danışanların inanç ve yaşam emniyetini güçlendirmeyi hedefler.¹⁵³ İlişkili olduğu konuların nitelik ve niceliği göz önüne alındığında manevi danışmanlığın, kapsam olarak geniş bir kesime hitap ettiğini söylemek mümkündür. Örneğin yaşlılar, engelliler, sokakta yaşayan çocuklar, kronik hastalar, evsizler, yoksullar, şiddete maruz kalan kadın ve çocuklar, istismara uğrayanlar, parçalanmış ailelerin mensupları, göçmenler vb. gruplar, bu kesim içinde sayılabilir.¹⁵⁴

İnsan hayatındaki olumsuz durumlar ve yaşamsal krizler manevi destek arayışını gündeme getirmektedir. Buna göre manevi danışmanlık "belirli bir durum (hastalık, ölüm, yas, kaza, afet vb.) veya mekânda (hastane, huzurevi, cezaevi vb.) bulunan insanlara, o durum veya mekândan kaynaklı olarak içinden geçmekte oldukları süreçlere eşlik edilmesi"dir.¹⁵⁵ Ancak manevi danışmanlık yalnızca kriz durumlarına özgü değildir aynı zamanda "bireylerle, eşlerle, ailelerle veya gruplarla yapılan ve bir sorunun tartışılmasını, öneri veya yönlendirmeyi" de içeren bir etkinliktir.¹⁵⁶

Sonuç olarak manevi danışmanlığın genel özellikleri şöyle sıralanabilir:

1. Bir din adamı tarafından ya da en azından insan yaşamında aşkınlığa yer veren biri tarafından yürütülür.
2. Danışma konuları nihai anlam ve konular bağlamında seçilir.
3. Danışmanlıkta dinsel ve kültürel sembol sistemleri ve değerler bir kaynak olarak kullanılabilir.
4. Psikolojik yöntemler kullanılmasına rağmen manevi danışmanlık bir psikoterapi uygulaması değildir.

¹⁵² a.g.e., ss. 39-41.

¹⁵³ a.g.e., s. 28.

¹⁵⁴ Altaş, "Din Hizmetleri ve Dinî Danışmanlık İlişkisi", s. 26.

¹⁵⁵ Şahin, *Manevi Bakım ve Danışmanlık*, s. 25.

¹⁵⁶ Ok, "Dinî Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi", s. 47.

5. Bütüncül/holistik yaklaşımla danışanların tüm yönlerini geliştirebilmeleri ve insanca bir yaşam sürdürebilmeleri için kişisel gelişimlerini desteklemeye yönelik bir uzmanlık alanıdır.
6. İnsanın problemlerine din, inanç ve maneviyat çerçevesinde çözüm bulmak için disiplinler arası bir çalışma ön görür ve dini pratikleri, psikolojik bakış açısıyla ele alır.
7. Bir dindarlaştırma ya da belirli bir dini aşılama yöntemi değildir.
8. Manevi danışmanlıkta, hayat ve inanç arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek amacıyla psikolojik ve teolojik kaynaklar birlikte kullanılır.

2.2. Manevi Danışmanlığın Modern Bir Disiplin Olarak Ortaya Çıkışı

Anthon Boisen, Amerika'da modern bir disiplin olarak manevi danışmanlığın ortaya çıkışında ve gelişiminde etkili olan öncü isim olarak kabul edilir. Teolojinin yanı sıra pozitif bilim alanında da eğitim almış olan Boisen'e göre psikotik hastalıkların altında manevi kriz yatmaktadır.¹⁵⁷ Boisen 1926 yılında kaleme aldığı "Teolojinin Metotları ve Görevi" adlı eserinde manevi yönden insanları anlamının yollarını göstererek insanlara karşı fedakârlıkta bulunma konusunda yarış içinde olunmasını tavsiye etmiştir. İnsanlara yardımda bulunmak, onlara bir şeyler verebilmek için bireyin gelişiminin, kişiliğinin ve yaşam kurallarının bilinmesinin önemini ifade eden Boisen, dinişahsiyetlerin de bu yönde yetiştirilmesi gereği üzerinde durmuştur. Papazların itiraflara muhatap pasif dinleyiciler olmaktan çıkıp, insanları ruhen rahatlatma, huzura kavuşturma, kötülöklere karşı tavır geliştirmelerini sağlama gibi görevleri de yerine getirendanışmanlar olması gerektiğini vurgulamıştır.¹⁵⁸

Hümanistik Psikolojinin kurucularından biri olarak kabul edilen Carl Rogers, manevi danışmanlık alanına katkı sağlamış bir başka önemli isimdir. Rogers'ın özellikle "Danışan Merkezli Terapi (1951)" ve "Bir İnsan Olmak Üzerine (1961)" eserleri o yıllarda pastoral psikoloji hareketi tarafından büyük kabul görmüştür. Rogers, danışan-merkezli deneyim için üç şartın gerekli olduğunu belirtir: Uyum, kabul ve empatik anlayış. Ayrıca Rogers, "güven ve ruhsal hazır bulunuşluk"un da burada önemine dikkat çeker. Rogers, kitle kültüründe güven yokluğu nedeniyle temel güven duygusuna olan ihtiyacı vurgular ve güveni, "organizmanın bilgeliği" olarak tanımlar. Rogers, bireyin

¹⁵⁷ a.g.e., s. 45.

¹⁵⁸ Suat Cebeci, "Bir Din Öğretimi Yaklaşımı Olarak Dini Danışma ve Rehberlik", *Değerler Eğitimi Dergisi*, C. 8, S. 19 (2010), ss. 55-56.

iyiyi seçme yeteneğinin mutlak olduğunu ve kendiliğın gelişiminde bireyin doğuştan gelen kapasitelerinin açığa çıkarılmasını savunur. Teorinin Amerika'da pastoral psikoloji toplulukları tarafından sahiplenilmesinde, "İkinci Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan kitle kültürüne karşı bir eleştiri ve ahlakçılık karşıtı harekete bir isyan olarak" görülmesinin etkili olduğu düşünülmektedir. Rogers'ın teorisi sonraki yıllarda alanın öncü isimlerinden Clinebell tarafından revize edilmiştir.¹⁵⁹

Manevi danışmanlığın gelişiminde hümanistik psikolojinin yanı sıra diğer psikolojik ekollerin de (psikanaliz, davranışçılık, varoluşsal psikoloji vb.) önemli düzeyde etkileri söz konusudur. Ayrıca Frankl'ın logoterapisi de dini sorulara açıklığı nedeniyle oldukça rağbet gören yaklaşımlardan biri olmuştur.¹⁶⁰

Manevi danışmanlığın akademik ve kurumsal anlamdaki gelişim süreci ise din psikolojisi araştırmaları bağlamında incelenebilir. Amerika'da Din Psikolojisi çalışmaları kurumsal olarak ilk kez 1946 yılında Amerikan Psikoloji Derneği (*American Psychological Association-APA*)'nin bir alt kuruluşu olarak kurulan "Amerikan Katolik Psikoloji Derneği" (*American Catholic Psychological Association-ACPA*) ile başlamıştır. 1970 yılında derneğin ismi "Dinsel Konularla İlgilenen Psikologlar" (*Psychologists Interested in Religious Issues-PIRI*) olarak değişmiştir. 1976'dan sonra dernek, APA'ya bağlı olarak "Din Psikolojisi: 36. Bölüm" (*Psychology of Religion: Division 36*) adıyla faaliyetlerine devam etmiştir.¹⁶¹ 2011 yılında ise derneğin adı "Din ve Maneviyat Psikolojisi Derneği: 36. Bölüm" (*Society for the Psychology of Religion and Spirituality*)¹⁶² olarak değiştirilmiştir.¹⁶³

Bu alanda spesifik bir örgütlenme çabasına örnek olarak da 1963 yılında kurulan "Amerikan Pastoral Danışmanlar Derneği" (*The American Association of Pastoral Counselors-AAPC*) gösterilebilir. Ayrıca Evanjelik Protestan topluluk için hizmet veren

¹⁵⁹ Jill Snodgrass, "From Rogers to Clinebell: Exploring the History of Pastoral Psychology", *Pastoral Psychol*, C. 54 (2007), ss. 513-25.

¹⁶⁰ Şahin, *Manevi Bakım ve Danışmanlık*, s. 44.

¹⁶¹ Koç, "Manevi-[Psikolojik] Danışmanlık ile İlgili Batı'da Yapılan Bilimsel Çalışmaların Tarihi ve Literatürü (1902-2010) Üzerine Bir Araştırma-I", ss. 208-9.

¹⁶² "Society for the Psychology of Religion and Spirituality (Division 36)", <https://www.apadivisions.org>, (26.12.2020), <https://www.apadivisions.org/division-36>.

¹⁶³ Sevede Düzgüner, "Psikoloji Literatüründe Maneviyat Kavramı: Batı ve Türkiye Karşılaştırması", *Maneviyat Psikolojisi*, ed. Mustafa Atak, İstanbul: Elit Kültür, 2016, s. 18.

'Hıristiyan Psikolojik Çalışmalar Derneği" (*Christian Association for Psychological Studies-CAPS*) da bu alanda çalışmalar yapmaktadır.¹⁶⁴

İngiltere'de modern anlamda manevi danışmanlığın Weatherhad'ın 1950'lerdeki öncü çalışmaları ile ortaya çıktığı söylenebilir. 1960'lardan sonra ise manevi danışmanlık üzerine çeşitli organizasyonlar kurulmaya başlamıştır. Bu organizasyonlar sonraki yıllarda, İngiliz Psikolojik Danışmanlık Topluluğu'nun ilk alt birimi olan "Pastoral Bakım ve Danışmanlık Derneği" (*The Association for Pastoral Care and Counselling-APCC*) adı altında toplanmıştır. Daha sonraları Hıristiyanlar'ın dışındaki diğer inanç grupları ile maneviyatları belirli bir din tarafından belirlenmemiş grupların üyeleri de APCC'ye katılarak 1999 yılında derneğin adı "Pastoral ve Manevi Bakım ve Danışmanlık Derneği" olarak değiştirilmiştir.¹⁶⁵

2.3. Manevi Danışmanlıkla İlgili Bazı Kavramlar

Bu bölümde, manevi danışmanlık alanıyla ilgili anlam, din/maneviyat ve dini başa çıkma kavramlarına ilişkin açıklamalar yer almaktadır.

2.3.1. Anlam

Anlam, fikirleri ve nesnelere tahmin edilebilir ve nispeten istikrarlı bir şekilde birbirine bağlayan şeydir. En temel düzeyde anlam, belirli bilgi parçalarının ortak ilişkisi ve farklılıkları ile ilgilidir. Anlam; nesnelere, ilişkiler ve olaylar arasındaki olası ilişkilerin paylaşılan zihinsel bir temsili olup kolektif, organize bir kavramlar ağıdır.¹⁶⁶ İnsan için yaşadığı dünya, anlamlı ilişkilerin bütünlüğünü yansıtır. Dolayısıyla olgular ve nesnelere taşıdıkları anlamlara göre algılanır.¹⁶⁷

Baumeister'a göre "anlam; adapte olmak, dünyayı kontrol etmek, öz-düzenleme ve aidiyet için bir araçtır. Gerçekten de o, dünyada her şey için kullanılabilen en iyi araçtır."¹⁶⁸

¹⁶⁴ Koç, "Manevi-[Psikolojik] Danışmanlık ile İlgili Batı'da Yapılan Bilimsel Çalışmaların Tarihi ve Literatürü (1902-2010) Üzerine Bir Araştırma-I", s. 209.

¹⁶⁵ Ok, "Dini Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi", s. 44.

¹⁶⁶ Michael J. MacKenzie, Roy F. Baumeister, "Meaning in Life: Nature, Needs, and Myths", *Meaning in Positive and Existential Psychology*, ed. Alexander Batthyany, Pninit Russo-Netzer, New York: Springer, 2014, s. 26, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-0308-5_2.

¹⁶⁷ Alfred Adler, *Yaşamın Anlam ve Amacı*, çev. Kamuran Şipal, 13. b., Say Yayınları, 2017, s. 7.

¹⁶⁸ Roy F. Baumeister, *Meanings of Life*, New York: Guilford Press, 1991, ss. 357-58; (akt.) Crystal L. Park, "Din ve Anlam", *Din ve Maneviyat Psikolojisi: Yeni Yaklaşımlar ve Uygulama Alanları*, ed. Raymond F. Paloutzian,

İnsan, hayatı boyunca bir anlam ve amaç bulma arayışı içindedir. Bu arayış kimi zaman belirsizlikten kurtulma ve çevresini kontrol etme arzusundan, kimi zaman ise bir amaca sahip olma ve anlamlı bir hayat sürme arzusundan kaynaklanır.¹⁶⁹ İnsanların olayların anlamlı açıklamalarını aradıklarına yönelik iddiaların ise uzun bir geçmişi vardır. Aristoteles, Metafiziğini "doğası gereği tüm insanların bilmek istediği" şeklindeki temel argümanı açar. Dewey, bir "kesinlik arayışından"; Frankl "anlam arayışından" ve Maslow ise "bilme ve anlama arzusundan" bahseder. Psikolojideki motivasyon teorisyenleri de keşif ve merak dürtülerini öne sürerler. White, sinir sisteminin, çevresini kendi iyiliği için öğrenmeye ve tanımaya ilgisi olduğunu ifade eder. Lerner da insanların dünyayı sadece anlamlı değil, aynı zamanda "adil" ve dürüst olarak görmeye motive olduklarını belirtir.¹⁷⁰

Frankl'a göre insan, uyarılara tepki veren ya da dürtülerini boşaltan basit bir varlık değildir. İnsan, tepki vermek suretiyle yaşamın kendisine sunduğu anlamı, gerçekleştirmek istemektedir.¹⁷¹

Anlam arayışı dinamik bir süreç olup keşfetme, koruma ve insanların kendileri için önemli hedefleri yeniden inşa etme çabalarını içerir.¹⁷² Hedefler, insanın zihinsel yaşamını belirler. Hedefi olmayan insan; "düşünemez, hissedemez, arzulanamaz ya da hayal kuramaz." Hedef, insanın kendini ifade etme biçimini ve yaşamını üstüne kurduğu anlamı yansıtır.¹⁷³

İnsanda anlam ve amaç yokluğu ciddi bir problemdir ve duygusal uyumsuzluğun önemli bir göstergesidir.¹⁷⁴ İnsan, yaşama verdiği anlam doğrultusunda kendisine bir amaç edindiğinde bu amaç için çaba sarf edecektir. Amacına uyum sağlayan bireyi bekleyen süreç ise olgunlaşma ve yetkinliktir.¹⁷⁵ Bireyin yaşama verdiği anlam, yaşamın

Crystal L. Park, çev. ed. İhsan Çapcıoğlu, ed. Ali Ayten, çev. İlker Yenen, Ankara: Phoenix Yayınevi, 2013, s. 31.

¹⁶⁹ Hayati Hökelekli, *Din Psikolojisine Giriş*, 1. b., İstanbul: Dem Yayınları, 2010, s. 59.

¹⁷⁰ Bernard Spilka, Phillip Shaver, Lee A. Kirkpatrick, "A General Attribution Theory for the Psychology of Religion", *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 24, S. 1 (1985), ss. 1-20, doi:10.2307/1386272.

¹⁷¹ Viktor Emil Frankl, *Duyulmayan Anlam Çılgılığı*, İstanbul: Öteki Yayınevi, 2007, s. 25.

¹⁷² Kenneth I Pargament, "Acı ve Tatlı: Dindarlığın Bedelleri ve Faydaları Üzerine Bir Değerlendirme", *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 5, S. 1 (2005), s. 282.

¹⁷³ Alfred Adler, *İnsan Doğası*, Yason Yayıncılık, 2016, s. 17.

¹⁷⁴ Frankl, *Duyulmayan Anlam Çılgılığı*, s. 30.

¹⁷⁵ Adler, *Yaşamın Anlam ve Amacı*, s. 15.

akışını belirler.¹⁷⁶ İnsan, aradığı anlamı bulduğunda bu uğurda gerekirse acı çekmeye, özveride bulunmaya ve hatta hayatını vermeye hazırdır.¹⁷⁷

MacKenzie ve Baumeister'e göre yaşamın anlamları, farklı bireyler için farklı işlevlere hizmet edebilir. Bu durumda, yaşamın anlamına ilişkin üç temel işlevden bahsedilebilir. Anlamın ilk işlevi, insanların çevredeki sinyalleri ve kalıpları tanımalarına ve ayırt etmesine yardımcı olmaktır. Örneğin, insanlar belirli hava durumlarını tanıyabiliyorsa, bu durum yaklaşan hava koşullarıyla başa çıkmalarına yardımcı olur (bir fırtına yaklaşıyorsa sığınak aramaya veya hava ılıksa avlanmaya hazırlanma gibi). Ayırt etme kalıpları, sosyal çevreye kadar uzanır. İnsan, davranış kalıplarını tespit ederek veya belirli bireylerin belirli şeylere nasıl tepki verdiğini fark ederek, türünün diğer üyeleri hakkında anlamlı bilgiler elde edebilir. Anlamın ikinci bir işlevi, iletişimdir. İnsanlar bilgiyi paylaşmak ve eylemlerini koordine etmek için aktif olarak anlamı kullanırlar. Anlamın üçüncü ana işlevi ise kendini kontrol etmeyi içerir. Bu durum, kişinin davranışını ve duygusunu düzenlemeyi içerir. Anlam, kişinin olasılıkları değerlendirmesini, kültürel standartlara başvurmasını ve uzun vadeli hedefler hakkında düşünmesini sağlar. Anlam olmadan, bir bireyin eylemleri dürtüsel ve içgüdüsel faktörlere dayanacaktır. Davranışı bu şekilde düzenleme becerisiyle, bir organizma şimdiki ânı aşar, şimdiki hatırlayabilir ve planlayabilir, bu da davranışın mevcut durumun ötesindeki faktörler tarafından yönlendirilmesine izin verir.¹⁷⁸

Hood ve arkadaşları da yaşamda anlam bulmanın bilişsel, motivasyonel ve sosyal yönlerine vurgu yapmaktadırlar.¹⁷⁹ Bilişsel olarak insan, anlam oluşturma sürecine aktif bir şekilde katılır. Tüm insanlar, hayatın neyle ilgili olduğunu anlamak ve dünyadaki amacını bulmak için kendi çapında bir sorgulama ve arayış çabası içindedir.¹⁸⁰ İnsanın bu çabaları ve olumlu ya da olumsuz yaşam olayları hakkında yapmış olduğu nedensel açıklamalar, yüklenme kuramı çerçevesinde incelenir. Ancak nedensel açıklamalar, bir anlamlandırma çabasını ifade ettiği için yüklenme kuramı, aynı zamanda bir "anlam oluşturma" kuramı olarak da kabul edilir. Yüklenme süreci bir

¹⁷⁶ a.g.e., s. 17.

¹⁷⁷ Frankl, *Duyulmayan Anlam Çılgılığı*, s. 15.

¹⁷⁸ MacKenzie, Baumeister, "Meaning in Life", s. 27.

¹⁷⁹ Ralph W. Hood, Peter C Hill, Bernard Spilka, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, Fourth Edition New York: The Guilford Press, 2009, s. 12.

¹⁸⁰ a.g.e., ss. 12-13.

şeyleri anlamlı hale getirmenin ilk adımıdır ve yalnızca sürecin küçük bir parçasıdır.¹⁸¹ Yaşamak için insanın; yaşadığı dünya, kendisiyle, başkalarıyla ilişkisini anlamlı hale getirebilmesi ise üst düzeyde bilişsel işlev yeteneğine sahip olması gerekir.¹⁸²

Motivasyonel olarak insan, kendisini ve çevresini kontrol etme ihtiyacı içindedir. Biyolojik olarak zarar veya acı veren tehdit edici bir durumla karşılaşan tüm yüksek organizmalar, kendilerini etkileyen olayların sonuçlarını tahmin etmeye ve/veya kontrol etmeye çalışırlar. İnsanlar da olan biteni anlamlandırarak, istenmeyen bir sonuç olsa bile ne olacağını tahmin ederek bir kontrol duygusu elde ederler. Bu nedenle, kötü bir hastalık teşhisi aldığı anda dahi ne olduğunu bilmenin verdiği rahatlığı hisseden insanlar vardır. Kontrol duygusu ve din arasında da bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Dinin neredeyse her yaşam durumu için bir anlam sunma yeteneği, özellikle ölüm ve ölme gibi en üzücü olanlar, aynı zamanda yaşamın engin belirsizlikleri üzerinde bir kontrol imkânı sağlar. Dua etme, dini ritüellere ve törenlere katılma gibi çeşitli uygulamalar, bireyin kontrol duygusunu güçlendirir. Dini ritüeller ve duaya, bireyin kendi dünyasını kontrol etme ve kendi kendini kontrol etme hissini güçlendirmeye yönelik mekanizmalar olarak bakılabilir.¹⁸³

Sosyal olarak ise insanın, diğer insanlar ve sosyal ilişkileri aracılığıyla anlam duygusunu deneyimlemeye ihtiyacı vardır. Sosyal bağlamda ait olma ihtiyacı güçlü bir insani dürtü olarak kabul edilir. İnsan, toplumsal bir varlıktır. Sosyal ilişki ihtiyacı ve karşılıklı bağımlılık içinde doğar ve büyür.¹⁸⁴ Dolayısıyla sosyal ve kültürel bir olgu olarak anlam, kültür bağlamında diğer insanlarla etkileşimler ve ilişkiler yoluyla edinilir. Kültür, bir bireyin içinden seçim yapabileceği çeşitli yaşam anlamları sunar. İdeolojiler, kültürler tarafından sunulan önde gelen anlam sistemlerinden biridir ve belirli bir kültür, bir dizi farklı ideolojiyi içerebilir. İdeoloji, insanları çeşitli yaşam olayları hakkında nasıl düşünecekleri, yorumlayacakları ve değerlendirecekleri konusunda bilgilendiren bir değerler ve inançlar sistemidir.¹⁸⁵

Anlamın sosyal yönü ve din arasında da açık bir ilişki vardır. Din, bireyleri birbirine bağlar; müntesiplerini bir topluluk içinde sosyalleştirir ve aynı zamanda sapkın

¹⁸¹ a.g.e., s. 13.

¹⁸² a.g.e., s. 14.

¹⁸³ a.g.e., ss. 17-18.

¹⁸⁴ a.g.e., s. 18.

¹⁸⁵ MacKenzie, Baumeister, "Meaning in Life", s. 26.

davranışları bastırır, manevî olarak inananları güçlendirir. Sosyal hayatın, dinî inançla bağlantısında döngüsel bir ağ vardır. Din, dinî duyguları daha da güçlendiren sosyal grup birliğini teşvik eder. Mevcut veriler, kilise üyelerinin, üye olmayanlara göre daha geniş sosyal destek ağlarına sahip olduğunu göstermektedir. Bu, kilise üyelerinin ve kiliseye giden ailelerde yetişenlerin, sonraki yaşamlarında üye olmayanlardan daha fazla sosyal gruba katıldıkları anlamına gelebilir. Dolayısıyla dinî inançlar; grup bağlarını, refahı ve olumlu sosyal katılımı güçlendiren bir unsur olarak görülebilir. Ayrıca dinî bağlılık, kişilerarası onay ve birçok düzeyde topluma entegrasyon için de önemli sosyal iletişim kanallarının yolunu açabilir.¹⁸⁶

Park da anlama ilişkin "küresel anlam" ve kriz durumunda "anlam oluşturma" şeklinde iki temel ayrımında bulunur. Küresel anlam; inançları, hedefleri ve öznel duyguları içeren genel yaşama ilişkin anlamdır. Bu nedenle "küresel anlam"; bireyin günlük yaşamına ait olayları idrak etme biçimi, planları, hedefleri, yaşamdaki amacı, iyilik hali, yaşam doyumu vb. üzerinde etkilidir. Anlam oluşturma ise travmatik olaylar ve kriz durumlarında ortaya çıkar. Birey; başına gelenin ne olduğunu, neden geldiğini anlamaya çalışır ve gelecekte ne olacağını sorgular. Anlam oluşturma; inanç ve hedefleri yeniden değerlendirmeyi ve değişimi ifade eden bir süreçtir.¹⁸⁷ "Küresel anlam" ve "anlam oluşturma" birbirinden bağımsız değildir. Din, her iki anlamla da uyumludur. "Anlam oluşturma", bazı büyük veya travmatik olaylar tarafından yaşam kesintiye uğradığında veya ihlal edildiğinde, bireyin yaşamı üzerinde küresel anlamı yeniden oluşturmak için verdiği mücadele sürecidir.¹⁸⁸

Anlamın aynı zamanda zihinsel ve fiziksel sağlık için de önemli sonuçları vardır. Hayatın anlamlı olduğuna dair güçlü bir algıya sahip olmanın, insanları stres ve sıkıntıların olumsuz etkilerine karşı koruduğunu gösteren bulgular vardır. Yaşamdaki küresel bir anlam ve amaç duygusuyla sağlık arasındaki ilişkiye odaklanan literatür, anlamın; gelişmiş stres tamponlama, gelişmiş başa çıkma tepkileri ve artan sağlık davranışlarına yönelimle ilişkili olduğunu göstermektedir. Hooker ve arkadaşları; yaşamın anlamlı olduğuna ilişkin duygunun, yalnızca yaşamın muhtemelen anlamlı olduğuna dair soyut bir his olmadığını, daha çok yaşamın anlamlılığı, amacı ve değerine

¹⁸⁶ Hood, Hill, Spilka, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, ss. 18-19.

¹⁸⁷ Park, "Din ve Anlam", ss. 33-37.

¹⁸⁸ Hood, Hill, Spilka, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, s. 15.

ilişkin akut bir farkındalık olduğunu vurgulamışlardır. Bu farkındalığa sahip olmayan kişiler, yaşam stresli olduğunda depresif belirtilerde ve diğer sorunlarda artış yaşar, ancak bu anlam bilincine sahip kişiler daha az ekilenir.¹⁸⁹ Frankl da Auschwitz toplama kampı örneğini vererek gelecekte kendilerini bekleyen bir anlama bağlanan kamp esirlerinin, hayatta kalmayı başarabildiklerini anlatır.¹⁹⁰

İnsanlar, "anlam" için mücadele eder.¹⁹¹ Bu mücadelede anlamı, idrak edebilme ve içselleştirebilme gayreti de saklıdır. Anlam mücadelesi; bazen severek, bazen de acı çekerek gerçekleşir. Önemli olan, her türlü engellenmelere rağmen insanın eylemleriyle birtakım değerler oluşturabilmesidir. Frankl, acının hayatın ayrılmaz bir parçası olduğunu; önlenemeyen ve kaçınılamayan bir acıda da hayatın anlamını bulmanın mümkün olduğunu ifade eder.¹⁹² Ona göre, hayatın geçici olması, anlamı yok etmez. Bilakis ölüm, hayata anlam kazandırır.¹⁹³ Frankl, insanın "acıyı başarıya dönüştürme yeteneğine" sahip olarak; dünyaya bıraktığı bir eser ya da bir faaliyetle, "yaşantıyla, buluşmalarla, tanışmalarla ve sevgiyle ya da değiştirilemez, önlenemez bir kaderle (ölümcül bir hastalık vb.)" karşılaştığında dahi "hayatta bir anlam" bulabileceğini ifade eder.¹⁹⁴

Anlam arayışı, insan için merkezi bir öneme sahiptir ve din benzersiz bir şekilde bu arayışa yardımcı olur.¹⁹⁵ Din ve anlam arasında karmaşık bir ilişki ağı vardır. Ancak dinin, "her şeyin derinliğinde bulunan anlamı keşfetmede en büyük güç olduğunu" söylemek mümkündür. Özellikle ölüm, hastalık, felaketler gibi hayatın acı verici olayları karşısında insanın anlam arayışı derinleşir. Burada geniş bir anlam sistemi olarak din, insana aradığı cevapları bulmada yardım eder. Dindar insan, dinî muhteva içinde acı verici olayları daha kolay anlamlandırır ve daha iyimser karşılar.¹⁹⁶ Din,

¹⁸⁹ Stephanie A. Hooker, Kevin S. Masters, Crystal L. Park, "A meaningful life is a healthy life: A conceptual model linking meaning and meaning salience to health", *Review of General Psychology*, C. 22, S. 1 (2018), ss. 11-24; Roy F. Baumeister, Mark J. Landau, "Finding the Meaning of Meaning: Emerging Insights on Four Grand Questions", *Review of General Psychology*, C. 22, S. 1 (2018), ss. 1-10, doi:10.1037/gpr0000145.

¹⁹⁰ Viktor Emil Frankl, *Hayatın Anlamı ve Psikoterapi*, çev. Veysel Atayman, 2. b., İstanbul: Say Yayınları, 2016, s. 30.

¹⁹¹ Kenneth I. Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, New York: The Guilford Press, 1997, s. 92.

¹⁹² Frankl, *Hayatın Anlamı ve Psikoterapi*, ss. 58-59.

¹⁹³ a.g.e., s. 10.

¹⁹⁴ a.g.e., s. 23.

¹⁹⁵ Hood, Hill, Spilka, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, s. 12.

¹⁹⁶ Hökelekli, *Din Psikolojisine Giriş*, ss. 60-61.

insanın yaşam ve dünya hakkındaki bilgilerindeki boşlukları doldurur ve ona bir güvenlik duygusu sağlar.¹⁹⁷

Argyle, “dini inançların arkasındaki ana mekanizmanın tamamen bilişsel bir anlama arzusu olduğu”nu savunur.¹⁹⁸ Clark da "dinin diğer insan işlevlerinden daha fazla, yaşamdaki anlam ihtiyacını karşıladığını" ileri sürer.¹⁹⁹

Pargament'in din tanımı "kutsal ile ilişkili yollarda anlam arayışı" şeklindedir.²⁰⁰ Bu tanım iki önemli unsuru içerir: Anlam arayışı ve kutsal olan. Arayış; kutsal olanı keşfetme, bir kez bulunduktan sonra kutsalın korunması ve iç ve dış baskılar nedeniyle bir değişiklik gerektiğinde kutsalın dönüştürülmesi sürecini ifade eder. Anlam arayışı, insanların hedeflerine ve hedeflerine ulaşmak için izledikleri çoklu yollar açısından da değerlendirilebilir. Dini yollar; ideoloji, etik davranış, duygusal deneyim, sosyal ilişki ve çalışma gibi kutsalın dâhil olduğu çok sayıda boyutta tezahür edebilir. Ulaşılması gereken hedefler de aynı derecede çeşitlidir. Bunlar arasında yaşamda anlam ve kişisel gelişim gibi *kişisel amaçlar*, başkalarıyla yakınlık ve dünyadaki adalet gibi *sosyal amaçlar* ve Tanrı'ya yakınlık ve ahlâki ve etik bir yaşam sürmek gibi *kutsal amaçlar* sayılabilir.²⁰¹

Özetle; anlam arayışı, evrensel bir olgu olarak insanın doğuştan gelen bir özelliği²⁰² ve insan olmanın ayırt edici özelliğidir. Anlam ihtiyacı, insanın diğer ihtiyaçlarına benzemeyen özgün bir ihtiyaçtır.²⁰³

Anlam, insanın varoluşsal alanıyla ilgilidir. "Bedenin canlılığı için ruhun önemi ve işlevi ne ise, ruhsal varoluşun canlılığı için de anlamın önemi ve işlevi odur."²⁰⁴ Frankl, "varoluşsal" kavramının; "insan olma", "varoluşun anlamı" ve "anlam arayışı"na

¹⁹⁷ Hood, Hill, Spilka, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, s. 15.

¹⁹⁸ Michael Argyle, *Religious behavior*, Glencoe, Illinois: Free Press, 1959, s. 57; (akt.) Hood, Hill, Spilka, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, s. 15.

¹⁹⁹ Walter Houston Clark, *The psychology of religion*, New York: Macmillan, 1958, s. 419; (akt.) Hood, Hill, Spilka, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, s. 15.

²⁰⁰ Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, s. 32.

²⁰¹ Kenneth Pargament, Hisham Abu-Raiya, "A Decade of Research on the Psychology of Religion and Coping: Things we assumed and lessons we learned", *Psyke & Logos*, C. 28 (2007), ss. 742-66.

²⁰² Abdülkerim Bahadır, *İnsanın Anlam Arayışı ve Din*, 2. b., İstanbul: İnsan Yayınları, 2011, ss. 14-15.

²⁰³ Frankl, *Duyulmayan Anlam Çılgılığı*, ss. 24-27.

²⁰⁴ Erwin Reisner, *Krankheit und Gesundunk, Eine theologisch-phikosophische Sinndeutung*, Berlin-Dahlem: Letner Verl., 1956, s. 22; (akt.) Bahadır, *İnsanın Anlam Arayışı ve Din*, s. 24.

karşılık gelebileceğini belirtir²⁰⁵ ve insanın "anlam istemi"nin engellenmesine karşılık olarak logoterapide "varoluşsal engellenme" kavramını kullanır. "Varoluşsal engellenme"yi ise nevrozun kaynağı olarak gösterir.²⁰⁶ Baumeister ve Landau'ya göre yaşamın anlamı, varoluşsal anlamdır ve yaşamın amacını, değerini, önemini, sürekliliğini ve tutarlılığını içerir.²⁰⁷ Bu durumda kendi varlığını, yaratılış amacını ve kaynağını sorgulayan insan varoluşsal bir anlam arayışı içindedir. Bu arayış sürecinde insan, sorularına cevap bulabilmek ümidiyle birçok ideoloji ve fikirlerin peşine düşebilir.²⁰⁸ Din ise insanın varoluşsal sorularına tatmin edici cevaplar ve bütünlüklü anlam çerçeveleri sunabilir.²⁰⁹

2.3.2. Din ve Maneviyat

Türkçe'de "din" kelimesi Arapça kökenli olup "borç, itaat, yol, millet" gibi anlamlara gelmektedir. Etimoloji bakımından çeşitli kaynaklara atfedilen kelimenin Ârami ve İbrani dillerinden Arapça'ya geçmiş olduğu düşünülmektedir. Bu dillerde "din" kelimesi, "hüküm" anlamında kullanılmaktadır. Diğer bir görüşe göre ise kelimenin aslı Arapça'dır ve "örf, adet" anlamlarına gelmektedir. Farklı bir görüş de kelimenin Farsça'dan geldiğini ve bugünkü "din" anlamını taşıdığını bildirmektedir.²¹⁰

Din kelimesinin, İngilizce'deki karşılığı olan "religion"un, Latince "religere" ve "religare" kelimelerinden türediği belirtilmektedir. "Birleştirmek, bağlamak" anlamlarını taşıyan kelime, eski Romalılar'da "bazı fiilleri yapma mecburiyeti", "insanlar arasında birlik kuran bağ" gibi anlamlarda da kullanılmıştır.²¹¹ Araştırmacılar arasında dinin (religion) kavramsal tanımları kadar etimolojik anlamları hususunda da bir anlaşmazlık mevcuttur.²¹²

Her bilimsel disiplinin kendi bağlamına göre yaptığı bir din tanımı vardır. Dahası, her bilimsel disiplin içinde yer alan araştırmacıların yaklaşımına göre değişen farklı din tanımları vardır. Bu tanımların bir kısmı dinin; bilişsel, duygusal, davranışsal

²⁰⁵ Viktor Emil Frankl, *İnsanın Anlam Arayışı*, çev. Selçuk Budak, İstanbul: Okuyan Us Yayın, 2012, ss. 114-15.

²⁰⁶ a.yer.

²⁰⁷ Baumeister, Landau, "Finding the Meaning of Meaning", ss. 1-10.

²⁰⁸ Bahadır, *İnsanın Anlam Arayışı ve Din*, s. 22.

²⁰⁹ Hökelekli, *Din Psikolojisine Giriş*, s. 60.

²¹⁰ Osman Pazarlı, *Din Psikolojisi*, İstanbul: Remzi kitabevi, 1972, s. 26.

²¹¹ a.yer.

²¹² Recep Yaparel, "Dinin Tanımı Mümkün mü?", *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, S. 4 (1987), ss. 403-18.

ya da sosyal boyutlarına odaklanmıştır. Bir kısmı ise dinî olguların, sosyal ve kültürel bağlam içinde ele alınması gereken bir gerçeklik olduğunu savunan "özel" tanımlardır. Diğer bir kısmı ise dinin, birey ve toplum açısından işlevlerine odaklanan "işlevsel" tanımlardır. Dinin, çok boyutlu ve çok yönlü doğasının bilimsel disiplinler açısından da ortak bir din tanımında buluşmayı zorlaştırmaktadır.²¹³ Diğer taraftan, din tanımlarında, ilgili bilim insanlarının biyografilerini yansıttığını iddia eden görüşler de vardır.²¹⁴ Dolayısıyla "din"i tanımlanmasını güçleştiren üç temel faktörden söz edilebilir: Dinin mahiyeti, kişisel bağlam (tanımı yapan kişinin dünya görüşü, çalıştığı alan vb.) ve tarihsel bağlam (tanımın yapıldığı döneme ilişkin sosyal, siyasî, ekonomik vb. özellikler).²¹⁵

Konunun genişliği nedeniyle burada din psikolojisini ilgilendiren isimler bağlamında "din" tanımları ele alınmaya çalışılacaktır. Din psikolojisinin öncü isimlerinden kabul edilen William James, dinle ilgili görüşlerini ünlü eseri "The Varieties of Religious Experience: A Study in Human Nature" (Dinsel Deneyimin Çeşitleri: İnsan Doğası Üstüne Bir İnceleme)'de dile getirmiştir. Burada "din" kelimesinin, "tek bir ilke ya da öze karşılık gelmekten çok kolektif bir ad" olduğunu belirtir.²¹⁶ James, kurumsal ve bireysel din ayrımı yapar. Kurumsal din içine "ibadet ve adanma gibi tanrısal doğayla meşgul olan muameleler, teoloji, ayinler ve dinsel örgütlenme" gibi unsurları dâhil etmiştir. Bireysel dine ise insanın "ilgi alanını biçimlendiren içsel doğası, vicdanı, ıssızlığı, aczi ve eksik oluşu"na yönelik duygu ve hislerini dâhil eder. Bireysel dinde, rahiplerin ve diğer araçların ikinci planda olduğu ve dinî eylemlerini tek başına gerçekleştiren birey, öne çıkar. "İlişki, doğrudan kalpten kalbe, ruhtan ruhadır ve insanla yaratıcısı arasındadır."²¹⁷

James, çalışmasını "dinin kurumsal kolundan" uzak kalarak bireysel dinle sınırlandırmış ve "din" adının kilise gibi örgütlenmiş sistem ve kurumlar için kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Bu nedenle James'ın "din" tanımı da "bireysel din"

²¹³ Hökelekli, *Din Psikolojisine Giriş*, ss. 37-38.

²¹⁴ Kate M. Loewenthal, *Din Psikolojisi: Kısa Bir Giriş*, çev. Mustafa Ulu, Kayseri: Kimlik Yayınları, 2017, s. 2.

²¹⁵ Yaparel, "Dinin Tanımı Mümkün mü?", ss. 403-18.

²¹⁶ William James, *Dinsel Deneyimin Çeşitleri: İnsan Doğası Üzerine Bir İnceleme*, çev. İsmail Hakkı Yılmaz, 1. b., İstanbul: Pinhan Yayıncılık, 2017, s. 37.

²¹⁷ a.g.e., ss. 39-40.

etrafında şekillenir: Din, "bireylerin, kendilerini kutsal kabul ettikleri şeyle bağlantılı olarak gördükleri ve bireysel olarak deneyimledikleri duygu, eylem ve tecrübeleridir."²¹⁸

James, dini, "bireyin kutsala ilişkin duygu, eylem ve tecrübeleri" olarak tanımlamasına rağmen çalışmasında dinî tecrübeyi, duygulara dayandırmaya yönelik çabası ile de dikkat çekmektedir.²¹⁹

19. yy'ın önde gelen ilahiyatçılarından Friedrich Schleiermacher, dinlerin temeli olarak "kutsal" düşüncesinden, "kutsalın tecrübesine" geçiş psikolojisini başlatan sembol isimlerdendir. Aynı zamanda Otto'yu da etkilemesi açısından din görüşleri önemlidir. ²²⁰ Schleiermacher'de din; ilâhî konulara dayanmaz, sanat gibi içsel tecrübelerle dayanan doğal bir olaydır. "Din, dindarlığı içinde barındırmaktadır. İnsanın hisleri, dünyayı yaşayarak içindeki Tanrı'yı yaşatması noktasına kadar dindarlıktır."²²¹ Tanrı'yla ilişki içinde olma bilinci de dindarlığın özünü teşkil etmektedir. ²²² Dinî tecrübeyi de sezginin gücüne atıfla "bağlılık şuuru ve sonlu her varlıkta içkin olan sonsuzluğun kavranması" şeklinde tanımlar. ²²³ Özetle Schleiermacher'e göre "dinin aslı, mutlak bir bağımlılık hissinden kaynaklanmaktadır."²²⁴

"Din" ve "kutsal" kavramlarına getirdiği tanımlarla din psikolojisini etkileyen Rudolph Otto'nun görüşleri de önemlidir. Otto, "kutsal" kavramınının "din alanına özgü bir yorum ve değerlendirme kategorisi" olduğunu belirtir. ²²⁵ "Kutsal" kelimesinin "doğru ve mutlak iyi"yi çağrıştırmının ötesinde bir anlam taşıdığını düşünür ve bu "aşırı anlamı" ifade etmek için de "mükemmelliğin ötesini" temsil ettiğini düşündüğü yeni bir kelime icat eder. Ve bu kelime Latince "numen-(İlâh)" kelimesinden türettiği "numinous"dur. ²²⁶ "Numinous", Otto'da "bütün yaratılmışların üstünde olanın karşısında, kendi hiçliğinde boğulmuş, kendi hiçliğiyle ezilmiş bir mahlûkun duygusu"

²¹⁸ a.g.e., ss. 40-41.

²¹⁹ James Forsyth, *Psikolojik Din Kuramları*, çev. ed. Mustafa Ulu, Kayseri: Kimlik Yayınları, 2017, s. 189.

²²⁰ Antoine Vergote, *Din, İnanç ve İnançsızlık: Psikolojik İnceleme*, çev. Veysel Uysal, İstanbul: Marmara Üniversitesi İlahiyat Vakfı Yayınları, 1999, ss. 118-19.

²²¹ Sibnath Sarma, *Religious Philosophy of Rudolf Otto*, Delhi: Ajanta Publications, 1996, ss. 31-34; (akt.) Fetullah Kalın, *Rudolf Otto'da Din, Kutsallık ve Dini Tecrübe*, (Doktora Tezi), Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012, s. 4.

²²² Kalın, *Rudolf Otto'da Din, Kutsallık ve Dini Tecrübe*, s. 4.

²²³ Vergote, *Din, İnanç ve İnançsızlık: Psikolojik İnceleme*, s. 118.

²²⁴ Yaparel, "Dinin Tarifi Mümkün mü?", ss. 403-18.

²²⁵ Rudolf Otto, *Kutsal'a Dair*, çev. Sevil Ghaffari, İstanbul: AltıKırkbeş Yayın, 2014, s. 35.

²²⁶ a.g.e., s. 37.

yani bir "yaratılmışlık duygusu"dur.²²⁷ Ona göre "numinous"u "özünde barındırmayan hiçbir din yoktur, o şey olmadan din, din olmaz."²²⁸

Otto, "numinous"un, nesnel ve James'a referansla bir "gerçeklik duygusu" olduğunu da belirtir.²²⁹ "Numinous", "belli bir hislenme haliyle insan zihnini yakalayıp harekete geçirme doğasına" sahiptir.²³⁰

Otto, insanların mâneviyatta doruğa ulaştıkları hâli "dinî bilinç" olarak tanımlar. Dinî bilinç ise "numinous"dur ve kendine özgü ve tarif edilemeyen bir histir. "İnsan kudretini aşan bir güç ve korku hâlidir."²³¹ Dolayısıyla "numinous" duygusu, sıradan "ürperme"den farklı olarak "ululuk ve yücelik" hissine, daha da ötesi "mistik bir huşuya" dönüşür.²³²

Otto'dan etkilenen Jung²³³ da din ve Tanrı olgularını fonksiyonel ve psişik etkileri yönünden ele almış ve "numinosum" kavramıyla bağlantı kurarak açıklamış²³⁴ ve "numinosum"u kollektif bilinçdışının imgeleri olan arketiplere bağlamıştır. Bu durumda Jung'un dinleri, "arketipleri açıklama ve onları kaplayan İlâhî gücün" bilincine varmanın bir tezahürü olarak gördüğü söylenebilir.²³⁵

Jung, "din" terimiyle bir inancı ya da itikadı kastetmez. Ona göre din, "numinosum deneyimi sonucunda değişikliğe uğramış bilince özgü bir tutum"dur.²³⁶ Numinosum ise öznenin iradesi dışında oluşur ve onu kontrolü altına alır. Jung'un "görünür bir nesnenin niteliği ya da görünmeyen bir varlığın etkisi" olarak da ifade ettiği numinosum, "bilincin, özel bir değişim geçirmesine yol açar."²³⁷ Diğer taraftan Jung'a göre din ile ilgili değişimleri ifade eden "ihtidâ, aydınlanma, dinî sarsıntı, şok, kader darbeleri, mistik olaylar vb." durumlar da "numinosum" karakteri taşır. Modern insan ise kendi tabiatına ters düşmesi pahasına, korku nedeniyle psişesinin

²²⁷ a.g.e., ss. 41-42.

²²⁸ a.g.e., s. 36.

²²⁹ a.g.e., s. 42.

²³⁰ a.g.e., s. 43.

²³¹ Sarma, *Religious Philosophy of Rudolf Otto*, ss. 69-71; (akt.) Kalın, *Rudolf Otto'da Din, Kutsallık ve Dini Tecrübe*, s. 34.

²³² Otto, *Kutsal'a Dair*, ss. 48-49.

²³³ Carl Gustav Jung, *Psikoloji ve Din*, çev. Raziye Karabey, İstanbul: Okyanus Yayıncılık, 1998, s. 6.

²³⁴ Abdülkerim Bahadır, *Jung ve Din*, İstanbul: İz Yayıncılık, 2010, ss. 100-103.

²³⁵ Vergote, *Din, İnanç ve İnançsızlık: Psikolojik İnceleme*, s. 121.

²³⁶ Jung, *Psikoloji ve Din*, s. 7.

²³⁷ a.g.e., s. 6.

derinliklerinde yer alan "numinosum"un etkisini baskılamaktadır. Bu durum ise insanın nevroza düşmesinin yolunu açmaktadır.²³⁸

Fromm tarafından Jung, dini psikolojik bir olguya indirgemesi ve bilinç dışına dinsel bir anlam kazandırması nedeniyle eleştirilmiştir: "Jung, dinin, Rudolf Otto'nun 'numinosum' diye tanımladığı ve insancıl bir isteğe bağlı olmadan varolan dinamik bir varlığın ya da etkinin, dikkatli ve de titizce izlenmesi olduğunu ileri sürer. Bu güç insanı denetler ve yönetir. İnsanlık bu gücün yaratıcısı değil, yalnızca kuludur."²³⁹

Vergote, dinin "kutsal" kavramıyla ele alınmasında Alman romantizminin etkisine vurgu yaparak felsefede ve şiirde "dünyanın kutsallığı özlemiyle yanıp tutuşan" bir söylemin olduğunu ifade eder. Ayrıca bu akımda Yunan tanrılarının "kutsal"ı simgelediği ve sonrasında ise "kutsal" kavramının dinin anahtarı olarak gösterilmeye çalışıldığını belirtir.²⁴⁰

Otto'dan etkilenen bir başka isim de Eliade olmuştur ve kutsalı, "hakikat, ebediyet, enerjetik güç" olarak tanımlamıştır. Ayrıca "kutsal tecrübesinin", dinlerin özü olduğunu savunmuştur.²⁴¹

Pargament'e göre din, "kutsalla ilişkili şekillerde anlam arayışı"dır²⁴² ve dolayısıyla din, iki büyük alanın kesişme noktasında bulunur: Kutsal ve anlam. Daha sosyal-bilimsel bir dilde, din, belirli bir işlevi olan belirli bir maddeyi içerir. Kuşkusuz, bu bakış açısı psikolojik sürece uyarlanmıştır. Din, kutsal ile anlam arasındaki kesişme noktasına yerleştirildiğinde, dinî yaşamın özel doğası daha da belirginleşir. Kısaca din, insanların anlamlı bulduğu şeyleri kutsala bağlı şekillerde inşa etmek, değiştirmek ve bunlara bağlanmakla ilgilidir.²⁴³

Mâneviyat kavramının, Batı'da 20. yy'ın sonlarına değin din ve dindarlıkla eş anlamlı olarak ele alındığı görülmektedir. Ancak 21. yy'ın başlarından itibaren kavrama yüklenen anlam, değişime uğramış; psikolojik, sosyal ve kültürel olarak farklı

²³⁸ Frida Fordham, *Jung Psikolojisi*, çev. A. Yalçın, İstanbul: Say Yayınları, 1994, ss. 90-91; (akt.) Bahadır, *Jung ve Din*, ss. 104-5.

²³⁹ Erich Fromm, *Psikanaliz ve Din*, çev. Aydın Arıtan, İstanbul: Arıtan Yayınevi, 2004, ss. 32-34.

²⁴⁰ Vergote, *Din, İnanç ve İnançsızlık: Psikolojik İnceleme*, s. 117.

²⁴¹ a.g.e., s. 121.

²⁴² Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, s. 32.

²⁴³ a.yer.

bağlantılara taşınmıştır.²⁴⁴ Yirminci yüzyılın ortalarında mâneviyat, sosyolojik bir olgu olarak da kendini göstermiştir. Amerika'da "baby boomer" adıyla anılan İkinci Dünya Savaşı sonrası neslin "New age" dini, mâneviyat olmuştur.²⁴⁵

Dinin tanımlanmasına ilişkin zorluk ve problemler, çok boyutlu bir kavram olan mâneviyat için de geçerlidir. Bu iki kavramı kutuplaştırma ya da birbirinden ayırma şeklinde girişimler mevcuttur. Ancak bunun yanında dinî ve manevî olguları, din şemsiyesi altında toplama ya da bu iki kavramın birbirinin yerine kullanılması da söz konusudur.²⁴⁶

İngilizce'de mâneviyatın karşılığı olarak kullanılan "spiritualite" kelimesi; nefes, hava veya rüzgar anlamına gelen Latince "spiritus" kelimesinden türemiştir. Dolayısıyla ruh (spirit), "bir insana hayat veren ya da canlandıran şeydir. Latince "anima" kelimesiyle olan bağlantısı nedeniyle, spirit (ruh) kelimesi genellikle etimolojik olarak ruh (soul) veya benlikle (self) de ilişkilidir.²⁴⁷ Ruh (spirit), literal olarak bir kişiye hayat veren veya canlandıran şey anlamına gelir. Mecazi olarak "kişinin hayatının tüm yönlerinin merkezinde ne varsa" onu ifade eder. Maneviyat (spiritualite), yalnızca insanın birçok boyutundan biri değildir; aynı zamanda insanın fiziksel doğasının, psikolojik farkındalığının ve işleyişinin, sosyal ilişkilerinin ve dünya ile bağlantısının merkezinde yer alır. Bu nedenle manevi (spiritual) boyutun; insan hayatının tüm boyutlarını içerdiğini söylemek mümkündür.²⁴⁸ Maneviyatı; bir bireyin daha yüce bir varlıkla veya evrenle aşkın ilişkisi, kendisiyle ve başkalarıyla sürekli ilişkisi veya bağlantısı olarak kavramsallaştırılabilir. Aşkınlık ve bağlılık genel olarak maneviyyatın güncel tanımlarına dahil edilir.²⁴⁹

²⁴⁴ Düzgüner, "Psikoloji Literatüründe Maneviyat Kavramı: Batı ve Türkiye Karşılaştırması", s. 12.

²⁴⁵ Hood, Hill, Spilka, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, s. 372; Heinz Streib, Ralph W. Hood (ed.), *Semantics and Psychology of Spirituality: A Cross-Cultural Analysis 123*, Springer, 2016, s. 5.

²⁴⁶ Brian J. Zinnbauer, Kenneth Pargament, "Dindarlık ve Maneviyat", *Din ve Maneviyat Psikolojisi: Temel Yaklaşımlar ve İlgili Alanları*, ed. Raymond F. Paloutzian, Crystal L. Park, çev. ed. İhsan Çapcıoğlu, ed. Ali Ayten, çev. Sevdener Düzgüner, Ankara: Phoenix Yayınevi, 2013, ss. 63-64.

²⁴⁷ John Ayto, *Dictionary of Word Origins*, New York: Arcade Publishing, Little, Brown, 1990; (akt.) Mary-Therese B Dombeck, "Dream telling: a means of spiritual awareness", *Holistic Nursing Practice*, C. 9, S. 2 (1995), ss. 37-47.

²⁴⁸ Dombeck, "Dream telling: a means of spiritual awareness", ss. 37-47.

²⁴⁹ Debra P. O'Neill, Elaine K. Kenny, "Spirituality and Chronic Illness", *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, C. 30, S. 3 (1998), ss. 275-80, doi:10.1111/j.1547-5069.1998.tb01305.x.

Türk Dil Kurumu sözlüğünde maneviyat; "maddi olmayan, manevî şeyler", mecaz olarak da "yürek gücü, moral" olarak tanımlanmıştır.²⁵⁰ Kamus-i Türkî'de "manevî" kelimesi; "Sûrî ve zâhirî olmayan, bâtın ve rûha mensûb ve müteallik, bâtînî, rûhânî, gayr-i cismânî, gayr-i maddî"; Türkçe Sözlük'te ise "görülmeyen, duyularla sezilebilen, soyut" anlamı vardır. Osmanlıca Sözlük'te İlm-i ledün kavramı, "Allah'ın sırlarına ait manevî bilgi, gayb sırları" olarak tanımlanmıştır.²⁵¹ Bu anlamlar, "maneviyat" ve "manevî" kelimelerinin Osmanlıca ve Türkçe'de görülenin ötesindeki soyut derinliği ve özü anlatmaya yönelik özel kavramlar olduğunu göstermektedir.

İngilizce'de de benzer bir kullanım söz konusudur. Manevî (spiritüel) olan, genellikle fiziksel duyular tarafından deneyimlenen maddi gerçeklikten farklı olana işaret eder.²⁵² Manevî olanın, genellikle zaman ve mekanın, maddenin ve enerjinin olağan fiziksel sınırlarını aştığı kabul edilir. Bazıları için maneviyat, öncelikle ilişkiseldir. Hayatta kutsal olanla ya da benliğin ötesinde ilahi olanla aşkın bir ilişkidir.²⁵³ Maneviyat kavramının çok boyutlu yapısı, basit ve net sınırlara meydan okur. Bu nedenle maneviyatın, bir terim olarak dar operasyonel tanımlara sığmaması şaşırtıcı değildir. Maneviyatın ne olmadığını açıklamak, ne olduğunu açıklamaktan daha kolaydır. Ancak karakter, sevgi, esenlik, huzur ve sağlık gibi örtük (ve örtüşen) yapılarla ilgili bazı muammaları paylaşır.²⁵⁴

Maneviyat kavramının nasıl tanımlanması gerektiğine ilişkin tartışmalar devam etmektedir. Bu tartışmalar, maneviyatın çok boyutlu kompleks yapısını da ortaya çıkarmaktadır. Batılı araştırmacılar tarafından yapılan bazı mânevîyat tanımları

²⁵⁰ "maneviyat ne demek TDK Sözlük Anlamı", (04.01.2021), <https://sozluk.gov.tr/?kelime=maneviyat>.

²⁵¹ "kelime.com | Sözlükler Veritabanı", (04.01.2021), <http://0218gx901.y.http.demo.kelime.com.proxy.uludag.deep-knowledge.net/Kelime/e9bda6ea-69bb-473f-a970-bc2b64aa29aa&B2C3F152-6A0E-47C5-A952-B27322695DD5&7C552C44-4D6F-47E6-B760-EB08D0088E9A>.

²⁵² Carl E. Thoresen, Alex H. S. Harris, "Spirituality and Health: What's the Evidence and What's Needed?", *Annals of Behavioral Medicine*, C. 24, S. 1 (2002), ss. 3-13, doi:10.1207/S15324796ABM2401_02.

²⁵³ R. Walsh, *Essential Spirituality*, New York: Wiley, 2000; Robert A. Emmons, *The Psychology of Ultimate Concerns*, New York: Guilford, 1999; (akt.) William R. Miller, Carl E. Thoresen, "Spirituality, Religion, and Health: An Emerging Research Field", *The American Psychologist*, C. 58, S. 1 (2003), ss. 24-35, doi:10.1037/0003-066x.58.1.24.

²⁵⁴ Jeff Levin, "A prolegomenon to an epidemiology of love: Theory, measurement, and health outcomes", *Journal of Social and Clinical Psychology*, C. 19, S. 1 (2000), ss. 117-36, doi:10.1521/jscp.2000.19.1.117; Doug Oman, Carl E. Thoresen, "Does Religion Cause Health?: Differing Interpretations and Diverse Meanings", *Journal of Health Psychology*, C. 7, S. 4 (2002), ss. 365-80, doi:10.1177/1359105302007004326; Miller, Thoresen, "Spirituality, Religion, and Health: An Emerging Research Field", ss. 24-35.

şöyledir: "Varoluşsal anlam arayışı",²⁵⁵ "Kutsal'ın öznel tecrübesi" olarak da tanımlanmıştır. Daha genel bir tanım ise Armstrong'a aittir: "Kişinin dünyada faaliyette bulunma şeklini etkileyen bir Yüce Güç'le olan bir ilişkinin varlığıdır."²⁵⁶

Shafranske ve Gorsuch, insan deneyiminin aşkın boyutu olarak tanımladıkları mâneviyata, "bireyin, varoluşunun anlamını sorguladığı ve benliğini daha geniş bir ontolojik bağlama yerleştirmeye çalıştığı anlarda keşfedilen" bir olgu olarak bakmışlardır.²⁵⁷ Tart tarafından ise mâneviyat; "nihaî hedefler, yüce varlıklar, Tanrı, aşk, merhamet ve amaçla ilgili geniş insan potansiyeli"²⁵⁸ olarak tanımlanmıştır.

California Eyalet Psikoloji Derneği (CSPA); mâneviyat ve psikoterapi arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla bir komite oluşturmuş ve bu komitenin ilk işi mâneviyatın; dindarlığın farklı, kişisel yönlerini de kapsayan işlevsel bir tanımını yapmak olmuştur. Komite tarafından mâneviyatın belirli dindarlık biçimleriyle olumlu bir şekilde ilişkili olmasına rağmen, herhangi bir biçime veya görünüme bağlı olmayan benzersiz bir "kişisel anlam tecrübesine" atıfta bulunduğu varsayılmıştır. Kısaca, mâneviyatın "içe bakma ve güvenme cesareti" olduğu belirtilerek "görülen ve güvenilen şeye derin bir aidiyet, bütünlük, bağlılık ve sonsuza açıklık duygusu" olarak tanımlanmıştır.²⁵⁹

Elkins ve arkadaşları ise kapsamlı bir tanım önermişlerdir: "Mâneviyat; aşkın bir boyutun farkındalığıyla ortaya çıkan ve benlik, diğerleri, doğa, yaşam ve Nihai olarak kabul edilen her şeye ilişkin belirli tanımlanabilir değerlerle karakterize edilen bir varoluş ve tecrübe ediş biçimidir."²⁶⁰ Pargament ise mâneviyatı; "kutsalın arayışı" olarak tanımlar ve dinin de en temel işlevinin "kutsal arayışı" olduğunu belirtir.²⁶¹

²⁵⁵ Derek Doyle, "Have We Looked Beyond the Physical and Psychosocial?", *Journal of Pain and Symptom Management*, C. 7, S. 5 (1992), ss. 302-11.

²⁵⁶ Tonya Denise Armstrong, *Exploring spirituality: The development of the Armstrong Measure of Spirituality*, New York: Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 1995, s. 3; (akt.) Zinnbauer, Pargament, "Dindarlık ve Maneviyat", s. 65.

²⁵⁷ Edward P. Shafranske, Richard L. Gorsuch, "Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy", *Journal of Transpersonal Psychology*, C. 16, S. 2 (1984), ss. 231-41.

²⁵⁸ Charles T. Tart, "Introduction", *Transpersonal Psychologies*, ed. Charles T. Tart, New York: Harper & Row, 1975, s. 4; (akt.) Zinnbauer, Pargament, "Dindarlık ve Maneviyat", s. 65.

²⁵⁹ Shafranske, Gorsuch, "Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy", ss. 231-41.

²⁶⁰ David N. Elkins vd., "Toward a humanistic-phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement", *Journal of Humanistic Psychology*, C. 28, S. 4 (1988), ss. 5-18, doi:10.1177/0022167888284002; Zinnbauer, Pargament, "Dindarlık ve Maneviyat", s. 65.

²⁶¹ Kenneth I. Pargament, "The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No", *The International Journal for the Psychology of Religion*, C. 9, S. 1 (1999), ss. 3-16, doi:10.1207/s15327582ijpr0901_2.

Batı literatüründe yer alan maneviyat tanımlamalarında, "Kutsal varlıkla kurulan bireysel ilişki" ve "bireysel anlam dünyası" şeklinde iki temel unsurun ortaya çıktığı görülmektedir.²⁶² "Kutsal", "hem dindarlığın hem de maneviyatın asli özü" olarak kabul edilir.²⁶³ Söderblom'a göre kutsal, "asıl ve insanüstü kudrettir" ve insanda "haşyet" duygusunun uyanmasına neden olur.²⁶⁴ "Kutsal"; kültüre ve geleneğe göre farklı formlarda tezahür edebilir: Bir nitelik (bilgelik, aşk), bir ilişki (uyum, birlik), belirli bir doğal varlık (güneş, toprak, gökyüzü, nehir, hayvan), belirli bir birey veya grup (kral, ölülerin ruhları) olabilir. Ayrıca "kutsal"; bir bütün olarak doğa, saf bir form veya saf bir form alanı (iyi, hakikat, tüm fikirler), saf varlık (Bir Olan, Varlığın temeli), aşkın aktif bir Varlık'tır (Allah, Yahova, Tanrı).²⁶⁵

Yukarıda geçen özsel din tanımları genel olarak incelendiğinde; dini "Kutsal'ın tecübesi" çerçevesinde ele alarak psikolojik bağlama kapı aralayan Schleiermacher'ın görüşleri ile James'ın, kilise ve papazları aradan çıkararak dinin bireysel tecrübe boyutunu öne çıkarması dikkat çekmektedir. Yine Otto'nun dinin özüne "numinous" duygusunu yerleştirmesi ve insanın Kutsal'la ilişkisini bu duygu çerçevesinde ele alması; Jung'un ise dinin kaynağını "numinosum" deneyimine bağlaması da önemlidir. Diğer taraftan mâneviyata yönelik tanımların ortak noktası, "aşkın" ya da "Kutsal" olanın bireysel düzeyde tecrübe edilmesidir. Buradan yola çıkarak "mâneviyatın", özsel din tanımları içinde bugünkü haline evrilen ve dönüşen bir kavram olduğunu ve modern köklerinin Schleiermacher ve James'a dayandığını söylemek mümkündür. Bu bağlamda maneviyatın, dinden beslenen ve şekillenen yapısını da göz ardı etmemek gerekir.

Din ve maneviyat tartışmalarında; maneviyatın dini de kapsayan daha geniş bir kavram olduğu ve dinin maneviyatı da kapsayan daha geniş bir kavram olduğu şeklinde iki temel görüş vardır.²⁶⁶ İlk görüşe göre maneviyat; bireyin, örgütlü din ve kurumlardan bağımsız olarak "Kutsal arayışı" olması nedeniyle dinden daha geniş bir kavramdır.²⁶⁷ Dinin, maneviyattan daha geniş olduğunu savunan ikinci görüşe göre ise maneviyat, belirli bir anlam arayışına (kutsalın arayışı) odaklanmıştır. Din ise çok sayıda anlam

²⁶² Düzgüner, "Psikoloji Literatüründe Maneviyat Kavramı: Batı ve Türkiye Karşılaştırması", s. 12.

²⁶³ Streib, Hood, *Semantics and Psychology of Spirituality: A Cross-Cultural Analysis 123*, s. 6.

²⁶⁴ Vergote, *Din, İnanç ve İnançsızlık: Psikolojik İnceleme*, s. 118.

²⁶⁵ Pargament, Abu-Raiya, "A Decade of Research on the Psychology of Religion and Coping: Things we assumed and lessons we learned", ss. 742-66.

²⁶⁶ Zinnbauer, Pargament, "Dindarlık ve Maneviyat", ss. 91-93.

²⁶⁷ a.g.e., ss. 89-90.

hedeflerine yönelik arayışı kapsar.²⁶⁸ Dinî hedefler, çeşitli bağlamlara göre farklılık gösterebilir. Ancak en önemli hedef, "kutsalın kendisidir." Bütün dinlerin özünü oluşturan temel hedefler; Tanrı'yı bilmek, aşkın ve kutsal değerler bütünü içinde bir yaşantıdır. Bu temel hedeflerin yanı sıra hayatın anlamı, manevî huzur, fiziksel sağlık, kendini gerçekleştirme, diğerleriyle olumlu ilişkiler kurma, sosyal adalet, dünya barışı vb. kutsal ya da seküler nitelikte hedefler de bulunabilir.²⁶⁹ Bu nedenle din, mâneviyattan daha geniş bir kavram olarak kabul edilir.

Bazı yazarlar dinin kurumsal, dogmatik ve kısıtlayıcı olduğunu; maneviyatın ise kişisel, öznel ve yaşamı zenginleştirdiğini öne sürerek iki kavramı karşılaştırma yoluna gitmişlerdir. Pargament ve Mahoney; her iki kavram arasında önemli örtüşme noktaları olduğunu ancak "din" teriminin, kutsal olduğu kadar seküler olarak da çeşitli amaçlara hizmet eden geniş bir bireysel ve kurumsal alan olduğunu belirtirler.²⁷⁰

Miller ve Thoresen'a göre din, bir anlamda kurumsal (ve dolayısıyla öncelikle maddi) bir olgudur. Genellikle mâneviyatla merkezi olarak ilgilenmelerine rağmen, dinler sosyal yapı ve kurumlardır. Dolayısıyla maneviyattan farklı olarak, sınırlarıyla tanımlanırlar. Dinler; belirli inançlar ve uygulamalar, üyelik gereksinimleri ve sosyal organizasyon biçimleriyle farklılaşır. "Mânevi veya aşkın olan", merkezi bir ilgi ve odak noktası olabilir. Ancak dinler, aynı zamanda diğer mânevi olmayan kaygılar ve hedefler (örneğin; kültürel, ekonomik, politik, sosyal) ile de karakterize edilir. Bu nedenle, din temelde sosyal bir fenomen olarak görülebilirken, maneviyat (sağlık ve kişilik gibi) genellikle belirli bağlamlar içinde bireysel düzeyde anlaşılır. Bu açıdan bakıldığında, tıbbın alanı sağlık olduğu gibi dinin alanı da mâneviyattır.²⁷¹

Mevcut alan araştırmaları, Türkiye örneğinde din ve maneviyat kavramlarına yönelik henüz bir ayrıştırma olmadığını, bilakis her iki kavramın birbiriyle ilişkili olarak ele alındığını göstermektedir. Düzgüner, bu sonucu ortaya çıkaran faktörleri analiz eder. Bunlardan ilki; din algısıyla ilgili farklılıktır. Hristiyanlık'ta kiliseyi merkeze alan din anlayışı vardır ve bu nedenle din, kurumsal bir yapı olarak kabul edilmektedir. Batı'da maneviyat ise bireysel düzeyde bir yönelim olarak

²⁶⁸ Streib, Hood, *Semantics and Psychology of Spirituality: A Cross-Cultural Analysis* 123, s. 5.

²⁶⁹ Pargament, "Acı ve Tatlı: Dindarlığın Bedelleri ve Faydaları Üzerine Bir Değerlendirme", s. 282.

²⁷⁰ Kenneth I. Pargament, Annette Mahoney, "Spirituality: The discovery and conservation of the sacred", *Handbook of Positive Psychology*, ed. Shane J. Lopez, C. R. Snyder, New York: Oxford University Press, 2002, ss. 646-59.

²⁷¹ Miller, Thoresen, "Spirituality, Religion, and Health: An Emerging Research Field", ss. 24-35.

algılanmaktadır. Oysa İslâm'da birey, dinî ve manevî unsurları bir arada tecrübe edebilmektedir. Dinî yaşantının, kurumsal ve bireysel ayrımı yoktur. İkinci faktör ise birinci faktörle yakından ilişkilidir. Batı toplumunda "Tanrı" kavramı, dinin kurumsal yapısı içine yerleştirilmişken; "aşkın varlık" kavramı insanı ve tüm evreni kuşatan bir gerçeklik olarak kabul edilmiştir. Müslüman Türk toplumunda ise "Allah" adı, her şeyi kuşatan ve ihata eden bir kavramdır. Dolayısıyla, Batı ve Türk kültüründe mânevîyat algısını şekillendiren unsurların, dinî özellikler bağlamında oluştuğu söylenebilir.²⁷²

2.3.3. Dini Başa Çıkma

İnsan, yaşamı boyunca kendi sınırlarını ve kontrol gücünü aşan stresli olaylara ve krizlere maruz kalabilir. Yaşam için tehdit oluşturan kriz durumlarında bireyin, iki temel davranış biçiminden birisini göstermesi beklenir. Birinci davranış biçimi; acı veren deneyimi azaltma, kaçma ya da uyarılma şeklindedir. İkincisinde ise mücadele ve başa çıkma becerilerini kullanarak krizi kontrol altına alma çabası ortaya çıkar.²⁷³ Bu durumda "duygusal sıkıntıyı önlemeye, uzaklaştırmaya veya kontrol etmeye yönelik yaşam gerilimlerine verilen herhangi bir yanıt"²⁷⁴ olarak başa çıkma becerisinden söz etmek mümkündür.

Başa çıkma kavramına yönelik tanımlar, üç ortak unsur içermektedir. İlk unsur bir tehdit algısının varlığı, ikincisi tehdiye karşılık biyolojik ve psikolojik dengenin bozulması ve son olarak da yeniden dengeyi sağlamak için tehdiye karşı tepki oluşumudur. Bu çerçevede başa çıkma; "bir bireyin psikolojik dengesine yönelik önemli bir tehdidi karşılamak ve dengesini etkili bir şekilde sürdürmek için kullanmış olduğu tüm mekanizmalar"²⁷⁵ ya da "organizmanın strese neden olan koşulları önleyebileceği, hafifletebileceği veya bunlara tepki verebileceği bir dizi gizli ve açık davranış örüntüsü"²⁷⁶ şeklinde tanımlanabilir.

²⁷² Düzgüner, "Psikoloji Literatüründe Manevîyat Kavramı: Batı ve Türkiye Karşılaştırması", ss. 23-24.

²⁷³ A. Zautra, S. L. Simons, "Some Effects of Positive Life Events on Community Mental Health", *American Journal of Community Psychology*, C. 7 (1979), ss. 441-51; akt. Ünsal Yetim, "Yaşam Kalitesi Kavramına ve Araştırmalarına Toplu Bakış", *Seminer*, S. 4 (1985), s. 147.

²⁷⁴ Leonard I. Pearlin, Carmi Schooler, "The structure of coping", *Journal of Health and Social Behavior*, C. 19, S. 1 (1978), ss. 2-21, doi:10.2307/2136319.

²⁷⁵ S. B. Friedman vd., "Behavioral Observations on Parents Anticipating the Death of a Child", *Pediatrics*, C. 32 (1963), s. 616; (akt.) Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, s. 85.

²⁷⁶ Joseph E. McGrath, *Social and psychological factors in stress*, Oxford, England: Holt, Rinehart, & Winston, 1970, s. 33; (akt.) Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, s. 85.

Silver ve Wortman da tehdite yönelik tepkilerin çok boyutlu olabileceğine dikkat çekerek başa çıkmayı, "potansiyel olarak olumsuz bir sonuçla karşılaşan bireyin vermiş olduğu her türlü açık davranışlar yanında bilişsel (ben hasta değilim gibi), duygusal (kızgınlık ve depresyon gibi) ve fizyolojik (mide bulantısı, uyku bozuklukları gibi) tepkiler"²⁷⁷ olarak ifade etmişlerdir.

Başta çıkma teorisinin gelişmesine önemli katkıları olan Folkman ve Lazarus ise başa çıkmayı "kişinin kaynaklarını zorlayan veya aşan olarak değerlendirilen belirli dış ve/veya iç baskıları yönetmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar" olarak tanımlamışlardır. Yazarlar, yapmış oldukları tanımdan hareketle başa çıkmaya ilişkin dört temel özelliğe vurgu yapmışlardır. Bunlardan birincisi; başa çıkma, süreç odaklıdır. İkincisi; başa çıkma, bir kişinin kaynaklarını zorlayan veya aşan taleplerle yani psikolojik stres koşullarıyla sınırlandırılarak eylem içeren, fakat mücadele gerektirmeyen otomatikleşmiş davranış ve düşüncelerden ayrı tutulmuştur. Üçüncüsü; sonucun olumlu ya da olumsuz olmasına bakılmaksızın, bireyin her türlü eylem ve düşüncesini içeren yönetme çabası, başa çıkmaya dâhil edilmiştir. Dördüncüsü; "yönetme" kelimesiyle stresli koşulları en aza indirme, kaçınma, tolerans gösterme, kabul etme ve çevreye hâkim olma girişimleri kastedilmiştir.²⁷⁸

Pargament de başa çıkmanın anlaşılabilmesi için üç temel unsura bakılması gerektiğini ifade eder. Bunlardan ilki; başa çıkma bireyin otomatik olarak tepki verdiği olaylara yönelik değildir. Daha çok birey için önemli olay, problem ve durumlara yöneliktir. İkincisi; "başta çıkma hem bilişsel hem de davranışsaldır." Yani bireyler, stresli yaşam olaylarını anlamlandırmak istedikleri gibi çözmek de isterler. Üçüncü olarak ise başa çıkmada bireylerin bazı ihtiyaçlarını yerine getirme isteğine bağlı ilişki süreçleri ve değişimler söz konusudur.²⁷⁹ Başta çıkmanın daha iyi anlaşılabilmesi açısından Pargament'inöne sürdüğü bazı varsayımlara Tablo 1'de yer verilmiştir.²⁸⁰

²⁷⁷ R. L. Silver, C. B. Wortman, "Coping with Undesirable Life Events", *Human Helplessness: Theory and Application*, ed. J. Garber, Martin E. P. Seligman, New York: Academic Press, 1980, s. 281.

²⁷⁸ Lazarus, Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*, ss. 141-42.

²⁷⁹ Kenneth Pargament, "Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından Başta Çıkmanın Teorik Çatısına Doğru", *Tabula Rasa*, çev. Ahmet Albayrak, C. 3, S. 9 (2003), s. 210.

²⁸⁰ Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, s. 91.

Tablo 1. Başa Çıkma Süreciyle İlgili Temel Varsayımlar

1	İnsanlar, anlam arar.
2	Olaylar, insanlar için anlamlarına göre değerlendirilir.
3	İnsanlar, başa çıkma sürecine bir yönlendirme sistemi getirir.
4	İnsanlar, yönlendirme sistemini belirli başa çıkma yöntemlerine çevirirler.
5	İnsanlar, koruma ve dönüşüm mekanizmaları aracılığıyla başa çıkmada anlam ararlar.
6	İnsanlar, kendileri için (en az kaynak kullanımı, en az anlam kaybı ve en büyük kazancı sağlayan) zorlayıcı yöntemleri kullanarak baş ederler.
7	Başa çıkma, kültüre gömülüdür.
8	İyi başa çıkmanın anahtarı, sonuçlarda ve süreçte yatmaktadır.

Bireyin hayatında derin etkisi olabilecek hastalık, ölüm, yaşam tarzı değişiklikleri vb. olaylar birey için meydan okuma ve tehdit olabileceği gibi ihtiyaç ve fırsata da dönüşebilir.²⁸¹ Dohrenwend, stresli bir yaşam olayı sonrasında bireyin üç sonuçtan birini yaşayabileceğini iddia eder. Bunlar gelişme, iyileşme (eski haline geri dönme) ve bozulmadır.²⁸²

"Stresli olaylar distrese neden olur." Fakat bir şekilde bazı insanlar, bazen, olağanüstü zor koşulları yönetebilir ve üstesinden gelebilir.²⁸³ Tylor, bu tür güçlü kişiler için üç özellik öne sürmüştür. Buna göre; öncelikle etkili insanların kendilerine karşı olumlu tutumları vardır. Yani işler iyi ya da kötü gitse de kendilerini yaşamlarında değerli ve etkili olarak görürler. İkinci olarak etkili insanlar, dünyaya karşı olumlu tutumlar içinde oldukları gibi başkalarına karşı da oldukça iyimser bir güven duygusu içindedirler. Son olarak da etkili insanlar aktif bir problem çözme yönelimine sahiptirler.²⁸⁴ Yaşamsal krizlerin üstesinden gelme durumunda psikolojik büyümenin artması, başa çıkma becerilerinin gelişmesi ve gelecek krizlerin olumsuz etkilerinden bireyi koruması öngörülür.²⁸⁵ Bu durumda başa çıkma, bireysel kaynaklardan da beslenen önemli bir yetenek olarak görülmelidir. Ayrıca başa çıkma süreci; psikososyal faktörler, inanç ve tutumlar, fiziksel sağlık değişkenleri, ekonomik durum, sosyal ilişkiler, sosyal normlar, değerlendirmeler, başa çıkma faaliyetleri ve bu faktörlere ilişkin sonuçların etkisine göre de şekillenebilir. Başa çıkma sürecinde bireysel ve

²⁸¹ Pargament, "Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından Başa Çıkmanın Teorik Çatısına Doğru", s. 210.

²⁸² B. S. Dohrenwend, "Social Stress and Community Psychology", *American Journal of Community Psychology*, C. 6 (1978), ss. 1-14; akt. Yetim, "Yaşam Kalitesi Kavramına ve Araştırmalarına Toplu Bakış", ss. 133-55.

²⁸³ Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, ss. 80-81.

²⁸⁴ a.g.e., s. 81.

²⁸⁵ Yetim, "Yaşam Kalitesi Kavramına ve Araştırmalarına Toplu Bakış", s. 145.

sosyal kaynaklar biçimlendirici olduğu gibi aynı zamanda bu kaynaklar başa çıkma süreci tarafından da biçimlendirilir.²⁸⁶

İnsanların başa çıkma kaynakları dört bölümde incelenebilir. Bunlar; maddî (ulaşım, gıda, barınma, finans vb.), fiziksel (yaşam enerjisi, sağlık vb.), psikolojik (yetkinlik, tutarlı bir dünya görüşü vb.), sosyal (kişilerarası uyum becerileri, destekleyici sosyal sistemler vb.) ve manevî (Tanrı'nın yakınlığını hissetmek vb.) kaynaklardır. Başa çıkmaya kolaylaştıran kaynakların yanında başa çıkmayı engelleyen "zorluk"lar da vardır. Başa çıkma zorlukları da kaynaklar gibi maddî, fiziksel, sosyal ve manevî formlarda olabilir. Bu zorluklar geçmişteki bir başarısızlık, fiziksel yetersizlik, aile problemleri, finansal borç, bireyin kendisiyle ve diğerleriyle güvensiz ilişkisi olabilir. Başa çıkma zorlukları, anlam arayışını engelleyebilir. Kısaca ifade edilecek olursa "kaynaklar", bireyin başa çıkmasına yardım ederken "zorluklar" da başa çıkmayı kısıtlar ve güçleştirir.²⁸⁷

Pargament, genel başa çıkma kuramcılarının ve araştırmacılarının başa çıkmada dini boyutu ihmal ettikleri gerekçesiyle bir dini başa çıkma teorisi geliştirmiştir.²⁸⁸ Ona göre, insanların stres zamanlarında yapabileceklerini kontrol altına almalarına yardımcı olan derin bir psikoloji geleneği vardır ve bu gelenek, insanların sınırlarını kabul etmelerine ve sıkıntılı zamanlarda yardım için kendilerinin ötesine bakmalarına yardımcı olan zengin bir dini gelenekle birleştirilebilir.²⁸⁹ Pargament, "din" ve "başa çıkma" kavramlarının her ikisinin de yaşamda, insanların anlam kazanmak için izledikleri yolların yanı sıra, anlamın doğasıyla da ilgilendiğini belirtir. Ancak din ile başa çıkma arasında önemli benzerlikler olsa da referans noktaları açısından aralarında önemli bir farklılık vardır. Başa çıkma süreci stresli yaşam deneyimlerine yöneliktir ve bu süreçte birey tarafından dini düşünceler, uygulamalar, duygular, ilişkiler ve anlam öğeleri kullanılabilir. Ancak başa çıkmada farklı uygulama ve kaynaklar da kullanılabilir. Din ise kutsal olana yönelmiştir. İnsanların zor zamanlarında, başa çıkmanın bir parçası olabilir. Ancak din, bu zamanlarla sınırlı değildir.²⁹⁰ Başa çıkma da

²⁸⁶ Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, ss. 212-14.

²⁸⁷ a.g.e., s. 101.

²⁸⁸ Kenneth Pargament, Margaret Feuille, Donna Burdzy, "The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping", *Religions*, C. 2, S. 1 (2011), ss. 51-76, doi:10.3390/rel2010051.

²⁸⁹ Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, s. 9.

²⁹⁰ Pargament, "Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından Başa Çıkmanın Teorik Çatısına Doğru", s. 207.

tıpkı din gibi bir süreçtir, bir anlam arayışıdır. Bununla birlikte dinin tersine, başa çıkmanın kutsal olanı içermesi gerekmez. Başa çıkmayı ayırt edici kılan şey, bunun belirli bir zamanda, belirli koşullarda gerçekleşmesidir. Başa çıkmak, stresli zamanlarda bir anlam arayışıdır. Bu arama durağan değil, zamanla gelişen bir süreçtir.²⁹¹

Dini, "kutsal ile ilişkili şekilde anlam arayışı" şeklinde²⁹² tanımlayan Pargament, bu tanımdan hareketle dinî başa çıkmayı da "kutsal ile ilişkili olarak olumsuz yaşam olaylarını anlama ve bunlarla başa çıkma yolları" olarak tanımlamıştır. Ona göre "kutsal olan", herhangi bir dinî başa çıkma aktivitesinin kalbinde yatmaktadır. Yani "kutsal olan", dinî başa çıkmanın merkezidir.²⁹³ "Kutsal" ise İlâhi varlıklar, yüksek güçler, Tanrı ya da aşkın gerçeklik ve İlâhi olanla birliktelikleri nedeniyle manevî nitelik kazanan yaşamın diğer yönleri olarak tanımlanabilir.²⁹⁴

Pargament'in dini başa çıkma teorisinde vurgulamış olduğu bazı önemli noktalar şöyledir:

1. *Dini başa çıkma*; kutsal veya maneviyatın kendisini arayışın yanı sıra anlam arayışı, başkalarıyla yakınlık, kimlik, kontrol, kaygıyı azaltma, dönüşüm gibi birden fazla işleve hizmet eder.
2. *Dini başa çıkma*, çok yönlüdür; davranış, duygu, ilişki ve biliş düzeyinde boyutları vardır.
3. *Dini başa çıkma*; zaman, bağlam ve koşullar içinde değişen dinamik bir süreçtir.
4. *Dini başa çıkma*; çok kutupludur, yararlı veya zararlı sonuçlara yol açan bir süreçtir ve bu nedenle, dini başa çıkma üzerine yapılan araştırmalar, dini yaşamın "hem acı hem de tatlı" yönü olduğunu kabul eder.
5. *Dini başa çıkma*, kutsal konularla olan özel bağı nedeniyle başa çıkma sürecine farklı bir boyut katabilir.²⁹⁵

Pargament ve arkadaşları tarafından başa çıkmada bireyin rolüne göre üç dinî yaklaşım tarzı ortaya konulmuştur. Dinî yaklaşım tarzları arasındaki farklılık; bireyin Tanrı ile ilişkisinin altında yatan problem çözme süreci için sorumluluk alanı ve problem çözme sürecindeki aktivite seviyesine göre belirlenir. Bu tarzlardan birincisi,

²⁹¹ Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, s. 90.

²⁹² a.g.e., s. 32.

²⁹³ Pargament, Abu-Raiya, "A Decade of Research on the Psychology of Religion and Coping: Things we assumed and lessons we learned", ss. 742-66.

²⁹⁴ Pargament, Mahoney, "Spirituality: The discovery and conservation of the sacred", ss. 646-59.

²⁹⁵ Pargament, Feuille, Burdzy, "The Brief RCOPE", ss. 51-76.

"kendini yönlendirme yaklaşımı" olup birey, kendi dinî kaynaklarından faydalanır. İkincisi, bireyin pasif bir şekilde geri çekildiği ve problemi çözüme görevini Tanrı'ya verdiği "erteleme yaklaşımı" olarak adlandırılır. Üçüncüsü ise "işbirliği yaklaşımı" olup bireyin Tanrı'yla birlikte çözüm sürecinde aktif olarak rol üstlenmesidir. Bu yaklaşımlardan "kendini yönlendirme" ve "işbirliği" yaklaşımlarının yüksek düzeyde öz saygı ve kontrol duygusuyla ilişkili olduğu; "erteleme" yaklaşımının ise daha düşük düzeyde öz saygı ve kontrol duygusuyla ilişkili olduğu bildirilmiştir.²⁹⁶ Yine başa çıkmada dinin rolüne bağlı olarak da üç yaklaşım tarzına atıf yapılmıştır. Buna göre din; (i) başa çıkmanın bir parçası, (ii) başa çıkmaya yardımcı veya (iii) başa çıkmanın bir sonucu olabilir.²⁹⁷

(i) *Başa çıkmanın bir parçası olarak din*: İnsanın yaşadığı doğum, ölüm, evlilik vb. pek çok olayın kendisi bizatihi dinî nitelik taşır. Olayın mahiyeti, bireyin anlama ve çözüme ulaşma çabasını güdüler. Burada olaya ilişkin değerlendirmeler ortaya çıkar.²⁹⁸

Birey, karşılaştığı olaylara ilişkin iki tür değerlendirme yapar. Birincil değerlendirme, olayı/durumu anlamaya; ikincil değerlendirme ise olaya/duruma karşı kendi tercih ve kabiliyetlerini anlamaya yöneliktir.²⁹⁹

Birincil değerlendirmelerde din, olayı anlamlandırabilmek için bir açıklama sunar. Buna göre olaylar; Tanrı'nın iradesi, Tanrı'nın rahmeti, Tanrı'nın gazabı, Tanrı'nın cezası, Tanrı'dan gelen bir ders ya da imtihan şeklinde açıklanabilir. İkincil değerlendirmelerde ise din; olaya karşı bireyin nasıl davranacağına yönelik bir çerçeve sunar. Dolayısıyla ikincil değerlendirmelerde dinî pratik ve uygulamalar, dinî eğilim ve yönelimler belirgindir.³⁰⁰

Baş çıkma eylemleri; olayın "Tanrı'dan gelen bir uyarı olarak algılandığı" bilişsel değişimi, "Tanrı'nın gazabının tezahürü olarak algılandığı" duygusal değişimi, "daha mutlu bir hayata götürmeye çalışan" davranışsal değişimi, "adaleti tesis etmek için" sosyal değişimi, "geleceğin dünyasının problemlerine" odaklanarak mevcut problemlerden kaçınmak şeklinde olabilir. Ya da "Tanrım, lütfen problemleri çöz"

²⁹⁶ Kenneth I. Pargament vd., "Religion and the problem-solving process: Three styles of coping", *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 27, S. 1 (1988), ss. 90-104, doi:10.2307/1387404.

²⁹⁷ Pargament, "Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından Başa Çıkmanın Teorik Çatısına Doğru", s. 214.

²⁹⁸ a.yer.

²⁹⁹ a.g.e., s. 212.

³⁰⁰ a.g.e., s. 215.

söylemini içeren ve mucize bekleme tarzında pasif bir nitelik taşıdığı gibi "elinden geleni yapıp gerisini Tanrı'ya havale etmek" tarzında Tanrı ile işbirliğini içerebilir.³⁰¹

(ii) *Başa çıkma sürecinin yardımcıları olarak din*: Din, bu yönüyle başa çıkma sürecini şekillendirme potansiyeli taşır. Din koymuş olduğu yasak ve sınırlarla (uyuşturucu ve alkol kullanımı, evlilik dışı hayat vb.) bireysel ve sosyal hayatı düzenleyerek birtakım olumsuz sonuçları engeller. Ayrıca din, bireylere olayların nedenlerini anlama imkânı da sunar. Kısaca din, bireyin olaylara vereceği tepki ve başa çıkma eylemleri üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir.³⁰² Din; hayata anlam verme, bireysel kontrol duygusu sağlama ve benlik saygısını korumaya yönelik fonksiyonlarıyla³⁰³ da problem çözme sürecine katkı sağlar.

(iii) *Başa çıkma sürecinin bir ürünü olarak din*: Burada din, bağımlı bir değişken olarak kendini gösterir. Bu maddede insanların, tehdit içeren yaşam olaylarının etkisiyle Tanrı'ya daha fazla yönelebilecekleri imâ edilir. Pargament, konuyla ilgili kanıtlar sınırlı olsa da acı verici deneyimler sonrasında başa çıkmanın bir sonucu olarak dinî inançlara yönelim olduğunu belirtir.³⁰⁴ Bu yönelimde ortaya çıkan dini başa çıkma etkinlikleri ise altı başlık altında sınıflandırılmıştır:

1. *Manevî temelli başa çıkma*: Bu başa çıkma etkinliğinde, bireyin Yaratıcı ile olan ilişkisine vurgu yapılır. Bu ilişkiye bağlı olarak problemler pozitif bir çerçevede yeniden değerlendirilir, kişisel kontrolün sınırları belirlenir, Yaratıcı'nın rehberlik ve desteği aranır.
2. *İyi davranışlarda bulunma*: Bireyin daha az günah işleme, başkalarına yardım etme, dini ritüel ve ibadetlere katılma, daha sevgi dolu ve daha iyi bir insan olarak din ile bütünleşmiş bir yaşama yönelmesidir.
3. *Dini hoşnutsuzluk*: Bu başa çıkma etkinliğinde birey, Tanrı'ya ve dini topluluğa mesafeli ve öfkeli. Aynı zamanda dini inanç ve imanını da sorgulamaktadır.
4. *Dini destek*: Bireyin başa çıkmada din görevlilerinden ve dahil olduğu dini topluluktan destek almasıdır.

³⁰¹ a.g.e., ss. 215-16.

³⁰² a.g.e., ss. 217-18.

³⁰³ Bernard Spilka, Phillip Shaver, Lee A. Kirkpatrick, "A General Attribution Theory for the Psychology of Religion", *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 24, S. 1 (1985), ss. 1-20, doi:10.2307/1386272.

³⁰⁴ Pargament, "Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından Başa Çıkmanın Teorik Çatısına Doğru", s. 222.

5. *Dini yalvarma*: Olayın neden kendi başına geldiğini sorgulama, daha iyi şeyler yapmak için Tanrı'dan fırsat dileme, Tanrı'nın yardımını talep etme ve bir mucizenin gerçekleşmesini bekleme gibi başa çıkma etkinliklerini içerir.
6. *Dini kaçınma*: Bireyin dua etme, Kutsal kitap okuma veya ölümden sonraki hayata odaklanma gibi dikkatini içinde bulunduğu sorundan uzaklaştıran etkinliklere yönelmesidir.³⁰⁵

Pargament ve arkadaşları, büyük stres oluşturan yaşam olayları karşısında insanların dini başa çıkma etkinliklerinin, iki ana kategoride toplandığını belirlemişlerdir. Bu kategoriler, pozitif ve negatif dinî başa çıkma yöntemleri olarak adlandırılmıştır. Yazarlar, pozitif dinî başa çıkma yönteminin; maneviyat duygusunun, Tanrı ile güvenli bir ilişkinin, hayatın bir anlamı olduğuna dair bir inancın ve başkalarıyla manevi bir bağlılık hissinin bir ifadesi olduğunu öne sürmüşlerdir. Negatif dinî başa çıkmanın ise Tanrı ile daha az güvenli bir ilişkinin, dünyaya dair zayıf ve uğursuz bir görüşün, anlam arayışında dinî bir çatışmanın ifadesi olduğunu kabul etmişlerdir. Yapılan çalışmada pozitif dinî başa çıkma biçimleri; manevi destek arama, dini affetme, işbirliğine dayalı dini başa çıkma, manevi ilişki, dini arınma, hayra yorma ve dini odaklanma olarak tespit edilmiştir. Negatif dini başa çıkma biçimleri ise; manevî hoşnutsuzluk, Tanrı'yı cezalandırıcı olarak değerlendirme, kişiler arası dinî hoşnutsuzluk, şeytanî dinî değerlendirmeler ve Tanrı'nın güçlerinin yeniden değerlendirilmesi olmuştur. Çalışma sonunda, yaşamın stres faktörleriyle başa çıkmada bireylerin kombinasyon halinde çeşitli dini başa çıkma yöntemlerini kullanmış oldukları yani dinî düşünce, duygu, davranış ve ilişkilerin farklı konfigürasyonlarını uyguladıkları belirlenmiştir.³⁰⁶

Son yıllarda yapılan bazı araştırmalarda, negatif dini başa çıkmanın karşılığı olarak "dinî/manevî çatışma" (religious/spiritual struggle) kavramının kullanıldığı görülmektedir. Bu araştırmada kavrama yönelik tanım ve açıklamalardan yola çıkarak, içinde gerilim, içsel sorgulama, öfke, kızgınlık, dini ritüel ve ibadetlerden uzaklaşma gibi duygusal, bilişsel ve davranışsal anlamda olumsuz tepkileri de yansıması açısından Türkçe'ye "dinî/manevî çatışma" olarak tercüme edilmesi uygun görülmüştür.

³⁰⁵ Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, ss. 184-86; Naci Kula, *Bedensel Engellilik ve Dini Başa Çıkma*, İstanbul: Dem Yayınları, 2005, s. 63.

³⁰⁶ Kenneth I. Pargament vd., "Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors", *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 37, S. 4 (1998), ss. 710-24, doi:10.2307/1388152.

Dinî/manevî çatışma, genel olarak varoluşsal sorunlar ya da stresli yaşam olaylarıyla karşılaşmanın bir sonucu olarak ortaya çıkması nedeniyle kavramsal olarak negatif dini başa çıkma çerçevesinden değerlendirilmiştir.³⁰⁷ Bu bağlamda Pargament ve arkadaşları tarafından negatif dini başa çıkmanın yerine kullanılan kavram; Tanrı, din ve dini topluluk hakkında sorgulama, şüphe, hoşnutsuzluk, gerilim, çekişme ve çatışmayı içermektedir.³⁰⁸ Dini/manevi çatışma (R/S struggle), kısaca kutsal konularla ilgili gerilim ve gerginlik olarak tanımlanabilir.³⁰⁹ Pargament ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir başka çalışmada da dinî/mânevi çatışma kavramı; gerilim ve kaos içinde dinî/manevî bir sistemi yansıtan dinî/mânevi açıklamalar olarak ele alınmıştır. Bu gerilimin; İlâhi olan ile (Tanrı'ya veya daha yüksek bir güce duyulan öfke vb.); kişilerarası olarak (kişinin dini topluluğuyla çatışmalar vb.) ve içsel olarak (iman etme ile dini şüphe, dini korku ve dini suçluluk arasında içsel bir çatışma vb.) ortaya çıkabileceği belirtilmiştir.³¹⁰

Ano ve Pargament, üniversite öğrencilerinin oluşturduğu bir örnekleme yapmış oldukları çalışmalarında, dinî/manevî çatışmanın, birden çok faktörden etkilenen karmaşık bir olgu olduğunu destekleyen bulgulara ulaşmışlardır. Bulgular, dinî/manevî çatışmayı anlamlı bir şekilde yordayan üç faktör ortaya çıkarmıştır: Stresli bir duruma ilişkin olumsuz değerlendirmeler, Tanrı'ya güvensiz ve kararsız bağlanma, nevroitiklik.³¹¹

Literatürde negatif dini başa çıkma bağlamında dinî/manevî çatışma (R/S struggle)³¹² kavramıyla yakın ya da eş anlamlı olarak dinî/manevî acı (R/S pain)³¹³,

³⁰⁷ Gene. G. Ano, Kenneth. I. Pargament, "Predictors of Spiritual Struggles: An Exploratory Study", *Mental Health, Religion & Culture*, C. 16, S. 4 (2013), ss. 419-34, doi:10.1080/13674676.2012.680434.

³⁰⁸ Pargament, Feuille, Burdzy, "The Brief RCOPE", ss. 51-76.

³⁰⁹ Neal Krause, Gail Ironson, Kenneth I. Pargament, "Spiritual Struggles and Resting Pulse Rates: Does Strong Distress Tolerance Promote More Effective Coping?", *Personality and Individual Differences*, C. 98 (2016), ss. 261-65, doi:10.1016/j.paid.2016.04.064.

³¹⁰ Ano, Pargament, "Predictors of Spiritual Struggles", ss. 419-34.

³¹¹ a.yer.

³¹² a.yer; K. I. Pargament vd., "Religious Struggle as a Predictor of Mortality among Medically Ill Elderly Patients: A 2-Year Longitudinal Study", *Archives of Internal Medicine*, C. 161, S. 15 (2001), ss. 1881-85, doi:10.1001/archinte.161.15.1881; Krause, Ironson, Pargament, "Spiritual Struggles and Resting Pulse Rates", ss. 261-65.

³¹³ Delgado-Guay vd., "Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain Among Caregivers of Patients With Advanced Cancer", ss. 455-61; Marvin O. Delgado-Guay vd., "Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients", *Journal of Pain and Symptom Management*, C. 41, S. 6 (2011), ss. 986-94, doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.09.017.

dinî/manevî ızdırıp (R/S distress)³¹⁴, dinî/manevî keder (R/Sanguish)³¹⁵, varoluşsal sıkıntı (existential suffering)³¹⁶ gibi kavramların da kullanıldığı görülmektedir.

2.3.4. Din, Maneviyat ve Sağlık

20. yüzyılın başlarından itibaren davranış ve sağlık bilimlerine pozitivist ve natüralistik bakış açıları hakim olmaya başladıkça insan doğasının manevi yanı, çeşitlibilim çevreleri tarafından ihmal edilmiştir. Hatta tanım gereği bilimsel araştırmalar için uygun olmayan bir konu olarak kabul edilmiştir. Bu çevreler tarafından maneviyat, bilimsel olarak incelenemez ve araştırılmaması gereken bir alan olarak varsayılmıştır.³¹⁷

Ancak yine 20. yy'ın başında William James'ın, din ve maneviyat ile biyolojik süreçler arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik çalışmaları da dikkat çekicidir. James, Edinburg dersleri serisinden oluşan ve "Dinsel Deneyimin Çeşitleri" adıyla yayınlanan özgün eserinin ilk bölümüne "Din ve Nöroloji"³¹⁸ başlığını koymuştur.³¹⁹

İlerleyen süreçte, çok boyutlu bir varlık olarak insana yönelik holistik yaklaşım biçimleri önem kazanmıştır. Bu yaklaşım biçimi holistik tıp anlayışının gelişmesine de yol açmıştır. Pek çok çalışmada sağlık hizmetlerinde hastalara sunulan hizmetin bütüncül olmasının önemi vurgulanmıştır. İnsanın biyolojik boyutunda aksamalara neden olan bir hastalık aynı zamanda biyolojik boyutla ilişkili olarak diğer tüm boyutlarda da etkisini gösterebilir. Bu nedenle insanın tüm boyutları arasındaki karşılıklı ilişkiler dikkate alınmalıdır. Maneviyat; insanın "aşkın olanla" ilişkisini temsil eder. Bu nedenle holistik sağlık bakımı çerçevesinde, hastanın ilişkisel olarak varoluşsal

³¹⁴ Sílvia Caldeira vd., "Spiritual Well-Being and Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Utilizing the SWBQ as Component of Holistic Nursing Diagnosis", *Journal of Religion and Health*, C. 56, S. 4 (2017), ss. 1489-1502, doi:10.1007/s10943-017-0390-4; Talita Prado Simão Miranda vd., "Intercessory Prayer on Spiritual Distress, Spiritual Coping, Anxiety, Depression and Salivary Amylase in Breast Cancer Patients During Radiotherapy: Randomized Clinical Trial", *Journal of Religion and Health*, C. 59, S. 1 (2020), ss. 365-80, doi:10.1007/s10943-019-00827-5; David Hui vd., "The Frequency and Correlates of Spiritual Distress Among Patients With Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit", *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, C. 28, S. 4 (2011), ss. 264-70, doi:10.1177/1049909110385917.

³¹⁵ Erika de Cássia Lopes Chaves, Emilia Campos de Carvalho, Vanderlei José Hass, "Validation of the Nursing Diagnosis Spiritual Anguish: Analysis by Experts", *Acta Paul Enferm*, C. 23, S. 2 (2010), ss. 264-70, doi:10.1590/S0103-21002010000200018.

³¹⁶ Alan T Bates, "Addressing Existential Suffering", *British Columbia Medical Journal*, C. 58 (2016), ss. 268-73.

³¹⁷ Miller, Thoresen, "Spirituality, Religion, and Health: An Emerging Research Field", ss. 24-35.

³¹⁸ James, *Dinsel Deneyimin Çeşitleri: İnsan Doğası Üzerine Bir İnceleme*, ss. 13-35.

³¹⁹ Teresa E. Seeman, Linda Fagan Dubin, Melvin Seeman, "Religiosity/Spirituality and Health. A Critical Review of the Evidence for Biological Pathways", *The American Psychologist*, C. 58, S. 1 (2003), ss. 53-63, doi:10.1037/0003-066x.58.1.53.

bütünlüğünü sağlayan (fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi) tüm boyutlarıyla ele alınmasının gerekli olduğu anlaşılmıştır.³²⁰

Sağlık alanında din ve maneviyatın öneminin anlaşılmasıyla birlikte ilgili araştırmalar, Batı'da 1990'lı yıllarda olgunlaşmaya başlamıştır. Zamanla çalışmaların nicelik ve metodolojik olarak kalitesinde de önemli bir artış olmuştur. Özellikle Amerika'da Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health-NIH) ve çeşitli bilim çevreleri tarafından D/M ve sağlık araştırmaları desteklenmiştir. NIH bünyesinde araştırma metodolojisinin güçlendirilmesine yönelik tartışmalar ve paneller yürütülerek gelecekteki araştırmalar için öncelikli alanlar belirlenmiştir. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, Annals of Behavioral Medicine, Journal of Contemporary Criminal Justice, Journal of Health, Journal of Marital and Family Therapy (“Spirituality and Family Therapy”), Psycho-Oncology ve Twin Research gibi saygın bilimsel dergilerde D/M ve sağlık üzerine yapılmış araştırmalara odaklanan özel dosyalar ve bölümler yayınlanmıştır.³²¹

Sağlık alanında öncelikli çalışmalar, hastaların dini ve manevi ihtiyaçlarını, sağlık çalışanlarının ise din ve maneviyata yönelik yaklaşımlarını belirlemeye yönelik olmuştur. Örneğin, King ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada; hastaların % 77'si hekimlerin, hastaların manevi ihtiyaçlarını dikkate almaları gerektiğini, % 37'si dini inançlarıyla ilgili olarak hekimlerinin kendileriyle daha sık tartışmasını ve % 48'i hekimlerin kendileriyle dua etmesini talep etmiştir.³²² 2000'li yılların başında yapılan bir çalışmada da din ve maneviyatın, birçok hasta için bir teselli/güven kaynağı olduğu ortaya çıkmış ve hastaların hekimlerinden maneviyatları hakkında tartışmalarını beklememekle birlikte başa çıkma ve destek mekanizmaları hakkında soru sormalarını istedikleri tespit edilmiştir.³²³ Amerikan Aile Hekimleri Akademisi'nin 1996 yılı toplantısında, ankete katılan 296 hekimden % 99'u dini inançların ve % 75'i ise başkaları tarafından yapılan duaların hastaların iyileşmesini sağlayabileceğine inandıklarını ifade etmiştir. Benson, Tanrı'ya inancın sağlığı geliştirici bir etkiye sahip

³²⁰ Sulmasy, “A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life”, ss. 24-33.

³²¹ Miller, Thoresen, “Spirituality, Religion, and Health: An Emerging Research Field”, ss. 24-35.

³²² D. E. King, B. Bushwick, “Beliefs and Attitudes of Hospital Inpatients about Faith Healing and Prayer”, *The Journal of Family Practice*, C. 39, S. 4 (1994), ss. 349-52.

³²³ Randy S. Heabert vd., “Patient Perspectives on Spirituality and the Patient-Physician Relationship”, *Journal of General Internal Medicine*, C. 16, S. 10 (2001), ss. 685-92, doi:10.1111/j.1525-1497.2001.01034.x.

olduğunu belirtmiştir.³²⁴ Bazı araştırmacılar da tıbbi uygulamalarda manevi ve dini müdahaleleri savunmuşlardır. "Geleceğin tıbbi; dua ve Prozac olacak" diyen Larson ve Matthews ise tıp ile din arasındaki "ayrılık duvarının" yıkılacağı umudunu dile getirmişlerdir.³²⁵

İlerleyen süreçte ise araştırmaların yönü, din ve maneviyatın çeşitli sağlık değişkenleriyle olan ilişkisine odaklanmıştır. Din ve maneviyatın (D/M) sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin tartışmalar, iki temel gruba ayrılabilir. İlk grup, D/M'nin fiziksel ve ruhsal üzerinde olumlu etkileri olduğuna yönelik güçlü kanıtlar olduğunu savunmaktadır.³²⁶ Bu grupta yer alan araştırmacılar; D/M ile uzun ömür ve pozitif sağlık alışkanlıkları arasında güçlü bir pozitif korelasyon; ölüm oranı, kalp hastalığı, felç, kolesterol seviyeleri, depresyon, intihar, madde bağımlılığı, riskli cinsel davranışlar vb. değişkenler arasında ise negatif korelasyon olduğunu gösteren çalışmaları kanıt olarak sunmaktadırlar. Ayrıca olumlu etkileri nedeniyle maneviyatın, klinik uygulamalara dâhil edilmesinin gerekli olduğunu da ifade etmektedirler. İkinci grup ise D/M ile sağlık arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çok az ampirik kanıt olduğunu, bu nedenle de D/M'nin klinik tıbbın dışında kalması gerektiğini savunur.³²⁷ Thoresen ve Harris ise orta bir yol tutarak D/M ile sağlık arasındaki pozitif ilişkiye yönelik mevcut kanıtların reddedilmemesi gerektiğini ancak bu ilişkinin sanıldığından daha karmaşık olduğunu belirtmektedirler.³²⁸

Din ve maneviyatın sağlık ve iyilik hali üzerindeki olumlu etkileri olduğunu savunan grup tarafından bu etkinin nasıl gerçekleştiğine yönelik çeşitli açıklamalar yapılmıştır. Bunlardan bir kısmı D/M'nin farklı boyutlarının sağlığın farklı boyutlarını; sağlık davranışları, fizyolojik süreçler veya sosyal destek sağlanması yoluyla

³²⁴ Herbert Benson, *Timeless Healing*, New York: Fireside, 1996; (akt.) R. P. Sloan, E. Bagiella, T. Powell, "Religion, Spirituality, and Medicine", *The Lancet*, C. 353, S. 9153 (1999), ss. 664-67, doi:10.1016/s0140-6736(98)07376-0.

³²⁵ DA Matthews, David B Larson, "Faith and medicine: reconciling the twin traditions of healing", *Mind/Body Medicine*, C. 2 (1997), ss. 3-6; (akt.) Sloan, Bagiella, Powell, "Religion, Spirituality, and Medicine", ss. 664-67.

³²⁶ Peter C. Hill, Kenneth I. Pargament, "Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research.", *American Psychologist*, C. 58, S. 1 (2003), ss. 64-74, doi:10.1037/0003-066X.58.1.64; Harold G. Koenig, Michael E. McCullough, David B Larson, *Handbook of religion and health*, Oxford, UK: Oxford University Press., 2001; David B. Larson, Susan S. Larson, "Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: A brief review of quantitative research", *Journal of Psychology and Theology*, C. 31, S. 1 (2003), ss. 37-51, doi:10.1177/009164710303100104.

³²⁷ Sloan, Bagiella, Powell, "Religion, Spirituality, and Medicine", ss. 664-67.

³²⁸ Thoresen, Harris, "Spirituality and Health", ss. 3-13.

etkileyebileceğini belirtmektedir. Burada özellikle dinlerin daha sağlıklı bir yaşam tarzını teşvik etmesinin önemine dikkat çekilmektedir.³²⁹

Kapsamlı epidemiyolojik çalışmalar sağlık davranışlarının ve kilise hizmetine katılımın; ölüm ve fiziksel sağlık değişkenlerine kısmen aracılık ettiğini göstermiştir. Bir başka çalışmada ise yüksek düzeyde D/M ile daha fazla önleyici sağlık davranışı (mamografi çekirme, grip aşısı, pap-smear testi, prostat, kolesterol taraması yaptırma) uygulaması ve daha düşük düzeyde sigara içme arasında ilişki olduğu bulunmuştur.³³⁰ Din ve maneviyatın bir diğer önemli fonksiyonu da sosyal destek aracılığıyla ortaya çıkmaktadır. Dine özgü sosyal desteğin, niteliksel olarak diğer sosyal destek türlerinden farklı olarak sağlık üzerinde, daha güçlü etkileri olabileceği bildirilmektedir. Dini bir grup ağı içinden gelen sosyal desteğin; bireysel sağlık algısında hoşnutluk, aidiyet duygusu ile alkol tüketimi, fiziksel aktivite ve genel sosyal destek algısı gibi değişkenler üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir.³³¹

D/M'nin ayrıca önemli klinik belirteçler, fizyolojik süreçler, kardiyak otonomik kontrol seviyeleri ve bağışıklık üzerindeki doğrudan etkiler yoluyla da sağlığı etkileyebileceği düşünülmektedir. Hill ve arkadaşları, dini yönelim düzeyindeki artışın; daha az genel allostatik yük, daha düşük nabız hızı ve diyastolik kan basıncı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.³³²

Allostatik yük, "allostatik sistemlerin sürekli olarak aşırı çalışmasından veya etkileşiminden kaynaklanan aşınma ve yıpranma" olarak tanımlanabilir.³³³ Buna göre allostatik yük, hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenindeki düzensiz stres hormonlarından kaynaklanır ve ana düzenleyici sistemlerdeki (örn. endokrin, metabolik, kardiyovasküler, immün) kümülatif fizyolojik stresin varlığını işaret eder. Bu düzensizlik daha sonra çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarına (örn. inflamasyon,

³²⁹ Park vd., "Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine", ss. 39-51.

³³⁰ Maureen Reindl Benjamins, Carolyn Brown, "Religion and preventative health care utilization among the elderly", *Social Science & Medicine*, C. 58, S. 1 (2004), ss. 109-18, doi:10.1016/S0277-9536(03)00152-7.

³³¹ Park vd., "Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine", ss. 39-51.

³³² Hill vd., "Religious Attendance and Biological Functioning", ss. 766-85.

³³³ a.yer.

kardiyovasküler ve metabolik bulgular ile hipertansiyon, hiperlipidemi gibi kronik hastalık risklerinde artış) yol açarak morbidite ve mortaliteyi etkiler.³³⁴

Strese karşı insan vücudunun vermiş olduğu tepkilerde, nöroendokrin ve bağışıklık sistemleriyle bağlantılı fizyolojik ve biyokimyasal süreçlerden bahsetmek mümkündür. Strese yanıt olarak beyinde bulunan hipotalamus tarafından salgılanan CRF (kortikotropin serbestleştirici faktör), hipofiz bezini uyararak kortikotropin salgılanmasına neden olur. Kortikotropin de böbreküstü bezlerinden kana kortizol salgılanmasını uyarır. Ayrıca stresörlere bağlı olarak sempatik sinir sisteminin aktive olmasıyla adrenal bezin iç kısmından (medulla) kana, adrenal hormonlar (norepinefrin ve epinefrin) salınır. Bu hormonların etkisiyle bağışıklık hücrelerinin işlevleri değişebilir. Kombinasyon halinde işleyen bu süreçler, düzenleyici geribildirim sistemlerine zarar verebilir ve bağışıklık sisteminin kapasitesini azaltabilir.³³⁵ Vücudun stresörlere karşı dengesini koruma yeteneği (adaptasyon yeteneği), "allostat" olarak adlandırılır. Uzun süre stres hormonlarına maruz kalma durumu ise allostatik yüke ve fizyopatolojik sonuçlara yol açabilir. Strese karşı depresyon, anksiyete, irritabilite gibi emosyonel yanıtlar da oluşabilir.³³⁶

Allostatik yük (Allostatic Load-AL) kavramı; biyolojik düzensizlik ve kronik strese yönelik çok sistemli bir yaklaşım sunar. Kronik bir dış stresöre maruz kalındığında, kardiyovasküler, metabolik ve inflamatuvar sistemler etkilenir. Bu nedenle allostatik yükün ölçülmesinde nabız hızı, kan basıncı, lipid düzeyi, metabolik değerler, inflamatuvar belirteçler, yağ dağılımı gibi fizyolojik düzensizlik ve biyolojik indikatörlerden yararlanılmaktadır.³³⁷

Kanser hastalarında artmış allostatik yükün, düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu; fizyolojik süreçlere ve tümöre ilişkin biyolojik mekanizmalara olumsuz

³³⁴ Xing vd., "Pre-Diagnostic Allostatic Load and Health-Related Quality of Life in a Cohort of Black Breast Cancer Survivors", ss. 1-14.

³³⁵ Carol D. Ryff, Burton Singer, "The Contours of Positive Human Health", *Psychological Inquiry*, C. 9, S. 1 (1998), ss. 1-28, doi:10.1207/s15327965pli0901_1.

³³⁶ Pelin Arıbal Kocatürk, "Strese Cevap", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, C. 53, S. 1 (2000), ss. 49-56.

³³⁷ Victoria Parente, Lauren Hale, Tia Palermo, "Association between Breast Cancer and Allostatic Load by Race: National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2008", *Psycho-Oncology*, C. 22, S. 3 (2013), ss. 621-28, doi:10.1002/pon.3044.

etkilerini (kötü huylu tümör büyümesi ve farklılaşması) gösteren bulgular vardır.³³⁸ Maselko ve arkadaşları, fonksiyonelliğini yitirmemiş yaşlı hastalarda haftada en az bir kez dini katılımında bulunmanın düşük allostatik yük ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir.³³⁹

Koenig ve arkadaşları, yaşlılarda dini hizmetlere katılım sıklığı ile daha sağlıklı bağışıklık sistemi arasında ilişki olduğunu bulgulamışlardır.³⁴⁰ Bir başka çalışmada ise sık sık dua eden veya İncilokuyan katılımcılarda (günlük veya daha sık) kan basıncının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Hem dini törenlere katılan hem de Kutsal Kitabı sık sık okuyan katılımcılar arasında diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya daha yüksek olma olasılığı, dini ayinlere seyrek olarak katılan ve seyrek olarak dua eden veya Kutsal Kitabı okuyan katılımcılara kıyasla % 40 daha düşük olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan bu çalışmanın ilginç bir bulgusu da katılımcıların yapmış olduğu pek çok dini aktivite, düşük tansiyonla ilişkili iken sık sık televizyondan ya da radyodan dini yayınları takip eden katılımcılarda daha yüksek tansiyonun tespit edilmesidir.³⁴¹

Berntson ve Norman tarafından yapılan çalışmada; maneviyatın (Tanrı ile yakın ve hoşnut edici ilişki) gelişmiş parasempatik ve sempatik kardiyak kontrol ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Elde edilen bu bulgular, maneviyatın kalbin nöroregülasyon kontrolü üzerinde koruyucu bir etkisi olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.³⁴² Dindarlık ve sağlık ilişkisini inceleyen bir çalışmada düşük stres seviyelerinin, dindarlığın sağlığı etkileyen bir yönü olduğuna ve dindar bireylerde Tanrı'ya teslimiyetin, stresi azaltma potansiyeli olduğuna ilişkin bulgulara ulaşılmıştır.³⁴³

³³⁸ Xing vd., "Pre-Diagnostic Allostatic Load and Health-Related Quality of Life in a Cohort of Black Breast Cancer Survivors", ss. 1-14; Xing vd., "Pre-diagnostic allostatic load as a predictor of poorly differentiated and larger sized breast cancers among Black women in the Women's Circle of Health Follow-Up Study", ss. 216-24.

³³⁹ Joanna Maselko vd., "Religious service attendance and allostatic load among high-functioning elderly", *Psychosomatic Medicine*, C. 69, S. 5 (2007), ss. 464-72, doi:10.1097/PSY.0b013e31806c7c57.

³⁴⁰ H. G. Koenig vd., "Attendance at Religious Services, Interleukin-6, and Other Biological Parameters of Immune Function in Older Adults", *International Journal of Psychiatry in Medicine*, C. 27, S. 3 (1997), ss. 233-50, doi:10.2190/40NF-Q9Y2-0GG7-4WH6.

³⁴¹ Harold G. Koenig vd., "The Relationship between Religious Activities and Blood Pressure in Older Adults", *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, C. 28, S. 2 (1998), ss. 189-213, doi:10.2190/75JM-J234-5JKN-4DQD.

³⁴² Gary G. Berntson vd., "Spirituality and Autonomic Cardiac Control", *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, C. 35, S. 2 (2008), ss. 198-208, doi:10.1007/s12160-008-9027-x.

³⁴³ Andrea D. Clements, Anna V. Ermakova, "Surrender to God and Stress: A Possible Link between Religiosity and Health.", *Psychology of Religion and Spirituality*, C. 4, S. 2 (2012), ss. 93-107, doi:10.1037/a0025109.

Mevcut kanıtlar, D/M'nin önemli fizyolojik düzenleyici sistemlerle bağlantılı olabileceğini göstermektedir. Ancak D/M ve biyolojik süreçler arasındaki ilişkileri inceleyen ilk çalışmalar, genel olarak tekil fizyolojik ölçümlere (kan basıncı, nabız hızı vb.) odaklanmıştır. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar bu ilişkinin sanıldığından çok daha kompleks olduğunu ve etkilerin kan basıncı ve kardiyovasküler sistemle sınırlı olmadığını göstermektedir. Bulgular, D/M'nin merkezi sinir sistemi, endokrin sistem, bağışıklık sistemi, farklı metabolik parametreleri de içeren çeşitli biyolojik düzenleyici sistemler üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir.³⁴⁴

D/M'nin farklı biyolojik indikatörlerle ilişkisine yönelik araştırma alanlarından birisi de kanda İnterlökin-6 seviyesinin incelenmesi olmuştur. İnterlökin-6 (IL-6); T lenfositlerinden salgılanan ve B lenfositlerinden antikor salınımını uyarıcı önemli bir sitokindir. Sitokinler, bağışıklık sisteminin etkinliğinde görev alan protein yapılı hormonlardır. İnterlökin-6; vücudun virüs, bakteri vb. ajanlara karşı savunmasında rol oynayan nötrofil ve makrofaj gibi hücrelerin yapımında görevli kemik iliği öncü hücrelerini uyarır.³⁴⁵ Ayrıca osteoporoz, kas kaybı, fonksiyonel yetersizlik ile bazı kanser türlerinde de çok işlevli bir sitokin olan IL-6'nın önemli rol oynadığı görülmüştür. Yine IL-6'nın stres tepkisinde de etkili bir rolü olduğu psikolojik stres faktörlerinin ve depresyonun ardından yükseldiği belirlenmiştir.³⁴⁶ Diğer taraftan IL-6'nın immün sistem, inflamasyon, psikolojik stres vb. alanlardaki işlevleri yanında bilişsel fonksiyonlarla da ilişkili olduğu gösterilmiştir. IL-6'nın beyinde reaktif oksijenin açığa çıkmasını uyararak bilişsel bozukluklara neden olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı bireylerde plazma IL-6 düzeyi ile dikkat, çalışma belleği, semantik akıcılık ve yönetici işlevler arasında ters yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yine yaşlılarda dikkat, çalışma belleği, psikomotor hız, yönetici işlevler, uzun süreli bellek, sözel bellek işlevlerinde bozulmalar ile IL-6 düzeyi arasında pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir.³⁴⁷ Bir

³⁴⁴ Seeman, Dubin, Seeman, "Religiosity/Spirituality and Health. A Critical Review of the Evidence for Biological Pathways", ss. 53-63.

³⁴⁵ Gülüzar Akyol, "İnterlökinler", *Mikrobiyoloji Bülteni*, C. 28 (1994), ss. 286-93.

³⁴⁶ Susan Lutgendorf vd., "Religious Participation, Interleukin-6, and Mortality in Older Adults", *Health Psychology*, C. 23, S. 5 (2004), ss. 465-75, doi:10.1037/0278-6133.23.5.465.

³⁴⁷ Filiz Civil Arslan vd., "Bipolar Bozuklukta İnterlökin-18 ve İnterlökin-6 Sitokin Seviyelerinin Bilişsel İşlevler ile İlişkisi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C. 28, S. 2 (2017), ss. 81-88, doi:10.5080/u17086.

başka çalışmada ise IL-6 seviyesindeki artışın kalp krizi riskini arttıran bir faktör olduğu bildirilmiştir.³⁴⁸

Lutgendorf ve arkadaşlarının yaşlı yetişkin örnekleminde yaptığı çalışmada; dini yönelim sıklığının İnterlökin-6'nın daha düşük seviyeleri ve düşük mortalite oranı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.³⁴⁹ Krause ve arkadaşları ise orta yaş grubundan oluşan yetişkin örnekleminde manevi mücadelenin (olumsuz dini başa çıkma) şiddeti arttıkça IL-6 seviyesinde de artış olduğu yönünde bulguya ulaşmışlardır.³⁵⁰ Kardiyoloji hastalarında yapılan bir çalışmada, ameliyat öncesi manevi mücadelenin (olumsuz başa çıkma);hem kaygılı hem de öfkeli başa çıkmanın, IL-6 seviyesi üzerindeki dolaylı etkilerine aracılık ettiği gösterilmiştir. Yine bu çalışmada uyumsuz başa çıkmanın zararlı etkileri karşısında pozitif dini başa çıkmanın koruyucu bir yol olarak dindarlığın rolüne aracılık ettiği ortaya çıkmıştır.³⁵¹

Sağlıklı Müslüman yetişkin örnekleminde Ramazan orucunun etkileri fizyolojik etkileri yapılan bir çalışmada; Ramazan ayından bir hafta önce, Ramazan ayının 3. haftasında ve Ramazan ayının bitiminden bir ay sonra belirli ölçümler yapılmıştır. Ramazan ayı içinde yapılan ölçümlerde; İnterlökin-1β, İnterlökin-6, tümör nekrozis faktör-alfa, sistolik ve diyastolik kan basınçları, vücut ağırlığı ve vücut yağ yüzdesi değerleri Ramazan öncesi ve sonrası ölçüm değerlerine göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.³⁵²

Diğer taraftan pozitif duyguların da bağışıklık sisteminin fonksiyonlarını destekleme, kan basıncı ve nabız hızını düşürme gibi doğrudan ya da dolaylı yollarla fizyolojik süreçlere tesir ederek fiziksel sağlığı, olumlu bir şekilde etkilediği belirlenmiştir.³⁵³ Manevi bir yönelim olarak şükür ve minnettarlığın; memnuniyet, mutluluk, gurur ve umut duygularını besleyerek pozitif ruh haline katkı sağladığı

³⁴⁸ Ridker Paul M. vd., "Plasma Concentration of Interleukin-6 and the Risk of Future Myocardial Infarction Among Apparently Healthy Men", *Circulation*, C. 101, S. 15 (2000), ss. 1767-72, doi:10.1161/01.CIR.101.15.1767.

³⁴⁹ Lutgendorf vd., "Religious Participation, Interleukin-6, and Mortality in Older Adults", ss. 465-75.

³⁵⁰ Neal Krause vd., "Spiritual Struggles and Interleukin-6: Assessing Potential Benefits and Potential Risks", *Biodemography and Social Biology*, C. 63, S. 4 (2017), ss. 279-94, doi:10.1080/19485565.2017.1377058.

³⁵¹ Amy Lee Ai vd., "Pathways to Postoperative Hostility in Cardiac Patients: Mediation of Coping, Spiritual Struggle and Interleukin-6", *Journal of Health Psychology*, C. 15, S. 2 (2010), ss. 186-95, doi:10.1177/1359105309345556.

³⁵² "Mo'ez Al-Islam" E. Faris vd., "Intermittent Fasting during Ramadan Attenuates Proinflammatory Cytokines and Immune Cells in Healthy Subjects", *Nutrition Research*, C. 32, S. 12 (2012), ss. 947-55, doi:10.1016/j.nutres.2012.06.021.

³⁵³ Ryff, Singer, "The Contours of Positive Human Health", ss. 1-28; Neal Krause, "Gratitude Toward God, Stress, and Health in Late Life", *Research on Aging*, C. 28, S. 2 (2006), ss. 163-83, doi:10.1177/0164027505284048.

belirlenmektedir.³⁵⁴ Allah'a şükür ve minnettarlık duygusunun da stresi azaltan önemli bir etkisi olduğuna yönelik bulgular vardır.³⁵⁵ Yetişkin örnekleme yapılan bir başka çalışmada; dini destek, dini umut, dini bağlılık ve yaşamı kutsallaştırma değişkenlerinin kendi aralarında pozitif ve anlamlı ilişkiler gösterdiği ve bu dört değişkenden her birinin, aynı zamanda depresyonla negatif yönde, mutlulukla pozitif yönde anlamlı ilişkileri olduğu bulunmuştur.³⁵⁶

Bazı çalışmalarda, din ve maneviyatın sağlık üzerindeki etkileri ayrı ayrı incelenmiştir. Woods ve Ironson'n kanser, kalp ve aids hastalarında yapmış oldukları çalışmada, kendilerini dindar ya da spiritüel olarak tanımlayan hastalarda, inançların iyileşme sürecini farklı şekillerde etkilediği belirlenmiştir. Buna göre spiritüel yönelimi olan katılımcılarda inancın; kendini güçlendirme (cesaret verme, nasıl iyileşebileceğine dair bilgi edinme, iyimserlik, başa çıkmaya yardımcı olma, rahat bir durum oluşturma) aracılığıyla yardımcı olduğu belirlenmiştir. Kendini dindar olarak tanımlayan katılımcılarda ise inancın; kendilerine doğrudan yapılan bir şey aracılığıyla (duaların kabul olması), başkaları aracılığıyla (doktorlardan rehberlik, insanlardan kendileri için dua etmelerini isteme) veya belirli sağlık davranışlarını düzenleyen kurallar (alkol, tütün kullanımı) aracılığıyla yardımcı olduğu tespit edilmiştir.³⁵⁷

Yakın zamanlı bir araştırmada da bir dini inanca sahip olan hastalarda dini ihtiyaçların, herhangi bir dine bağlı olmayan ancak kendilerini manevi (spiritual) olarak tanımlayan hastalarda ise manevi ihtiyaçların karşılanmasının; iç huzuru ve rahatlığa, ağrı, depresyon, kaygı gibi semptomların hafiflemesine önemli katkıları olduğu bulunmuştur. İlgili araştırmada güçlü bir "manevi ilişki" veya "daha yüksek bir güç" duygusu hisseden hastalarda bu tür duyguları ve inançları ifade etmeye teşvik edici girişimlerde bulunulmasının, yaşamda amaç ve anlam bulmaya yardımcı olabileceği belirtilmektedir.³⁵⁸

³⁵⁴ Robert A. Emmons, Michael E. McCullough, "Counting Blessings versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-Being in Daily Life", *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 84, S. 2 (2003), ss. 377-89, doi:10.1037//0022-3514.84.2.377.

³⁵⁵ Krause, "Gratitude Toward God, Stress, and Health in Late Life", ss. 163-83.

³⁵⁶ Hisham Abu-Raiya, Kenneth I. Pargament, Neal Krause, "Religion as Problem, Religion as Solution: Religious Buffers of the Links between Religious/Spiritual Struggles and Well-Being/Mental Health", *Quality of Life Research*, C. 25, S. 5 (2016), ss. 1265-74, doi:10.1007/s11136-015-1163-8.

³⁵⁷ Woods, Ironson, "Religion and Spirituality in the Face of Illness", ss. 393-412.

³⁵⁸ Steinhorn, Din, Johnson, "Healing, Spirituality and Integrative Medicine", ss. 237-247-247.

3. KAYGI (ANKSİYETE)

Bu bölümde kaygının tanımı ve kaygı bozuklukları ele alınmıştır. Sonrasında ise varoluşsal kaygı ve ölüm kaygısı hakkında genel bir tartışma yapılmıştır.

3.1. Kaygının Tanımlanması

Türkçe'de kaygının karşılığı olarak endişe, iç sıkıntısı, bunaltı, bungunluk gibi kelimeler kullanılmaktadır. Ruh sağlığı literatüründe ise "anksiyete" kavramı, tercih edilmektedir.³⁵⁹

Kaygı, genellikle belirsiz ve sembolik koşullar altında gelecekteki tehlikenin algılanmasından kaynaklanan bir duygu olarak tanımlanır.³⁶⁰ Kaygı, korkuyla benzerlik gösteren bir duygudur. Birey, kaygıyı içinde "kötü bir şey olacaktı gibi nedeni belirsiz bir sıkıntı, bir endişe duygusu" şeklinde algılar. Bu duygu; hafif bir gerginlikten panik derecesine varan yoğunluklarda yaşanabilir. Kaygının, ağır seyrettiği durumlarda bireyin benliği ciddi bir ruhsal acı (psychic pain) içinde kıvrılır ya da dağılır. Kaygı, birtakım fizyolojik belirtilerin de ortaya çıkmasına neden olabilir. Bunlar arasında; kan basıncının ve kalp atış hızının yükselmesi, kılırlarda dikleşme, kaslarda gerginlik, göz bebeklerinde genişleme, ağızda kuruma, sık idrara çıkma ve boşaltım vb. sayılabilir.³⁶¹

İnsanlarda belirsizlik, bireyin kontrol hissini sınırlayarak ve/veya tehlike karşısında çaresizlik hissini artırarak tehdidi yoğunlaştırabilir. Örneğin, bir dizi tehdit duygusundan biri olan kaygı, genellikle bir tehdidin doğası, ne zaman olacağı ve bu konuda ne yapılabileceği konusundaki belirsizlikle ilişkilendirilir.³⁶² Bu durumda kaygının en çarpıcı özelliği, belirsiz bir tehdite yönelik olmasıdır.³⁶³

Her ne kadar kaygı ve korku birbirine benzer görünse de aralarında önemli farklılıklar vardır. Korku, temel duygulardan (diğer temel duygular; mutluluk, üzüntü, öfke, şaşkınlık, utanç, ilgi, tiksinti) birisidir ve kaygıyı tetikleyebilir. Kaygı ise duygulardan, fiziksel duymalardan ve düşünce süreçlerinden oluşur. Dolayısıyla kaygı, bir duygudan daha fazlası olup zihinsel bir durum olarak kabul edilir ve genellikle

³⁵⁹ M. Orhan Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 7. b., Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997, s. 43.

³⁶⁰ Lazarus, Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*, s. 266.

³⁶¹ Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, s. 44.

³⁶² Lazarus, Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*, s. 106.

³⁶³ Richard S. Lazarus, Bernice N. Lazarus, *Passion and Reason: Making Sense of Our Emotions*, New York: Oxford University Press, 1994, ss. 46-47.

artmış solunum hızı ve kalp atış hızı, uyku zorluğu, yinelenen olumsuz düşünceler gibi çok sayıda fiziksel belirtileri kapsar. Bu durumda kaygının bir varoluş hâli, korkunun ise bir duygu olduğu söylenebilir.³⁶⁴

Korku, herhangi bir tehlikeye karşı organizmanın homeostatik işlevini korumaya yönelik duygusal bir tepkidir. İnsan için bu tehlike dışarıdan gelen nesnel bir tehlike olabileceği gibi kendi içinden gelen geçmiş yaşam anıları, dürtüler ve eğilimleri ya da sosyal çevresinden gelen yargılar, gerginlik oluşturan tutum ve eylemler olabilir. Bu durumda "bilinçli tehlikeye karşı gösterilen tepki" korkudur. Kaygı, bilinç düzeyinde ya da bilinçdışı yaşanabilir. Bilinç düzeyinde olduğunda fizyolojik belirtiler ve kendine özgü duygusal bir yaşantı gösterir. Fakat bilinçdışı kaygı, bireyin benliğini etkisi altına alır ve benliğin savunma mekanizmalarıyla kendini açığa çıkarır.³⁶⁵

Kaygı ve stres arasında da ince bir çizgi vardır. Her ikisinde de fiziksel ve zihinsel belirtiler, yaklaşık olarak aynıdır. Ancak kaygı, stres etkeni ortadan kalktığında dahi geçmeyen ısrarcı ve aşırı endişeler içerir.³⁶⁶ Kaygı, stresli durumlara karşı normal bir insan tepkisidir. Ancak kaygı bozukluğu olan insanlar için bu korkular ve endişeler geçici değildir. Kaygıları devam eder ve zamanla daha da kötüleşebilir.³⁶⁷

Diğer taraftan kaygının, doğuştan geldiği ve hayatta kalmak için gerekli bir savunma mekanizması olduğu kabul edilir. Stresli durumlarda kaygı artabilir. Ancak uzun süreli stres durumunda bağışıklık sistemini zayıflamasına neden olur.³⁶⁸ Kaygı, sürekli ve şiddetli olduğunda ciddi bir sorun iken düşük düzeyde kaygının ya da hiç kaygı duymamanın da verimlilik ve öğrenmeyi düşürdüğü, orta düzeyde kaygının ise ideal olduğu bildirilmektedir.³⁶⁹

³⁶⁴ “What’s The Difference Between Fear & Anxiety? A Neuroscientist Explains”, *mindbodygreen*, 15.12.2020, <https://www.mindbodygreen.com/articles/neuroscientist-on-the-difference-between-fear-and-anxiety>.

³⁶⁵ Öztürk, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, ss. 44-45.

³⁶⁶ “What’s the Difference between Stress and Anxiety?”, *Https://Www.Apa.Org*, (08.01.2021), <https://www.apa.org/topics/stress-anxiety-difference>.

³⁶⁷ “Beyond worry: How psychologists help with anxiety disorders”, *https://www.apa.org*, (08.01.2021), <https://www.apa.org/topics/anxiety-disorders>.

³⁶⁸ “Our New Age of Anxiety | Psychology Today Canada”, *Psychology Today*, (08.01.2021), <https://www.psychologytoday.com/ca/blog/the-art-living-free/202010/our-new-age-anxiety>.

³⁶⁹ Doğan Cüceloğlu, *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*, 18. b., İstanbul: Remzi Kitabevi, 2009, ss. 440-41.

Kaygıya neden olan çok sayıda hazırlayıcı faktör vardır. Bunlar arasında şeker, hipertiroidi, epilepsi gibi fiziksel rahatsızlıklar ile genetik yatkınlık gibi biyolojik faktörler; alkol ve madde bağımlılıkları; sevilen birinin kaybı, savaş, terör, göç gibi çeşitli travmatik ve olumsuz yaşam deneyimleri; ebeveyn tutumları, boşanmalar, rol modeller gibi aile ve sosyal çevre etkileri sayılabilir.³⁷⁰

3.2. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları

Amerikan Psikiyatri Derneği (APA); kaygıyı, strese karşı verilen normal bir tepki olarak tanımlamaktadır. Kaygı, bireyi tehlikeye karşı uyarabilir, hazırlanmasına ve dikkatli davranmasına yardımcı olabilir. Kaygı (anksiyete) bozuklukları ise normal kaygı durumundan farklı olup aşırı kaygı ve korku içerir. Ruhsal bozukluklar arasında en yaygın olanıdır ve yetişkinlerin yaklaşık % 30'u yaşamlarının bir noktasında kaygı bozukluğu ile yüzleşebilir.³⁷¹

Pek çok anksiyete bozukluğu türü mevcut olsa da araştırmalar çoğunun benzer temel süreçler tarafından yönlendirildiğini göstermektedir. Anksiyete bozukluğu olan kişiler, duyguları karşısında kolayca bunalmaya ve bu hoş olmayan hislere ve durumlara olumsuz tepkiler verme eğilimindedirler.³⁷²

DSM V'te anksiyete bozuklukları; ayrılık anksiyetesi bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobiler, sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluk, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, madde/ilaç kaynaklı anksiyete bozukluğu ve başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır. Önceki versiyonda yer alan "obsesif-kompulsif bozukluk", "akut stres bozukluğu" ve "travma sonrası stres bozukluğu" anksiyete bozuklukları listesinden çıkarılmıştır.³⁷³ DSM V'te yer alan anksiyete bozukluklarına aşağıda kısaca değinilmiştir:

³⁷⁰ Mustafa Merter, *Psikolojinin Üçüncü Boyutu Nefs Psikolojisi ve Rüyaların Dili*, 1. b., İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2014, s. 371.

³⁷¹ American Psychiatric Association, "What Are Anxiety Disorders?", (09.01.2021), <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>.

³⁷² "Beyond worry".

³⁷³ "According to the DSM-5, which diagnoses are classified as anxiety disorders?", (09.01.2021), <https://www.medscape.com/answers/286227-14511/according-to-the-dsm-5-which-diagnoses-are-classified-as-anxiety-disorders>.

Ayrılık Anksiyetesi: Bu bozukluğun görüldüğü kişiler, bağlı olduğu kişilerden ayrılma konusunda aşırı derecede korku veya endişe içindedirler. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan bir kişi, kendisine en yakın kişiyi kaybetme konusunda ısrarlı bir endişe duyabilir, dışarı çıkmayı istemeyebilir veya reddedebilir. Evinden uzakta olmayı veya bağlandığı kişi, yanında olmadan uyumayı reddedebilir, ayrılıkla ilgili kabuslar görebilir. Sıkıntının fiziksel semptomları genellikle çocukluk döneminde gelişir. Ancak semptomlar yetişkinliğe de taşınabilir.³⁷⁴

Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm): Genelde erken çocukluk döneminde (2-5 yaş) ortaya çıkan bu bozukluk, bireyin konuşabilme yeteneği olmasına rağmen konuşması beklenen belirli durum ve ortamlarda (okul vb.) konuşamaması ancak diğer durumlarda (ev, aile içi vb.) konuşabilmesiyle karakterize bir durumdur. Seçici konuşmazlık; bireyin sosyal, akademik ve psikolojik alanlarda işlevsel olarak sınırlanmasına neden olur.³⁷⁵ Bu bozuklukla ilişkili olarak sosyal utanç ve zorlanma korkusu gibi kaygı temelli özellikler, öfke nöbetleri gibi karşıt özellikler, utangaçlık ve olumsuzluk gibi mizaç özellikleri ve izolasyon ve geri çekilme gibi sosyal sorunlar da gözlemlenebilir.³⁷⁶

Özgül Fobiler: Birey, bir nesne ya da durumun varlığına bağlı olarak aşırı ve mantıksız bir korku yaşar. Genellikle fobi yaratan uyarıcıya karşı bireyde panik atağa benzer anlık bir tepki gözlenir. Özgül fobiler arasında örümcek, böcek, yılan, kuş vb. hayvan korkusu; yükseklik, su, fırtına vb. doğal çevreye ilişkin korkular; kan, enjeksiyon, yara vb. korkusu; tünel, köprü, asansör, uçağa binme, araba kullanma vb. durumsal korkular; nefessiz kalma, duvardan uzak kaldığında desteksiz kalarak düşme korkusu vb. yer alır.³⁷⁷

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi): Birey, utanma ve yargılanma korkusu nedeniyle sosyal ortamlara giremez. Girmek zorunda kaldığında ise

³⁷⁴ American Psychiatric Association, "What Are Anxiety Disorders?"

³⁷⁵ Kristie L. Poole vd., "Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: a multi-method study", *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2020, ss. 1-11, doi:10.1007/s00787-020-01588-3.

³⁷⁶ Rachele Diliberto, Christopher A. Kearney, "Latent Class Symptom Profiles of Selective Mutism: Identification and Linkage to Temperamental and Social Constructs", *Child Psychiatry & Human Development*, C. 49, S. 4 (2018), ss. 551-62, doi:10.1007/s10578-017-0774-4.

³⁷⁷ James N. Butcher, Susan Mineka, Jill M. Hooley, *Anormal Psikoloji*, çev. Okhan Gündüz, İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2013, ss. 337-38.

huzursuzluk yaşar. Yaşadığı korkuya bağlı olarak birey, sosyal durum ya da performansdan kaçma ve kaçınma davranışları gösterir.³⁷⁸ Bu kişiler, aynı zamanda başkaları tarafından reddedilme veya onları incitmek konusunda da kaygı duyarlar. Diğer yaygın belirtileri ise arkadaş edinmekte zorlanma, sosyal durumlardan kaçınma, sosyal bir etkinlikten günler önce endişelenme ve sosyal bir ortamda vakit geçirirken titreme, terleme veya mide bulantısı hissetmedir.³⁷⁹

Panik Bozukluk: Panik bozukluğun temel semptomu, fiziksel ve psikolojik sıkıntının ezici bir bileşimi olan tekrarlayan panik ataklardır. Bir saldırı sırasında bu belirtilerden birkaçı birlikte ortaya çıkabilir: Çarpıntı, kalp atış hızında yükselme, terleme, titreme, nefes darlığı, boğulma hissi, göğüs ağrısı, baş dönmesi, sersemlik, bayılma hissi, boğulma hissi, uyuşma, karıncalanma, üşüme ya da sıcak basması, mide bulantısı veya karın ağrıları, gerçek dışılık, kontrolü kaybetme korkusu, ölüm korkusu.³⁸⁰

Agorafobi: "Panik atağın ya da panik benzeri belirtilerin (örn. taşikardi) çıkması halinde kurtulmanın zor olacağı yer ve durumlarda bulunmaktan" duyulan kaygıdır.³⁸¹ Agorafobili bir kişi bu korkuyu; toplu taşıma kullanmak, açık alanlarda olmak, kapalı yerlerde olmak, sırada durmak veya kalabalığın içinde olmak, evin dışında yalnız olmak gibi durumlardan iki veya daha fazlasında yaşar. Birey aktif olarak durumdan kaçınır, bir refakatçiye ihtiyaç duyar veya yoğun korku ve kaygıya katlanmak zorunda kalır.³⁸²

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Bu bozukluğun görüldüğü kişiler, "sürekli, aşırı ve durumla uygun olmayan bir endişe durumu" içindedir ve her durumda ortaya çıkabilecek en kötü sonuca odaklanırlar. Onlar için her şey kendi denetimleri dışında gelişir ve iyi bir ihtimal ya da geriye dönüş yoktur. Dolayısıyla yaygın anksiyete bozukluğunun günlük yaşam üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Bu bozukluğun insidansı (ömür boyu görülme sıklığı) % 5-6'dır. En temel belirtisi; ortada gerçek bir

³⁷⁸ Mehmet Z. Sungur, "Sosyal Fobi", *Anksiyete Bozuklukları*, ed. Raşit Tükel, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2000, s. 59.

³⁷⁹ "Beyond worry".

³⁸⁰ American Psychiatric Association, "What Are Anxiety Disorders?"

³⁸¹ Tuç Alkın, "Panik Bozukluğu ve Agorafobi", *Anksiyete Bozuklukları*, ed. Raşit Tükel, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2000, ss. 17-18.

³⁸² American Psychiatric Association, "What Are Anxiety Disorders?"

neden olmadığı halde ya da neden olsa bile mevcut durumla uyumsuz olan, aşırı ve denetlenemeyen nitelikte kaygı halidir. Diğer fiziksel belirtiler arasında ise yorgunluk, odaklanma güçlüğü ve dikkat bozukluğu, aşırı irkilme, uyku bozukluğu vb. yer alır.³⁸³

Madde/İlaç Kaynaklı Anksiyete Bozukluğu: Bir maddenin ya da ilacın fizyolojik etkileri ya da yoksunluğu nedeniyle ortaya çıkan kaygı bozukluğudur. Bu maddeler arasında "alkol, amfetamin, kokain, kannabis, hallüsinojenler, inhalanlar, fensiklidin, sedatifler, hipnotikler, anksiyolitiklerin"³⁸⁴ yanı sıra anestezi ilaçları, insülin, analjezikler, kortikosteroidler, tiroid preparatları, kardiyovasküler vb. ilaçlar da kaygı belirtilerini ortaya çıkarabilir.³⁸⁵

Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu: Kaygı bozukluğunun fiziksel bir rahatsızlığın fizyolojik sonucuna bağlı olduğu durumdur.³⁸⁶ Örneğin, tiroid fonksiyon bozuklukları, mitral kapak prolapsusu (sarkma) ve kanser ağrısına kaygı ve panik atak eşlik edebilir.³⁸⁷

Günümüz insanı, doğal kaygıların yanında teknolojik gelişim ve değişimin yaşadığı dünyaya verdiği zararların da kaygısını çekmektedir. İnsan; ekosistemlerin bozulması, türlerin yok olması, kirlilik (su, toprak, hava), nükleer tehlikeler, savaş ve katliamlar vb. pek çok tehditin sonuçlarıyla yüzleşmek zorunda kalmıştır. Bir de bu tehditlerle ilişkili olarak sürekli tetiklenen kaygılarla savaşmaktadır. Bu tür kaygılara mikrobiyofobi, sigortamani, tetiklenmiş hipokondri, virusomani vb. örnek olarak verilebilir. Bunlardan mikrobiyofobi nedeniyle insanlar; anti-bakteriyel halı, oyuncak, temizlik malzemesi vb. ürünlere yönelmektedirler. Sigortamani insanlarda; yangın, deprem, kaza, hastalık gibi gelebilecek her tür tehlikeye karşı çeşitli sigortalılarla kendini güvence altına alma ihtiyacını tetikler. Hipokondri nedeniyle de insanlar; gereksiz sağlık harcamalarına yatırım yapmakta, sağlıklı ve doğal olduğu iddia edilen gıda ve ilaçlara rağbet etmektedirler. Virusomani ise geçmiş yıllarda domuz gribi, kuş gribi gibi

³⁸³ "Yaygın Anksiyete Bozukluğu | TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ", (08.01.2021), <https://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/25/yaygin-anksiyete-bozuklugu>.

³⁸⁴ "Maddenin Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu", *Bahçeşehir Psikoloji*, 08.10.2020, <https://bahcesehirpsikoloji.com/maddenin-yol-actigi-kaygi-bozuklugu/>.

³⁸⁵ Sonumut Psikolojik Destek Merkezi, "Diğer Anksiyete Bozuklukları", (10.01.2021), <https://sonumut.com.tr/diger-anksiyete-bozukluklari/>.

³⁸⁶ Oğuz Karamustafaloğlu, Hüseyin Yumrukçal, "Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları", C. 45, S. 2 (2011), ss. 65-74.

³⁸⁷ gracepoint, "Anxiety Disorders", (10.01.2021), <https://secure.livechatinc.com/>.

vakalar nedeniyle yaşanan panik halidir.³⁸⁸ Son bir yıl içindeyse Covid 19 virüsünün yol açtığı salgın nedeniyle hayatın her alanına, kaygının her türlü bulaşmıştır. Enfeksiyon kapma ve ölüm korkusunun hâkim olduğu pandemi süreci, sabit ritüelleriyle kaygıyı sürekli bir şekilde yeniden üretmiştir. Maske takmak, elleri sık sık sabunla yıkamak ya da dezenfekte etmek, fiziksel mesafeyi korumak, insanlarla temastan kaçınmak vb. gibi eylemler, insanların kendilerini güvende hissetmeleri için kaçınılmaz ritüeller haline dönüşmüştür.³⁸⁹

Mekânın da insan ruhunu, kaygı ya da huzura sürükleyen etkisini göz ardı etmemek gerekir. Turgut Cansever, Hristiyan kültürünün mabetlerine yansıyan "insanı ümitsizliğe sevkeden, karanlık, kasvetli, dramatik boşluğunun aksine"³⁹⁰ insanı; huzur, sükûnet, mutluluk ve neşeye sevkeden geleneksel İslam mimarisinin ve sanatının özelliğine vurgu yapar.³⁹¹ "İnsanın kozmolojik idraki ve inançları, davranışlarında yansıyan psikolojik tavırlarının karakteristiğini tanımlar ve tayin eder."³⁹² "İslâmî "biçim ifadeleri"ni İslâm minyatürlerinde, çini yüzeylerinde, giysilerde ve kilimlerde, hasılı İslâm sanatının bütün alanlarında kolayca gözlemlemek mümkündür.... Denge duygusu demek olan huzur, mesela Süleymaniye Camii'ndeki sivri kemerin iki kolunun dengesinde ortaya çıkar. Diğer taraftan huzursuzluğun en çeşitli şaşırtıcı örneklerinden biri, Wells Katedrali'nin tedirgin ıstırabıdır."³⁹³

3.3. Varoluşsal Kaygı ve Ölüm Kaygısı

Lazarus, kaygıyı "varoluşsal bir duygu" olarak tanımlar.³⁹⁴ Kaygının varoluşsal bir duygu olması insanın bir kişi, durum ya da olayı kendi varoluşu için bir tehdit olarak görmesiyle ilgilidir.³⁹⁵ İnsan, gelecekte kim olabileceği ve başına gelebileceğiyle ilgili herhangi bir olumsuzluğun tam olarak doğasını, gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini veya ne zaman gerçekleşeceğini ve bununla ilgili ne yapacağını bilmediği için altta yatan tehdit; soyut, belirsiz ve hayattaki diğer sorunların bir temsili olarak görünür. Belirsizlik ve tehdit içeren sorunlar, insanın varoluşsal alanıyla ilgili kim ve ne olduğuna dair

³⁸⁸ Merter, *Psikolojinin Üçüncü Boyutu Nefs Psikolojisi ve Rüyalarm Dili*, ss. 377-78.

³⁸⁹ "Our New Age of Anxiety | Psychology Today Canada".

³⁹⁰ Turgut Cansever, "İslam Mimarîsi Üzerine Düşünceler", *Divan*, S. 1 (1996), ss. 119-46.

³⁹¹ Turgut Cansever, *Mimar Sinan*, İstanbul: Albaraka Türk Yayınları, 2005, s. 106.

³⁹² a.g.e., s. 25.

³⁹³ a.g.e., ss. 39-40.

³⁹⁴ Lazarus, Lazarus, *Passion and Reason: Making Sense of Our Emotions*, s. 47.

³⁹⁵ "Our New Age of Anxiety | Psychology Today Canada".

algısını ve anlam duygusunu etkileyebilir ya da yok edebilir. Bu nedenle kaygı, insanın evrensel bir özelliğidir ve tümüyle varoluşsal bir duygudur. Kaygının nihai temeli ise doğası itibariyle belirsiz ve büyük bir tehdit olarak algılanan "ölümün kaçınılmazlığı"dır.³⁹⁶

Yalom da ölüm korkusunu, kaygının temel kaynağı olarak görür. Ona göre, "hayat, kaygısız yaşanmaz, ölümle de kaygı olmaksızın yüzleşilmez. Kaygı, düşman olduğu kadar rehberdir de" insana.³⁹⁷ İnsan, bilinçdışı olarak ölümün kendisi için de bir gerçek olduğunu ve dünyadaki varlığının sona ermesini kabullenmekte zorluk çeker.³⁹⁸

Heidegger, "sıradan tarz ve ontolojik tarz" olmak üzere varoluşun iki türüne vurgu yapar. Sıradan tarz varoluşta "insan, madde dünyasında yaşar ve onun tarafından tüketilir." Yani "dünyadaki şeylerin nasıl olduğuna ilişkin hayranlık" duyar. Ontolojik varoluş tarzı ise günlük endişelerin ötesinde bir alan olup insan, "tek başına var olmaya odaklanır." Yani "dünyadaki şeylerin varoluşuna hayranlık" duyar. Yalom, varoluşun sıradan tarzından ontolojik tarzına geçebilmesi için "insanın kendi ölümüyle yüzleşmesi" gerektiğini belirtir.³⁹⁹ Ölüm anksiyetesinin karşılığı olarak "ölüm korkusu", "çok büyük dehşet", "sonluluk korkusu", "olmama korkusu" gibi kavramları da kullanır. Çünkü her birey için ölüm korkusunu hissetme şekli farklıdır. Araştırmacılar, ölümle ilgili sıklıkla yaşanan korkuların; kişinin ölümüyle yakınlarını üzeceği, yaşama ilişkin planlarının sona ereceği, ölüm sürecinde acı çekeceği, artık hiçbir deneyim yaşayamayacağı, kendisine bağlı olan kişilere bakamayacağı, ölümden sonraki hayatta yaşayacaklarından korkması, ölüm sonrası bedenine olacakları düşünme gibi kaygılar etrafında şekillendiğini belirlemiştir.⁴⁰⁰ Choron da ölüm korkusuna ilişkin üç temel duruma vurgu yapar: Birincisi, ölümden sonra olacaklar; ikincisi, "ölme olayı" ve üçüncüsü de "olmanın sona ermesi"dir. Yani ortadan kaybolma ve yok olma duygusudur.⁴⁰¹

³⁹⁶ Lazarus, Lazarus, *Passion and Reason: Making Sense of Our Emotions*, ss. 46-48.

³⁹⁷ Irvin Yalom, *Varoluşçu Psikoterapi*, çev. Zeliha İyidoğan Babayiğit, İstanbul: Kabalıcı Yayıncılık, 2013, ss. 297-98.

³⁹⁸ Kübler-Ross, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, s. 24.

³⁹⁹ Irvin Yalom, *Bağışlanan Terapi*, çev. Zeliha İyidoğan Babayiğit, İstanbul: Kabalıcı Yayınevi, 2002, s. 138.

⁴⁰⁰ Yalom, *Varoluşçu Psikoterapi*, ss. 72-73.

⁴⁰¹ Jacques Choron, *Modern Man and Mortality*, New York: Macmillan, 1964, s. 44; (akt.) Yalom, *Varoluşçu Psikoterapi*, s. 73.

Hoelter, ölüm korkusunu; "ölümle ilgili bazı görünümünün önceden sezinlenmesi ve düşünülmesi üzerine temellendirilen, subjektif kaygı ve hoşnutsuzluk duygularını içeren duygusal bir reaksiyon" olarak tanımlamıştır.⁴⁰² Dickstein de ölüm kaygısını, ölüm gerçeğinin bilinçli olarak düşünülmesi ve bu gerçekliğin, olumsuz bir şekilde değerlendirilmesi" olarak açıklamıştır.⁴⁰³

Ölüm korkusu, nesnesi olmayan bir korku olduğu için diğer korkulara benzemez. İnsan, tam olarak neden korktuğunu anlatamaz. İbn Sinâ da ölüm korkusunun, korkuların en şiddetlisi ve etkilisi olduğunu ifade ederek ölüm korkusunun nedenlerine değinmiştir. Bunlardan bazıları şöyledir: Ölümün hakikatine vâkıf olamamak, ölüm sonrası ruhunun da bedeniyle birlikte kaybolacağına inanmak, ölümün büyük bir acı ve elem vereceğini düşünmek, geride kalan ailesi için kaygılanmak, dünya lezzetlerini terk edeceğinden dolayı üzülmek, öldükten sonra akibetinin ne olacağını bilememektir.⁴⁰⁴

Kübler-Ross'a göre, çağın insanında ölüm korkusu artmış ve makinelerin arkasına gizlenmiştir. Ölüm, sağlık ve teknoloji alanındaki gelişmelerle birlikte mekânîk bir niteliğe büründürülmüş ve insanî yönü görmezlikten gelinmiştir. O, ölümü yaklaşmış bir hastanın, sevdiklerinden ve yakınlarından uzaklaştırılarak maddi bir yatırım haline dönüşen yoğun bakıma alınmasını ve yalnız bir şekilde ölmeye terk edilmesini eleştirir. Bunun ardında ise insanın ölüm kaygısının saklı olabileceğini düşünür.⁴⁰⁵

Ölümü inkâr etmek, yaşamı daraltır ve insanı kendi doğasını reddetmeye sürükler. Oysa fânîlik bilinci insanı gündelik kaygılardan kurtararak erdemli bir hayata yöneltir.⁴⁰⁶ Bu bağlamda Yalom'un kanser gruplarıyla yaptığı çalışmalarda vardığı sonuçlar da anlamlıdır. O, ölüm karşısında hastaların anlamlı ve olumlu değişimler geçirdiğini; çoğunun bilgelik ve olgunluğa ulaştığını belirtir. Kanserin, adeta nevrozu ve

⁴⁰² J. W. Hoelter, "Multidimensional Treatment of Fear of Death", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, C. 47, S. 5 (1979), ss. 996-99, doi:10.1037//0022-006x.47.5.996; (akt.) Faruk Karaca, *Din Psikolojisi*, Trabzon: Eser Ofset, 2011, s. 234.

⁴⁰³ Louis S. Dickstein, "Death Concern: Measurement and Correlates", *Psychological Reports*, C. 30, S. 2 (1972), ss. 563-71, doi:10.2466/pr0.1972.30.2.563.

⁴⁰⁴ Erol Göka, *Hoşçakal: Kayıp, Matem ve Hayatın Zorlukları*, İstanbul: Kapı Yayınları, 2018, ss. 60-62.

⁴⁰⁵ Kübler-Ross, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, ss. 30-32.

⁴⁰⁶ Göka, *Hoşçakal: Kayıp, Matem ve Hayatın Zorlukları*, s. 44.

kaygıları tedavi ettiğini; hastaların yaşamdaki değerlerini ve önceliklerini gözden geçirmelerine yol açtığını gözlemiştir. Yalom'a göre "ölümün fizikselliği insanı tahrip etse de ölüm fikri onu korur."⁴⁰⁷

Ölüme verilen anlam, insanın hayata bakışını; hayata verilen anlam da insanın ölüm algısını şekillendirir.⁴⁰⁸ Mevlânâ da ölüme karşı tutumların göreceliğine vurgu yapar: "*Oğul! Herkesin ölümü kendi rengindedir/ Düşmana karşı düşmandır ölüm, dosta karşı dost*"⁴⁰⁹

Ölüme yüklenen anlamlar; dinî ve kültürel yapıdan etkilenir, bireysel ve toplumsal olarak farklılıklar gösterebilir. İslâm dininde ölüm, hayatın gereği olarak tabii bir olgudur ve diğer dinlerden farklı olarak da ölüm düşüncesinin dinî bir motivasyon olduğunu söylemek mümkündür. İslâm'da ölüm, ahiret hayatına geçişin başlangıcıdır ve insanın dünya hayatındaki her türlü tutum ve davranışının ahirette bir karşılığı vardır. Bu nedenle müslüman için ölüm düşüncesi, "ahlâki değerlerin" de kaynağıdır.⁴¹⁰ Kur'an'da geçen "her nefis, ölümü tadacaktır; sonra bize döndürüleceksiniz"⁴¹¹ ayeti ve İslâm Peygamberi'nin (sas) "lezzetleri yarıda kesen ölümü çokça hatırlayınız"⁴¹² hadisi, bir müslüman için ölümün hakikatini ve anlamını özetler.

Kübler-Ross, insanın ölümle yüzleşmesine neden olan krizlerle karşılaşmadan önce "ölüm ve ölmek üzerine" düşünmeyi alışkanlık haline getirmesinin faydalı olacağını ifade eder.⁴¹¹ Sufî gelenekte tasavvufî bir tecrübe olarak ölüm rabıtası (bağlanma) da bu anlamda dikkat çekicidir. Bu rabıta tarzı sufilerin; kendi ölümlerine odaklanarak ölümü hatırdan çıkarmamalarını, böylece düşünce ve davranışlarını düzenlemelerini esas alır.⁴¹² İrfanî ölümün bir çeşidi olan ölüm rabıtası (rabıta-i mevt), sufilerin günlük uygulamaları içinde yer alır. Rabıta-i mevt, suffinin ölüm hakikati

⁴⁰⁷ Yalom, *Bağışlanan Terapi*, ss. 137-39.

⁴⁰⁸ Karaca, *Din Psikolojisi*, ss. 218-19.

⁴⁰⁹ Mevlânâ, *Mesnevî: Tercemesi ve Şerhi*, çev. Abdülbaki Gölpınarlı, İstanbul: İnkılâp Kitabevi, 1983, C. III, s. 245.

⁴¹⁰ Karaca, *Din Psikolojisi*, ss. 221-22.

♦Ankebut, 29/57.

♦Tirmizi, Zühd, IV, 553.

⁴¹¹ Kübler-Ross, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*.

⁴¹² İrfan Gündüz, "Tasavvufî Bir Terim Olarak Râbita", *İlmî ve Akademik Araştırma Dergisi*, C. 8, S. 19 (2007), ss. 23-53.

karşısında kalbini ve zihnini diri tutarak kendisini muhasebe altında tutmasını ve ahlâki olarak da olgunlaşmasını sağlar.⁴¹³

Sufilerde "irfanî ölüm", "ölmeden evvel ölünüz" ifadesinin karşılığıdır. Sufi düşüncede, insanın yaşadığı tüm kaygılar, ruhunun derinliklerinde "varlığın hakikatine vâkıf olamamaktan" kaynaklanan "noksanlık hissi"nin bir yansımasıdır. Bu manâda irfanî ölüm, insana bilgelik ve hikmetin kapısını aralar. İrfanî ölüm, aynı zamanda insanın kendi özünü keşfetmesi için bir murakabedir. Böylece insan, rutin alışkanlık ve tutumlarının dışındaki "kendinin farkına" vararak hayatını, daha dinamik ve üretken bir hâle dönüştürmenin çabası içinde olur.⁴¹⁴

Sufiler, iki tür ruhdan söz eder. Bunlardan ilki insan ve hayvan arasında ortaktır. Hayatın, bedensel canlılığın ve duyuların kaynağı olan bu ruh, ölümle ortadan kalkacak olan ruhtur. İkincisi ise yalnızca insana has⁴¹⁵ ve Allah'ın (c.c) kendi ruhundan bir öz, bir kıvılcım taşıyan ruh olan Sırru'l-esrâr'dır.⁴¹⁶ Sufilere göre, İlâhi özü taşıyan ruh, bu dünyada beden elbisesine hapsolmuş ve asıl vatanına hasret duymaktadır. O yüzden Mevlâna, Mesnevisi'nde "ney" in dilinden ruhun hasretini anlatır:

*"Dinle, bu ney nasıl şikâyet ediyor, ayrılıkları nasıl anlatıyor:
Beni kamışlıktan kestiklerinden beri feryadıyla herkes ağladı...
Aslından/vatanından ayrı kalan, tekrar kavuşma ânını arar."⁴¹⁷*

Ölüm de vatanına hasret duyan "ruh" un kavuşma ânıdır. Bu nedenle Mevlâna; "cenazemi görünce "âh ayrılık! âh ayrılık!" deme. O vakit benim ayrılık değil, visal ve mülakat (kavuşma ve görüşme) vaktimdir... Bu hâl sana batmak, kaybolmak gibi görünse de aslında bu hâl doğmaktır, yeniden hayata kavuşmaktır" der.⁴¹⁸ Hz. Mevlânâ, "öldüğü günü", "kavuşma vakti olarak görmüştür. Bu nedenle vefat ettiği vakte "şeb-i arûs" (düğün gecesi) denilmiştir.⁴¹⁹ Gazzâlî de ölümü kavuşma vakti olarak görür: "Arifler ölümü devamlı olarak hatırlarlar, çünkü ölüm onlar için sevgilisi ile buluşma

⁴¹³ Bilal Kemikli, *Sûfi Aşk ve Ölüm*, 2. b., İstanbul: Sütun Yayınları, 2008, ss. 60-61.

⁴¹⁴ a.g.e., ss. 52-58.

⁴¹⁵ Ramazan Muslu, "Türk Tasavvuf Kültüründe Sûfilerin Ölümüne Bakışı ve Cenaze Merasimleri", *EKEV Akademi Dergisi*, C. 13, S. 38 (2009), ss. 61-86.

⁴¹⁶ Robert Frager, *Kalp, Nefs ve Ruh*, çev. İbrahim Kapaklıkaya, İstanbul: Gelenek Yayıncılık, 2005, ss. 110-11.

⁴¹⁷ Mevlânâ, *Mesnevî*, çev. Adnan Karaismailoğlu, Ankara: Akçağ Basım, 2012, s. 39.

⁴¹⁸ Mevlânâ, *Divan-ı Kebir*, çev. Abdülbaki Gölpinarlı, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2007, s. 184.

⁴¹⁹ Reşat Öngören, "Mevlânâ Celâleddîn-i Rûmî", *TDV İslam Ansiklopedisi*, Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı, C. 29, s. 445, (12.01.2021), /mevlana-celaleddin-i-rumi.

zamanıdır. Seven, sevgilisi ile buluşacağı günü asla hatırlıdan çıkarmaz. Hatta bu yüzden ölümün geç gelmesine üzülür. Bir an önce bu dünyadan kurtulup Allah-u Tel'ya dönmeyi arzular."⁴²⁰ Grldğu gibi sufilerde ölüm, bir "vuslat" ve "bekâ semtine g"tür. İnsan, bu dünyada gurbettedir, ölümle birlikte asıl vatanına ve ebedi hayata kavuşacaktır.⁴²¹ Müslüman bir toplumun sufiler nezdinde lme olan bu yaklaşımlarının etkisini, Osmanlı medeniyetinde edebî ve tasavvufi metinlerden, kabristanlara uzanan bir "mevt kültürü" içinde görmek de mümkündür.

Bu kültürün kabristana uzanan etkisi, Ahmet Haşım'ın Batılı bir gezginin dilinden Hristiyan ve Müslüman mezarlığı karşılaştırmasında fark edilebilir: "Mezarlığı, hiçbir millet sizin anladığınız güzel tarzda anlayamamıştır. Frenk mezarlığı, ölümün tatlı ve haşın güzelliğini bozar... Hristiyan mezarlığının ağır sktunda hissedilen deta düşmanlıktır. Halbuki sizin mezarlıklarınızın havasında her türlü maddi endişelerin gerginliğinden kurtulmuş bir gülümseme dolaşır."⁴²²

"lm" kelimesinde başlıbaşına bir "kaygı" ve "koru" anlamı yüklüdür. Kelime, biyolojik bir organizmanın canlılığını yitirmesi ve tümüyle bir yok oluşu ağrıştırrır. Yunus Emre de ölümün maddi bedene ait olan bu yönüne vurgu yapar: "*Aşık öldü deyu sala verirler/ ölen hayvan idr, aşıklar lmez.*" Bu itibarla Müslüman Türk toplumunda geçmişte ve günümüzde, ölmüş olan bir kimse için "ld" ifadesi yerine, daha ince ve derin anlamlar barındıran "vefât etti" ifadesinin daha sık kullanıldığı görülmektedir. Arapça'dan dilimize geçen "vefât" kelimesinin; "yetmek", "tam olmak", "sözünde durmak", "yerine getirmek" anlamlarına gelen "vef" kelimesiyle aynı kökten gelmesi⁴²³ de oldukça manidardır.

Eski Türkler'de de "l" fiili, "yükselmek" anlamına gelmektedir ancak zamanla bu anlamın kaybolduğu düşünülmektedir. Türkler, "l ve gömmek" kelimelerini kendi yakınlarını kaybettiklerinde değil düşmanları için kullanmaktaydılar. Kendi yakınları ve sevdikleri mekân değiştiriyor, "uçmağa varıyordu" ya da "cennete gidiyordu". Onlara göre kutlu kişilerin ölümü, "kergeek bolduğu için" yani "Tanrı istediği için

⁴²⁰ Gazli, *İhyâ'u Ulûmi'd-Dîn*, ev. Ahmet Serdaroglu, İstanbul: Bedir Yayınevi, 1975, C. IV, s. 805; (akt.) Mehmet Demirci, "lmdeki Hayat: Tasavvuf Düşüncesinde lm", *Tasavvuf: İlmî ve Akademik Araştırma Dergisi*, C. 2, S. 4 (2000), ss. 9-16.

⁴²¹ Bilal Kemikli, *Şehir Hayat ve Derviş*, 2. b., İstanbul: Kitabevi, 2010, s. 91.

⁴²² Ahmet Haşım, * Eser*, İstanbul: Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı Yayınları, 1988, ss. 94-95.

⁴²³ Bekir Topaloğlu, Hayrettin Karaman, *Arapça-Türkçe Yeni Kamus*, İstanbul: Elif Ofset, t.y., s. 499.

gerçekleşiyordu."⁴²⁴ Osmanlı'da da âlim ve irfan sahibi kişilerin vefâtı için "geçici dünyadan ebedi dünyaya intikâl", "vuslât", "âlem-i bekâya rihlet", "irtihâl-i dâr-ı bekâ", "âzîm-i dâr-ı bekâ" gibi ifadeler kullanılmıştır. Bu ifadelerde vefat edenin izzetine, geçici olan bu dünya hayatının terk edilmiş ve "daimî olana ulaşılmış" olduğuna yönelik bir anlam saklıdır.⁴²⁵ Günümüz Türk toplumunda ise ölen bir kişinin ardından kullanılan aşağıdaki ifadeler, ölüme ilişkin geçmişten gelen sözlü mirasın korunduğunu göstermektedir:

"Emr-i Hak vaki olmak, ahiret yolcusu olmak, ecel şerbetini içmek, günü dolmak, ömrü vefa etmemek, ömür defterini kapatmak, vadesi dolmak, ahirete intikal etmek, dünyasını değiştirmek, dünyaya veda etmek, ebediyete göçmek, can borcunu ödemek, ruhunu teslim etmek, dünyaya gözlerini kapamak, Hakk'a yürümek, Rahmet-i Rahmana kavuşmak, vefât etmek."⁴²⁶

Sonuç olarak, insanın ölüme karşı kaygı ve tutumlarının arkasında toplumsal gelenek ve kültürün belirgin bir etkisi olduğunu görmek mümkündür. Bu etki; ölümlerle ilgili tören, uygulama ve ritüellerden, günlük dilde ve edebi metinlerde ortaya çıkan zengin kavram ve anlatım biçimlerinden bireyin ölüm algısına tesir etmektedir.

4. YAŞAM KALİTESİ

Bu bölümde genel yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesinin kavramsal tanımlarından yola çıkılarak yaşam kalitesine ilişkin genel bir çerçeve oluşturulmuştur.

4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımlanması

Yaşam kalitesi, tanımlanması güç bir kavram olarak kabul edilmektedir. Kavramın tanımlanmasını zorlaştıran durum ise ekolojiden ekonomi ve siyasete, psikolojiden sosyolojiye, felsefeden sağlığa değin pek çok disiplinin temel konularından birisi olmasıdır.⁴²⁷ Bu nedenle yaşam kalitesi, tek bir disiplin bağlamında ele alınamayacak kadar çok boyutlu ve göreceli bir kavramdır.⁴²⁸ Kavramın ilk kez

⁴²⁴ Pervin Ergun, "Türk Kültüründe Ölümle İlgili Bazı Terimler", *Millî Folklor*, C. 25, S. 100 (2013), ss. 134-48.

⁴²⁵ Mustafa Kara, "Tasavvuf Kültüründe Ölüm İçin Kullanılan İfadeler (Yadigâr-ı Şemsî Örneği)", Uludağ Üniversitesi Bursa Halk Kültürü Sempozyumu (20-22 Ekim 2005), Bursa, 2005, ss. 327-43.

⁴²⁶ Seyfullah Türkmen, "Türkçedeki Örtmece Sözcükler", *Karadeniz Araştırmaları*, C. 6, S. 23 (2009), ss. 131-40.

⁴²⁷ A. Abraham Moles, Nuri Bilgin, "Yaşam Kalitesi ve Çevresel İstikrarlılık", *Seminer*, S. 4 (1985), ss. 113-31.

⁴²⁸ Yetim, "Yaşam Kalitesi Kavramına ve Araştırmalarına Toplu Bakış", s. 134.

Thorndike (1939) tarafından kullanıldığı ve “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlandığı belirlenmiştir.⁴²⁹

Bireylere, dönemlere, fiziksel ve sosyal çevreye göre değişebilen anlamları⁴³⁰ olması dolayısıyla yaşam kalitesine yönelik farklı tanımlarda farklı unsurlar öne çıkmaktadır. Bunlardan psikolojik öğelerin baskın olduğu tanımlar; "bireylerin doyumu ve sosyal ilişkilerinin kesişimi", "bireyin kendi yaşamından doyum bulması ve mutluluk kapasitesi", "mutluluk, doyum ve uyum",⁴³¹ “kişilerin, yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri”,⁴³² “mutluluk, doyum, gereksinim duyulan memnuniyet ve kendini gerçekleştirme”,⁴³³ “bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşam amacı”⁴³⁴ şeklindedir.

Bateson, insanların olayları ve nesnelere "sevgi, ait olma, nefret, saygı, sorumluluk, bağlılık, güven" gibi duygular çerçevesinde değerlendirdiğini ve bu değerlendirmelerin ise yaşam kalitesi kavramına işaret ettiğini belirtir.⁴³⁵

Hörnquist tarafından yaşam kalitesi; “fiziksel, psikolojik, sosyal aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma ihtiyacının derecesi”⁴³⁶; Cella tarafından ise "fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali"⁴³⁷ olarak tanımlanmıştır. Genel bir tanımda da yaşam kalitesinin çok boyutlu özelliğine vurgu yapılarak "geleceğe ilişkin umut, yeterli gıda, giyecek, barınma

⁴²⁹ Asiye Akyol, “Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C. 9, S. 3 (1993), ss. 71-75.

⁴³⁰ Nuri Bilgin, Alev Ergenç, Ömür N. Timurcanday, “Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi”, *Seminer*, S. 4 (1985), s. 157.

⁴³¹ Yetim, “Yaşam Kalitesi Kavramına ve Araştırmalarına Toplu Bakış”, s. 134.

⁴³² JC de Haes, FCE Knippenberg, “The Quality of Life and Survival: The Role of Multidimensional Symptom Assessment”, *Cancer*, C. 83 (1993), ss. 173-79; (akt.) Aysun Perim, *Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007, s. 10.

⁴³³ A. Hutchinson vd., *Health Outcome Measures in Primary and Out-Patient Care*, Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1996; (akt.) Perim, *Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi*, s. 10.

⁴³⁴ F. M. Lewis, “Experienced Personal Control and Quality of Life in Late-Stage Cancer Patients”, *Nursing Research*, C. 31, S. 2 (1982), ss. 113-19.

⁴³⁵ Bilgin, Ergenç, Timurcanday, “Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi”, s. 158.

⁴³⁶ J. O. Hörnquist, “Quality of Life: Concept and Assessment”, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, C. 18, S. 1 (1990), ss. 69-79.

⁴³⁷ David Cella, “Quality of Life: The Concept”, *Journal of Palliative Care*, C. 8, S. 13 (1992), ss. 8-13.

koşulları, gelir düzeyi, işle ilgili beklentilerin karşılanması, anne ve çocuk sağlığı, aile ve toplumsal refahın sağlanması"⁴³⁸ olarak özetlenmiştir.

Kavrama ilişkin sosyolojik tanımlamalarda yaşam kalitesinin yaşam tarzı ve yaşam stili kavramlarıyla eş tutulduğu, psikolojik yaklaşımlarda ise "bireyin yaşamı hakkında doğrudan ya da dolaylı algıları"⁴³⁹ bağlamında içinde mutluluk, iyi olma ve refahı barındıran bir kavram⁴⁴⁰ olarak ele alındığı görülmektedir.

Yaşam kalitesi; coğrafi, sosyolojik, psikolojik ve kültürel bağlamda ele alınması gereken ve nesnellikten çok öznel algılara dayanan, insanın çevresi ile olan ilişkilerine ve çevresel faktörlere göre değişen bir kavramdır. Örneğin, yaşlı bir bireyin yaşam kalitesi beklentisi ve algısı daha genç yaştaki bir bireyden daha farklı olacaktır. Diğer taraftan yaşam kalitesine, bireyin daha iyi bir yaşam elde etmek için mücadele etmesi değil bilakis çevrenin bu mücadeleye karşı vermiş olduğu bir tepki, kolaylık ya da zorluk olarak da bakılabilir.⁴⁴¹

Yaşam kalitesini belirlemeye yönelik göstergeler; doğal ve fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik göstergeler olmak üzere dört grupta toplanabilir. Bunlardan doğal ve fiziksel göstergeler; iklim, çevre kirliliği, çevre düzenlenmesi vb. faktörlerdir. Ekonomik göstergeler; kişi başı yıllık gelir düzeyi, işsizlik oranları, satın alma gücü vb. değişkenlerdir. Sosyal göstergeler; eğitim olanakları, sağlıklı yaşam alanları, sağlık hizmetlerine ulaşım, sosyal ve kültürel gelişim imkânları vb. faktörlerdir. Psikolojik göstergeler, diğerlerine göre daha öznel olup bireyin mutluluk ve doyum algısı çerçevesinde şekillenir. Bunlar arasında işinden, aile/sosyal çevreyle olan ilişkilerinden ve özel yaşamından aldığı doyum yer alabilir.⁴⁴²

⁴³⁸ F. Gail Melson, *Family and Environment: An Ecosystem Perspective*, Minneapolis: Burgess, 1980; akt. Emine Özmete, "Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C. 3, S. 11 (2010), s. 455.

⁴³⁹ Bilgin, Ergenç, Timurcanday, "Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi", s. 158.

⁴⁴⁰ Yetim, "Yaşam Kalitesi Kavramına ve Araştırmalarına Toplu Bakış", s. 133.

⁴⁴¹ Moles, Bilgin, "Yaşam Kalitesi ve Çevresel İstikrarlılık", ss. 113-31.

⁴⁴² Bilgin, Ergenç, Timurcanday, "Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi", s. 159.

4.2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, antik çağlardan bugüne tıbbi düşünceleri ve eylemleri de etkileyerek mutluluk, rahat yaşam sürme, kendini iyi hissetme, yaşamın anlam ve amacı gibi kavramlar çerçevesinde ele alınmış ve tartışılmıştır.⁴⁴³

DSÖ, 1947'de sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamış ve sağlığın fiziksel boyutun ötesine geçen diğer önemli boyutlarına da vurgu yapmıştır.⁴⁴⁴ Sağlığın bir iyilik hali olarak çok boyutlu yapısına yapılan bu vurgu, sağlıkta yaşam kalitesine giden yolu açmıştır. Ancak tıp literatüründe bu kavrama, ilk kez Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life”⁴⁴⁵ başlıklı makalesinde rastlanmaktadır.

"Sağlıkta yaşam kalitesi" kavramı, “hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi” olarak ele alınmaktadır.⁴⁴⁶ Genel yaşam kalitesinde olduğu gibi sağlıkta yaşam kalitesinde de bireylerin öznel değerleri, kendi yaşamlarına ilişkin yargıları, eylem ve davranışları temel alınır.⁴⁴⁷ Sağlık ekibinin hastaya ilişkin fizyolojik ve fiziksel ölçüm ve kriterlerinin dışında hastanın, kendi beklenti, algı ve değerlendirmeleri belirleyicidir. Buna göre sağlıkta yaşam kalitesi; hastalığın bireysel ve sosyal yaşam üzerindeki etkileri ile bireyin fiziksel, fonksiyonel ve emosyonel boyutlarda doyum ve gereksinimlerini yerine getirmedeki yeterlilik düzeyiyle⁴⁴⁸ ilişkili bir kavramdır.

DSÖ tarafından yaşam kalitesi, "bireylerin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumlarına ilişkin bireysel algıları” olarak tanımlanmıştır.⁴⁴⁹ Bu tanımda yaşam kalitesinin kültür ve değerler bağlamında da farklılık gösterebileceğine yapılan vurgu önemlidir.

⁴⁴³ Zehra Edisan, Funda Kadioğlu, “Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri”, *Lokman Hekim Journal*, C. 3, S. 3 (2013), ss. 1-4.

⁴⁴⁴ WHO, “The Constitution of the WHO”, s. 29.

⁴⁴⁵ P. H. Long, “On the Quantity and Quality of Life”, *Medieval Times*, C. 88 (1960), ss. 613-19; akt. Talha Müezzinoğlu, “Yaşam Kalitesi”, *Üroonkoloji Bülteni*, S. 1 (2005), s. 25.

⁴⁴⁶ Müezzinoğlu, “Yaşam Kalitesi”, s. 26.

⁴⁴⁷ Moles, Bilgin, “Yaşam Kalitesi ve Çevresel İstikrarlılık”, ss. 113-31.

⁴⁴⁸ Mukadder Mollaoğlu, “Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik”, *2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Özet Kitabı*, İzmir: Meta Basım, 2007, s. 9.

⁴⁴⁹ WHOQOL, “WHOQOL - Measuring Quality of Life| The World Health Organization”, (22.01.2021), <https://www.who.int/tools/whoqol>.

Yaşamı tehdit eden ve kronik hastalıklarda tedaviye bağlı olarak hastanın fiziksel olduğu kadar psikolojik ve sosyal yaşamı da etkilenir. Bu nedenle güncel tedavi yaklaşımlarında temel hedeflerden birisi, hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır.⁴⁵⁰ Bu maksatla sağlık hizmetlerinde yapılan müdahalelerin etkinliğinin ve yaşam kalitesinin hasta açısından değerlendirilebilmesi için klinik ölçme araçları devreye girmiştir. Ancak sağlıkta yaşam kalitesinin ölçülmesinde standart bir uygulama aracından söz etmek mümkün değildir. Bu nedenle farklı ihtiyaç ve problemlere özgü ölçme araçları geliştirilmiştir. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçekleri; "genel ölçekler" (sağlık profilleri ve yararlılık ölçümleri) ve "özel ölçekler" (hastalığa özel, popülasyona özel, işleve özel, soruna özel ölçekler) olarak iki temel gruba ayrılabilir. Genel ölçekler, adı üstünde genel sağlık durumlarını değerlendirmeyi ya da sağlık harcamalarına maliyet analizi yaklaşımını içerir. Özel ölçekler ise çocuk, genç, yaşlı şeklinde belirli bir popülasyona özgü; kanser, diyabet, epilepsi gibi hastalığa özgü ya da ağrı, uyku gibi duruma ve işleve özgü olabilir. DSÖ Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL), yaygın olarak kullanılan genel ölçeklerden birisidir.⁴⁵¹ Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Örgütü (EORTC-European Organization for Research and Treatment of Cancer) tarafından meme, beyin, kolorektal, endometriyum gibi çok sayıda kanser türüne özel geliştirilen modül ve ölçekler ise özel ölçme araçları arasında yer almaktadır.⁴⁵²

Yaşam kalitesinin pek çok faktörden etkilenen değişken bir kavram olması, ölçme araçlarına da yansiyarak boyut farklılıklarına neden olmuştur. Genel olarak sağlıkta yaşam kalitesini ölçmeye yönelik araçlarda; fiziksel, emosyonel, sosyal, günlük rolleri yerine getirme performansı, ağrı ve yorgunluk gibi hastalığa özgü semptomlara ilişkin boyutlar öne çıkmaktadır.⁴⁵³ Ancak yaşam kalitesini araştırma ve geliştirmeye yönelik özel çalışma grupları, farklı boyut ve modellerle yeni yaklaşımlar sunmaktadırlar. Bu konuda DSÖ'nün ve Toronto Üniversitesi'nin yaşam kalitesi birimleri tarafından yapılan çalışmalar dikkat çekicidir.

⁴⁵⁰ Ergün Öksüz, Simten Malhan, *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi: Kalitemetri*, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2005, s. 2.

⁴⁵¹ Müezzinoğlu, "Yaşam Kalitesi", ss. 25-29.

⁴⁵² EORTCQOL, "Questionnaires - EORTC - Quality of Life: EORTC - Quality of Life", (24.01.2021), <https://qol.eortc.org/questionnaires/>, <https://qol.eortc.org/questionnaires/>.

⁴⁵³ R. Fitzpatrick vd., "Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment.", *BMJ*, C. 305, S. 6861 (1992), ss. 1074-77.

DSÖ, yaşam kalitesini sağlık alanıyla sınırlı tutmayarak hayatın diğer alanları da kapsayacak şekilde altı boyutta ele almıştır. Bu boyutlar aşağıda sıralanmıştır.⁴⁵⁴

- i. *Fiziksel* (ağrı, yorgunluk, uyku vb.),
- ii. *Psikolojik* (pozitif duygular, düşünme/öğrenme/hafıza, özsaygı, beden algısı, negatif duygular vb.),
- iii. *Bağımsızlık düzeyi* (mobilité, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi vb.),
- iv. *Sosyal ilişkiler* (bireysel ilişkiler, sosyal destek vb.),
- v. *Çevresel ilişkiler* (emniyet, sağlık ve sosyal bakıma erişebilirlik, yeni bilgi ve yeteneklerin edinilmesi için fırsatlar, kirlilik/gürültü/trafik/iklim, ulaşım vb.),
- vi. *Din/spiritualite/bireysel inançlar* (spiritual ilişki, hayatın anlam ve amacı, iç huzuru, umut, iyimserlik vb.)

Toronto Üniversitesi yaşam kalitesi araştırma birimi tarafından yaşam kalitesi, "bir bireyin hayatındaki önemli fırsatlardan zevk alma derecesi" olarak tanımlanmıştır. Her bireyin yaşamında sahip olduğu fırsat ve kısıtlamalara bağlı olarak ortaya çıkan imkânlar, kişisel ve çevresel faktörlerin etkileşimini yansıtır. Toronto Üniversitesi'nin modeli, yaşam kalitesine; "var olma", "ait olma", "olma/gerçekleştirme" başlıkları altında üç boyutlu holistik bir yaklaşım sunar. Bu modelde sağlık ve refahın hem bileşenleri hem de belirleyicileri dikkate alınmıştır. Buna göre bireylerin fiziksel, psikolojik ve manevî (spiritual) işlevlerini yerine getirme; çevreleriyle olan ilişkileri; yeteneklerini koruma ve geliştirme fırsatları üzerinde durulmuştur.⁴⁵⁵

Yaşam kalitesi; tarihsel, sosyal ve kültürel bağlama gören değişen dinamik yapısı nedeniyle ortak bir tanıma sığdırmak ve standart boyutlar altında incelemenin mümkün olmadığı anlaşılmaktadır.

Kanser hastalarında yapılan araştırmalar, özellikle kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavilerin yan etkilerine bağlı olarak yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir. Kanser tedavisi hastalarda yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, uyku bozuklukları, nefes darlığı, tat değişiklikleri, mide-bağırsak şikayetleri, enfeksiyon, alopesi (saç ve tüy

⁴⁵⁴ WHO SRPB Quality of Life Group, *Scoring and Coding for the WHOQOL-SRBP Field-Test Instrument*, Geneva: WHO, 2012.

⁴⁵⁵ University of Toronto, "Quality of Life Research Unit: home page", (22.01.2021), http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm.

dökülmesi) gibi olumsuzluklara neden olmaktadır.⁴⁵⁶ Diğer taraftan tedaviye bağlı olumsuzluklar bedensel boyutu da aşarak psikososyal problemleri de beraberinde getirmektedir.⁴⁵⁷ Bunlar arasında fonksiyonel yetersizlik, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük, izolasyon, iş ve meslek yaşamında performans düşüklüğü,⁴⁵⁸ aile ve sosyal yaşamda ilişkileri sürdürmede zorluk,⁴⁵⁹ umutsuzluk, gelecek hakkında belirsizlik, benlik saygısında azalma,⁴⁶⁰ uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete⁴⁶¹ gibi önemli sorunlar yer almaktadır. Görüldüğü gibi kansere bağlı olumsuzluklar; fiziksel, psikolojik, sosyal ve maddî anlamda yaşamın her alanına uzanarak hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir.

5. KANSER HASTALARINDA MANEVİ DANIŞMANLIK

Bu bölümde kanser hastalarında manevi danışmanlığın önemi ile yaşam kalitesi ve ruh sağlığı bağlamında rolü ele alınmıştır.

5.1. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Ruh Sağlığı Bağlamında Manevi Danışmanlığın Rolü

Kanser gibi kronik hastalıklarla karşılaşan birçok hasta için din/maneviyat, başa çıkmada önemli bir kaynaktır. Karşılanmamış manevi ve varoluşsal ihtiyaçlar, hastalarda genellikle daha düşük yaşam kalitesiyle ilişkilidir. Diğer taraftan manevi ihtiyaçlar, her zaman yaşam doyumu ile ilişkili olmayabilir. Bazen kaygıyla da ilişkili olabilir ve hastaların manevihuzur özlemi olarak da yorumlanabilir. Manevi ihtiyaçlar; psikososyal, duygusal, varoluşsal ve dini ihtiyaçları kapsayan geniş bir çerçevede ele alınmaktadır. Huzur, sağlık ve sosyal desteğe duyulan ihtiyaç, evrensel insan ihtiyaçları

⁴⁵⁶ Seven vd., “Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi”, ss. 219-24; Gümüş, “Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler”, ss. 108-14; Yeşilbalkan vd., “Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar Ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi”, ss. 13-31; Nalan G. Beser, Fatma Öz, “Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C. 7, S. 1 (2003), ss. 47-58.

⁴⁵⁷ Gümüş, “Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler”, ss. 108-14.

⁴⁵⁸ Beser, Öz, “Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi”, ss. 47-58.

⁴⁵⁹ Füsün Afşar, “Sandalye Masajı Kanseri Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesine Katkı Verebilir mi?”, 3. *Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri ve Sunum Kitabı*, İzmir: SAYKAD, 2010, s. 38.

⁴⁶⁰ Karabulutlu, Yaralı, Karaman, “Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey”, ss. 881-90; Gümüş, “Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler”, ss. 108-14.

⁴⁶¹ Kevser Yeter, Ayşegül Savcı, Fatma Deniz Sayiner, “Meme Kanseri Rekonstrüktif Cerrahinin ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi”, *Meme Sağlığı Dergisi*, C. 5, S. 2 (2009), ss. 65-68.

olarak kabul edilir ve uzun süreli hastalık seyri olan hastalarda özel bir öneme sahiptir. Çünkü bu durum hastaların; aktif, kendini gerçekleştiren, verici bir birey rolünden, “pasif ve acı çeken” bir birey rolünegeçiş yapması anlamına gelmektedir. Bireylerin manevi ihtiyaçlarının ise dört temel boyutla ilişkili olduğu bildirilmektedir: İlişki, huzur, anlam/amaç ve aşkınlık. Dolayısıyla onkoloji ve ilgili diğer alanlarda hastaların fiziksel, duygusal, sosyal, varoluşsal ve manevi ihtiyaçlarının bütüncül olarak karşılanması önemlidir.⁴⁶²

Kanser, yaşam kalitesi ve yaşam doyumunu etkileyen önemli bir stresördür. Hastalarda kanser tanısıyla birlikte yaşam, aniden kesintiye uğrar ve kanser deneyiminin entegre edildiği yeni bir yaşam dönemi başlar. Ancak entegre etme süreci, her hasta için aynı değildir. Bu sürecin kolaylık ya da zorluğunu tayin eden pek çok faktör söz konusudur. Bunların başında başa çıkma yöntem ve kaynakları gelmektedir. Ayrıca bu süreçte, hastalarda fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutların etkileri yanında manevi boyutun da etkileri de önemlidir. İlgili literatür, kanser gibi yaşamı kesintiye uğratan krizlerde, yaşamdaki anlam ve amacı yeniden inşa etme sürecinde manevi boyutun işlevinin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır.⁴⁶³

Balboni ve arkadaşlarının ileri düzey kanser hastalarında yaptığı bir çalışma; dini bir topluluk ve tıbbi sistem tarafından sağlanan manevi desteğin, hastalarda yaşam kalitesi ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca dindarlık, hayatı uzatmak için gereken tüm önlemleri yerine getirme çabasıyla anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.⁴⁶⁴

Meme kanseri hastalarda yapılan bir çalışmada teşhis, ameliyat ve tedavi dönemlerinin, hastalar için duygusal ve ruhsal bir gerilimi tetikleyebilecek stresli ve endişe uyandıran zamanlar olduğu vurgulanmaktadır. Bu gerilimin teşhisten ameliyata kadar geçen süre içinde en güçlü görüldüğü ve zaman geçtikçe zayıfladığı bildirilmektedir.⁴⁶⁵

⁴⁶² Büssing, Koenig, “Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases”, ss. 18-27.

⁴⁶³ Manning-Walsh, “Spiritual Struggle”, ss. 120-40.

⁴⁶⁴ Balboni vd., “Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life”, ss. 555-60.

⁴⁶⁵ Terry Lynn Gall, Cynthia Bilodeau, “The role of positive and negative religious/spiritual coping in women’s adjustment to breast cancer: A longitudinal study”, *Journal of Psychosocial Oncology*, C. 38, S. 1 (2020), ss. 103-17, doi:10.1080/07347332.2019.1641581.

Birçok araştırmada, kanser hastalarında anksiyete ve depresyon bağlamında maneviyat ve manevi iyilik hali ölçümleri, daha iyi yaşam kalitesi ve psikosozyal işlevsellikle ilişkili bulunmuştur.⁴⁶⁶ Benzer şekilde olumlu dini başa çıkmanın, ilerlemiş kanser hastaları arasında daha iyi psikolojik iyilik hali ve genel yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Yine kanser hastalarında travma sonrası gelişime, din ve maneviyatın olumlu etkisi olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır.⁴⁶⁷

Bir araştırmada, gelişmiş bir psikospiritüel iyilik haline sahip kanser hastalarının, hastalık süreciyle daha etkili bir şekilde baş edebildiği ve deneyimlerinde anlam bulabildiği gözlenmiştir. Prognostik farkındalık, aile ve sosyal destek, özerklik, umut ve yaşamdaki anlam gibi faktörlerin de pozitif psiko-spiritüel iyilik haline katkıda bulunduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan duygusal sıkıntı, kaygı, çaresizlik, umutsuzluk ve ölüm korkusunun ise psikospiritüel iyilik halini azalttığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının da psikospiritüel iyilik halini artırmada önemli bir rolü olduğu tespit edilmiştir.⁴⁶⁸

Kristeller ve arkadaşlarının, kansere uyumda din ve maneviyatın etkilerini inceledikleri çalışmalarında, gruplar arası farklılıklara ilişkin tespit ettikleri ikili kümelerden bazıları; yüksek D/M ile en düşük düzeyde depresyon; en yüksek depresyon düzeyi ile negatif dini başa çıkma; düşük D/M ile kansere en zayıf uyum şeklinde olmuştur.⁴⁶⁹

Kanser hastalarında yapılan bir başka çalışmada da dini teselli ile kaygı arasında negatif yönde, umut ile pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu çalışma dini inançlarında daha fazla teselli bulan hastaların, daha güçlü bir umut ve daha az kaygı hissettiklerini göstermiştir. Ayrıca dini korku/suçluluk algısı düştükçe, dini tesellinin umut yoluyla kaygının azalması üzerindeki etkisinin arttığı ortaya çıkmıştır. Bu bulguya

⁴⁶⁶ Vallurupalli vd., "The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy", ss. 81-87; Wenzel vd., "Resilience, Reflection, and Residual Stress in Ovarian Cancer Survivorship", ss. 142-53; Boscaglia vd., "The Contribution of Spirituality and Spiritual Coping to Anxiety and Depression in Women with a Recent Diagnosis of Gynecological Cancer", ss. 755-61.

⁴⁶⁷ Winkelman vd., "The Relationship of Spiritual Concerns to the Quality of Life of Advanced Cancer Patients", ss. 1022-28.

⁴⁶⁸ Lin, Bauer-Wu, "Psycho-Spiritual Well-Being in Patients with Advanced Cancer", ss. 69-80.

⁴⁶⁹ Jean L. Kristeller vd., "Understanding Religious and Spiritual Influences on Adjustment to Cancer: Individual Patterns and Differences", *Journal of Behavioral Medicine*, C. 34, S. 6 (2011), ss. 550-61, doi:10.1007/s10865-011-9335-7.

bağlı olarak dini suçluluğun hastalarda dini kaynakların kullanımını engelleyebileceği ifade edilmiştir.⁴⁷⁰

İlgili literatür, din ve maneviyatın kanser hastaları için hem başa çıkma kaynağı hem de sıkıntı kaynağı olduğunu göstermektedir.⁴⁷¹ Dolayısıyla kanser araştırmalarında din ve maneviyatın etkileri, her zaman olumlu yönde bulgular ortaya koymamaktadır. Özellikle olumsuz dini başa çıkma, D/M çatışma (R/S struggle) veya distresin (Tanrı tarafından terk edilmiş hissetme gibi) dindarlık algısı ve yaşam kalitesinde azalma ve olumsuz ruh sağlığı değişkenlerinde (stres, anksiyete, depresyon vb.) artış ile ilişkili olduğu gösterilmektedir.⁴⁷²

Karabulutlu ve arkadaşları, kanser hastalarında pozitif dini başa çıkma stilleri ile distres toplam puan ortalamaları arasında negatif bir korelasyon olduğunu bulgulamıştır.⁴⁷³ Bir başka çalışmada ise negatif dini başa çıkmanın, depresif ruh hali ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.⁴⁷⁴ Meme kanseri hastalarda yapılan bir çalışma da D/M çatışmanın, düşük yaşam kalitesi ve yaşam doyumuyla da ilişkili olduğunu göstermiştir.⁴⁷⁵

Palyatif radyoterapi alan kanser hastalarında manevi kaygılar (spiritual concerns) ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada manevi kaygılar; manevi çatışma ve manevi arayış şeklinde iki alt boyutta kategorize edilmiştir. Örneklemin % 86'sının bir ya da daha fazla manevi kaygı taşıdığı ortaya çıkmıştır. "Manevi çatışma" alt boyutunda "Tanrı'nın bunun olmasına neden izin verdiğini merak etmekteyim" (% 30) ve "Tanrı'nın beni terk edip etmediğini merak etmekteyim" (% 29) maddeleri, hastalar tarafından en fazla işaretlenen iki madde olmuştur. "Manevi arayış" alt boyutunda ise en yaygın maddeler; "Tanrı ile daha yakın bir bağlantı aramak" (% 54) ve "hayata anlam veren şeyin ne olduğu hakkında düşünmek" (% 54) olmuştur. Bu çalışmada daha genç yaşın, daha fazla manevi kaygı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yine genel manevi çatışmanın, manevi arayışın ve manevi kaygının her birinin daha

⁴⁷⁰ Zarzycka vd., "Religious comfort and anxiety in women with cancer", ss. 1829-35.

⁴⁷¹ Peteet, Balboni, "Spirituality and religion in oncology", ss. 280-89.

⁴⁷² Krause, Ironson, Pargament, "Spiritual Struggles and Resting Pulse Rates", ss. 261-65.

⁴⁷³ Karabulutlu, Yaralı, Karaman, "Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey", ss. 881-90.

⁴⁷⁴ Gall, Bilodeau, "The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer", ss. 103-17.

⁴⁷⁵ Manning-Walsh, "Spiritual Struggle", ss. 120-40.

kötü psikolojik yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın diğer iki önemli bulgusu ise şunlardır: Birincisi; manevi arayış alt boyutunda "hayata anlam veren şeyin aranması" maddesi ile daha kötü genel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. İkincisi ise "Tanrı tarafından terk edilmiş hissettiğini" bildiren hastalarda genel yaşam kalitesinin daha kötüye gitme eğilimi olduğu bulunmuştur. Ayrıca örneklemin yine % 86'sı tıbbi ortamda sağlık uzmanlarının hastaların manevi kaygılarını dikkate alması gerektiğini ifade etmiştir.⁴⁷⁶

Deneysel bir anti-kanser ajanın Faz 1 çalışmasında gönüllü olarak yer alan ilerlemiş kanser hastalarından oluşan bir grup; Faz 1 çalışmasında yer almayan fakat kanser tedavisi gören ilerlemiş kanser hastası bir grup ile maneviyat, dini başa çıkma (dini problem çözme stili) ve yaşam kalitesi düzeyleri bakımından karşılaştırılmıştır. Her iki grubun da maneviyat ve yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Faz 1 grubunun "işbirlikçi dini problem çözme" stilini daha fazla kullandığı ve regresyon analizi sonucunda maneviyat düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada Faz 1 grubunda, maneviyat ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde; işbirlikçi dini problem çözme stili ile yaşam kalitesinin sosyal iyilik hali ve duygusal iyilik hali alt boyutları arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁴⁷⁷

Meme kanseri kadın hastalarda yapılan nitel bir çalışmada, hastalardan dört açık uçlu soruya, kısa cevaplar yazmaları istenmiştir. Bu sorular; "teşhisten önce hayatınızda din ve inancın rolünü", "Tanrıyla ilgili görüşünüzün, teşhisten nasıl etkilendiğini", "inancınızın veya dini inançlarınızın teşhisten nasıl etkilendiğini", "teşhisten bu yana davranışlarınızda, ilişkilerinizde veya yaşam hedeflerinizde yaptığınız değişiklikleri" tanımlayınız, olarak yöneltilmiştir. Çalışmada hastalar, "Tanrı'ya yüksek düzeyde bağlılık" ve "Tanrı'ya düşük düzeyde bağlılık" algısı olanlar şeklinde iki gruba ayrılmıştır. İlk üç soruya yönelik "Tanrı'ya yüksek düzeyde bağlılık" algısı olan hastaların yanıtlarından (1) Tanrı'nın planına ve amacına güven ve (2) hayata Tanrı'nın gözünden bakmak, şeklinde iki tema ortaya çıkmıştır. "Tanrı'ya düşük düzeyde bağlılık"

⁴⁷⁶ Winkelman vd., "The Relationship of Spiritual Concerns to the Quality of Life of Advanced Cancer Patients", ss. 1022-28.

⁴⁷⁷ Christopher K. Daugherty vd., "Trusting God and medicine: Spirituality in advanced cancer patients volunteering for clinical trials of experimental agents", *Psycho-Oncology*, C. 14, S. 2 (2005), ss. 135-46, doi:10.1002/pon.829.

algısı olan hastalarda ise (1) Tanrı için içindedir, ancak uzaktadır ve (2) Tanrı yedek olarak geridedir, şeklinde iki tema belirlenmiştir. Son soruya yönelik olarak ise "Tanrı'ya yüksek düzeyde bağlılık" algısı olan hastalar, genel olarak ilişkisel ve özgeci (altruistik) yaşam tarzı değişiklikleri bildirmişlerdir. Bu değişimlerin odak noktasında da aile, arkadaşlar, diğer insanlar ve meme kanseri teşhisi konan diğer hastaların olduğu belirlenmiştir. Tanrı'nın yaşamları için bir plan ve amacı olduğunu düşünen ve hayatı Tanrı'nın gözünden gören hastaların, kendilerini olduğu kadar başkalarını da etkileyen değişiklikler yapması şaşırtıcı bulunmamıştır. "Tanrı'ya düşük düzeyde bağlılık" algısı olan hastalar ise daha çok kendileriyle ilgili ben-merkezci tutumlar ve yaşam tarzı değişiklikleri bildirmişlerdir. Bunlar arasında stresten uzaklaşma, egzersiz yapma, sağlıklı beslenme, kendilerini mutlu edecek hobiler edinme vb. yer almıştır.⁴⁷⁸

Onkolojide din ve maneviyatın rolüne ilişkin çalışmaların örneklem grubu, yalnızca kanser hastaları değildir. Aynı zamanda hasta yakınları, hekimler, hemşireler, hasta bakıcıları, yardımcı sağlık personeli, ruh sağlığı uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, manevi bakım sağlayıcıları vb. gruplar da bu çalışmaların kapsamındadır.⁴⁷⁹ Kanser hastalarının yaşamış olduğu manevi distrese ilişkin onkolog ve hemşirelerin tutum ve uygulamalarını inceleyen bir çalışmada; hem onkologların (% 37,5) hem de hemşirelerin (% 47,5) önemli bir kısmının, çalışma ortamlarında manevi distressi ele almada kendilerini birinci derecede sorumlu hissettikleri belirlenmiştir. Bununla birlikte, onkolog ve hemşirelerin % 85'den fazlası, bir papazın bu tür sorunları ele almasının gerekli olduğunu ifade etmiştir. Yine bu çalışmada onkologların % 11,8'i ve hemşirelerin % 8,5'i tarafından manevi distress, kötü prognoz öyküsü nedenleri arasında ilk üç sırada gösterilmiştir.⁴⁸⁰

5.2. Kanser Hastalarında Kavram ve Uygulama Boyutuyla Manevi

Danışmanlık

Ülkemizde olduğu gibi Batı'da da özellikle sağlık alanında yapılan çalışmalarda din ve maneviyat merkezli müdahalelere yönelik net bir kavram birliği olmadığı

⁴⁷⁸ Judith Schreiber, Jean Edward, "Image of God, Religion, Spirituality, and Life Changes in Breast Cancer Survivors: A Qualitative Approach", *Journal of Religion & Health*, C. 54, S. 2 (2015), ss. 612-22, doi:10.1007/s10943-014-9862-y.

⁴⁷⁹ Peteet, Balboni, "Spirituality and religion in oncology", ss. 280-89.

⁴⁸⁰ Jean L. Kristeller, Collette Sheedy Zumbun, Robert F. Schilling, "'I would if I could': how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients", *Psycho-Oncology*, C. 8, S. 5 (1999), ss. 451-58.

anlaşılmaktadır. İlgili çalışmalarda ülkemizde "manevi danışmanlık" kavramıyla yakından ilişkili ya da benzer anlamda farklı kavramlara rastlamak mümkündür. Bunlar arasında; pastoral danışmanlık (pastoral counselling⁴⁸¹), pastoral bakım (pastoral care⁴⁸²), manevi bakım (spiritual care⁴⁸³), manevi danışmanlık (spiritual counselling⁴⁸⁴), manevi destek (spiritual support⁴⁸⁵), manevi müdahale (spiritual intervention⁴⁸⁶) gibi kavramlar yer almaktadır. Bazı araştırmacılar, manevi bakım ve manevi müdahale kavramlarının diğerlerine göre daha kapsayıcı olduğunu savunmaktadır. "Manevi bakım"ı öne çıkaran yaklaşımlar, kavramın tanımlanmasında genel olarak insanın "varoluşsal" yönüne atıfta bulunmaktadır. Bu tanımlara göre manevi bakım; "bakımın diğer boyutlarını kapsayan ve bütünleştiren bir bakım felsefesi"; "anlam, amaç, ilişki ve bütünlük konularına odaklanan özel bir müdahale" şeklindedir.⁴⁸⁷ Sinclair ve Chochinov ise manevi bakımı; "bağlılığı, bütünlüğü, şifayı, anlamı ve amacı desteklemek için bir bireyin nihai gerçeklikle ilgili inançlarına, değerlerine, davranışlarına ve deneyimlerine katılan hasta merkezli bir müdahale olarak" tanımlamaktadır.⁴⁸⁸ Manevi bakım kısaca, spesifik manevi ihtiyaçlar için destek olarak da ele alınabilir.⁴⁸⁹

Diğer taraftan tüm bu kavramların "manevi müdahale" kavramı içine de dahil edilebileceği düşünülmektedir. Manevi müdahale ise Paloutzian ve Ellison'ın maneviyat kavramsallaştırmasına dayanarak "dini (Tanrı ile uyum sağlama gibi) ve varoluşsal

⁴⁸¹ Emmanuel Y. Lartey, "Pastoral Counselling in Multi-Cultural Contexts", *American Journal of Pastoral Counseling*, C. 5, S. 3-4 (2002), ss. 317-29, doi:10.1300/J062v05n03_07.

⁴⁸² Carrie Doehring, *The Practice of Pastoral Care: A Postmodern Approach*, Louisville, Kentucky: Westminster Jhon Knox Press, 2006.

⁴⁸³ Tracy Anne Balboni vd., "Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death", *Journal of Clinical Oncology*, C. 28, S. 3 (2010), ss. 445-52, doi:10.1200/JCO.2009.24.8005.

⁴⁸⁴ Rigved Tadwalkar vd., "The Beneficial Role of Spiritual Counseling in Heart Failure Patients", *Journal of Religion and Health*, C. 53, S. 5 (2014), s. 1575, doi:10.1007/s10943-014-9853-z; S.P. Pandya, "Spiritual Counseling Program For Children with Anxiety Disorders: A Multi-City Experiment", *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, C. 72, S. 1 (2018), ss. 45-57, doi:10.1177/1542305018761631.

⁴⁸⁵ Balboni vd., "Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life", ss. 555-60; Caroline Guilherme vd., "Effect of the 'Spiritual Support' Intervention on Spirituality and the Clinical Parameters of Women Who Have Undergone Mastectomy: A Pilot Study", *Religions*, C. 7, S. 3 (2016), s. 26.

⁴⁸⁶ Jean L. Kristeller vd., "Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): Patient Acceptability and Initial Evidence of Effects", *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, C. 35, S. 4 (2005), ss. 329-47, doi:10.2190/8AE4-F01C-60M0-85C8; Oh, Kim, "The effects of spiritual interventions in patients with cancer", ss. 290-301; Renske Kruizinga vd., "The effect of spiritual interventions addressing existential themes using a narrative approach on quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis", *Psycho-Oncology*, C. 25, S. 3 (2016), ss. 253-65, doi:10.1002/pon.3910.

⁴⁸⁷ Christina Puchalski, Betty Ferrell, *Making healthcare whole: integrating spirituality into patient care*, West Conshohocken: Templeton Press, 2010; (akt.) Sinclair, Chochinov, "The Role of Chaplains within Oncology Interdisciplinary Teams", ss. 259-68.

⁴⁸⁸ Sinclair, Chochinov, "The Role of Chaplains within Oncology Interdisciplinary Teams", ss. 259-68.

⁴⁸⁹ Peteet, Balboni, "Spirituality and religion in oncology", ss. 280-89.

yönleri (kişinin yaşamında anlam ve amaç bulma gibi) içeren herhangi bir yaklaşım" olarak tanımlanabilir.⁴⁹⁰ Kanser hastalarında dini/manevi uygulamalarla ilgili literatürde de manevi bakım ve manevi müdahale terimlerinin daha sık kullanıldığı görülmektedir.

Batı ülkelerinde, hastanede görevli papazlar (chaplain) onkoloji ekibinin (doktor, hemşire, psikolog vb.) önemli bir üyesi olarak kabul edilir ve kanser hastalarına yönelik manevi (spiritüel) müdahalelerin planlanmasında ve uygulanmasında görev alırlar.⁴⁹¹ Bu nedenle onkoloji alanında hastane din görevlilerinin (chaplain) manevi (spiritual) temelli teori ve uygulamalarını içeren geniş bir literatür oluşmuştur.⁴⁹² İlgili literatürde hastane din görevlilerinin uzun süreli deneyim ve gözlemleri ile alana ilişkin çok sayıda çalışmaların sonuçlarına dayanarak geliştirmiş oldukları çeşitli manevi bakım modelleri vardır. Bu modellere örnek olarak Kestenbaum ve arkadaşları tarafından geliştirilen "manevi değerlendirme ve müdahale modeli" (Spiritual AIM: Spiritual Assessment and Intervention Model) verilebilir. Model, her insanın üç temel manevi ihtiyacı olduğunu varsayar: (i) Anlam ve yön; (ii) kendilik değeri ve ait olma; (iii) uzlaşma (Tanrı ve başkaları tarafından bağışlanma arzusu) ve sevmek/sevilmek. Manevi değerlendirme ve müdahale modeli, herhangi bir kriz durumunda (kanser gibi ölümcül bir hastalıkla yüzleşmek gibi) üç temel manevi ihtiyaçtan birinin daha güçlü bir şekilde ortaya çıktığını, bunun ise hastanın öznel düşüncelerini ve duygularını etkilediği gibi aynı zamanda gözlemlenebilir ifade ve davranışlarını da etkilediğini ileri sürer.⁴⁹³

Araştırmalar, ileri evre kanser hastalarında psikolojik sıkıntı ve varoluşsal kaygılarla ilgili semptomların, ağrı ve diğer fiziksel semptomlara göre daha yaygın olduğunu göstermektedir.⁴⁹⁴ Kanser hastalarının manevi ihtiyaçlarının karşılanmamasının ise genel iyilik halini, bakımdan duyulan memnuniyeti, algılanan

⁴⁹⁰ Raymond F. Paloutzian, Christopher G. Ellison, "Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life", *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*, ed. Letitia Anne Peplau, Daniel Perlmán, New York: John Wiley and Sons, 1982, ss. 224-37; (akt.) Oh, Kim, "The effects of spiritual interventions in patients with cancer", ss. 290-301.

⁴⁹¹ Kestenbaum vd., "What Impact Do Chaplains Have?", ss. 707-14.

⁴⁹² Sarah C. Johnson, Bernard Spilka, "Coping with Breast Cancer: The Roles of Clergy and Faith", *Journal of Religion and Health*, C. 30, S. 1 (1991), ss. 21-33, doi:10.1007/BF00986676; Sinclair, Chochinov, "The Role of Chaplains within Oncology Interdisciplinary Teams", ss. 259-68; Shane Sinclair, Marlene Mysak, Neil A. Hagen, "What Are the Core Elements of Oncology Spiritual Care Programs?", *Palliative & Supportive Care*, C. 7, S. 4 (2009), ss. 415-22, doi:10.1017/S1478951509990423; Kestenbaum vd., "What Impact Do Chaplains Have?", ss. 707-14.

⁴⁹³ Shields, Kestenbaum, Dunn, "Spiritual AIM and the Work of the Chaplain", ss. 75-89; Kestenbaum vd., "What Impact Do Chaplains Have?", ss. 707-14.

⁴⁹⁴ Portenoy vd., "The Memorial Symptom Assessment Scale", ss. 1326-36.

bakım kalitesini etkilediği gibi ayrıca daha yüksek sağlık harcamalarıyla da ilişkili olduğu ifade edilmektedir.⁴⁹⁵ Pearce ve arkadaşlarının yatarak tedavi gören ilerlemiş kanser hastalarıyla yaptığı bir çalışmada, talep edilenden daha az "manevi bakım" alan hastaların daha fazla depresif semptomlar gösterdiği, daha az anlam ve huzur bulduğu belirlenmiştir.⁴⁹⁶ Sağlık bakım ekibi tarafından dinî/manevi ihtiyaçları sağlanan hastalarda, artan manevi bakım algısı; daha yüksek düzeyde memnuniyet, psikolojik ve ruhsal uyum⁴⁹⁷, yaşam kalitesi⁴⁹⁸ ile ilişkilendirilmiştir. Çok sayıda hastanenin (n=3585) dâhil edildiği kesitsel bir araştırmada, papazlık hizmetleri sunan hastanelerde anlamlılık seviyesinde daha düşük hastane ölüm oranları tespit edilmiştir.⁴⁹⁹

Maneviyat, anlam ve inanç konularının ilerlemiş kanser hastalarının destekleyici bakımına entegre edilmesinin, optimal destekleyici bakımın önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Breitbart, kanser hastalarında destekleyici bakımın sınırları içinde olan varoluşsal ve manevi konuları; ölüm arzusu, intihar isteği, moral bozukluğu sendromu, umutsuzluk, anlam kaybı, ıstırap, itibar, kader, prognoz hakkında bilgi, maneviyat ve destekleyici müdahale geliştirme olarak sıralamıştır.⁵⁰⁰

Bir çalışmada da varoluşsal kaygıların geniş ilişki ağı dikkate alınarak onkoloji alanına yönelik manevi bakımda, dört temel alana dikkat çekilmiştir: *Kimlik/değer* (dünyadaki yerim neresi?); *umut* (ne için umut edebilirim?); *anlam/amaç* (hayatta en önemli olan nedir?); *ilişki* (kime güvenebilirim?).⁵⁰¹ Aşağıda, bu temel alanlara ilişkin açıklamalar yapılmıştır:

I. Kimlik/Değer: Kanser tanı ve tedavisi; hastalarda beden, zihin ve günlük rutinler üzerindeki kontrolün zayıflamasına neden olmaktadır. Bu durumda hasta kişi, kim olduğu ve değerinin ne olduğuna ilişkin sorulara cevap arar. Hastalar böyle zamanlarda Tanrı tarafından yüzüstü bırakıldıklarını hissedebilirler ve O'nun beklediğine inandıkları şeye yönelmek için yardıma ihtiyaçları olabilir. Manevi

⁴⁹⁵ Sinclair, Chochinov, "The Role of Chaplains within Oncology Interdisciplinary Teams", ss. 259-68.

⁴⁹⁶ Pearce vd., "Unmet Spiritual Care Needs Impact Emotional and Spiritual Well-Being in Advanced Cancer Patients", ss. 2269-76.

⁴⁹⁷ a.yer.

⁴⁹⁸ Balboni vd., "Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life", ss. 555-60.

⁴⁹⁹ Kevin J. Flannelly vd., "A National Study of Chaplaincy Services and End-of-Life Outcomes", *BMC Palliative Care*, C. 11, S. 10 (2012), ss. 1-6, doi:10.1186/1472-684X-11-10.

⁵⁰⁰ Breitbart, "Spirituality and Meaning in Supportive Care", ss. 272-80.

⁵⁰¹ John R. Peteet, *Depression and the Soul: A Guide to Spiritually Integrated Treatment*, New York: Brunner-Routledge, 2010, s. 121; Peteet, Balboni, "Spirituality and religion in oncology", ss. 280-89.

bakımda, dini inancı olanlara kendilerinin Tanrı tarafından yaratıldığını ve hala Tanrı tarafından sevildikleri hatırlatılabilir. Herhangi bir dini inancı olmayan sekülerler için ise başkalarına bağımlı olduklarında dahi her zaman olduğu gibi ailelerinin ve arkadaşlarının onları sevmeye devam edeceği sık sık hatırlatılarak değer duygusu yeniden teyit edilebilir. Ayrıca hem inançlı hem de seküler hastalarda, çeşitli manevi uygulamaların (dua, meditasyon, müzik dinleme vb.) teşvik edilmesi, kendileri için "yüce ve kutsal olan" ile ilgili hisleri pekiştirmeye yardımcı olabilir.⁵⁰²

II. Umut: Cicero, "hasta için hayat varken umut vardır" demiştir. Umut, kanser hastalarında hayati bir öneme sahiptir. Ampririk literatür, kanser hastalarında umudun, psikososyal iyilik hali üzerinde oynadığı bütünleştirici rolü ortaya koymaktadır.⁵⁰³ İlgili bir literatür taramasında; öz-farkındalık, stresle etkili bir şekilde başa çıkma ve uyum sağlama, başkalarıyla ilişkiler ve bağlılık, inanç duygusu, güçlenme, güven duygusu, anlam ve umutla yaşamının ölümcül hastalarda psikospiritüel iyilik halinin önemli bileşenleri olduğu belirlenmiştir. Gelişmiş bir psikospiritüel iyilik duygusuna sahip hastaların ise ölümcül hastalık deneyimi ile daha etkili bir şekilde başa çıkabildikleri tespit edilmiştir.⁵⁰⁴

Jonhson, hasta popülasyonunda kavram analizi metodolojisini kullanarak umudu tasvir eden 10 temel özellik belirlemiştir: (i) olumlu beklenti; acımasız bir prognoza rağmen daha iyi bir yarın için umutla olumlu bir bakış açısı oluşturmak, (ii) kişisel nitelikler; yaşama ve önemli hedeflere ulaşmaya içsel bir güç ve problem çözme yaklaşımı, (iii) maneviyat; daha yüce bir varlıkla bağlantı, sevilen kişilerle ahirette yeniden birleşme ümidi ve yaşanacak hayatın geri kalanında bir amaç bulma, (iv) hedefler; kısa vadeli hedeflerin belirlenmesi ve bunlara ulaşılması, (v) rahatlık; ağrısız ve rahat olma (vi) yardım/ilgi; dokunma, zevkle dinleme gibi başkalarının davranışları ve doğru bilgi verilmesi, (vii) kişilerarası ilişkiler; arkadaşlar ve aile ile sevgi dolu ilişkiler, sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla dürüst ilişkiler, (viii) kontrol; bakım kararlarına ilişkin bir dereceye kadar girdi ve seçim, (ix) miras; başkaları için değerli bir şeyi geride bırakmak, (x) yaşamın gözden geçirilmesi; geçmiş başarıların onaylanması ve

⁵⁰² Peteet, Balboni, "Spirituality and religion in oncology", ss. 280-89.

⁵⁰³ Susan E. McClement, Harvey Max Chochinov, "Hope in Advanced Cancer Patients", *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, C. 44, S. 8 (2008), ss. 1169-74, doi:10.1016/j.ejca.2008.02.031.

⁵⁰⁴ Lin, Bauer-Wu, "Psycho-Spiritual Well-Being in Patients with Advanced Cancer", ss. 69-80; Peteet, Balboni, "Spirituality and religion in oncology", ss. 280-89.

başkalarının yaşamlarına katkı sağlamış olmak.⁵⁰⁵ Bu kavram analizinden elde edilen sonuçlar, hastalar için umudun ne kadar kapsayıcı ve derinlikli bir anlam taşıdığını göstermektedir.

Kanser, hastalar en çok umutsuzluğa düşüldüğünde tehlikeli ve korkutucudur. Kanser hastalığında gerçekçi bir umut nesnesinin ne olduğu sorusuna cevap bulmak oldukça zordur. Umut; bazen tümörün türü, hastalık evresi, tedavi, daha fazla zaman, yaşam kalitesi veya iyi bir ölümle ilgili olabilmektedir. Kanser tanısı alan kişi, en derin umutlarının ve nihai hedeflerinin ne olduğu sorularıyla yüzleşebilir. Bu sorular bazen "bu hayatta ve sonraki hayatta yanımda olması için Tanrı'ya güvenebilir miyim?" şeklinde manevi temelli olabilir. Manevi bakımda, hastaların yanıt aradıkları soru ve sorgulamalarında yardımcı olmak gereklidir.⁵⁰⁶

III. Anlam/Amaç: Kanser, yalnızca gelecekte ne beklenebileceği konusunda değil, aynı zamanda şu anda nasıl yaşanacağı hakkında da sorulara yanıt arar. Hastalar, "şu anda önemli olan nedir?", "eski önceliklerim hala geçerli mi?" gibi sorularla meşgul olabilir. Bu sorulara yanıt bulmak bazen rahatsız edici bir anlam krizine yol açabilir. Ancak kişi, her gün yaşamak için bir neden bulursa hayat, daha değerli görünebilir. Aktif bir çabanın sonucu olan bu durum, hasta için yeni arayışları da beraberinde getirir. Kendisiyle benzer aşamalardan ve sorgulamalardan geçmiş diğer hastalarla konuşmak, yeni kanser hastasının krizden, hastalığa uyum sürecine geçmesine yardımcı olabilir.⁵⁰⁷

Breitbart ve arkadaşları tarafından, ilerlemiş kanserli hastaların yaşamlarında bir anlam, huzur ve amaç duygusunu sürdürmelerine veya geliştirmelerine yardımcı olmak için "anlam merkezli grup psikoterapisi" geliştirilmiştir. Viktor Frankl'ın çalışmasından etkilenerek planlanan ve 8 haftalık bir müdahaleyi içeren terapi programı; anlam ve ilerlemiş kanser ile ilgili temalara odaklanan didaktik, tartışma ve deneysel alıştırmalardan oluşmaktadır. Her seansta kavramların ve anlam kaynaklarının araştırılması, kanserin kişinin anlam ve kimlik duygusu üzerindeki ilişkisi ve etkisi, kişinin hayatını tarihsel ve kişisel bir bağlama oturtmasıyla (yani kişinin "mirasını"

⁵⁰⁵ Sarah Johnson, "Hope in Terminal Illness: An Evolutionary Concept Analysis", *International Journal of Palliative Nursing*, C. 13, S. 9 (2007), ss. 451-59, doi:10.12968/ijpn.2007.13.9.27418.

⁵⁰⁶ T. Rustøen, "Hope and Quality of Life, Two Central Issues for Cancer Patients: A Theoretical Analysis", *Cancer Nursing*, C. 18, S. 5 (1995), ss. 355-61; Peteet, Balboni, "Spirituality and religion in oncology", ss. 280-89.

⁵⁰⁷ William Breitbart vd., "Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial", *Psycho-oncology*, C. 19, S. 1 (2010), ss. 21-28, doi:10.1002/pon.1556; Peteet, Balboni, "Spirituality and religion in oncology", ss. 280-89.

anlamak) ilgili belirli temalar çerçevesinde hastalarla deneysel bir alıştırma yapılmıştır. Örneğin, üçüncü oturumda; anlamın tarihsel bağlamını ele almak için hastalardan yaşamları üzerinde düşünmeleri ve "bugün kim olduğunuza ilişkinen büyük etkiyi oluşturan en önemli hatıraları, ilişkileri, gelenekleri vb. tanımlayın" sorusuna yanıt bulmaları istenmektedir. Beşinci oturumda ise tutumsal anlam kaynaklarını keşfetmek için "iyi ya da anlamlı ölüm olarak neyi düşünürdünüz?", "sevdikleriniz tarafından hatırlanmayı nasıl hayal edersiniz?" gibi sorulara yanıt vermeleri istenmiştir. İlerlemiş kanser ve sınırlı bir prognoz karşısında her seansın odak noktası, hayattaki anlam ve amaç meseleleri olmasına rağmen, duygusal anlamda destek unsurlarına da yer verilmiştir.⁵⁰⁸

Yeni teşhis almış kanser hastalarında, "anlam arama" odaklı başa çıkma yöntemlerine dayalı bir müdahale programını içeren çalışmada; son testte deney grubunda yer alan katılımcıların, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek öz-saygı, iyimserlik ve öz-yeterlilik seviyesine sahip olduğu bulunmuştur.⁵⁰⁹

IV. İlişki: Kanser teşhisiyle birlikte ortaya çıkan temel sorulardan biri de "kim, benim için burada?". Hastalar ailelerinin ve arkadaşlarının bakımları için yeni sorumluluklar alıp almayacaklarını merak ederler. "Bu durum ilişkimizi nasıl değiştirir?" ve "biri beni anlayabilecek ve benimle bu süreçte devam edebilecek mi?" gibi sorularla da meşgul olurlar. Kanserli dindar hastalar, kendilerini Tanrı tarafından terk edilmiş hissedebilir veya O'nun desteğini geri kazanmak için mücadele edebilir. Ayrıca kendilerini herhangi bir insandan çok O'nun tarafından desteklenmiş hissedebilirler. Dua, ibadet veya dini ritüeller onlar için çok önemli olabilir. Dindar olmayan bireyler ise genellikle nihai endişelerini başka bir insanla paylaşmaya önem verirler. Mesajlar, telefon görüşmeleri, bireyin dini cemaatinden veya sosyal çevresinden gelen yardım teklifleriyle sağlanan sosyal destek, kendilerini kimsesiz ve yalnız hissedenler için güçlü bir motivasyon olabilir. Manevi bakım ekibi, bireyin inancıyla ilgili çelişkili duygu ve düşünceler, hastalığa izin verdiği için Tanrı'ya öfke;

⁵⁰⁸ Breitbart vd., "Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer", ss. 21-28; Breitbart, "Spirituality and Meaning in Supportive Care", ss. 272-80.

⁵⁰⁹ Virginia Lee vd., "Meaning-Making Intervention during Breast or Colorectal Cancer Treatment Improves Self-Esteem, Optimism, and Self-Efficacy", *Social Science & Medicine* (1982), C. 62, S. 12 (2006), ss. 3133-45, doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.041.

(dinden) uzaklaşma suçluluğu gibi konular hakkında hastalara gerekli desteği verebilir.⁵¹⁰

Kanser hastalarında manevi destek ve danışmaya ilişkin araştırma bulguları; dini gelenek, kültür ve toplumsal faktörlerden etkilenen sonuçlar ortaya koymaktadır. Özellikle terminal dönem hastalarında tıbbi ekipten (doktor, hemşire vb.) ve manevi bakım ekibinden alınan manevi desteğin, palyatif bakım müdahalesi ile yaşam kalitesinde iyileşme ve daha az yoğun bakım müdahalesini öngörmektedir.

Terminal dönem kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada; dini topluluktan (papaz, kilise cemaati vb.) yüksek düzeyde manevi destek alan hastaların, hospis bakım⁵¹¹ (bir palyatif bakım türü) alma olasılığının daha düşük ancak "ölüme yakın yaşam kalitesi" müdahalesinin ve yoğun bakım ünitesinde vefat etme olasılığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan hastalarda, dini topluluk ve tıbbi ekibin (doktor, hemşire, hastane din görevlisi vb.) her ikisinden de manevi destek almanın, daha az yoğun bakım müdahalesi ve yoğun bakım ünitesinde vefat etme oranıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, araştırmacılar tarafından Hristiyan gelenekleri ve ABD'nin dini demografisi çerçevesinde mucizelere olan güçlü inanç ile yorumlanmıştır. Dini toplulukların, müntesiplerine mucizevi iyileşmeyi vurgulayan söylemlerinin ve Hristiyan dini geleneği içinde acı ve ıstırap çekmeyle ilgili inançların tıbbi bakım almaktan kaçınmada önemli etkisi olduğu düşünülmektedir.⁵¹²

Balboni ve arkadaşları tarafından terminal dönem kanser hastalarında yapılan bir çalışmada; dini başa çıkma düzeyi yüksek hastaların, tıbbi ekip tarafından manevi ihtiyaçlarının desteklenmesinin, daha fazla hospis bakım alma ve daha az yoğun bakım ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tıbbi ekipten gelen manevi desteğin ve pastoral bakım ziyaretlerinin, daha yüksek yaşam kalitesi puanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.⁵¹³

⁵¹⁰ Sinclair, Chochinov, "The Role of Chaplains within Oncology Interdisciplinary Teams", ss. 259-68; Peteet, Balboni, "Spirituality and religion in oncology", ss. 280-89.

⁵¹¹ Özlem Yılmaz, Gülistan Bahat, "Yaşlıda Hastane Temelli Palyatif Bakım ve Hospis", *Türkiye Klinikleri Geriatri - Özel Konular*, C. 5, S. 2 (2019), ss. 32-44.

⁵¹² Tracy A. Balboni vd., "Provision of Spiritual Support to Patients With Advanced Cancer by Religious Communities and Associations With Medical Care at the End of Life", *JAMA Internal Medicine*, C. 173, S. 12 (2013), ss. 1109-17, doi:10.1001/jamainternmed.2013.903.

⁵¹³ Balboni vd., "Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer", ss. 445-52.

Onkoloji alanına maneviyatın entegre edilmesine yönelik çalışmaların, Batı'da bir hayli yol katettiği görülmektedir. Bu çalışmalar hastanın holistik bakım ve tedavisine odaklanmaktadır. Dolayısıyla klinik ortamda hastaların dini/manevi (D/M) kaygılarını taramak ve hastaları uygun D/M destek alımına yönlendirmek için çeşitli kaynaklar geliştirilmiştir. Örneğin; Ulusal Kapsamlı Kanseri Ağ (National Comprehensive Cancer Network-NCCN⁵¹⁴) yönergeleri, D/M kaygıların da yer aldığı kısa bir ölçüm aracı olan Distres Termometresi kullanılarak hastaların periyodik olarak taranmasını önermektedir. NCCN, D/M kaygıları olduğu belirlenen hastaların; manevi değerlendirme ve destek için papazlık (chaplaincy) hizmetlerine sevk edilmesini tavsiye eder. Benzer şekilde, Kaliteli Palyatif Bakım için Ulusal Konsensus Projesi (National Consensus Project for Quality Palliative Care-NCP⁵¹⁵), ilk palyatif bakım değerlendirmesinde ve daha sonra periyodik olarak bir hemşire veya sosyal hizmet uzmanı tarafından manevi tarama yapılmasını önermektedir. Manevi rahatsızlığı olan hastalar için NCP, tedavi ekibine dâhil olmuş kurul onaylı bir papaz (chaplain) tarafından resmi ve derinlemesine bir manevi değerlendirme yapılmasını tavsiye eder. Klinisyenlerin D/M sorunları, hassas bir şekilde sorgulamasına yardımcı olacak kaynaklar da mevcuttur. D/M tecrübe ve açıklamalar bireyler ve kültürler arasında büyük ölçüde değişebilir. Dolayısıyla hastaların, kanser teşhisi veya tedavisi ile mücadele etmede kendi inançlarından yararlanmaya teşvik edilmesi etkili bir adımdır. Bu tür inanç açıklamaları bireysel düzeyde farklı özellikler taşıyabilir. Ancak optimal hasta merkezli bakım müdahalelerinde bireysel uygulamaların değerini göstermesi açısından önemlidir.⁵¹⁶

Maneviyatı açıkça tanımlamanın ve ölçmenin zorluğuna rağmen büyüyen bir literatür, onkoloji alanında din ve maneviyatın yerini araştırmaktadır. Genel olarak araştırma bulguları, kanser hastalarında; maneviyat ve manevi iyilik hali ölçümlerinin, yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Kanseri hastalarının çeşitli alanlardaki varoluşsal endişelerini yansıtan manevi ihtiyaçları da önemli bir distres

⁵¹⁴ “NCCN - Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education”, (31.01.2021), <https://www.nccn.org/>.

⁵¹⁵ NCP, “National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP) | NCHPC | National Coalition For Hospice and Palliative Care”, (31.01.2021), <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>.

⁵¹⁶ Crystal L. Park vd., “Religion/Spirituality and Health in the Context of Cancer: Cross-Domain Integration, Unresolved Issues, and Future Directions”, *Cancer*, C. 121, S. 21 (2015), ss. 3789-94, doi:10.1002/cncr.29351.

kaynağıdır. Bu ihtiyaçlara yönelik manevi bakımın ise daha iyi psikolojik ve ruhsal uyum ile yaşamın sonunda daha az palyatif bakım ihtiyacı ile ilişkili olduğu görölmektedir.⁵¹⁷

⁵¹⁷ Peteet, Balboni, “Spirituality and religion in oncology”, ss. 280-89.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

1. ARAŞTIRMA DESENİ

Bu çalışmada, nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte yer aldığı "karma yöntem" kullanılmıştır. Karma yöntem, nicel ve nitel yöntemlerle verilerin toplandığı, analiz edildiği ve her iki yaklaşımın (nicel ve nitel) bütünleştirilerek çıkarımlarda bulunduğu araştırma yöntemi olarak tanımlanabilir.⁵¹⁸

Karma yöntemde; "yakınsayan paralel desen, açılımlayıcı sıralı desen ve keşfedici sıralı desen ve iç içe karma desen" olmak üzere dört temel desen türü tanımlanmaktadır. Bunların yanında birden fazla temel desen bileşenini içeren "dönüştürücü desen ve çok aşamalı desen" de karma desen listesinde yer almaktadır.⁵¹⁹ Bu çalışmada ise karma yöntem desenlerinden "iç içe desen" kullanılmıştır.

İç içe desende veriler, geleneksel nicel ve nitel yöntemlerle toplanır. Bu desende araştırmacının, "deneysel çalışma gibi bir nicel aşamaya nitel bir aşama" ya da "durum çalışması gibi nitel bir aşama içerisine nicel bir aşama" eklemesi mümkündür. İç içe desende yer alan destekleyici aşamalarla, genel desenin geliştirilmesi hedeflenir.⁵²⁰ Deneysel bir çalışmada nitel veriler; müdahale deseninin geliştirilmesi, müdahale sürecinin test edilmesi, veri toplama sürecinin iyileştirilmesi, katılımcıların deneysel uygulama konusundaki görüşlerinin alınması amacıyla kullanılabilir.⁵²¹ Müdahale içeren deneysel bir desende araştırmanın amacı ve problemine göre nitel aşama; deneysel müdahalenin öncesinde, deneysel müdahale sırasında veya sonrasında eklenebilir.⁵²² Bu çalışmada, araştırmanın amacı çerçevesinde nitel aşamaya, deneysel müdahale öncesi yer verilmiştir.

⁵¹⁸ Abbas Tashakkori, John W. Creswell, "Editorial: The New Era of Mixed Methods", *Journal of Mixed Methods Research*, C. 1, S. 1 (2007), s. 3, doi:10.1177/2345678906293042; John W. Creswell, Vicki L. Plano Clark, *Karma Yöntem Araştırmaları: Tasarımı ve Yürütülmesi*, ed. Yüksel Dede, Selçuk Beşir Demir, 2. Baskı Ankara: Anı Yayıncılık, 2015, s. 5.

⁵¹⁹ Creswell, Clark, *Karma Yöntem Araştırmaları: Tasarımı ve Yürütülmesi*, s. 76.

⁵²⁰ a.g.e., s. 80.

⁵²¹ a.g.e., ss. 98-100.

⁵²² John W. Creswell, *Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş*, çev. Mustafa Sözbilir, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2017, ss. 43-45.

Karma yöntem araştırmalarında, araştırma süreçlerinin ve araştırmanın diğer bileşenlerinin gösterilmesinde diyagramlardan faydalanılır. Diyagramlar, araştırmaya ilişkin veri toplama, analiz ve bulguların yorumlanmasını kapsayan aşamalardan oluşur. Karma yöntem araştırmalarında diyagramlar; araştırma yapısının, yöntemin ve sürecin görsel olarak özetini sunar.⁵²³ Sembol sistemlerinin kullanımı da karma yöntem araştırmalarının belirleyici bir özelliğidir. Diyagramlar ve sembol sistemleri, karma yöntem desenlerinin karmaşık yapısının anlaşılmasını ve açıklanmasını kolaylaştırır.⁵²⁴ Literatürde karma yöntem desenleri için standart bir sembol gösterim sistemi bulunmamaktadır. Ancak genel olarak nicel ya da nitel unsurların araştırmadaki önceliğini ya da ağırlığını ifade etmede "NİC", "NİT" şeklinde büyük harfler; ağırlığı daha az olan ya da daha az vurgu yapılan yöntemler için ise "nic", "nit" şeklinde küçük harfle kısaltmalar tercih edilmektedir.⁵²⁵ Sembol sisteminde "+" işareti, yöntemlerin aynı anda işe koşulduğunu; "→" işareti ise yöntemlerin belli bir sırada işe koşulduğunu ifade etmektedir.⁵²⁶ Aşağıda karma yöntem desenlerinde yaygın olarak kullanılan bazı semboller ve anlamları verilmiştir:

- NİC+NİT: Araştırmacı tarafından nicel ve nitel yöntemlerin aynı anda ve eşit ağırlıkta kullanıldığını gösterir. Genel olarak karma yöntem desenlerinden yakınsayan deseni ifade eden bir gösterimdir.
- NİC→nit: Nicel yöntemin öncelikli ve ağırlıklı olduğunu gösterir. Nitel yöntemin, nicel bulguları açıklamaya yardım için ikincil olarak uygulandığını ifade eder. Genel olarak ağımlayıcı desene ait bir gösterim biçimidir.
- NİT→nic: Araştırmada nitel yöntemin öncelikli ve daha fazla vurgulandığını ifade eder. Genel olarak keşfedici deseni anlatan ve iki araştırma yönteminin belirli bir sırada uygulandığını gösteren bir semboldür.
- NİC(+nit): Araştırmacının nicel ağırlıklı bir desende, aynı anda nitel yöntemi de işe koştuğunu ifade eder. Genel olarak iç içe desende, bir deneyin yürütülmesi sırasında kullanılan nitel yöntemlere ilişkin bir gösterim şeklidir.⁵²⁷

Bu araştırmanın temel amacı, deneysel bir müdahale programının (manevi destek programı) geliştirilmesi ve test edilmesi olarak belirlenmiştir. Bu nedenle

⁵²³ a.g.e., s. 53.

⁵²⁴ Cresswell, Clark, *Karma Yöntem Araştırmaları: Tasarımı ve Yürütülmesi*, ss. 118-21.

⁵²⁵ Cresswell, *Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş*, s. 55.

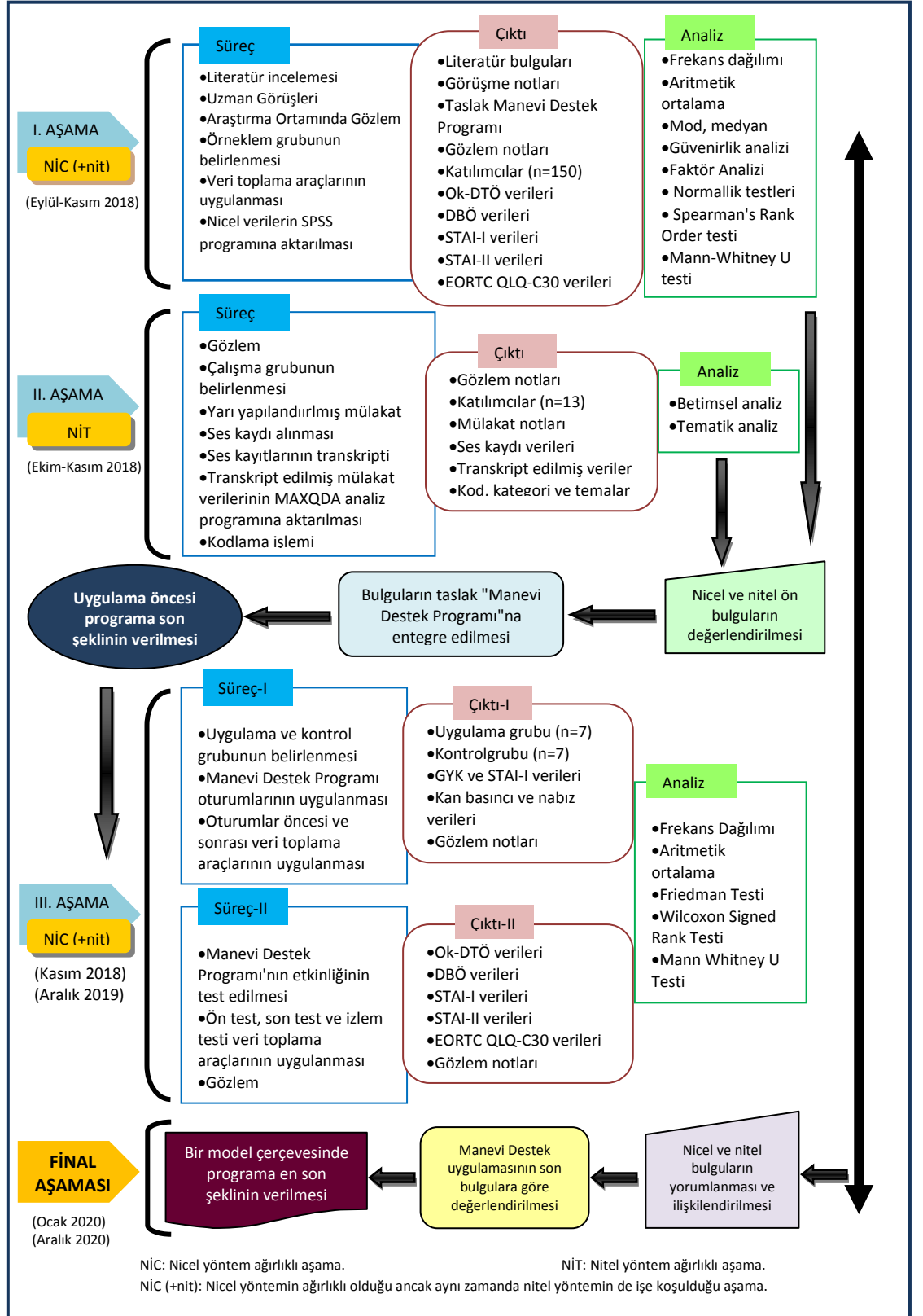
⁵²⁶ Cresswell, Clark, *Karma Yöntem Araştırmaları: Tasarımı ve Yürütülmesi*, s. 120.

⁵²⁷ a.g.e., ss. 120-21.

çalışma, araştırmanın amacıyla örtüşen karma yöntem desenlerinden iç içe desene uygun olarak planlanmış ve yürütülmüştür. Nitel aşamaya ise manevi destek programının iyileştirilmesi ve geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla deneysel müdahale öncesinde yer verilmiştir. Şekil 1'de bu araştırmanın karma desene göre planlanmış akış süreci gösterilmiştir.

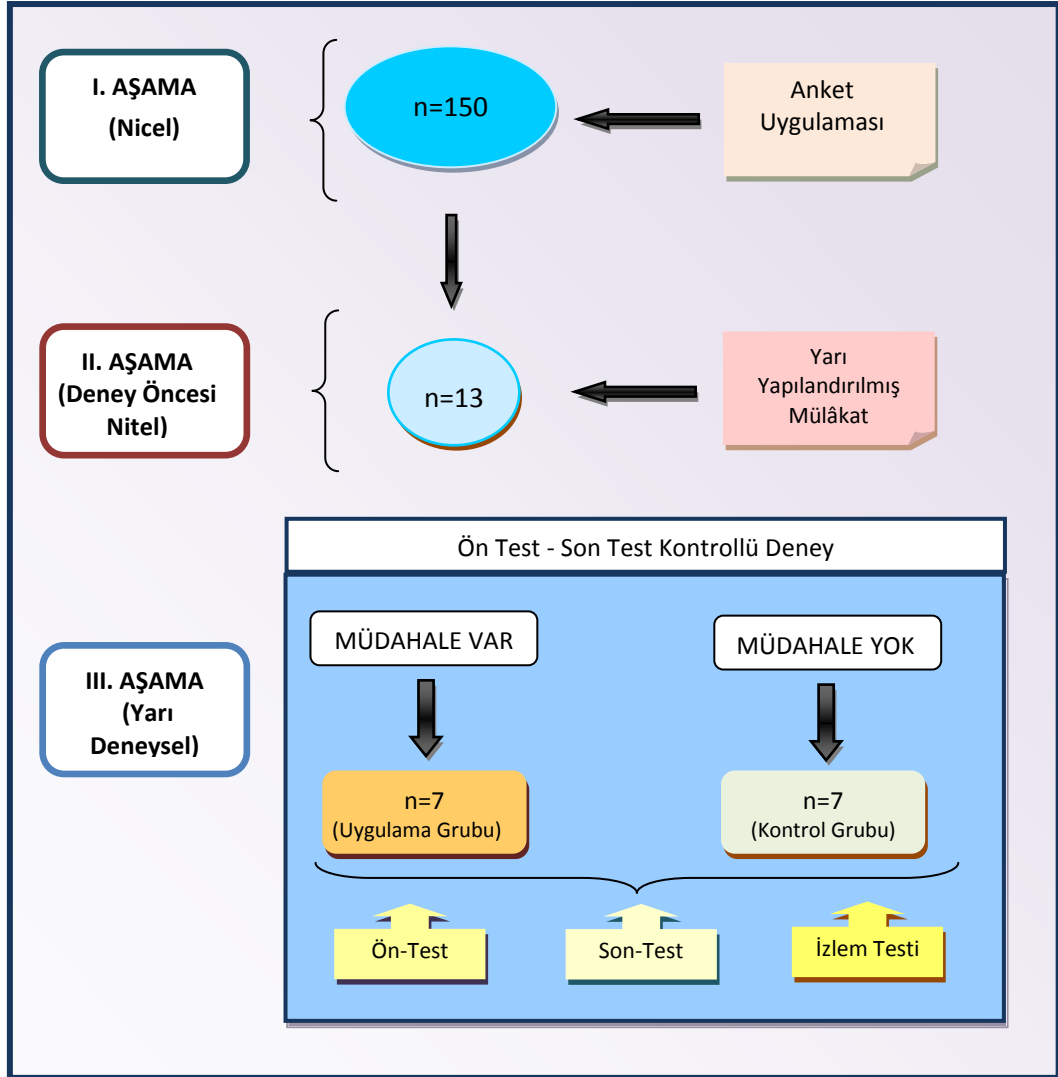
Akış sürecine göre araştırmanın ilk bölümünde nicel araştırma desenlerinden ilişkisel tarama deseni kullanılmıştır. Araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan gönüllü katılımcılardan (n=150) verilerin toplanmasında anket metodundan faydalanılmıştır. Katılımcılara uygulanan anket formunda (bkz. Ek 4); kişisel bilgi formu, Ok-Dini Tutum Ölçeği, Dini Başa Çıkma Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği yer almıştır. Ayrıca bu ana örneklem grubu içinden yüz yüze görüşmeyi kabul eden 13 hasta ile onların kansere ilişkin deneyimleri, tepkileri, algıları, yüklemeleri, başa çıkma yolları vb. hakkında yarı yapılandırılmış (bkz. Ek 6) mülakatlar yapılmıştır. Dolayısıyla araştırmada nitel boyuta, deneysel çalışma öncesinde yer verilmiştir. Böylece deneysel çalışma için hazırlanan müdahale programının içeriğine yönelik veri sağlanmıştır.

Karma desen olarak tasarlanan bu araştırmanın müdahaleyi içeren son aşaması; örneklem seçiminin tesadüfi olmaması ve de harici değişkenlerin etkisinin güçlü bir şekilde kontrol altında tutulmaması nedeniyle yarı deneysel olarak planlanmıştır. Bu aşamada, "ön test - son test kontrollü yarı deneysel desen" kullanılmıştır. Deneysel çalışma grubu, araştırmanın ana örneklem grubu içinden seçilerek uygulama (n=7) ve kontrol (n=7) grubu şeklinde ikiye ayrılmıştır. Deney ve kontrol grupları non-randomize bir şekilde oluşturulmuştur. Bu araştırmada "deney grubu", "uygulama grubu" olarak adlandırılmıştır. Her iki gruba da ön test uygulanmıştır. Ön test sonrası uygulama grubuna altı oturumdan oluşan "manevi destek" müdahalesi yapılmıştır. Altı oturumun sonrasında uygulama grubuna son test ve bir süre sonra izlem testi yapılmıştır. Bu testlere ek olarak uygulama grubuna, her oturum öncesi (ön test) ve oturum sonrası (son test) test uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir müdahale olmaksızın son test ve izlem testi yapılmıştır.



Şekil 1. Araştırmanın Karma Desen Modeline Göre Akış Diyagramı

Şekil 2'de, araştırmanın görsel bir özeti sunulmuştur. Araştırmanın nicel ve nitel boyutlarına ilişkin örneklem seçimi, çalışma gruplarının oluşturulması, veri toplama süreci, veri toplama araçları gibi yöntem bilgileri ilgili başlıklar altında ayrıntılı olarak açıklanmıştır.



Şekil 2. Araştırmanın Özet Akış Süreci

Ana deseni karma olan bu çalışmada ayrıca nicel ve nitel aşamalarda alt desenler kullanılmıştır.

Araştırmanın nitel aşamasında, katılımcıların kanser olgusuna ilişkin "yaşantılarını ve anlamlarını ortaya çıkarabilmek" amacıyla nitel araştırma

desenlerinden "fenomonoloji (olgubilim)"⁵²⁸ deseninden yararlanılmıştır. Nicel aşamalarda ise tarama deseni ve deneysel desen kullanılmıştır.

a. Tarama Deseni: Araştırmadan nicel yaklaşımın esas alındığı ilk aşamasında, tarama desenlerinden "ilişkisel tarama deseni"⁵²⁹ kullanılmıştır. Buna göre örneklem grubunun dini tutum ve dini başa çıkma düzeyleri bağımsız değişken olarak belirlenmiştir. Durumluk-sürekli kaygı ve yaşam kalitesi düzeyleri ise bağımlı değişkenler olarak tespit edilmiştir. Aşağıdaki şekilde bu desen çerçevesinde belirlenen bağımlı ve bağımsız değişkenler gösterilmiştir.



Şekil 3. Araştırmanın Birinci Aşamasına İlişkin Değişkenler

b. Deneysel Desen: Araştırmanın son aşamasında, deneysel bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada bağımsız değişken olarak belirlenen "manevi destek müdahalesi"nin bağımlı değişkenler olan tansiyon, nabız, dini tutum, dini başa çıkma, kaygı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri test edilmiştir. Bu amaçla araştırmanın bu boyutunda deneysel desen türlerinden "tek grup ön test-son test" desen⁵³⁰ (bkz. Tablo 2) ve "ön test-son test eşleştirilmiş kontrol gruplu" yarı deneysel desen⁵³¹ (bkz. Tablo 3) kullanılmıştır.

Tablo 2. Tek Grup Ön Test - Son Test Simgesel Desen Örneği

Grup	Ön Test	Uygulama	Son Test
Grup A	O ₁	X	O ₂

Tablo 3'de yarı deneysel desen türlerinden "ön test-son test eşleştirilmiş kontrol gruplu" desen örneği verilmiştir. Gruplar arası eşleştirme, katılımcıların hastalık tanısına

⁵²⁸ Ali Yıldırım, Hasan Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 8. b., Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2018, ss. 70-72.

⁵²⁹ Hasan Tutar, Ahmet Tuncay Erdem, *Örnekleriyle Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Spss Uygulamaları*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2020, s. 136.

⁵³⁰ Şener Büyükoztürk vd., *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2020, s. 209.

⁵³¹ a.g.e., s. 217.

(meme kanseri kadın hasta) ve almakta oldukları tedaviye (radyoterapi tedavisi) göre yapılmıştır.

Tablo 3. Ön Test-Son Test Eşleştirilmiş Kontrol Gruplu Simgesel Desen Örneği

Grup	Ön Test	İşlem	Son Test
Grup A	O ₁	X	O ₂
Grup B	O ₃		O ₄

"Tek grup ön test-son test" desen örneğine göre araştırmanın deneysel tasarımı Tablo 4'de özetlenmiştir. Buna göre uygulama grubunda yer alan hastalara, her bir manevi destek oturumu öncesinde durumluk kaygı, genel yaşam kalitesi (EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin bir alt boyutu -29. ve 30. maddeler-), sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve nabız ölçümü yapılmıştır. Oturumun tamamlanmasının ardından ise hastaların durumluk kaygı, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve nabız değerleri ölçülmüştür. Ancak oturum sonrasında kısa bir zaman dilimine ilişkin değerlendirme olmadığı için genel yaşam kalitesi ölçümü yapılmamıştır.

Tablo 4. Tek Grup Ön Test-Son Test Desen Örneğine Göre Araştırma Tasarımı

Grup	Ön Test	Uygulama	Son Test
Uygulama Grubu	<ul style="list-style-type: none"> • Sistolik Kan Basıncı • Diyastolik Kan Basıncı • Nabız • Durumluk Kaygı Envanteri • Genel Yaşam Kalitesi 	Manevi Destek Programı Oturumları	<ul style="list-style-type: none"> • Sistolik Kan Basıncı • Diyastolik Kan Basıncı • Nabız • Durumluk Kaygı Envanteri

Tablo 5'de araştırmanın, "ön test-son test eşleştirilmiş kontrol gruplu" desen örneğine göre deneysel tasarımı yer almaktadır. Buna göre uygulama grubuna; manevi destek programının birinci oturumu öncesi (ön test), altıncı oturumu sonrası (son test) ve oturumlardan yaklaşık 1-1,5 ay sonra izlem testi yapılmıştır. Bu testlerde katılımcıların dini tutum düzeylerinin belirlenmesinde Ok-Dini Tutum Ölçeği, dini başa çıkma düzeyleri için Dini Başa Çıkma Ölçeği, kaygı düzeylerini tespit etmek için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek amacıyla da EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir müdahalede bulunulmadan ön test, son test ve izlem testinde uygulama grubuyla aynı ölçme araçlarıyla test yapılmıştır.

Tablo 5. Ön Test-Son Test Eşleştirilmiş Kontrol Gruplu Desen Örneğine Göre Araştırma Tasarımı				
Grup	Ön Test	Uygulama	Son Test	İzlem Testi
Uygulama	<ul style="list-style-type: none"> •Ok-Dini Tutum Ölçeği •Dini Başa Çıkma Ölçeği •Durumluk Kaygı Envanteri •Sürekli Kaygı Envanteri •EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği 	Manevi Destek Programı	<ul style="list-style-type: none"> •Ok-Dini Tutum Ölçeği •Dini Başa Çıkma Ölçeği •Durumluk Kaygı Envanteri •Sürekli Kaygı Envanteri •EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği 	<ul style="list-style-type: none"> •Ok-Dini Tutum Ölçeği •Dini Başa Çıkma Ölçeği •Durumluk Kaygı Envanteri •Sürekli Kaygı Envanteri •EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği
Kontrol	<ul style="list-style-type: none"> •Ok-Dini Tutum Ölçeği •Dini Başa Çıkma Ölçeği •Durumluk Kaygı Envanteri •Sürekli Kaygı Envanteri •EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği 	Müdahale yok	<ul style="list-style-type: none"> •Ok-Dini Tutum Ölçeği •Dini Başa Çıkma Ölçeği •Durumluk Kaygı Envanteri •Sürekli Kaygı Envanteri •EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği 	<ul style="list-style-type: none"> •Ok-Dini Tutum Ölçeği •Dini Başa Çıkma Ölçeği •Durumluk Kaygı Envanteri •Sürekli Kaygı Envanteri •EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

2. ARAŞTIRMANIN PLANLANMASI VE PİLOT ÇALIŞMA SÜRECİ

Kanser hastaları ile yürütülmesi planlanan bu araştırmada örneklem grubunun özellikleri ve konunun interdisipliner boyutu dikkate alınarak planlama aşamasında, onkoloji alanında uzman bir hekimden, psikoloji ve din psikolojisi alanlarında akademisyen olarak görev yapmakta olan bilim insanlarından akademik görüş ve destek alınmıştır. Ayrıca araştırmanın uygulanma sürecinde de ilgili uzmanların görüş ve desteğine başvurulmuştur.

Ana hatlarıyla araştırma konusunun belirlenmesi ve konuya ilişkin ön çalışmalar, 2017 yılının Ocak ayında yapılmaya başlamıştır. Konunun kısmen olgunlaştırılmasının ardından araştırmanın yapılacağı yer olarak seçilen Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi Başhekimliği'nden özel izin alınarak pilot çalışma safhasına geçilmiştir. Pilot çalışma; pre-pilot, pilot ve post-pilot şeklinde geniş bir zaman dilimine yayılarak yapılmıştır (Nisan 2017-Mayıs 2018). Bu zaman diliminde belli aralıklarla hastaneye gidilerek araştırmaya yönelik gözlem ve görüşmeler yapılmıştır. Pre-pilot çalışmada genel olarak hastane ortamına ve işleyişine ilişkin (poliklinik çalışma saatleri, kemoterapi ve radyoterapi ünitelerinin işleyişi; hasta, hasta yakınları, doktorlar ve hastane personeli arasındaki formal ve informal ilişkiler vb.) gözlemlerde bulunulmuştur. Hastane personeli, hasta ve hasta yakınları ile kanser ve kanser yaşantısına ilişkin deneyimleri, problemleri ve başa çıkma tarzları vb. hakkında

görüşmeler yapılmıştır. Bu süreçte yapılan gözlem ve görüşmelere ilişkin yazılı kayıtlar (ilgili kişilerden sözlü izin alınarak) oluşturulmuştur.

Pre-pilot aşamadan elde edilen bulgular doğrultusunda, yukarıda adı geçen uzmanların da (onkoloji, psikoloji, din psikolojisi) görüşleri alınarak araştırmanın nicel ve nitel boyutuna ilişkin veri toplama araçları belirlenmiştir. Pilot aşamada, hastane yönetiminden alınan özel izinler çerçevesinde veri toplama araçlarının hastalarda uygulanabilirliği test edilmiştir. Uygulama sonucunda nicel ve nitel bölüme ait anlaşılmayan kavram, soru ve maddeler yeniden gözden geçirilerek uzman görüşleri çerçevesinde revize edilmiştir. Post-pilot aşamada, özellikle araştırmanın nitel bölümü için revize edilen soruların anlaşılabilirliğini test etmek için farklı hastalarla yeniden yarı yapılandırılmış mülakatlar yapılmıştır.

Pilot çalışmanın tüm aşamalarından elde edilen verilerden istifade edilerek araştırmanın son şekli verilmiş ve manevi destek programının taslak çalışması hazırlanmıştır. Araştırma planı ve veri toplama araçlarının belirlenmesinin ardından etik kurul ve resmi izin süreci başlatılmıştır.

3. ETİK BİLGİLER

Bu araştırmanın yürütülmesi, Bursa Uludağ Üniversitesi Araştırma ve Yayın Etik Kurulları Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'nun 29 Haziran 2018 tarihli ve 11 No'lu kararı (bkz. Ek 1) ile uygun görülmüştür. Etik kurul kararının ardından araştırmanın Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde yürütülebilmesi için T.C. Bursa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 10.09.2018 tarihli ve 60429939-044 sayılı kararı (bkz. Ek 2) ile uygulama izni alınmıştır.

Araştırmanın her aşamasında katılımcılara, "bilgilendirilmiş gönüllü olur formu" (bkz. Ek 3) kullanılarak araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra gönüllü katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI ORTAM

Bu araştırma, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izinle Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde yürütülmüştür. Hastane, 1 Kasım 1994 tarihinde 200 yataklı olarak faaliyete geçmiştir. Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, yalnızca Bursa il ve ilçe sınırları içindeki hastalara değil Kütahya, Balıkesir, Bilecik,

Eskişehir, Çanakkale gibi çevre illerden gelen kanser hastalarına da hizmet sunmaktadır. Hastane, hasta sayısının artması ve ana binanın hizmet vermede yetersiz kalması nedeniyle bazı hizmetleri, Uludağ yolunda "Ümran Sönmez Onkoloji Kliniği" adıyla açılan ek hizmet binasına taşımıştır. Bu binada 35 yataklı Radyasyon Onkoloji Kliniği, 11 yataklı Palyatif Bakım Merkezi ve Ünitesi ile Evde Bakım Hizmetleri Polikliniği hizmet vermektedir.⁵³²

Hastanede medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp yanında genel cerrahi, göğüs cerrahisi, üroloji, nöroloji, hematoloji, jinekoloji, cildiye, dahiliye, psikiyatri gibi branşlarda da poliklinik yapılmaktadır. Ayrıca hastalar, psikolog ve diyetisyen desteğinin yanı sıra diyabet eğitim birimi ve kemoterapi eğitim birimi tarafından sunulan eğitimlerden de faydalanabilmektedirler.⁵³³

Bursa Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde iki farklı radyoterapi ünitesinde ışın tedavisi uygulanmaktadır. Bu ünitelerde gelişmiş radyoterapi teknik (konformal radyoterapi, yoğunluk ayarlı radyoterapi-IMRT, görünüm kılavuzluğunda radyoterapi-IGRT) ve cihazları (Tomoterapi cihazı ve Lineer Acceleratör cihazı) kullanılarak hastalar için en uygun tedavi şekli planlanmaktadır. Gelişmiş radyoterapi tedavisinde hedef, çevredeki sağlıklı dokuların korunarak doğrudan kanserli dokunun ışınlanmasıdır.⁵³⁴ Hastanenin kemoterapi ünitesinde ise hastaların tedavisinin etkin ve güvenli bir biçimde yürütülebilmesi amacıyla "tam otomatik kemoterapi cihazı" kullanılmaktadır.⁵³⁵

Hastanenin ışın tedavisi uygulanan iki ayrı ünitesine radyasyon nedeniyle daha kapalı ve izole bir alan tahsis edilmiştir. Bu üniteler, bekleme salonu ile tedavi alanından oluşmaktadır. Tedavi alanı; radyoterapi cihazlarının yer aldığı, tedavi planmasının yapıldığı ve tedavinin uygulandığı bölümdür. Bekleme salonunda bulunan kayıt ve danışma masasında bir (yoğunluğa göre iki) personel görev yapmaktadır. Tedavi için gelen hasta ve hasta yakınları, kendilerine verilen randevu saatinden

⁵³² "Tarihçe: Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi", *T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ALİ OSMAN SÖNMEZ ONKOLOJİ HASTANESİ*, (31.03.2021), <https://bursaonkoloji.saglik.gov.tr/TR,79696/tarihce.html>.

⁵³³ "Hizmet Verilen Bölüm Ve Branşlar", (31.03.2021), <https://bursaonkoloji.saglik.gov.tr/TR,79694/hizmet-verilen-bolum-ve-branslar.html>.

⁵³⁴ "TOMOTERAPİ", (31.03.2021), <https://bursaonkoloji.saglik.gov.tr/TR,122951/tomoterapi.html>.

⁵³⁵ "TAM OTOMATİK KEMOTERAPİ CİHAZI", (31.03.2021), <https://bursaonkoloji.saglik.gov.tr/TR,464813/tam-otomatik-kemoterapi-cihazı.html>.

yaklaşık yarım saat önce gelerek bekleme salonunda bekler. Daha sonra görevli personel tarafından tedavi alanına alınır. Hastaların randevu saatlerine göre tedaviye alınmaları nedeniyle radyoterapi ünitesinde, sakin ve rutin bir işleyiş olduğu gözlenmiştir. Hastanın tedavi için hazırlanması ve tedavinin uygulanması yaklaşık olarak 10 dakika sürmektedir. Tedavi sonrası hasta, rahat ve mobilize bir şekilde hastaneden ayrılmaktadır. Araştırmacı tarafından radyoterapi tedavisi için gelen hastaların büyük çoğunluğunun yanında refakatçi olmadığı gözlenmiştir. Bu durumun radyoterapi tedavi kürünün, kemoterapiye göre daha kısa sürmesi ve yan etkilerinin daha az olması nedeniyle hasta konforunun ve yaşam kalitesinin daha yüksek olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmacı gözlemlerine göre hastanenin kemoterapi ünitesi, işleyiş ve yoğunluk açısından radyoterapi ünitesine nazaran daha kompleks ve hareketli bulunmuştur. Kemoterapi ünitesinde aynı anda 50 hastaya tedavi imkânı sunulmaktadır. Ünite hastaların tedavi aldığı bölüm; geniş ve aydınlık bir büyük salon ile salona göre daha küçük iki odadan oluşmaktadır. Tedavi alanında, hastaların kemoterapi sırasında rahat edebilecekleri şekilde dizayn edilmiş özel koltuklar vardır. Kemoterapi ünitesinin dışında hastane koridoruyla birleştirilmiş bir bekleme salonu yer almaktadır. Ünite ise kemoterapi tedavi alanının yanında ilaçların temin edildiği bir eczane, ilaç hazırlama odası, damar yolu açma ve enjeksiyon işlemleri için bir oda, hemşire odası ve lavabo bulunmaktadır. Kemoterapi ünitesinin girişinde danışma ve kayıt işlemleri için bir sekreteryaya ile az sayıda hasta için düzenlenmiş bir bekleme salonu yer almaktadır.

Hastaların kemoterapi sürecinin işleyişi ise sabahın erken saatlerinde başlamaktadır. Hastalar, doktorları tarafından planlanan tedavi günü geldiğinde poliklinik girişlerinden sonra kendilerinden istenen tahliller için kan verirler. Tahlil sonucunun çıkması yoğunluğa göre yarım saat ile iki saat arasında değişebilmektedir. Sonuçları çıkan hastalar, yeniden polikliniğe gelerek doktorlarının, test sonuçlarını değerlendirmesini beklerler. Eğer hastanın kan değerleri, kemoterapi alması için uygun aralıktaysa doktoru tarafından kemoterapiye yönlendirilir. Kan değerleri uygun değilse hastaya yeni bir tedavi planı uygulanır. Hasta, kemoterapi ünitesine gelerek giriş işlemlerini yaptırır ve bekleme salonunda, görevli tarafından çağrılmayı bekler. Sırası gelen ve ilaçları hazırlanan hasta, yoğunluğa göre kemoterapi ünitesindeki küçük bekleme salonuna ya da doğrudan damar açma birimine alınır. Damar açma işleminin

ardından hasta, kemoterapi tedavi odasına alınarak ilaçlarının gelmesini bekler. Kemoterapi tedavi ünitesinde ilaç hazırlama, ilaçlı seumların takılması ve takibiyle ilgili tüm işlemler kemoterapi konusunda özel eğitilmiş ve deneyimli hemşireler tarafından yürütülmektedir. Serumun akış hızı ve miktarı dijital ve otomatik cihazlarla kontrol edilmektedir. Araştırmanın yapıldığı dönemde kemoterapi ünitesi tedavi alanında; deneyimli on hemşire, iki tıbbi sekreter, bir hasta yönlendirme görevlisi aktif olarak hizmet vermekteydi. Hemşireler, tedavi alanında sürekli hastaları takip ederek hastaların serumlarını değiştirmekte ve acil durumlarda (nefes alıp-verme, tansiyon, nabız değişimleri, bayılma vb.) hastalara müdahale etmektedirler. Aynı zamanda kemoterapi hemşirelerinin ve personelinin rutin görevleri dışında, hastaların moral ve motivasyonunu yükseltici bir ilişki ve iletişim içinde oldukları gözlenmiştir. Her hastanın kemoterapi uygulama süresi farklıdır. Bu süre 1-6 saat arasında değişmektedir. Bu durumda bir hastanın, kemoterapi öncesi işlemlerle birlikte kemoterapi süresi, maksimum 8-9 saati bulabilmektedir.

Araştırmacı tarafından kemoterapi ünitesinde güzel bir uygulamaya da şahit olunmuştur. Burada hastane yönetiminin, sivil toplum kuruluşlarının ve hayırsever vatandaşların desteğiyle tedavi sırasında, hastalara sıcak poğaça, ayran, su, tuzlu çubuk kraker vb. dağıtılmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönemde bu uygulamanın, her gün aksamadan devam ettiği gözlenmiştir.

5. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu bölümde araştırmanın nicel evren ve örnekleme, nitel çalışma grubu ve deneysel aşamaya dâhil olan uygulama ve kontrol grubu hakkında bilgiler verilmiştir.

5.1. Nicel Araştırma Evreni ve Örnekleme

Araştırma evrenini, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi'nde araştırmanın yapıldığı dönem içinde kemoterapi ve radyoterapi tedavisi alan meme kanseri kadın hastalar oluşturmaktadır. Bu araştırmanın birinci aşamasında örnekleme grubunun seçiminde, özel kriterler olması nedeniyle olasılığı bilinmeyen örnekleme türlerinden olan "amaçlı örnekleme" tekniği kullanılmıştır.⁵³⁶ Buna göre kriterleri

⁵³⁶ Adnan Erkuş, *Davranış Bilimleri İçin Bilimsel Araştırma Süreci*, 6. b., Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2019, s. 145.

sağlayan gönüllü hastalara anket uygulaması yapılmıştır. Araştırmanın örneklem grubu, Eylül - Kasım 2018 tarihleri arasında Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi kemoterapi ve radyoterapi ünitelerine, tedavi almak amacıyla gelen n=150 meme kanseri kadın hastadan oluşmaktadır. Araştırmaya alınma kriterleri ise şöyle belirlenmiştir:

- Araştırmaya katılımda gönüllü olma
- Meme kanseri tanısı konulmuş kadın hasta olma
- Meme kanseri tanısıyla tedavi görüyor olma
- 20 yaş ve üzeri olma
- Okuduğunu ve okunanı anlama
- Algılama ve iletişimine engel olacak düzeyde psikiyatrik bozukluğu olmama

Tablo 6'da araştırmanın birinci aşamasına ait ve aynı zamanda ana örneklem grubunun sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı		
Yaş		
Yaş Aralığı	21-78	
Yaş Ortalaması	51,45	
Yaş Grupları	N	%
20-29	4	2,17
30-39	17	11,3
40-49	47	31,3
50-59	43	28,7
60-69	30	20,0
70+	9	6,0
Toplam	150	100,0
Medeni Durum		
Bekar	10	6,7
Evli	122	81,3
Eşinden Ayrılmış	7	4,7
Eşi Vefat Etmiş	11	7,3
Toplam	150	100,0
Eğitim-Öğrenim		
Okuma-Yazma Bilmiyor	14	9,3
İlkokul	100	66,7
Ortaokul	8	5,3
Lise	18	1,0
Üniversite	10	6,7
Toplam	150	100,0

Tablodaki verilere göre hastaların yaş ortalaması 51,45'dir. Örneklem yarısından fazlası 40-49 ve 50-59 yaş aralığında yer almaktadır. Örneklem % 81,3'ü evli ve % 66,7'si ilkokul mezunudur.

Tablo 7'de ise örneklem grubunun kansere ilişkin tanısal ve tedavi bilgileri yer almaktadır.

Tablo 7. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı		
Hastalık Süresi	N	%
0-6 Ay	65	43,3
7-11 Ay	35	23,3
12-23 Ay	24	16,0
24 Ay +	26	17,3
Toplam	150	100,0
Evre		
Evre I	60	40,0
Evre II	35	23,3
Evre III	22	14,7
Evre IV	33	22,0
Toplam	150	100,0
Tedavi		
Kemoterapi (K)	68	45,3
Radyoterapi (R)	57	38,0
Hedefe Yönelik Tedavi (HYT)	25	16,7
Toplam	150	100,0

Tablodaki verilere göre örneklem hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; örneklem çoğunluğunun hastalık teşhisi üzerinden geçen süre bakımından 0-6 ay (% 43,3) içindedir (12 ay ve üzeri olanlar ise hastalığı nüks ederek yeniden tedavi alan hastalardır) , % 40'ı Evre I'de ve % 45,3'ü kemoterapi tedavisi almaktadır.

5.2. Nitel Çalışma Grubu

Araştırmanın ikinci aşaması olan bu bölüm, nitel yaklaşımla yürütülmüştür. Bu aşama, araştırmanın birinci aşamasında kendilerine anket uygulaması yapılan hastalar arasından n=13 gönüllü meme kanseri hastanın katılımıyla gerçekleşmiştir. Anket uygulaması sırasında iletişime açık ve deneyimlerini paylaşmaya istekli olduğu belirlenen hastalara nitel çalışma hakkında bilgi verilerek bir mülakat için gönüllü olup olmadıkları sorulmuştur. Dolayısıyla örneklem grubunun seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi gözetilmiştir.⁵³⁷ Kabul eden hastalarla, tedavi için hastaneye geldikleri gün ve saatler gözetilerek görüşme için tarih belirlenmiştir. Bazı katılımcılarla anket ve mülakat aynı gün içinde yapılmıştır.

⁵³⁷ a.yer.

Tablo 8. Nitel Çalışma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri	
Yaş	
Yaş Aralığı	31-65
Yaş Ortalaması	47,7
Yaş Grupları	
30-39	3
40-49	4
50-59	3
60-69	3
Toplam	13
Medeni Durum	
Bekar	1
Evli	12
Toplam	13
Eğitim-Öğrenim	
İlkokul	11
Lise	1
Üniversite	1
Toplam	13

Tablo 8, nitel çalışma grubunu oluşturan hastaların sosyo-demografik özelliklerini göstermektedir. Buna göre örneklemin yaş ortalaması 47,7'dir. Yaş gruplarına göre dağılımın ise kısmen eşit olduğu söylenebilir. Örneklemi oluşturan katılımcılar, genel olarak evli ve ilkokul mezunu bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 9. Nitel Çalışma Grubunun Tanısal Özellikleri	
Tanı Alma Süresi	
6-12 Ay	10
13 Ay ve üzeri	3
Toplam	13
Evre	
Evre I	2
Evre II	4
Evre III	3
Evre IV	4
Toplam	13
Tedavi	
Kemoterapi	3
Radyoterapi	8
Hedefe Yönelik Tedavi	2
Toplam	13

Tablo 9, nitel çalışma grubunun kansere ilişkin tanısal özelliklerini göstermektedir. Tablodaki verilere göre katılımcıların çoğunluğunun ilk tanı almalarının

üzerinden 6-12 ay arasında bir süre geçmiştir. Katılımcıların; kanser evresi bakımından en fazla Evre II ve Evre IV'te toplandığı, tedavi olarak ise radyoterapi alanların ağırlıkta olduğu görülmektedir.

5.3. Deneysel Çalışma Grubu

Araştırmanın üçüncü ve deneysel aşamasını oluşturan bu bölümde yer alan çalışma grubu, araştırmanın birinci aşamasını oluşturan büyük örneklem içinden katılım kriterlerini karşılayan gönüllü hastalar arasından seçilmiştir. Örneklem grubunun seçiminde birden fazla yöntem başvurulmuştur. İlk olarak özel kriterler gözetilmesi nedeniyle amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme⁵³⁸ yönteminden yararlanılmıştır. Ayrıca ilgili kriterleri taşıyan katılımcılar arasından, radyoterapi tedavisinin başında olan hastalar tercih edilerek "küçük, benzeşik bir örneklem" oluşturulmuştur. Bu nedenle ikinci olarak da amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan "benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi"⁵³⁹ kullanılmıştır.

Bu kriterler aşağıda sıralanmıştır:

- i. Araştırmaya katılımda gönüllü olma
- ii. Meme kanseri tanısı konulmuş kadın hasta olma
- iii. Meme kanseri tanısıyla radyoterapi tedavisi görüyor olma
- iv. 20 yaş ve üzeri olma
- v. Okuduğunu ve okunanı anlama
- vi. Algılama ve iletişimine engel olacak düzeyde psikiyatrik bozukluğu olmama

Manevi destek programının onkoloji hastaları açısından planlanma ve uygulama süreci, bir onkoloji uzmanının destek ve danışmanlığında yürütülmüştür. Onkoloji uzmanıyla yapılan görüşmeler neticesinde; radyoterapi tedavisi için hastaların haftanın beş günü hastaneye gelmek zorunda olması, günlük kür uygulamasının kısa sürmesi (hazırlık süresi dahil 10-15 dk.) ve yan etkilerinin kemoterapiye oranla daha hafif olması gibi nedenlerle çalışma grubunun radyoterapi tedavisi alan hastalardan oluşturulmasına karar verilmiştir. Kemoterapi tedavisi alan hastalar ise kemoterapinin yan etkileri, problemleri, tedavi süre ve aralığının uzun olması gibi nedenlerle çalışmaya dâhil edilmemiştir. Meme kanserinde radyoterapi tedavisi, beş haftalık süreye (hafta

⁵³⁸ Ali Yıldırım, Hasan Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 8. b., Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2011, s. 112.

⁵³⁹ a.g.e., ss. 109-10.

sonu hariç) yayılmış olarak 25 kür şeklinde uygulanmaktadır. Bu nedenle hastaların tedavi süreci gözetilerek manevi destek programının da altı oturum şeklinde beş haftaya yayılması planlanmıştır. Buna göre çalışma grubunda yer alacak hastaların da radyoterapi tedavisinin başında ya da ilk kürlerini almakta hastalardan oluşması zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle yukarıdaki kriterlere ek olarak "radyoterapi tedavisinin ilk haftasında olma" kriteri de dahil edilmiştir.

Manevi destek programına, kemoterapi tedavi sürecinde olan hastaların alınmaması kararlaştırılmasına rağmen kemoterapi almakta olan bir hasta dahil edilmiştir. Bu hasta kemoterapi tedavisinin son küründe olması ve katılım konusunda çok istekli olması nedeniyle yapılan değerlendirmeler sonucu programa kabul edilmiştir. Programın ilerleyen sürecinde, hastanın kemoterapi tedavisi sona ermiş ve radyoterapi tedavisi başlamıştır.

Radyoterapi ünitesi çalışanlarının denetim ve desteğinde, araştırmaya katılım kriterlerini karşılayan ve radyoterapi tedavisinin başında olan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılım konusunda gönüllü olup olmadıkları sorulmuştur. Ancak araştırmanın yapıldığı süreçte hem meme kanseri hem de radyoterapi tedavisinin başında olan hasta sayısının oldukça az olduğu tespit edilmiştir. Gönüllü ve grup için yeterli sayıda hastaya ulaşmanın oldukça sınırlı olması nedeniyle çalışma grubunun oluşturulması biraz zaman almıştır. Belli aralıklarla radyoterapi ünitesi ziyaret edilerek tedaviye yeni başlayan hastalarla görüşmeler yapılmıştır.

Grup oluşturmak için tedavisinin başında olan yeterli sayıda gönüllü hastaya ulaşıldığında ise hastane yönetiminin izin ve desteğiyle manevi destek programı başlatılmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve aynı süreçte tedavi gören 7 hasta ile uygulama grubu oluşturulmuştur. Uygulama grubunun oluşturulduğu süreçte, tedavisinin başında olan yeterli sayıda gönüllü hasta olmadığı için kontrol grubu çalışması daha sonraya bırakılmıştır. Kontrol grubunun oluşturulması için de radyoterapi ünitesi zaman zaman ziyaret edilerek tedavisi yeni başlayan hastalarla görüşmeler yapılmıştır. Uygulama grubunda olduğu gibi toplu grup çalışması yapılmayacağı için kontrol grubunun oluşturulmasında, tüm katılımcıların aynı zaman diliminde tedavi görme şartının aranmaması uygun görülmüştür. Bu amaçla tedavisinin başında olan, araştırmaya katılım konusunda gönüllü olan ve farklı zaman dilimlerinde

tedavi gören 7 hasta ile kontrol grubu oluşturulmuştur. Aşağıda yer alan tablolarda uygulama ve kontrol grubuna ilişkin tanıtıcı özellikler yer almaktadır.

Yaş	Uygulama Grubu	Kontrol Grubu
Yaş Aralığı	31-49	44-63
Yaş Ortalaması	37	53.1
Yaş Grupları	N	N
30-39	1	-
40-49	6	3
50-59	-	2
60-69	-	2
Toplam	7	7
Medeni Durum	N	N
Bekar	-	1
Evli	7	5
Eşi Vefat Etmiş	-	1
Toplam	7	7
Eğitim-Öğrenim	N	N
İlkokul	7	6
Lise	-	1
Toplam	7	7

Tablo 10, uygulama (UG) ve kontrol (KG) grubunda yer hastaların sosyo-demografik özelliklerini göstermektedir. Tablodaki verilere göre uygulama grubunda bir hasta 30-39 yaş grubunda, diğer hastalar ise 40-49 yaş aralığındadır. Bu bir hastanın yaşının (31) diğerlerinden küçük olması nedeniyle UG'nin yaş ortalaması düşerek "37" olmuştur. KG'de ise üç hastanın yaş aralığı 40-49, diğerlerinin ise yaş aralığı 50-59 ve 60-69 arasındadır. Bu durumda KG'nin yaş ortalaması 63.1 olarak bulunmuştur. Medeni durum ve eğitim yönünden ise her iki grubun da benzer olduğu görülmektedir.

	Uygulama Grubu	Kontrol Grubu
Tanı Alma Süresi	N	N
6-12 Ay	7	6
13 Ay ve üzeri	-	1
Toplam	7	7
Evre	N	N
Evre I	3	4
Evre II	3	1
Evre III	1	1
Evre IV	-	1
Toplam	7	7
Tedavi	N	N
Kemoterapi + Radyoterapi	7	7
Toplam	7	7

Tablo 11'de uygulama ve kontrol grubunun hastalığa ilişkin özellikleri gösterilmiştir. Tablo, her iki grupta yer alan hastaların, radyoterapi tedavisinin başında olmaları nedeniyle tanı alma sürelerinin birbirine yakın olduğunu göstermektedir. Hastaların kanser evreleri ise farklılık göstermektedir. Ancak genel olarak birinci ve ikinci evrede yoğunluk vardır. UG ve KG'de yer alan hastaların tamamının radyoterapiden önce kemoterapi tedavisi aldığı belirlenmiştir.

6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu bölümde araştırmada veri toplamak amacıyla kullanılan nicel ve nitel veri toplama araçları hakkında bilgiler verilmiştir.

6.1. Nicel Veri Toplama Araçları

Araştırmanın bu aşamasında veri toplama amacıyla katılımcılara ilişkin kişisel bilgilerin sorgulandığı "hasta bilgi formu" ve aşağıda yer alan ölçme araçlarını içeren bir anket formu (bkz. Ek 4) hazırlanmıştır.

- i. Hasta Bilgi Formu
- ii. Ok-Dini Tutum Ölçeği
- iii. Dinî Başa Çıkma Ölçeği
- iv. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
- v. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

i. Hasta Bilgi Formu

Anket formunda yer alan bu bölümde katılımcılardan kişisel ve hastalıklarına ilişkin bazı verilerin elde edilmesi amaçlanmıştır. Burada sorgulanan altı özellik; "yaş, medeni durum, eğitim ve öğrenim durumu, ilk tanı tarihi, hastalık evresi, uygulanan tedaviler" hakkında olmuştur.

ii. Ok-Dini Tutum Ölçeği (OK-DTÖ)

Araştırmada kullanılan dini tutum ölçeği, Ok tarafından 5'li likert tipte geliştirilmiştir. Sekiz madde ve dört alt boyuttan (biliş, duygu, davranış ve ilişki) oluşan ölçek, yazarın ifadesiyle tutumun sosyal psikolojideki üç ögesi (bilgi, duygu ve davranış) dikkate alınarak "İslami bir kültürde dindarlığı" ölçme amacıyla hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan bilişsel boyut, bireyin dine ait genel görüşünü; davranışsal boyut, bireyin davranışlarında dini değerlerin etki düzeyini ve duygu

boyutu, birey tarafından dinin duygu düzeyinde etki derecesini ölçmeye yöneliktir. Dini tutumu ölçmeyi amaçlayan ve dinde, merkezi konumda Tanrı'nın yer alması nedeniyle "Tanrı ile ilişki" boyutu da dördüncü bir boyut olarak eklenmiştir. Ok tarafından iç tutarlılığı gösteren Cronbach's Alpha değerleri ölçeğin bütünü ile duygu, davranış, biliş ve ilişki alt boyutları için sırasıyla; "0.90, 0.87, 0.86, 0.75, 0.85" olarak hesaplanmıştır.⁵⁴⁰ Bu araştırmada dini tutum ölçeğine ilişkin Cronbach's Alpha değerleri; ölçeğin bütünü için $\alpha=,812$; davranış boyutunda $\alpha=,844$; duygu boyutunda $\alpha=,772$; biliş boyutunda $\alpha=,889$ ve ilişki boyutunda $\alpha=,952$ olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada dini tutum ölçeği, beşli likert tipte kullanılmıştır. Ölçekte yer alan seçenekler ve puanlamaları "hiç katılmıyorum: 1, az katılıyorum: 2, orta düzeyde katılıyorum: 3, çok katılıyorum: 4, pek çok katılıyorum: 5" şeklinde düzenlenmiştir. Biliş alt boyutuna ait 5. ve 6. maddeler ters kodlanarak hesaplama yapılmıştır. Bu durumda "1x8=8" ölçekten alınabilecek en düşük puan iken "5x8=40" ise en yüksek puanı göstermektedir. Alt boyutların hesaplanmasıyla "1x2=2" alınabilecek en düşük puan ve "5x2=10" ise en yüksek puandır. Dini tutum ölçeğinden alınan yüksek puanlar, dini tutum (dindarlık) düzeyinin de yüksek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir.⁵⁴¹

iii. Dinî Başa Çıkma Ölçeği (DBÖ)

Ölçek, Ayten (2012) tarafından Pargament, Koenig ve Perez'in (2000) geliştirmiş olduğu *Dinî Başa Çıkma Ölçeği*'nden faydalanılarak geliştirilmiştir. Bireylerin zor ve sıkıntılı olay ve durumlarla karşılaştıklarında başvurdukları dinî başa çıkma etkinliklerini ve bu etkinliklere başvurma sıklığı ölçülmektedir. Ölçek, dokuz alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutların ise **(I) olumlu dinî başa çıkma** ve **(II) olumsuz dinî başa çıkma** şeklinde iki üst faktör ve dokuz alt faktörde toplandığı görülmüştür. Olumlu dinî başa çıkma; "Allah'a yönelme, hayra yorma, dinî yakınlaşma, dinî yalvarma, dinî dönüşüm, dinî istikamet arayışı", olumsuz dinî başa çıkma ise "manevî hoşnutsuzluk, şerre yorma ve kişilerarası dinî hoşnutsuzluk" alt faktörlerini kapsamaktadır. Toplam 33 madde oluşan ölçek beşli likert tipte hazırlanmıştır. Ölçeğin

⁵⁴⁰ Üzeyir Ok, "Dini Tutum Ölçeği: Ölçek Geliştirme ve Geçerlik Çalışması", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, C. 8, S. 2 (2011), ss. 528-49.

⁵⁴¹ a.yer.

güvenilirliğini test etmek için yapılan ilk iç-tutarlılık analizi sonrasında ölçeğin alt boyutlarına ilişkin iç tutarlılık katsayısını gösteren *Cronbach Alpha* değerleri, ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu değerlerin alt boyutlara göre sıralanışı; Allah'a yönelme ($\alpha=,867$), hayra yorma ($\alpha=,840$), kişilerarası dinî hoşnutsuzluk ($\alpha=,731$), dinî yalvarma ($\alpha=,676$), dinî yakınlaşma ($\alpha=,613$), dinî dönüşüm ($\alpha=,508$), manevî hoşnutsuzluk ($\alpha=,580$), şerre yorma ($\alpha=,521$), dinî istikamet arayışı ($\alpha=,500$) şeklindedir.⁵⁴²

Bu araştırmada yapılan istatistiksel analizde Ayten'in hazırlamış olduğu Dinî Başa Çıkma Ölçeği'nin alt boyutlarına ait *Cronbach Alpha* değerleri; Allah'a yönelme ($\alpha=,899$), hayra yorma ($\alpha=,896$), kişilerarası dinî hoşnutsuzluk ($\alpha=,366$), dinî yalvarma ($\alpha=,744$), dinî yakınlaşma ($\alpha=,610$), dinî dönüşüm ($\alpha=,698$), manevî hoşnutsuzluk ($\alpha=,168$), şerre yorma ($\alpha=,541$), dinî istikamet arayışı ($\alpha=,788$) şeklinde bulunmuştur. Bunlar arasında *kişilerarası dinî hoşnutsuzluk* ve *manevî hoşnutsuzluk* alt boyutlarında alfa güvenilirlik katsayısının düşük çıkması nedeniyle ölçeğe, yeni bir faktör analizi uygulanmıştır. Bu analizde ölçekte yer alan madde ifadeleri, aynen korunmuştur.

Faktör analizi, n=150 kişiden oluşan bir örneklem grubuna ait veri seti üzerinde yapılmıştır. Öncelikle bu araştırmaya ait veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla KMO ve Barlett testi yapılmıştır. Tablo 12'de ilk faktör analizinde yapılan bu testlere ilişkin KMO değerinin ($,824$) yani ($0,50$)'den büyük olduğu ve Barlett testi değerinin ($,000$) istatistiksel anlamlılık düzeyinde olduğu görülmektedir. Bu değerler, veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.⁵⁴³

Tablo 12. DBÇÖ KMO ve Bartlett's Testi Sonuçları

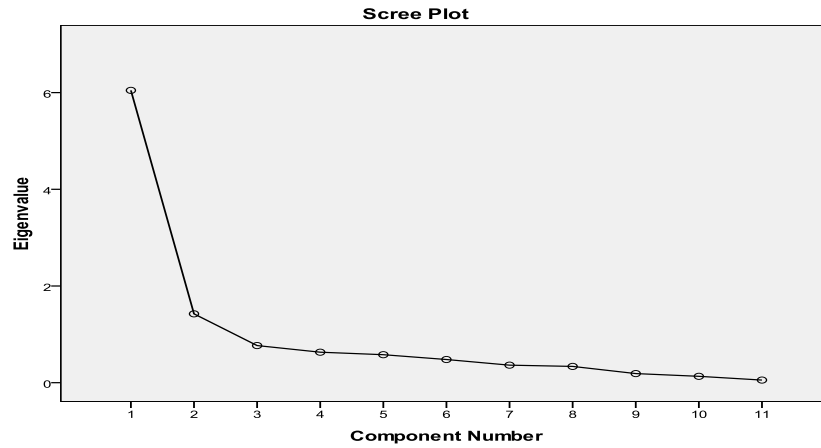
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,824
Bartlett's Test of	Approx. Chi-Square	3927,221
Sphericity	df	528
	Sig.	,000

⁵⁴² Ali Ayten, *Tanrı'ya Sığınmak: Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma*, İstanbul: İz Yayıncılık, 2012, ss. 29-32.

⁵⁴³ Şeref Kalaycı (ed.), *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, 9. b., Ankara: Dinamik Akademi Yayın Dağıtım, 2018, s. 327.

Araştırmaya ilişkin veri setine, arka arkaya beş kez faktör analizi uygulanmıştır. Her defasında "döndürülmüş faktör matrisi (rotated component matrix)" tablosunda; bir faktör altında tek kalmış maddeler, birden fazla faktör altında yer alan yakın değerli maddeler ve faktör yükü 0,50'nin altında olan değerler çıkarıldıktan sonra analiz tekrarlanmıştır. Beşinci faktör analizi işleminden sonra iki faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Bu aşamada her bir faktör altında yer alan maddeler, alfa (α) modeli⁵⁴⁴ ile güvenilirlik analizine tâbi tutulmuştur. Burada analiz tablosunda "düzeltilmiş madde-toplam korelasyon (corrected item-total correlation)" değeri, diğer maddelere göre daha düşük olan maddeler ile "Cronbach's Alpha if item deleted" değeri yani "ölçekten çıkarıldığında ölçeğin güvenilirlik katsayısını yükseltecek olan maddelere bakılmıştır. İlgili maddeler çıkarılmıştır. Tüm bu işlemlerden sonra altıncı bir faktör analizi ve ardından güvenilirlik analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 13'de gösterilmiştir.

Altıncı faktör analizi sonucunda DBÖ'ye ilişkin "özdeğer istatistiği" sonucuna göre değeri "1'den büyük olan" iki faktör ortaya çıkmıştır. Ayrıca DBÖ'ye ilişkin faktör analizi çizgi grafiğini "scree test"⁵⁴⁵ gösteren Grafik 4'de ikinci faktörden itibaren eğimin kaybolmaya başladığı görülmektedir. Bu durum, faktör sayısının iki ile sınırlandırılabilirliğini göstermektedir.



Grafik 4. DBÖ'ye İlişkin Faktör Analizi Çizgi Grafiği

Tablo 13'de DBÖ'ye ilişkin son faktör analiz sonuçları ve alt boyutlara ilişkin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları gösterilmiştir. Faktör analizi sonucunda, özdeğeri 1'den büyük olan iki faktör, pozitif dinî başa çıkma (9 madde) ve negatif dinî

⁵⁴⁴ a.g.e., s. 405.

⁵⁴⁵ a.g.e., s. 322.

başa çıkma (2 madde) olarak adlandırılmıştır. Tabloda, ölçeğe ait birinci faktöre ilişkin döndürülmüş faktör yükü değerlerinin (,729-,894) arasında değiştiği görülmektedir. İkinci faktöre ait döndürülmüş faktör yükü değerleri ise (,799 ve ,801) olarak bulunmuştur. Tablonun sonunda her iki faktörün birlikte toplam varyansın yaklaşık % 68'ini açıkladığı görülmektedir. Ölçeğe ait pozitif dinî başa çıkma alt boyutunda Cronbach Alpha değeri ($\alpha=,933$) ve negatif dinî başa çıkma alt boyutunda ise ($\alpha= ,541$) olarak bulunmuştur. Elde edilen bu veriler, faktör analizi sonucunda revize edilen ölçeğin, istatistiksel olarak araştırmada kullanılmasının güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 13. Dinî Başa Çıkma Ölçeği Yeni Faktör Analizi Sonuçları		
Maddeler	Döndürülmüş Faktör Yükü Değeri	Düzeltilmiş-Madde Toplam Korelasyonu
<i>Faktör 1: Pozitif Dinî Başa Çıkma</i>		
5. Allah'a daha yakın olmaya çalışırım.	,894	,793
6. Allah'ın beni doğru yoldan ayırmaması için dua ederim.	,828	,858
7. Allah'ın her an benimle olduğunu hissederim.	,823	,695
9. Mevlâ neylerse güzel eyler derim.	,823	,732
10. Sabrın sonu selamettir derim.	,817	,805
11. Başıma gelenleri, Allah'ın bir imtihanı olarak görürüm.	,808	,715
12. Her şeyde bir hayır vardır diye düşünürüm.	,783	,728
17. Her şeyi düzeltmesi için Allah'a yalvarırım.	,737	,733
19. Sorunlarımı halletmesi için Allah'a dua ederim.	,729	,755
Özdeğer: 6,046	Açıklanan Varyans: 53,272	Cronbach's Alpha: ,933
<i>Faktör 2: Negatif Dinî Başa Çıkma</i>		
30. Yaşananları hak edecek bir günah işleyip işlemediğimi düşünürüm.	,801	,381
31. Allah'ın beni cezalandırdığını düşünürüm.	,799	,381
Özdeğer: 1,424	Açıklanan Varyans: 14,637	Cronbach's Alpha: ,541
Açıklanan Toplam Varyans: 67,909		KMO: ,777 Bartlett's Test: ,000

Faktör analizi sonucunda iki boyut ve toplam 11 maddeye indirgenen Dinî Başa Çıkma Ölçeği, bu araştırmada orjinal halinde olduğu gibi beşli likert tipte⁵⁴⁶ kullanılmıştır. Buna göre her bir maddede yer alan seçenekler "hiç bir zaman: 1, nadiren: 2, bazen: 3, çoğu zaman: 4, her zaman: 5" şeklinde puanlanmıştır. Buna göre

⁵⁴⁶ Ayten, *Tanrı'ya Sığınmak: Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma*, ss. 31-32.

pozitif dinî başa çıkma alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan "45", en düşük puan ise "9" olacaktır. Negatif dinî başa çıkma alt boyutunda ise en yüksek puan "10", en düşük puan da "2"dir. Her iki boyutta da yüksek puanlar, o boyuta ait dinî başa çıkma etkinliklerinin daha fazla kullanıldığını göstermektedir.

iv. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Orijinal adı "The State-Trait Anxiety Inventory" olan ölçek Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından geliştirilmiştir.⁵⁴⁷ Türkçe'ye uyarlama çalışması, Öner ve LeCompte tarafından yapılmıştır. Envanter, her biri likert tipte "Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı" olmak üzere 20 maddelik iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. Türk toplumuna uyarlama çalışmasında Öner ve LeCompte, envanterin güvenilirlik katsayısını Durumluk Kaygı Envanteri'nde "0.93-0.96", Sürekli Kaygı Envanteri'nde ise "0.83-0.87" arasında bulmuşlardır.⁵⁴⁸ Bu çalışmada ise Durumluk Kaygı Envanteri'nin Cronbach Alpha katsayısı $\alpha=,912$; Sürekli Kaygı Envanteri'nin ise $\alpha=,855$ olarak tespit edilmiştir.

Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), "bireyin, belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini", *Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II)* ise "bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini" belirlemeye yöneliktir. Her iki envanter de uygulaması kolay ve bireylerin kendi kendilerine yanıtlayabileceği şekilde hazırlanmıştır. Bireylerin çekinmeden ve savunmasız bir şekilde soruları yanıtlamalarını sağlamak için envanterin başlığına, geliştiricileri tarafından özellikle "kaygı" sözcüğü eklenmemiştir. Uygulama sırasında da bu sözcüğün kullanılmamasına özen gösterilmesi konusunda vurgu yapılmıştır. Bu nedenle anket formunda envanterlere, yönergede önerildiği şekliyle iki ayrı sayfada "Form TX-1 ve Form TX-2" başlıkları altında yer verilmiştir.⁵⁴⁹

Envanter, dörtlü likert tipte hazırlanmıştır. *Durumluk Kaygı Envanteri'nde* yer alan ifadeler "hiç: 1, biraz: 2, çok: 3, tamamıyla: 4"; *Sürekli Kaygı Envanteri'nde* ise "hemen hemen hiçbir zaman: 1, bazen: 2, çok zaman: 3, hemen hemen her zaman: 4"

⁵⁴⁷ C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene, *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*, California: Consulting Psychologist Press, 1970.

⁵⁴⁸ Necla Öner, W. Ayhan LeCompte, *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.

⁵⁴⁹ a.yer.

şeklinde puanlanmıştır. Her iki ölçekte de olumsuz duyguları anlatan "düz" ve olumlu duyguları anlatan "tersine çevrilmiş" ifadeler vardır. Düz ifadelerde "1'den 4'e" doğru gidildikçe kaygı düzeyi artarken tersine çevrilmiş ifadelerde, kaygı düzeyi azalmaktadır. Bu nedenle puanlama esnasında, *Durumluk Kaygı Envanteri'nde* on madde (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeler); *Sürekli Kaygı Envanteri'nde* de yedi madde (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. maddeler) ters kodlanarak hesaplama yapılır. Hesaplama cetvelinde yer alan yönerge uygulandığında her iki ölçekten de alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar, 20-80 aralığında olacaktır. Yüksek puanlar, kaygı düzeyinin yüksek; düşük puanlar ise kaygı düzeyinin düşük olduğunu belirtmektedir.⁵⁵⁰ Her iki envantere ilişkin hesaplama formülü aşağıda gösterilmiştir:

Durumluk Kaygı Envanteri=[(Düz Maddelerin Toplam Puanı–Ters Maddelerin Toplam Puanı) +50]

Sürekli Kaygı Envanteri = [(Düz Maddelerin Toplam Puanı–Ters Maddelerin Toplam Puanı) +35]

v. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

(The European Organization for Research and Treatment of Cancer, 30-Item Core Quality of Life Questionnaire - Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği)

EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Aaronson ve arkadaşları⁵⁵¹ tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, Güzelant ve arkadaşları⁵⁵² tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanseri hastalarda geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin, Türk toplumu için Cronbach's Alpha katsayısı ≥ 0.70 olarak hesaplanmıştır. Kanseri hastalarında genel sağlık durumu ve yaşam kalitesinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan EORTC QLQ C-30 fonksiyonel skala, semptom skalası ve genel yaşam kalitesi olmak üzere üç boyut ve bu boyutlara ilişkin toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Fonksiyonel skala; "fiziksel, rol, bilişsel, duygusal ve sosyal" fonksiyonları içeren beş alt boyuta ayrılmıştır. Semptom skalasında da "halsizlik, ağrı, bulantı-kusma, dispne (nefes darlığı), uykusuzluk, iştah kaybı, kontipasyon (kabızlık), diyare (ishal) ve finansal güçlükler" adı altında dokuz alt boyut tanımlanmıştır.⁵⁵³

⁵⁵⁰ a.yer.

⁵⁵¹ N. K. Aaronson vd., "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology", *Journal of the National Cancer Institute*, C. 85, S. 5 (1993), ss. 365-76, doi:10.1093/jnci/85.5.365.

⁵⁵² A. Güzelant vd., "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: An Examination into the Cultural Validity and Reliability of the Turkish Version of the EORTC QLQ-C30", *European Journal of Cancer Care*, C. 13, S. 2 (2004), ss. 135-44, doi:https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2003.00435.x.

⁵⁵³ a.yer.

Ölçekte yer alan ilk 28 soru, bu iki boyutun (fonksiyonel ve semptom skalası) değerlendirilmesine, 29. ve 30. sorular ise "genel yaşam kalitesi"nin değerlendirilmesine yöneliktir. Hesaplama kolaylığı amacıyla ölçeğe ait boyutların her birine ait puanlar, doğrusal olarak "0-100" arasında bir puanlama derecesine dönüştürülür. Fonksiyonel skala ve genel yaşam kalitesinde yüksek puanlar, yaşam kalitesinin de yüksek olduğunu; semptom skalasında ise yüksek puanlar, daha fazla semptom ve daha düşük yaşam kalitesi seviyesini göstermektedir.⁵⁵⁴

Ölçekte yer alan ilk 28 madde dörtlü likert tipte "hiç: 1; biraz: 2; oldukça: 3; çok: 4" şeklinde puanlanmıştır. Ölçeğin 29. ve 30. maddeleri ise 1'den 7'ye (1: Çok Kötü, 7: Mükemmel) kadar verilen rakamlarla genel yaşam kalitesinin değerlendirilmesini içerir. Yaşam kalitesi ölçeğinde fonksiyonel skalaya ait maddeler (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27) iken semptom skalasına ait maddeler (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 28) olarak sıralanmıştır. Son iki madde (29 ve 30) de genel yaşam kalitesine aittir. EORTC QLQ C-30 yaşam kalitesi ölçeğinin boyutlarına ilişkin puanlamalar, hesaplama yönergesinde yer alan verilen formüllere göre yapılmıştır. Yönergede yer alan "Raw Skor (RS)"; her bir boyuttan alınan toplam puanın, o boyuta ilişkin toplam soru sayısına (fonksiyonel skala "15 soru", semptom skalası "13 soru", genel yaşam kalitesi "2 soru") bölünmesiyle elde edilen değerdir. "Range" değeri ise her bir soru maddesinden alınabilecek "en yüksek puan ve en düşük puan arasındaki fark"tır. Range değeri, ilk 28 soru için (4-1=3) ve son iki soru için (7-1=6) olarak hesaplanmıştır. Buna göre hesaplama yönergesinde, ölçeğin boyutlarına ilişkin verilen formüller şöyledir:⁵⁵⁵

$$\text{Fonksiyonel Skala} = \{1 - (\text{RS}-1) / \text{Range}\} \times 100$$

$$\text{Semptom Skalası} = \{(\text{RS}-1) / \text{Range}\} \times 100$$

$$\text{Genel Yaşam Kalitesi} = \{(\text{RS}-1) / \text{Range}\} \times 100$$

Bu araştırmada EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin güvenilirliğine ilişkin Cronbach's Alpha katsayısı (,872) olarak bulunmuştur. Ayrıca araştırma değişkenlerinin çokluğu nedeniyle fonksiyonel skala ve semptom skalasına diğer alt

⁵⁵⁴ Aaronson vd., "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30", ss. 365-76.

⁵⁵⁵ P. M Fayers vd., *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*, Brussels: EORTC, 2001, ss. 7-8.

boyutlar, puanlamaya dahil edilmeyerek istatistiksel işlemler, üç ana boyut (fonksiyonel skala, semptom skalası ve genel yaşam kalitesi) üzerinden yapılmıştır.

6.2. Nitel Veri Toplama Aracı

Araştırmanın bu aşamasında veriler, nitel araştırmalarda sıklıkla kullanılan görüşme (mülakat) yöntemi⁵⁵⁶ türleri arasında yer alan "yarı yapılandırılmış görüşme" yöntemiyle toplanmıştır. Bu yöntem çerçevesinde hazırlanan araştırma soruları, yüz yüze yapılan görüşmelerde katılımcılara yöneltilmiştir.

Görüşme sorularının ilk taslağının oluşturulmasında kanser süreci, hastaların ihtiyaç, problem ve destek kaynaklarına yönelik literatür taramasından ve pilot aşamadan elde edilen bulgulardan yararlanılmıştır. Elde edilen taslak soru formu; gönüllü olarak araştırmanın tıbbi danışmanlığını yürüten onkoloji uzmanına ve farklı üniversitelerin eğitim, psikoloji ve din psikolojisi bölümlerinde görev yapan üç öğretim üyesine gönderilerek görüş ve önerileri alınmıştır. Elde edilen geri bildirimler çerçevesinde düzenlenen araştırma soruları; hastane yönetiminden özel izin alınarak üç ayrı pilot (pre-pilot, pilot, post-pilot) çalışma kapsamında gönüllü toplam n=7 hastayla yüz yüze görüşme yapılarak test edilmiştir. Her bir pilot çalışma sonucunda sorularla ilgili problemler tespit edilerek yeni bir taslak soru formu hazırlanmıştır. Post-pilot çalışma sonrası ise anlaşılmayan ve açık olmayan sorular tespit edilmiş ve yeni bir taslak soru formu hazırlanarak yukarıda adı geçen uzmanların görüşlerine sunulmuştur. Bildirilen görüş ve öneriler sonucunda, tez danışmanı ile birlikte yarı yapılandırılmış görüşme sorularının düzenlenmesi yapılarak son şekli verilmiştir.

Yarı yapılandırılmış görüşme formunda (bkz. Ek 6); hastaların kansere ilişkin tepkileri, problemleri, yüklemeleri, değişimleri ve başa çıkma davranışlarının açığa çıkarılmasına yönelik toplam altı soruya yer verilmiştir. Bu sorular:

- i. Hastalığınıza ilk tanı konulduğunda neler hissettiniz?
- ii. Şu anda neler hissediyorsunuz?
- iii. Hastalık ve tedavi sürecinde ne gibi problemler yaşadınız?
- iv. Bu hastalığa yakalanmanızı neye bağlıyorsunuz?

⁵⁵⁶ Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2011, s. 119.

- v. Bu hastalıkla birlikte kendinize, çevrenize ve hayata dair ne gibi değişimler hissettiniz?
- vi. Hastalığınızla başa çıkmak için neler yapıyorsunuz?

6.3. Deneysel Aşamaya Ait Veri Toplama Araçları

Yarı deneysel olarak yürütölmüş olan araştırmanın üçüncü aşamasında, verilerin toplanmasında aşağıdaki ölçme araçlarından yararlanılmıştır. Ölçme araçları hakkında "nicel veri toplama araçları" başlığı altında geniş bilgi verilmiştir.

- i. Ok-Dini Tutum Ölçeği (Ok-DTÖ)⁵⁵⁷
- ii. Dinî Başa Çıkma Ölçeği (DBÖ)⁵⁵⁸
- iii. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI I-II)⁵⁵⁹
- iv. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeęi⁵⁶⁰

Araştırmacı tarafından, yukarıda belirtilen ölçme araçları ile hastalara ait kişisel ve tanısal özelliklerin sorgulandığı bilgilerin yer aldığı bir anket formu hazırlanmıştır (bkz. Ek 4). Bu form; ön test, son test ve izlem testinde uygulama ve kontrol grubunu oluşturan katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

Araştırmanın bu aşamasında, "manevi destek programı" oturumları öncesi ve sonrasında yalnızca uygulama grubuna yönelik birtakım ölçümler yapılmıştır. Bu ölçümlerde veri toplamak amacıyla kullanılan ölçme araçları da küçük bir formda toplanmıştır (bkz. Ek 5). İlgili form; katılımcıların sistolik kan basıncı (büyük tansiyon), diyastolik kan basıncı (küçük tansiyon) ve nabız değerlerine ilişkin bilgileri içeren bölüm ile aşağıda yer alan veri toplama araçlarından oluşmuştur:

- i. Durumluk Kaygı Envanteri
- ii. Genel Yaşam Kalitesi (*EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği 29. ve 30. maddeler*)

Araştırmanın bu bölümünde fizyolojik belirteçlerin (sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız) ölçülmesi amacıyla dijital tansiyon ölçme cihazı kullanılmıştır. Dijital tansiyon cihazından elde edilen sonuçlar, bir hemşire denetiminde, daha güvenilir olduğu düşünölen manuel bir tansiyon cihazının ölçüm sonuçlarıyla karşılaştırılarak cihazın, ölçüm doğruluğu teyit edilmiştir.

⁵⁵⁷ Ok, "Dini Tutum Ölçeği", ss. 528-49.

⁵⁵⁸ Ayten, *Tanrı'ya Sığınmak: Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma*, ss. 29-32.

⁵⁵⁹ Öner, LeCompte, *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*.

⁵⁶⁰ Güzelant vd., "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30", ss. 135-44.

Yarı deneysel olan bu aşamada "manevi destek programı", *bağımsız değişken* olarak belirlenmiştir. Burada bağımsız değişkenin etkisini test etmeye yönelik iki grup *bağımlı değişken* oluşturulmuştur. Bunlardan ilki "manevi destek programı"nın her bir oturumuna bağlı olarak ölçülen *bağımlı değişkenlerdir* (sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız, durumluluk kaygı ve genel yaşam kalitesi). İkinci grup bağımlı değişkenler ise "manevi destek programı"nın bütüncül etkisine bağlı olarak ölçülmek istenen değişkenlerdir. Buna göre dini tutum, dini başa çıkma, kaygı ve yaşam kalitesi ikinci grupta yer alan *bağımlı değişkenler* olmuştur. Veri toplama süreci, bu değişkenlere bağlı olarak gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama sürecinin başlangıcında araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılar, araştırmanın konusu, amacı, uygulanacak işlem ve aşamalar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiştir. Daha sonra katılımcılar, araştırmaya gönüllü olarak katılım konusunda onam verdiklerine dair "bilgilendirilmiş gönüllü olur formu"nu imzalamışlardır.

7. VERİLERİN TOPLANMASI

Bu bölümde nicel, nitel ve deneysel aşamaya ilişkin veri toplama süreci hakkında bilgiler verilmiştir.

7.1. Nicel Verilerin Toplanması

Araştırmanın bu aşamasında ilgili örneklem grubundan verilerin toplanmasında anket metodu kullanılmıştır. Araştırmanın veri toplama araçlarının ve katılımcılara ilişkin kişisel bilgilerin yer aldığı anket formu, araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan gönüllü hastalar tarafından doldurulmuştur. Bazı hastalar ise anket formunu, araştırmacı ile birlikte doldurmayı tercih etmiştir. Anket uygulaması öncesinde katılımcılar, araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmanın gönüllülük esası çerçevesinde yürütüldüğü belirtilerek kendilerinden onam alınmıştır.

Anket uygulaması, geniş bir zaman aralığını (Eylül 2018-Nisan 2019) kapsayan sürece yayılmıştır. Araştırmada örneklem grubuna ilişkin kemoterapi ve radyoterapi alan meme kanseri kadın hastalar olma gibi özel ve sınırlı kriterler getirilmiştir. İlgili kriterler, istatistiksel analizler için yeterli örneklem sayısına ulaşmada kısıtlayıcı bir faktör olmuştur. Bu nedenle araştırmanın saha çalışması uzatılmıştır.

Araştırmanın anket uygulamalarının bir kısmı kemoterapi ve radyoterapi ünitelerinin bekleme salonlarında, bir kısmı ise hastanenin araştırma için göstermiş olduğu odada gerçekleştirilmiştir. Anketler, hastaların tedavilerine engel olmayacak şekilde, tedavi öncesi ya da tedavi sonrasında uygulanmıştır. Kemoterapi tedavisi alan meme kanseri hastaların tedavi kür aralığı, genel olarak üç haftadır. Kür sayısı ise 4, 6 ya da 8 olabilir.⁵⁶¹ Bu sayı tümörün evresi, yapısı, büyüklüğü, yayılımı vb. faktörler dikkate alınarak belirlenir. Kemoterapi ünitesinde anket uygulamaları, meme kanserinde kemoterapi tedavisine ilişkin belirtilen sürece bağlı olarak gelişmiştir. Araştırmacı, anket çalışmasının başlangıcında üç hafta boyunca haftanın dört ya da beş günü kemoterapi ünitesinde bulunmuştur. Tedavi için gelen hastalar içinde, meme kanseri hasta sayısının 5-10 arasında olduğu belirlenmiştir. Bu hastalardan gönüllü olanlar ile anket uygulaması yapılmıştır. Üç hafta sonra aynı hastaların tedaviye gelmeleri bir sirkülasyon oluşturmuş ve tedaviye yeni başlayan az sayıdaki gönüllü hastaya anket uygulanmıştır.

Meme kanserinde ışın tedavi süreci ise genel olarak yirmi beş kürdür ve beş hafta boyunca hastalar, hafta için her gün tedavi almak üzere hastaneye gelirler. Bu nedenle radyoterapi ünitesinde anket çalışması için uygun örneklem grubuna ulaşmak kemoterapi ünitesine göre daha kısıtlı olmuştur. Araştırmacı, ışın tedavisi gören farklı meme kanseri hastalarıyla anket çalışması amacıyla bir hafta boyunca, gün içinde farklı zaman dilimlerinde radyoterapi ünitesinde bulunmuştur. Sonraki haftalarda ise az sayıda da olsa tedaviye yeni başlayan hastalara ulaşabilmek için belli aralıklarla radyoterapi ünitesi ziyaret edilmiştir.

Araştırmada, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi alan her iki gruptan da yeterli sayıya ulaşıldığına kanaat getirildiğinde veri toplama süreci sona erdirilmiştir.

7.2. Nitel Verilerin Toplanması

Nitel yaklaşımı esas alan araştırmanın bu bölümünde, öncelikle yarı yapılandırılmış görüşme soruları, üç ayrı pilot aşamadan geçirilerek test edilmiştir. Araştırma sorularına ilişkin pilot uygulama süreci "Kasım/Aralık 2017" tarihleri arasında, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi başhekimliğinden izin alınarak

⁵⁶¹ Mustafa Şehsuvar Gökçöz, "Meme kanserinde kemoterapi tedavisi", 09.05.2019, <https://sehsuvargokgoz.com/meme-kanserinde-kemoterapi-tedavisi.htm>.

toplam 7 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulamada sonrasında görüşme sorularının, yeniden düzenlemesi yapılarak uzman görüşüne sunulmuş ve son hali verilmiştir.

Asıl araştırma sürecine ilişkin yarı yapılandırılmış görüşmeler, "Ekim/Kasım 2018" tarihleri arasında yapılmıştır. Nitel aşamada yer alan katılımcılar, araştırmanın birinci aşamasında anket uygulamasına katılan örneklem grubu içinden gönüllü hastalar arasından seçilmiştir. Bu hastalara çalışmanın konusu, amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilerek katılım konusunda onam ve rızaları alınmıştır. Katılımcılarla araştırmacı arasında anket uygulama sürecinde bir ön tanışma olmuş ve yakın iletişimde bulunulmuştur. Bu yakınlık, hastalar açısından görüşme sürecinin daha içten ve verimli gerçekleşmesini sağlamıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmelerden yalnızca biri anket uygulamasıyla aynı gün içinde olmuştur. Diğer görüşmeler ise hastaların tedavi planlarına göre anket uygulamasından sonra 1-10 gün arasında değişen sürelerde gerçekleştirilmiştir.

Yarı yapılandırılmış görüşmelerde bulunan katılımcılar, aktif olarak kemoterapi ve radyoterapi tedavileri devam etmekte olan hastalardan oluşmuştur. Görüşmeler, hastaların tedavilerini aksatmayacak şekilde ve taleplerine göre günlük tedavilerinden önce ya da sonra gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarla görüşmeler, hastane yönetimi tarafından araştırma için tahsis edilen, sakin ve sessiz boş bir odada yapılmıştır. Odanın müsait olmadığı durumlarda ise hasta bekleme salonlarının sakin bir köşesi ya da hastane bahçesinde yer alan kafe kullanılmıştır. Ayrıca iki görüşme de hastane dışındaki kafelerde yapılmıştır. Dolayısıyla görüşmelerin hastane içinde veya hastanenin yakın çevresinde olmasına özen gösterilmiştir. Görüşmeler sırasında veri kaybını önleyebilmek amacıyla katılımcılardan izin alınarak ses kaydı yapılmıştır.

7.3. Deneysel Aşamaya Ait Verilerin Toplanması

Bu aşamada veri toplama süreci, uygulama ve kontrol grubunda olmak üzere ayrı ayrı ele alınmıştır.

Uygulama Grubunda Veri Toplama Süreci: Uygulama grubunda yer alan katılımcılardan verilerin toplanmasında; (i) manevi destek programı oturumlarını ve (ii)

manevi destek programının bütüncül etkisini değerlendirmeye yönelik iki farklı süreç gözetilmiştir.

Birinci veri toplama sürecinde uygulama grubuna her bir oturum öncesi; genel yaşam kalitesi (GYK), sistolik kan basıncı (büyük tansiyon), diyastolik (küçük tansiyon) kan basıncı, nabız ve durumluk kaygı (STAI-I) ölçümü yapılmıştır. Her bir oturum sonrası uygulama grubunda yer alan katılımcıların yeniden sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız ve durumluk kaygı düzeyleri ölçülmüştür. Oturum sonunda genel yaşam kalitesi ölçümü yapılmamıştır.

Uygulama grubuna yönelik ikinci veri toplama süreci; "manevi destek programı"nın bütüncül olarak etkisini test etmeye yönelik ön test, son test ve izlem testini kapsamaktadır. Buna göre ön test ve son test arasında katılımcılara "manevi destek programı" uygulanmıştır. Programın öncesini (ön test), bitimini (son test) ve yaklaşık 1-1,5 ay sonrasını (izlem testi) kapsayan bu veri toplama sürecinde uygulama grubunun dini tutum, dini başa çıkma, durumluk-sürekli kaygı ve yaşam kalitesi düzeyleri ölçülmüştür.

Tablo 12'de uygulama grubunun ön test, son test ve izlem testi tarihleri verilmiştir. Ön test, "manevi destek programı"nın ilk oturumu öncesinde yapılmıştır. Son test, altıncı oturum tamamlandıktan sonra uygulanmıştır. İzlem testi verileri ise son testten yaklaşık 1,5 ay sonra uygulama grubunda yer alan katılımcılar ve araştırmacının, hastane dışında uygun bir ortamda bir araya gelmesiyle toplanmıştır.

Tablo 14. Uygulama Grubu Veri Toplama Süreci

Test	Tarih
Ön Test	02.11.2018
Son Test	15.11.2018
İzlem Testi	24.12.2018

Kontrol Grubunda Veri Toplama Süreci: Herhangi bir müdahale programına tabi tutulmayan kontrol grubuna ön test, son test ve izlem testi uygulanmıştır. Çalışma grubuna ilişkin belirlenen özel kriterleri taşıyan gönüllü hastalara ulaşma zorluğu nedeniyle kontrol grubunun oluşturulmasında eş zamanlı olarak tedavi görüyor olma şartı aranmamıştır. Dolayısıyla kontrol grubu, farklı zaman dilimlerinde tedavi gören hastalardan oluşturulmuş ve testlere ilişkin anket formları, bireysel olarak

uygulanmıştır. Hastaların ön test, son test ve izlem testi arasındaki süreleri, uygulama grubundaki zaman aralığı gözetilerek planlanmıştır. Ancak anket uygulamalarının bireysel olması ve hastaların tedavi süreci ve özel şartlarının dikkate alınması nedeniyle test aralıklarında zaman sapmaları olmuştur. Genel olarak ön test ve son test arası 10-15 gün, son test ve izlem testi arası ise 25-30 gün arası olmuştur. Her üç testte de kontrol grubunun dini tutum, dini başa çıkma, durumluk-sürekli kaygı ve yaşam kalitesi ölçümleri yapılmıştır.

Kontrol grubundan ön test ve son teste ait verilerin toplanma işlemi, hastaların tedavilerini aksatmayacak şekilde radyoterapi tedavisi için hastaneye gelmiş oldukları süre içinde gerçekleştirilmiştir. Hastaların bir kısmı, verilere ilişkin anket formlarını bizzat kendisi doldurmak istemiş, bir kısmı ise araştırmacının formda yer alan maddeleri kendisine okumasını isteyerek gerekli yanıtları vermiştir. Anket formları, hastaların talebine ve ortamın sakinliğine göre bekleme salonunda ya da hastanenin araştırma için tahsis ettiği odada uygulanmıştır. İzlem testi verilerinin toplanmasında ise telefonla ve yüz yüze olmak üzere iki yol izlenmiştir. Özellikle ikametgâhı Bursa dışında olan ve telefon numarasını vermeyi gönüllü olarak kabul eden katılımcılardan veriler, telefonla görüşme yoluyla alınmıştır. Diğer katılımcılardan ise hastanede tedavi ve kontrol için buldukları süreç gözetilerek yüz yüze toplanmıştır.

8. VERİLERİN ANALİZİ

Bu bölümde nicel, nitel ve deneysel aşamaya ilişkin verilerin analiziyle ilgili bilgiler verilmiştir.

8.1. Nicel Verilerin Analizi

Araştırmada, anket tekniği ile toplanan verilerin istatistiksel analizlerinde Statistical Package for Social Science “SPSS 18.0” paket programından istifade edilmiştir.

Örneklem grubunun araştırmada belirlenen çeşitli değişkenlere göre dağılımını izlemek için tanımlayıcı istatistikler olan frekans, aritmetik ortalama gibi yöntemler

kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen nicel verilerin normal dağılıma uyup uymadığını belirlemek için⁵⁶² aşağıda yer alan istatistiksel testlerden yararlanılmıştır:

- Shapiro-Wilk ve Kolmogorov- Smirnov testleri
- Merkezi eğilim ölçülerinden aritmetik ortalama, mod ve medyan değerleri
- Çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayıları
- Frekans dağılım grafiği (histogram)
- Eğiliminden arındırılmış Q-Q grafiği (detrended normal Q-Q plot)

Yapılan testler sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Dolayısıyla normallik varsayımı karşılanmadığı için verilerin analizinde non-parametrik testler kullanılmıştır. "İki sürekli değişken arasındaki ilişkinin derecesinin hesaplanmasında" Spearman's Rank Order korelasyonu⁵⁶³, "aralıksız ölçülen iki bağımsız grup arasındaki farklılıkların testi" için Mann-Whitney U testi⁵⁶⁴ kullanılmıştır. Veri toplamada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizinde ise "Alfa Modeli (Cronbach Alpha Coefficient)"⁵⁶⁵ testine başvurulmuştur.

8.2. Nitel Verilerin Analizi

Nitel araştırmalar için veri analizinin anlamı "çeşitlilik, yaratıcılık ve esneklik" olarak ifade edilmektedir. Diğer taraftan nitel araştırmalarda veri analizinin sistematik ve kapsamlı olmasının gereğine vurgu yapılmaktadır. Ancak araştırmacıyı sınırlandırabileceği endişesiyle tüm nitel araştırmalar için geçerli olabilecek standartlaştırılmış bir veri analizinden bahsetmenin de mümkün olmadığı belirtilmektedir.⁵⁶⁶

Wolcott; nitel araştırmalarda veri analizi için üç yaklaşım biçiminden söz etmektedir. Bunlar; "betimleme, sistematik analiz ve yorumlama" olarak belirtilmiştir. Betimlemede; toplanan verinin orjinal haline sadık kalarak katılımcıların ifadelerinden doğrudan alıntılar, okuyucuya aktarılır. Sistematik analizde, betimlemeye ek olarak kavramsal kodlamalar ve sınıflandırmalar yapılarak tema ve temalar arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarılması hedeflenir. Yorumlama ise öznel bir süreç olup

⁵⁶² Abdullah Can, *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*, 7. b., Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2019, ss. 82-91.

⁵⁶³ Kalaycı, *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, s. 110.

⁵⁶⁴ a.g.e., s. 99.

⁵⁶⁵ a.g.e., s. 205.

⁵⁶⁶ Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2018, s. 237.

araştırmacının elde ettiği verileri ve sonuçları, kendi yaklaşım ve bakış açısı çerçevesinde yorumlamasıdır.⁵⁶⁷

Literatürde, nitel verilerin analizine ilişkin farklı yaklaşım ve yöntemler önerilmesine rağmen genel olarak iki analiz süreci üzerinde belirgin bir ittifak vardır. Bunlar, "betimsel analiz" ve "içerik analizi"dir. Betimsel analiz, yüzeyseldir. Burada amaç; verilerin belli bir düzen içinde doğrudan alıntılarla tanımlanması ve yorumlanmasıdır.⁵⁶⁸ Diğer taraftan içerik analizi, daha derinlemesine ve sistematik bir analiz biçimidir. İçerik analizi; metinler ya da materyaller içinde gizli kalmış anlam ve mesajları ortaya çıkarabilmek amacıyla sistematik bir düzen dâhilinde kavram ve kategoriler oluşturma işlemidir. Bu analiz biçiminde öncelikle ilgili metinler üzerinde "kelime, sözcük grubu, cümle vb." düzeylerde kategoriler oluşturularak kodlamalar yapılır. Sonraki aşama ise kavramsal ve ilişkisel analiz sürecini içerir.⁵⁶⁹

Araştırmanın nitel yaklaşımla yürütülen bu aşamasında, öncelikle yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilere ait ses kayıtlarının, metne dönüştürme işlemi gerçekleştirilmiştir. Transkript işlemi sırasında mümkün olduğunca katılımcıların ifadelerine sadık kalınmıştır. Yalnızca yöresel şive ve ağızlara bağlı ifadeler, güncel Türkçe yazım kurallarına göre düzenlenmiştir. Bazı görüşmeler, hastalar konuşmak istedikleri ya da konuşmayı devam ettirdikleri için oldukça uzun olmuştur. Bu tür durumlarda hastaların rahatlamasını sağlamak amacıyla araştırmacı, aktif bir dinleyici olarak görüşmeyi sürdürmüştür. Dolayısıyla bazı metinlerde, araştırma konusu dışında ya da hastaların özel hayatıyla ilgili içerikler de yer almıştır. Bu nedenle transkript edilen metinler, araştırmacı tarafından birkaç kez okunarak araştırma konusu dışında kaldığı düşünülen bölümler çıkarılmıştır. Katılımcılara görüşme soruları, belli bir sıra gözetilerek yöneltilmemiştir. Aynı zamanda verilen yanıtlarda da soru sırası gözetilmemiştir. Bazı katılımcılar, bir soru altında araştırmacının yanıtını aradığı birden çok soruya ilişkin görüş bildirmişlerdir. Bazı katılımcılar da görüşme sorularının kapsamı dışına çıkmadan açıklamalar yapmışlardır.

⁵⁶⁷ Harry F. Wolcott, *Transforming Qualitative Data: Description, Analysis, and Interpretation*, Newbury Park: Sage Publications, 1994; (akt.) Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2018, ss. 237-38.

⁵⁶⁸ Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2018, ss. 239-40.

⁵⁶⁹ Ahmet Güler, Mustafa Bülent Halıcıoğlu, Serkan Taşgın, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2015, s. 333.

Bu türden katılımcılara ait görüşmeler ise doğal olarak soru sıralaması gözetilerek transkript edilmiştir.

Transkript edilen ve düzenlenen metinlere, "katılımcı" sözcüğünün baş harfi ve görüşme tarihi dikkate alınarak "K-1, K-2, K-3..." şeklinde etiketleme yapılmıştır. Daha sonra etiketlenen metinler, word dosyası olarak kodlama işlemi için "MAXQDA 20" analiz programına aktarılmıştır. Tüm kod, kategori ve temalar bu program üzerinde yapılarak, kodlar ve temalar arası ilişkiler analiz edilmiştir. Bu analizlere ait ilişkiler, yine "MAXQDA 20" programının özelliklerinden faydalanılarak map, şema ve şekillerle görselleştirilmiştir.

İçerik analizinde, Strauss ve Corbin tarafından üç farklı kodlama biçimi önerilmiştir: "Daha önceden belirlenmiş bir kuram ya da kavramsal çerçeve göre kodlama", "verilerden çıkarılan kavramlara göre kodlama" ve "genel bir çerçeve içinde yapılan kodlama".⁵⁷⁰

Bu araştırmada; verilerin analizinde "genel bir çerçeve içinde yapılan kodlama" biçimi tercih edilmiştir. Bu tür kodlamada tümdengelimci bir yaklaşımla veri analizinden önce genel bir kuram ya da kavramsal çerçeve etrafında hazır temalar ve kod listesi kullanılır. İçerik analizi, bu kod listesine göre yapılır. Ancak bu kodlama türünde tümevarımcı yaklaşım da esas alınarak yeni kodlar oluşturularak listeye eklenir ya da yeni kodlara göre eski kodlar değiştirilir.⁵⁷¹ Bu bağlamda verilerin kodlanmasında, tümdengelimci yaklaşım tarzıyla belli kuram ve kavramsal çerçeveler kullanılmasına rağmen tümevarımcı yaklaşım biçiminden de yararlanılarak yeni oluşan kod ve kategoriler de listeye dâhil edilmiştir. Ayrıca ilgili kodlar altında betimsel bulgulara ve katılımcıların doğrudan alıntılarına da yer verilmiştir.

8.3. Deneysel Aşamaya Ait Verilerin Analizi

Araştırmanın yarı deneysel olarak planlanan bu aşamasından elde edilen verilerin analizinde, SPSS 18.0 "The Statistical Packet for The Social Sciences" programı kullanılmıştır.

⁵⁷⁰ Anselm Strauss, Juliet M. Corbin, *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, 1990; (akt.) Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2018, s. 244.

⁵⁷¹ Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2018, s. 246.

Örnekleme sayısının "matematiksel işlem yapılamayacak kadar küçük" olması durumunda, non-parametrik analiz testleri kullanılabilir. ⁵⁷² Bu aşamada da verilerin analizinde, uygulama (n=7) ve kontrol (n=7) grubunu oluşturan örneklem sayısının çok küçük olması nedeniyle non-parametrik analiz tekniklerinden faydalanılmıştır.

Araştırmada grup içi "üç ya da daha fazla noktada veya farklı koşulda" yapılan ölçümlerde "Friedman Testi" ⁵⁷³; "iki durumda ya da iki farklı koşulda" yapılan ölçümlerde ise "Wilcoxon Signed Rank Testi" ⁵⁷⁴ kullanılmıştır. Uygulama ve kontrol grubu arasındaki farklılıkları tespit etmek amacıyla da non-parametrik analiz tekniklerinden "Mann Whitney U" ⁵⁷⁵ testinden faydalanılmıştır. Ayrıca verilerin analizinde, "aritmetik ortalama" ve "frekans" gibi betimsel istatistiklere de yer verilmiştir. Test sonuçlarında anlamlılık düzeyi için "p" değerinin 0.05'ten küçük olması şartı aranmıştır.

9. ARAŞTIRMACININ ROLÜ

Nicel araştırmalarda araştırmacı, "belirli yöntemlere göre dışarıdan araştırma konusunu gözleyen, bu konuya ilişkin veriler toplayan ve bu verileri sayısal analizlere tabi tutan kişi"dir. Ancak nitel araştırmalarda, araştırmacının rolü nesnel yaklaşımların ötesine geçebilir. Çünkü nitel araştırmacı; araştırma ortamında özellikle vakit geçiren, araştırma kapsamındaki katılımcılarla görüşmeler yapan, gerektiğinde onların deneyimlerini bizzat yaşayan, sahadan elde ettiği deneyim ve bakış açılarını verilerin analizine dâhil eden kişidir. Dolayısıyla "araştırma sürecinin doğal bir parçası ve zaman zaman bir veri toplama aracı işlevi görür." Nitel araştırmacının, araştırma ortamı ve veri kaynaklarıyla iç içe olması nedeniyle olayların doğal akışını ve araştırma ortamında yer alan kişilerin doğal davranışlar sergilemesini engelleme olasılığı bulunmaktadır. Bu durum ise nitel araştırmaların yanlı olduğu düşüncesine neden olmaktadır. Ancak nicel araştırmalarda olduğu gibi "tam nesnellik" iddiasını sağlamanın da imkânsız olduğu bir gerçektir. Bu nedenle nitel araştırmalar, "öznel olmanın, olumsuz bir araştırmacı

⁵⁷² Salih Çepni, *Araştırma ve Proje Çalışmalarına Giriş*, Trabzon: Celepler Matbaacılık, 2014, s. 259.

⁵⁷³ Kalaycı, *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, s. 108.

⁵⁷⁴ a.g.e., s. 104.

⁵⁷⁵ a.g.e., s. 99.

davranışı olmadığını, aksine bu özneliğin gerektirdiği sorumluluğu önceden kabul ederek, açık bir biçimde bulguları ortaya koymanın önemli ve gerekli olduğunu savunur."⁵⁷⁶

Karma desen olarak planlanan bu araştırma öncesi araştırmacı, yüksek lisans ve doktora döneminde "bilimsel araştırma yöntemleri" ve "nitel araştırma desenleri" üzerine dersler almıştır. Ayrıca Tübitak 4005 Bilim ve Toplum Projesi kapsamında, 08-15 Eylül 2017 tarihleri arasında, BUÜ Eğitim Fakültesi Matematik ve Fen Bilimleri Eğitimi Bölümü öncülüğünde düzenlenen "Nitel Temelli Araştırmalara Yolculuk II" programına kabul edilmiştir. Bir haftalık yoğun program süresince nitel ve karma desen araştırmalarıyla ilgili eğitimlere katılmıştır.

Bu araştırmada, "tam gözlem" ve "katılımcı olarak gözlem" olmak üzere iki tür araştırmacı rolü üstlenilmiştir. "Tam gözlem" rolü, araştırmaya konu olan kişi ya da grupları rahatsız etmeden ve onlarla herhangi bir yakın iletişim kurmadan araştırmanın doğal ortamını gözlemeyi içerir. Bu araştırmacı rolünde, araştırmaya konu olan kişiler ya da grup araştırma ve araştırmacı hakkında bilgi sahibi değildir. "Katılımcı olarak gözlem" rolünde ise araştırmaya konu olan kişiler ya da grup, araştırma ve araştırmacı hakkında bilgi sahibidirler. Araştırmacının "katılımcı olarak gözlem" rolünde olması, araştırmacının ilgili kişiler ve grupla yakın ve güvenilir ilişkiler kurmasını gerekli kılar.⁵⁷⁷ Bu araştırmanın pilot aşamasının başlangıcında araştırmacı tarafından öncelikle "tam gözlem" rolü ile hastalar ve hastane ortamı mesafeli olarak uzaktan izlenmiştir. Böylece hastalar ve hastaların etkileşim içinde olduğu kişiler, hastane ortamı, hastaların muayene ve tedavi akışı vb. olgu ve olaylar arasındaki ilişkiler gözlenerek gerekli notlar alınmıştır. "Tam gözlem" rolünde araştırmacının, objektif olduğu kabul edilir. Ancak dışarıdan bir gözlemci olarak araştırmacının değerlendirmelerinde, kendi yaklaşım ve bakış açısının hâkim olması ihtimali yüksektir. Öznel yargılama ve yüzeysel bilginin öne çıkması, "tam gözlem" rolünün dezavantajları olarak görülmektedir.⁵⁷⁸ "Tam gözlem" rolünün getirebileceği olumsuzluğu telafi etmek için pilot aşamanın sonraki süreçlerinde ve asıl araştırma sürecinde, araştırmacı "katılımcı olarak gözlem" rolünde çalışmaya devam etmiştir. Bu rol kapsamında araştırmacı, araştırma ortamı olan

⁵⁷⁶ Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2018, s. 44.

⁵⁷⁷ Güler, Halıcıoğlu, Taşkın, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, ss. 107-10.

⁵⁷⁸ a.g.e., s. 110.

hastanede hastalarla birlikte vakit geçirmiş, onlarla mümkün olduğunca karşılıklı güvene dayalı etkili ilişkiler tesis etmeye çalışmıştır. Kendilerinden izin aldığı hastaların günlük hastane rutinlerine ve tedavi süreçlerine eşlik ederek onların penceresinden, olayları gözlemlene ve değerlendirme imkânı elde etmiştir.

Araştırmacının, kendi ailesinde de geçmişte yaşanmış kanser vakalarının olması araştırma konusu, problemi ve süreci üzerinde belirleyici olmuştur. Bu durum hem avantaj hem de dezavantaj olarak değerlendirilmiştir. Araştırmacının hasta ve hasta yakınlarının yaşamış oldukları problemleri anlayabilmesi ve bu nedenle onlarla daha yakından ve empatik ilişki kurabilmesi açısından avantaj olarak kabul edilmiştir. Ancak araştırmacının kanser yaşantısına ilişkin deneyimlerinin kalıplaşmış bir yargı ve bakış açısına dönüşme ihtimali de bulunmaktadır. Bu durum ise bir dezavantaj olarak ele alınmıştır. Dolayısıyla araştırmacı, kanser yaşantısına ilişkin önceki deneyimlerinin avantaj ve dezavantajlarını dikkate alarak kendi rolünü belirlemeye çalışmıştır. Bu bağlamda araştırmacı kendi deneyimlerini; "her insanın biricik" olduğu düşüncesinden hareketle araştırmaya konu olan kişi ve grupların yaşadıklarını daha iyi anlama ve anlamlandırmada fırsat olarak görmüştür.

Araştırmacı, yapmış olduğu görüşmeler esnasında kendi düşünce ve yorumlarının karşı tarafı manipüle etme ihtimalini gözetenek mümkün olduğunca öznel değerlendirmelerden kaçınmıştır. Katılımcıların, kendilerini açık ve samimi bir şekilde ifade etmelerine fırsat vermek amacıyla konuşmalarını bölmemeye gayret gösterilmiştir. Eğer katılımcı, mülakat sürecinde tek bir sorunun altında, araştırmacının yanıtını aradığı diğer sorulara da cevap verdiyse ilgili soru/lar yöneltilmemiştir. Katılımcının, görüşme soruları dışında konuşmaya devam etmesi ya da konuşma ihtiyacını belirtmesi durumunda da araştırmacı, görüşmeyi sonlandırmayarak aktif bir şekilde dinlemiştir.

Araştırmanın nicel ve deneysel aşamalarına ilişkin araştırmacı rolü ise şöyle özetlenebilir:

- Uzman destek ve önerileri çerçevesinde araştırmada kullanılan ölçme araçlarının yer aldığı anket formu, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.
- Anket formlarının, katılımcılara dağıtımı ve uygulama sürecinde araştırmacı aktif rol üstlenmiştir.
- Uzman görüş ve destekleriyle "manevi destek programı"nın hazırlanması araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

- Manevi destek programının uygulama sürecinde, araştırmacı grup lideri olarak rol üstlenmiştir.
- Ön test, son test ve izlem testleri araştırmacı tarafından uygulanmıştır.
- Araştırmadan elde edilen nicel verilerin analizi, araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.
- Araştırmadan elde edilen verilerin yorumlanması ve raporlaştırılması araştırmacı tarafından yapılmıştır.

10. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK

Bilimsel araştırmalarda geçerlik, "ölçülmek istenen bir niteliği ölçebilme" durumunu, güvenilirlik ise tekrarlanan ölçümlerde sonuçların tutarlılığını ifade eder.⁵⁷⁹ Nicel bir araştırmada ise her şeyden ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olması önemlidir.

Bu araştırmada nicel verilerin toplanmasında kullanılan araçlar, güvenilirlik ve geçerlik ölçümleri yapılmış ölme araçlarıdır. Ayrıca araştırmada, güvenilirliği arttırmak için ilgili ölçme araçlarına ve alt boyutlarına yeniden güvenilirlik analizi yapılarak "Cronbach Alfa"⁵⁸⁰ değerlerine bakılmıştır. Alfa katsayısı düşük olan ölçme araçları ise yeniden faktör analizine⁵⁸¹ tabi tutularak revize edilmiştir. Böylece araştırmada güvenilirlik ve geçerlik düzeyi yüksek ölçme araçları kullanılmıştır.

Nitel araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlik konusu, önemli tartışma alanlarından birisidir. Bu tartışmaların bir kısmı, nicel araştırmaların güvenilirlik ve geerliklerine ilişkin yöntem ve kriterleri taşımadıkları gerekçesiyle nitel araştırmaların, bilimsel olmadıkları iddiasını taşımaktadır. Buna karşılık nitel araştırmalarda da güvenilirlik ve geçerliği sağlamaya yönelik özel yöntem ve kriterlerin mümkün olduğu gösterilmiştir.⁵⁸²

Ancak bazı yazarlar tarafından nicel araştırmalarda kullanılan güvenilirlik ve geçerlik terimlerinin karşılığı olarak nitel araştırmaların doğasıyla uyumlu alternatif bir terminoloji üretilmiştir. Buna göre "dış geçerlik" için "aktarılabilirlik" ya da "transfer

⁵⁷⁹ Rauf Arıkan, *Araştırma Yöntem ve Teknikleri*, Ankara: Nobel Yayın, 2011, ss. 96-97.

⁵⁸⁰ Kalaycı, *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, s. 405.

⁵⁸¹ a.g.e., s. 321.

⁵⁸² Güler, Halicioğlu, Taşgın, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, s. 373.

edilebilirlik"; iç geçerlik için "inandırıcılık"⁵⁸³; iç güvenilirlik için "tutarlılık" ve dış güvenilirlik için ise "teyit edilebilirlik" terimleri ortaya çıkmıştır.⁵⁸⁴

Lincoln ve Guba, iç geçerliğin (inandırıcılık) sağlanabilmesi için bazı stratejiler önermişlerdir. Bu stratejiler; "uzun süreli etkileşim, derinlikli odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi" olarak sıralanmıştır.⁵⁸⁵

Nitel araştırmaların iç geçerliğinin (inandırıcılık) artırılmasına yönelik önerilen yöntemler arasında farklılıklar gözlenmektedir. Ancak iç geçerlik için "çeşitleme" yönteminin gerekliliği, hemen hemen tüm araştırmacılar tarafından savunulmaktadır.⁵⁸⁶ Çeşitleme (triangulation) stratejisinde; veri kaynakları, yöntem ve araştırmacı çeşitlenmesinden söz edilmektedir. Bu boyutlardan herhangi birinde çeşitleme olmaması araştırmanın geçerliğini zayıflatır.⁵⁸⁷ Bu araştırmada iç geçerliği sağlamaya yönelik veri kaynakları ve veri toplama yönteminde çeşitlilik yapılmıştır. Araştırmanın esas veri kaynağı kanser hastaları olmasına rağmen zaman zaman hasta yakınları ve hastane sağlık personeliyle de görüşmeler yapılmıştır. Diğer çeşitleme alanı ise veri toplama yönteminde olmuştur. Araştırmanın esas veri toplama yöntemi olan mülakatın (görüşme) yanında araştırmacı tarafından gözleme de başvurulmuştur. Bu araştırmada çeşitleme stratejisi kapsamında yapılan gözlem ve görüşmeler, araştırma problemi ve konusuyla ilgili bazı soruları netleştirmek için yapılmıştır. Gözlem ve hasta örnekleme dışında yapılan görüşmelerden elde edilen verilerden, araştırmanın yorum, tartışma ve sonuç bölümlerinde istifade edilmiştir.

Ayrıca bu araştırmada nitel araştırmalarda iç geçerliği sağlamaya yönelik stratejiler arasında yer alan uzman incelemesi ve katılımcı teyidine de başvurulmuştur. Ulaşılan sonuç ve tespitlerin katılımcılar tarafından onaylanmasını içeren katılımcı teyidini⁵⁸⁸ sağlamak amacıyla araştırmacıya ait öznel algı ve değerlendirmeler, görüşme sonunda katılımcılara kısa bir özet şeklinde aktarılmıştır. Katılımcıların kendi algı ve

⁵⁸³ John W. Creswell, *Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*, çev. ed. Mesut Bütün, Selçuk Beşir Demir, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2016, s. 246.

⁵⁸⁴ Yvonna S. Lincoln, Egon G. Guba, *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills, California: Sage Publications, 1985; (akt.) Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2011, s. 263.

⁵⁸⁵ Lincoln, Guba, *Naturalistic Inquiry*; (akt.) Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2011, s. 265.

⁵⁸⁶ Larry B. Christensen, R. Burke Johnson, Lisa A. Turner, *Araştırma Yöntemleri, Desen ve Analiz*, ed. çev. Ahmet Aypay, Ankara: Anı Yayıncılık, 2020, s. 408.

⁵⁸⁷ Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2011, s. 267.

⁵⁸⁸ a.g.e., ss. 268-69.

gerçeklikleriyle örtüşmeyen hususlarda düzeltmeye gidilmiştir. Uzman incelemesi stratejisine yönelik olarak da araştırmanın farklı aşamalarından elde edilen veri ve analizler, araştırma sürecinin başından itibaren kendilerinden danışmanlık ve destek alınan uzmanların (onkoloji uzmanı, psikoloji, eğitim ve din psikolojisi) görüş ve değerlendirmelerine sunulmuştur. Yine araştırmacı bakış açısının farklılığını yansıtabilmek amacıyla araştırma verilerinin tematik analizi sonucunda elde edilen tema ve kodlar, nitel araştırmalar ve din psikolojisi alanında uzman bir öğretim üyesine gönderilmiştir. Uzman incelemesi sonucu ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak kod sistemi, revize edilmiştir.

Dış geçerlik, araştırma sonuçlarının genellenebilirliğiyle ilgilidir. Nicel araştırmalarda genelleme doğrudan yapılabilirken nitel araştırmalarda dolaylı yoldan "deneyimler ve örnekler" üzerinden analitik bir genelleme yapılmaktadır.⁵⁸⁹

Nitel araştırmalarda dış geçerlik (aktarılabirlik), nicel araştırmalarda olduğu gibi genellemeyle ilgilidir. Ancak nicel araştırmalara ait genelleme yöntemleri, nitel araştırmalar için geçerli değildir. Bu nedenle nitel araştırmalarda dış geçerlikle ilişkili olarak "transfer edilebilirlik" ya da "aktarılabirlik" şeklinde kavramlar öne çıkmıştır. "Transfer edilebilirlik", araştırma sonuçlarının başka durum, alan ya da kişilere uyarlanabilir olmasını ifade eder.⁵⁹⁰ Bu araştırmada, transfer edilebilirliği sağlamak için araştırmanın katılımcıları, ortamı, aşamaları vb. hakkında kapsamlı ve ayrıntılı bilgilerin verilmesine özen gösterilmiştir. Aynı zamanda araştırma sonuçları, konuyla ilgili literatürde yer alan araştırma bulgularıyla karşılaştırılarak ortaya çıkan benzerlik ve farklılıklar araştırma bağlamı içinde değerlendirilmiştir.

Erlandson ve arkadaşları tarafından da aktarılabirliği (dış geçerlik) arttırmak için ayrıntılı betimleme ve amaçlı örnekleme şeklinde iki yöntem önerilmiştir.⁵⁹¹ Bu araştırmada bahsi geçen yöntemlerden ayrıntılı betimleme çerçevesinde ham veriler, belirlenen kavram ve temalar çerçevesinde düzenlenerek görüşmelerden elde edilen doğrudan alıntılarla okuyucuya sunulmuştur. Ayrıca bu çalışmada, araştırma problemi

⁵⁸⁹ a.g.e., s. 258.

⁵⁹⁰ Güler, Halıcıoğlu, Taşgın, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, s. 383.

⁵⁹¹ David A. Erlandson vd., *Doing Naturalistic Inquiry: A Guide to Methods*, London: Sage, 1993; (akt.) Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2011, s. 270.

ve konusunu yansıtabileceği düşünülen kriterler belirlenmiş ve bu çerçevede amaçlı örnekleme yöntemine gidilerek dış geçerliğin artırılması hedeflenmiştir.

İç güvenilirlik, bir olgu ya da olayın aynı zaman dilimi içinde, birden fazla araştırmacı tarafından aynı biçimde ölçülebilmesini ifade eder.⁵⁹² Bu araştırmada iç güvenilirliği (tutarlık) sağlamaya yönelik LeCompte ve Goetz tarafından önerilen stratejiler dikkate alınmıştır. Buna göre öncelikle araştırmanın bulgular bölümünde, ilgili kod ve temalar altında katılımcılara ait doğrudan alıntılara yer verilmiştir. Böylece tematik analizler, betimsel analiz bulgularıyla da zenginleştirilmiştir. İkinci olarak araştırmanın çeşitli aşamalarında, alanında uzman olan araştırmacıların görüş ve tavsiyelerine başvurulmuştur. Üçüncü olarak veri analizinden elde edilen sonuçlar, benzer nitelikteki diğer araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır.⁵⁹³ Bunların dışında, görüşmelere ait verilerin kodlama ve analizinde bilgisayar programının (MAXQDA 20) kullanılmış olması da araştırmanın dış güvenilirliğini sağlamaya yönelik bir başka uygulamadır. Böylece araştırmacının veriler üzerindeki manipülasyonunun azaltılmış olduğu ve analiz sonuçlarının bilgisayar programı aracılığı ile elde edildiği gösterilmiştir.⁵⁹⁴

Dış güvenilirlik, olguların zaman içinde aynı şekilde ölçülebilmesini gösteren bir kavramdır. Ancak sosyal bilimlerde, herhangi bir olgu için değişkenliğin olmaması ya da sabit kalması mümkün değildir.⁵⁹⁵ Bu bağlamda LeCompte ve Goetz, dış güvenilirliği (teyit edilebilirlik) sağlamaya yönelik alınması gereken bazı önlemlere vurgu yapmışlardır. Buna göre araştırma sürecinde; araştırmacının konum ve rolünün açık hale getirilmesi, veri kaynağı olan grupta yer alan bireylerin ve araştırmaya ilişkin sosyal ortamın açık bir şekilde tanımlanması, verilerin analizine yönelik kavramsal çerçevenin, veri toplama ve analiz yöntemlerinin açıklanması dış güvenilirlik için önemlidir.⁵⁹⁶

Bu araştırmada, dış güvenilirliği (teyit edilebilirlik) sağlamak için öncelikle katılımcılardan izin alınarak görüşmeler ses kayıt cihazıyla kayda alınmıştır. Böylece

⁵⁹² Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2011, s. 260.

⁵⁹³ Margaret D. LeCompte, Judith Preissle Goetz, "Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research", *Review of Educational Research*, C. 52, S. 1 (1982), ss. 31-60, doi:10.3102/00346543052001031; Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2018, s. 275.

⁵⁹⁴ Güler, Halicioğlu, Taşkın, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, s. 388.

⁵⁹⁵ Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2011, s. 260.

⁵⁹⁶ LeCompte, Goetz, "Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research", ss. 31-60; Yıldırım, Şimşek, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 2011, ss. 260-61.

veri kaybının en aza indirilmesinin yanında analizlerde araştırmacıya ait algı ve değerlendirmelerin azaltılması hedeflenmiştir. Ayrıca araştırma süreci boyunca bir not defteri tutulmuştur. Bu deftere, araştırmacı tarafından gözlemlere dayalı notlar, görüşme sürecinde katılımcılara ve araştırma ortamına ilişkin yorum ve değerlendirmeler kaydedilmiştir. Araştırmada dış güvenilirliğe sağlamaya yönelik bir diğer uygulama ise araştırma aşamaları, araştırma sürecinde izlenen yollar, katılımcı bilgileri, araştırma ve verilerin analiz yöntemleri hakkında ilgili bölümlerde ayrıntılı bir şekilde bilgi verilmesi olmuştur. Yine güvenilirlik için araştırmacı rolünün etkisi dikkate alınarak bu konu ayrı bir başlık altında ele alınmıştır. Diğer taraftan araştırmacının varlığına bağlı olarak doğal davranışlar sergilenmememesi durumunu ifade eden halo etkisinin oluşmaması için katılımcıların araştırmacının varlığına alışmaları gereklidir.⁵⁹⁷ Bunu sağlamak için çalışma ortamında katılımcılarla birilikte uzun süreli vakit geçirilmiştir. Araştırma sürecinde, hastaların tedavi süreçlerini gözetilerek bir personel gibi mesai saatinin başından sonuna kadar haftanın en az üç günü hastanede bulunulmuştur.

Bu araştırmada nitel aşamada olduğu gibi deneysel aşamanın da geçerliğini arttırmak için birtakım önlemler alınmıştır.

Literatürde deneysel araştırmalara yönelik "istatistiksel sonuç geçerliği, yapı geçerliği, iç geçerlik ve dış geçerlik" olmak üzere dört temel geçerlik türüne vurgu yapılmaktadır. İstatistiksel sonuç geçerliği; bağımlı ve bağımsız değişkenin istatistiksel olarak ilişkili olduğunu ve "bağımsız değişkendeki" her türlü değişikliğin "bağımlı değişkeni" etkilediğini ifade eder. Bir araştırmada katılımcı sayısının eksikliği, istatistiksel sonuç geçerliği için bir tehdit olarak kabul edilmektedir. Bunu önlemek için de mümkün olduğunca katılımcı sayısının yüksek olması gereklidir.⁵⁹⁸ Ancak bu araştırmada deneysel aşama için uygun çalışma grubunun oluşturulmasında karşılaşılan güçlükler nedeniyle katılımcı sayısını arttırmak mümkün olmamıştır.

Yapı geçerliği, "bir yapının araştırmada kullanılan ölçümlerle yeterli bir biçimde temsil edilme düzeyi"ni ifade eden bir kavramdır. Yapı geçerliğine yönelik bazı tehditler; "deneysel çalışmaya dahil olduktan sonra katılımcılarda meydana gelen algı ve motivasyon değişimi ve bunu beyanlarına yansıtmaları", "katılımcı algısı ve

⁵⁹⁷ Güler, Halıcıoğlu, Taşşın, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, s. 389.

⁵⁹⁸ Christensen, Johnson, Turner, *Araştırma Yöntemleri, Desen ve Analiz*, ss. 182-83.

eğiliminin bağımlı değişkene yönelik verilen cevapları etkilemesi", "uygulayıcı beklenti ve eğilimlerinin katılımcıların yanıtları üzerinde etkili olması" şeklinde sıralanabilir. Özellikle uygulayıcı beklenti ve eğilimlerine bağlı olarak deneysel bir çalışmada, katılımcıların kendilerinden bekleneni en iyi şekilde gerçekleştirme yönünde motivasyon ve performans göstermeleri sık rastlanan bir durumdur. Bu durum "olumlu benlik sunumu" olarak da ifade edilir.⁵⁹⁹ Bu tehditi ortadan kaldırmak için araştırmacı, mümkün olduğunca açık ve tarafsız olmaya, grup içindeki farklı yorum ve açıklamaları destekleyici olmaya özen göstermiştir

Deneysel çalışmalarda iç geçerlik; "bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki nedensellik ilişkisinin doğru kurulma düzeyi"ni ifade eder. Ancak özellikle sosyal araştırmalarda bunu sağlamak oldukça zordur. Çünkü her zaman bağımlı bir değişkenin, bağımsız değişken dışındaki birçok faktörden etkilenmesi mümkündür. Bu faktörler, "karıştırıcı dış değişken" olarak adlandırılmaktadır.⁶⁰⁰ İç geçerliği tehdit eden önemli faktörler arasında katılımcıların gruplara yanlı bir şekilde atanması, eşleştirme yapılmaması ve geçmiş etkisi sayılabilir.⁶⁰¹ Özellikle tek gruplu deneysel desende, ön test ve son test arasında geçen sürede yaşanan gelişmelerin, sonuçlar üzerinde etkili olabileceği belirtilmektedir. Bu durumda deneysel müdahale ve geçmiş etkisinin aynı anda ortaya çıkması söz konusudur. Geçmiş etkisini kontrol edebilmek için tek gruplu deneysel desenler yerine çok gruplu ya da kontrol gruplu deneysel desenler önerilmektedir.⁶⁰²

Bu araştırmada aynı anda araştırmacının kriterlerini karşılayan yeterli ve gönüllü hasta sayısına ulaşmada yaşanan güçlükler nedeniyle uygulama ve kontrol grubunun randomize bir şekilde oluşturulamaması iç geçerliğin sağlanmasında bir dezavantaj olmuştur. Ancak iç geçerliğe yönelik diğer tehditleri azaltmak amacıyla kontrol grubu oluşturularak hastalık tanısı ve tedavi özellikleri bakımından gruplar arası eşleştirme yapılmış ve benzer deneyimlere sahip katılımcılar araştırmaya dâhil edilmiştir.

⁵⁹⁹ a.g.e., ss. 183-86.

⁶⁰⁰ a.g.e., ss. 190-91.

⁶⁰¹ Şener Büyüköztürk, *Deneysel Desenler*, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2016, s. 6.

⁶⁰² Christensen, Johnson, Turner, *Araştırma Yöntemleri, Desen ve Analiz*, ss. 192-94.

Dış geçerlik; "araştırma sonuçlarının diğer insanlara, ortamlara, deneylere ve zamanlara genellenebilme" durumunu ifade eden bir kavramdır.⁶⁰³ Dış geçerliği tehdit eden faktörlerden bazıları; örneklemin evreni temsil etme yeteneği, katılımcı davranışları ve deney ortamıdır. Özellikle örneklemin kolay ulaşılabilir olması evreni temsil etme bakımından önemli bir problem olarak görülmektedir. Yine dış geçerliğin sağlanması için deney ortamının, gerçek yaşamla benzer özellikte olması da önemlidir. Katılımcıların, deneyin ve gözlemlendiklerinin farkında olarak doğal davranışlar sergilememeleri de deneyin dış geçerliğini zayıflatan bir başka önemli faktördür.⁶⁰⁴

Deneyisel çalışmalarda genel olarak iç geçerlik, daha yüksek düzeydedir. İç geçerliği arttırmaya yönelik birtakım uygulamalar, bazen araştırmanın dış geçerliğini zayıflatabilmektedir ya da dış geçerliği artırma çabaları iç geçerliğin düşmesine neden olabilmektedir. Bir çalışmada iç geçerlik ya da dış geçerlikten hangisinin öne çıkacağını belirleyen en önemli faktör, araştırmanın amacıdır. Örneğin, sebep-sonuç ilişkilerini inceleyen çalışmalarda iç geçerlik, hedef evrenin özellikleri hakkında bilgi edinmeyi amaçlayan çalışmalarda dış geçerlik öne çıkar.⁶⁰⁵ Bu çalışmada ise sebep-sonuç ilişkisi bağlamında iç geçerliğin öne çıktığını söylemek mümkündür.

11.MANEVİ DESTEK PROGRAMI

Bu bölümde, kanser hastaları için hazırlanan "Manevi Destek Programı"nın amacı, hazırlanma süreci, içeriği ve uygulama süreci hakkında bilgi verilmiştir.

11.1. Programın Amacı

Manevi destek programının genel amacı; kanser tedavisi görmekte olan hastaların; fiziksel (yaşam kalitesi), psikolojik (durumluluk-sürekli kaygı) ve manevi (dini tutum, dini başa çıkma) iyilik hallerine olumlu yönde katkı sağlamaktır.

Kanser hastalarıyla ilgili yerli ve yabancı literatür bulguları, dini/manevi tutumların ve pozitif dini başa çıkmanın yaşam kalitesi, kaygı ve hastalığa uyum gibi değişkenler üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bu nedenle program içeriği, hastalarda pozitif dini başa çıkma stillerinin aktive edilmesi ve geliştirilmesini,

⁶⁰³ a.g.e., s. 200.

⁶⁰⁴ Sait Gürbüz, Faruk Şahin, *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2017, ss. 380-81.

⁶⁰⁵ Christensen, Johnson, Turner, *Araştırma Yöntemleri, Desen ve Analiz*, s. 206.

negatif dini başa çıkma stillerine yönelimin ise azaltılmasını hedefleyen bir yaklaşımla hazırlanmıştır. Dolayısıyla programın alt amaçları; pozitif dini başa çıkmanın güçlendirilmesi ve negatif dini başa çıkmanın zayıflatılması olarak belirlenmiştir.

11.2. Programın Hazırlanma Süreci

Manevi destek programının hazırlanma sürecinde öncelikle konuya ilişkin literatür taraması yapılmıştır. Elde edilen literatür bulgularından faydalanılarak kanser hastalarının fiziksel, psikososyal ve manevi ihtiyaç ve problemleri ortaya çıkarılmıştır. Kanser hastalarına yönelik manevi merkezli müdahaleler konusunda yerli literatürün kısıtlı olması nedeniyle yabancı literatürde yer alan araştırmalar incelenerek genel bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır. Literatür bazlı ön hazırlık çalışmasından sonra araştırmanın pilot aşamasına geçilmiştir. Bu aşama, programın genel taslağının şekillenmesi açısından oldukça önemli kabul edilmiş ve bu nedenle de yaklaşık 4 aylık bir süreye yayılmıştır.

Pilot çalışma sürecinde, Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi Başhekimliği'nden özel izin alınarak hastaneye tedavi amacıyla gelen kanser hastaları, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarıyla görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler, ilgili kişilerin kansere yönelik tutumları, tepkileri, ihtiyaç ve problemleri etrafında şekillenmiştir. Ayrıca pilot çalışma aşamasında kısa süreli görüşmeler dışında, hastane içinde hasta ve hasta yakınlarıyla ve tedavi ekibiyle tam zamanlı mesai yapılmıştır. Böylece kemoterapi ve radyoterapi tedavi sürecinin işleyiş ve akışının, hasta ve hasta yakınları açısından gözlenmesi mümkün olmuştur. Ayrıca kemoterapi ve radyoterapi tedavi ekibinin de hastalara ilgili yaklaşım biçimleri, yoğun performans ve gayretleri de bu gözlemlerde dikkat çekmiştir.

Literatür taramalarından ve pilot aşamadan elde edilen verilerin derleme ve değerlendirilmesi sonucunda program, son şeklini almıştır. Ancak araştırma süreci içinde ortaya çıkan yeni verilere bağlı olarak küçük çaplı revize çalışmaları da olmuştur. Programın tasarlanma ve hazırlanma sürecinin her aşaması; tez danışmanı ile birlikte onkoloji uzmanı bir hekim ve farklı üniversitelerin psikoloji bölümlerinde görev yapan öğretim üyelerinin destek ve katkılarıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

11.3. Programın İçeriği

Manevi destek programının içeriğinin hazırlanmasında Müslüman Türk kültürü bağlamında dini değer, tutum ve başa çıkma yaklaşımları esas alınmıştır. Programda kullanılan motif ve temaların ayrıntılı olarak belirlenmesinde ise pilot çalışma ve hastalarla yapılan mülakat verilerinden istifade edilmiştir. Elde edilen verilerden hastaların, kansere yönelik atıfları ve başa çıkmada sıklıkla kullanmış oldukları dini etkinlik ve uygulamalar tespit edilerek program içeriğine uyarlamaları yapılmıştır. Buna göre kansere yönelik atıflarda "imtihan" olgusunun öne çıkması nedeniyle programın ikinci oturumu olan "hastalığı anlamlandırma" temasının merkezinde, bu olguya yer verilmiştir. Mülakatlarda hastalar için dini başa çıkmada sabır ve şükür gibi değerlerin önemli olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda üçüncü oturumun merkezi teması, "sabır ve şükür" olmuştur. Yine mülakat verileri, hastalar arasında en sık başvurulmuş dini başa çıkma yönelimlerinin "Allah'a sığınma" ve "dua etme" olduğunu göstermiştir. Bu veriye bağlı olarak programın dördüncü oturumunun teması, "manevi yönelim ve dua" olmuştur. Ayrıca mülakat verilerinden, hastaların başa çıkmada sıklıkla yöneldikleri etkinlikler arasında "açık havada/doğada vakit geçirme" ve "yürüyüş" gibi doğaya yönelik aktivitelerin de yer aldığı tespit edilmiştir. Hastalarda başa çıkmada "açık havada/doğada vakit geçirme" ve "dua" etmenin önemi dikkate alınarak bu iki etkinlik birleştirilmiştir. Müdahale grubunda yer alan hastalarla açık havada, küçük bir mesire yerinde hastalarla birlikte dua edilmiş, kahvaltı ve yürüyüş yapılmıştır.

Mülakatlardan elde edilen veriler, kanser hastalarında aktif başa çıkmada en önemli unsurun, "umut etme" olduğunu göstermiştir. Umudun merkezinde ise şifa bulmak ve kanseri yenmek vardı. Bu nedenle programın beşinci teması, "umut etme ve şifa bulma" olarak belirlenmiştir.

Manevi destek programını uygulama sürecine ilişkin hastaların mevcut dini başa çıkma kaynaklarının aktive edilmesi ve güçlendirilmesi⁶⁰⁶ temelinde bir yaklaşım belirlenmiştir. Sosyal hizmet alanının önemli kavramlarından birisi olan "güçlendirme yaklaşımı"; bireyin ya da grubun "yaşamlarındaki güç kaynaklarını" keşfetmelerine, sahip oldukları "kaynaklara ulaşabilme ve onları kontrol edebilme" kapasitesini

⁶⁰⁶ Şahin, *Manevi Bakım ve Danışmanlık*, s. 28.

geliştirebilmelerine yardımcı olmayı içerir.⁶⁰⁷ Kanser deneyiminde ise "güçlendirme yaklaşımı" ile bireyin, "hastalık süresince çevresindeki kaynakları kullanımı, tedavisi ve yaşamıyla ilgili karar verme süreçlerinde rol alabilmesi, hastalığın yarattığı tehditler karşısında saklı güçlerini harekete geçirmesi ve bir bütün olarak süreçte kontrol sahibi olabilmesi"⁶⁰⁸ hedeflenir. Barker, güçlendirme yaklaşımında kişisel (benlik saygısı vb.) ve kişilerarası (aile, arkadaş, sağlık profesyonelleri vb.) boyutlara vurgu yapar.⁶⁰⁹ Güç kaynakları olarak ifade edilen bireyin kişisel kendi iç dinamikleri ve sosyal çevreden gelen destek arasındaki etkileşimler sonucunda bir "güçlenme" ortaya çıkmaktadır.⁶¹⁰ Manevi danışma ve destek alanı açısından bakıldığında ise bu iki güç kaynağına ilave olarak eklenmesi gereken üçüncü bir kaynak daha vardır: "Tanrı/İlâhi olan ile ilişki". Bu bir müslüman için "Allah" ile kurmuş olduğu bağıdır.

"İnsanın kendini algılaması, temel bir filtre mekanizması gibi işlemekte ve diğerlerinin onaylayıcı tepkilerinin düzeyine göre bireyler, kendini açmakta veya kapamaktadır." Bu bağlamda inanan insanın da İlâhi güç tarafından onaylandığını bilmesinin ya da hissetmesinin olumlu benlik algısı geliştirmesinde önemli bir rolü vardır. Burada din, insanın Allah'la kuracağı ilişkiyi nasıl gerçekleştireceğine dair yol gösterir. Müslüman, bu ilişkiden aldığı güçle motive olarak kendisini zorlayan engeller karşısında mücadele edebilir ve sorunlarının üstesinden gelebilir. Müslümanın Allah ile kurmuş olduğu bu olumlu ilişki; aynı zamanda evrenle, diğer insanlar ve varlıklarla olan ilişkisini de etkiler. Bu ilişkinin sürdürülmesine bağlı olarak müslüman bireyin, kendisiyle ve çevresiyle uzlaşma içinde olması, psikososyal uyum ve bütünleşme göstermesi mümkündür.⁶¹¹

Güçlendirme yaklaşımı ve güdülenme (motivasyon) arasında da önemli bir ilişki kurmak mümkündür. Güdülenme de güçlendirme gibi bir süreçtir ve (i) bireyi, belli bir hedefe iten güdüleyici durum; (ii) hedefe ulaşmak için yapılan davranış ve (iii)

⁶⁰⁷ Ercüment Erbay, "Güç ve Güçlendirme Kavramları Bağlamında Sosyal Hizmet Uygulaması", *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, C. 19, S. 42 (2019), ss. 41-64, doi:10.21560/sped.vi.546674.

⁶⁰⁸ Tarık Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, (Doktora Tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009, s. 11.

⁶⁰⁹ Robert L. Barker, *The Social Work Dictionary*, 4th ed Washington, DC: NASW Press, 1999, s. 153; (akt.) Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, s. 14.

⁶¹⁰ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, s. 14.

⁶¹¹ İbrahim Gürses, *Dindarlık ve Kişilik*, Birinci Bursa: Emin Yayınları, 2010, ss. 90-94.

hedefe ulaşmak, şeklinde üç aşamadan oluşur. Bu süreci tetikleyen ve uyaran temel faktör ise güdüdür (motive). Güdü (motive), davranışı harekete geçiren güçtür, uyarıcıdır ya da enerjidir. Kısacası davranışı uyandıran her şeydir. Bu anlamda her ne kadar hiyerarşik bir sıra gözetilmiş olsa da Maslow'un kuramı, önemlidir. Kuram, insanın sahip olduğu güdülerini biyolojik ihtiyaçlardan psikolojik ve sosyal ihtiyaçlara uzanan geniş bir düzlemde ele almıştır. Daha da ötesi zirveye, insanın gizil güçlerini açığa çıkarma hedefini ifade eden "kendini gerçekleştirme" ihtiyacını koymuştur.⁶¹² Bu durumda bireyin güç kaynaklarının, aynı zamanda motivasyon kaynakları olduğunu söylemek mümkündür. İç ve dış kaynaklar arasındaki etkileşim, motivasyonun gücünü de belirler. Örneğin; bireyin, sosyal çevresinden gelen güçle ortaya çıkan motivasyon, bireye kendilik değerini ve kendi içsel gücünü keşfetme imkanı sağlar. Kendi içsel gücünün ve yeteneğinin farkına varan bireyin ise odaklandığı hedefe yönelik motivasyonunun da artması beklenir.⁶¹³

Literatür, kanser hastalarında "Tanrı tarafından terk edilmiş ya da cezalandırılmış" olarak hissetmenin; manevi bir çatışma hali olduğunu ve distres, yaşam kalitesinde azalma, stres, kaygı ve depresyon gibi olumsuz ruh sağlığı değişkenleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir.⁶¹⁴ Bu nedenle manevi danışma ve destek hizmetlerinde Müslüman birey için en büyük güç kaynağı olan "Allah" ile ilişkisinin de "güçlendirme yaklaşımı" çerçevesinde ele alınması önemlidir. Burada bireyin kendisinin, Yaratıcı tarafından terk edilmediğini ve O'nun yanında değerli olduğunu hissettirecek motivasyona ihtiyacı vardır. Bir mü'min için bu motivasyonu sağlamada Kur'an ayetleri, İslâm Peygamberi'nin (sas) sözleri ve dini kıssalar en önemli kaynaklardır. Bu amaçla programın içeriğinde oturma temalarına göre ayet ve hadisler de kullanılmıştır. Örneğin, sabırla ilgili ayetlerde "Allah'ın sabredenlerle beraber olduğu", Allah'ın sabredenleri sevdiği, sabredenlere mükâfatlarının hesapsız ödeneceği" şeklindeki vurguların, manevi destek açısından motivasyonel bir rolü olduğu düşünülmektedir.

⁶¹² Recep Yaparel, "Günümüz Psikolojisinde Güdü Kavramı ve Güdülenme Kuramları", *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, S. 9 (1995), ss. 199-202.

⁶¹³ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, s. 12.

⁶¹⁴ Krause, Ironson, Pargament, "Spiritual Struggles and Resting Pulse Rates", ss. 261-65; Winkelmann vd., "The Relationship of Spiritual Concerns to the Quality of Life of Advanced Cancer Patients", ss. 1022-28.

♦ Bkz. Bakara 2/153.

♦ Bkz. Al-i İmran 3/146.

Hayatın doğal akışını sekteye uğratan bir musîbeti göğüsleme sürecinde, Kur'an'ın "Sabr"ı tavsiye etmesi ve sabredenleri övmesi, motivasyonel açıdan, şöyle yorumlanabilir: Kur'an'ın "Cennet Vaâdi", geleceğe yönelik bir motivasyona ve ödüle işâret etmektedir. İnanan açısından, Cennet ile ödüllendirilme "beklenti"si, kişinin bilişsel süreçlerini (inanma, hayâl etme, düşünme, akıl etme gibi) harekete geçireceğinden motivasyonun bilişsel (zihinsel) boyutuyla ilişkilendirilebilir. Mü'minin psikolojik dünyasında bir beklenti oluşturan bu inanç, aynı zamanda bir değer olarak, onun içinde bulunduğu durumu anlamlandırmasında da duygusal bir rol oynayacaktır. Mü'minin, gösterdiği sabrın mükâfâtı olarak Cennet ile müjdelenmesi ise onun "kendilik-saygısı"nı (self-esteem) yükselteceğinden ve aynı zamanda duygusal bir tatmin sağlaması nedeniyle, motivasyonun duygusal boyutuyla da ilişkili olduğu söylenebilir. Özetle, sabrın mükâfâtı olarak Cennet ile müjdelenen bir mü'minin motivasyonunun, "bütüncül" ve "dinamik" bir "denge" içerisinde gerçekleşmesi beklenir. Ancak, bu dengenin yapısı ve bileşenleri, her insanın "biricik" olması hasebiyle kişiden kişiye farklılıklar gösterebilir.

Manevi destek programında, hastaların motivasyonunu ve odaklanmasını yükseltmek için oturum temalarıyla örtüşen videolardan oluşan görseller de kullanılmıştır. Bu videolarda müziğin, hastalar üzerinde olumlu etkisi olabileceği düşünülerek enstrümantal çalışmalara yer verilmiştir. Bunlardan birisi de araştırmaya özel olarak TÛMATA tarafından hazırlanmıştır.

İslam bilimler tarihinde Müslüman âlimlerin, tıp ilmine göstermiş olduğu büyük önemle birlikte İslam dünyasında bedenî ve ruhî hastalıkların tedavisinde kullanılan yöntemlerin de gelişmiş olduğu görülmektedir. Bunlar arasında "su ile tedavi; güzel ses, şiir ve müzikle tedavi"⁶¹⁵ gibi özel yöntemlerin yaygın olarak kullanılmış olması da dikkat çekicidir. Tarih boyunca farklı medeniyetler tarafından da müzik, ritm ve danslar; hastalara güç ve moral vermek, kötü ruhları kovmak, hastaların sıkıntısını azaltmak ve sakinleştirmek gibi amaçlarla hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır. İslam medeniyetinde ise başta akıl hastalıkları olmak üzere çeşitli hastalıkların tedavisinde

* Bkz. Zümer 39/10.

⁶¹⁵ Hülya Küçük, Zeynep Arzu Yegin, *Tasavvuf ve Tıp: Selim Kalbin Fziyolojisi*, İstanbul: Ensar Neşriyat, 2016, s. 169.

musikinin gücünden faydalanılmıştır.⁶¹⁶ Bu konuda Farabi ve İbn Sina'nın çalışmaları dikkat çekicidir. Farabi, musiki makamlarını, insan ruhuna olan etkilerine göre tasnif etmiştir. Ayrıca her bir makamın, hangi vakitte daha etkili olduğuna yönelik de çalışma yapmıştır.⁶¹⁷ İbn Sina ise müziği, matematiksel bir ilim olarak görmüştür. O, seste ruhu cezbeden şeyin melodideki ahenk ve düzenli ritim olduğunu belirtir. Bir musiki bestesinin, insana haz vermesi ve onun ruhunu etkilemesi ise işitme gücüyle alakalı olmayıp o besteden, çeşitli mânâlar çıkararak insanın idrak etme yeteneğiyle alakalıdır.⁶¹⁸ İbn Sina, tedavide bütüncül bir yaklaşımı esas alırken müziğin de tedavideki önemine dikkat çeker:

"Tedavinin en iyi yollarından, en etkililerinden biri hastanın aklî ve ruhî güçlerini arttırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele için cesaret vermek, hastanın çevresini sevimli ve hoş gider hale getirmek, ona en iyi musikiyi dinletmek ve onu sevdiği insanlarla bir araya getirmektir."⁶¹⁹

Günümüzde de "bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müzik ve müzik aktiviteleri" bilimsel bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır.⁶²⁰

Kanser hastalarında müzik müdahalesinin etkileri üzerine yapılan bir literatür inceleme çalışmasında; müziğin anksiyete, depresyon, ağrı, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu gibi nabız, solunum hızı, kan basıncı değerlerinde de küçük düşümlere neden olduğu tespit edilmiştir.⁶²¹

Diğer taraftan farklı dini gelenekler içinde şekillenen dini müziğin de tarih boyunca tedavi amacıyla kullanıldığı bilinmektedir. Her dini geleneğin kendine has bir dini müziği vardır. Bu müziğin; dini bağlılık, dini yaşam ve "kutsal olanı" hissetmede; neşe, iç huzuru, dinginlik ve coşku gibi duyguların açığa çıkmasında önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Kilise dini müziğinin etkileri üzerine 66 yaş ve üstü bireylerden

⁶¹⁶ Sezer Erer, Elif Atıcı, "Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, C. 36, S. 1 (2010), ss. 29-32.

⁶¹⁷ Pınar Somakçı, "Türklerde Müzikle Tedavi", *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C. 2, S. 15 (2003), ss. 131-40.

⁶¹⁸ Ahmet Hakkı Turabi, "İbn Sînâ ve Müzik", Uluslararası İbn Sînâ Sempozyumu (22-24 Mayıs 2008), İstanbul: İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kültür A.Ş. Yayınları, 2009, ss. 195-216.

⁶¹⁹ Bekir Grebene, *Müzikle Tedavi*, Sanem Matbaa, 1978, s. 26; (akt.) Somakçı, "Türklerde Müzikle Tedavi", ss. 131-40.

⁶²⁰ MÜTEM, "Üsküdar Üniversitesi Müzik Terapi Uygulama ve Araştırma Merkezi", (14.02.2021), <https://uskudar.edu.tr/mutem/tr/hakkinda>.

⁶²¹ Joke Bradt vd., "Music Interventions for Improving Psychological and Physical Outcomes in Cancer Patients", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, S. 8 (2016), doi:10.1002/14651858.CD006911.pub3.

oluşan büyük bir örnekleme yapılan boylamsal bir araştırmada; dini müziğe duygusal olarak daha fazla dâhil olan katılımcıların, kendilerini diğer insanlarla daha fazla bağlantılı hissettikleri; daha umutlu oldukları ve öznel sağlık algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁶²²

Palyatif bakım hastalarıyla yapılan bir meta-inceleme çalışmasında; maneviyat (spiritualite) kavramının anlamlandırılmasına ilişkin hastaların; "yaşam için teşekkür etme", "kendisi ve başkalarıyla ilişkiler", "doğa ve müzikle ilişki", "Tanrı veya daha yüksek bir varlıkla ilişki", "umut, yaşamdaki anlam ve amaç", "maneviyat ve din ile ilişki" şeklinde değerlendirmeleri olmuştur. Maneviyatın "doğa ve müzik" ile ilişkisine yönelik değerlendirmede; doğanın güzelliği ile temas halinde olmanın rahatlık ve ilham sağlamada, kaygıyı azaltmada ve hayatın daha büyük anlamı için bir hasyet duygusuna yol açmada etkili olabileceği vurgulanmıştır. Müziğin ise yaratıcılığı ve iç huzuru canlandırabileceği, ilham verebileceği belirtilmiştir.⁶²³

Medikal onkoloji hastalarında müzik terapisinin maneviyat üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada da nicel bulgular, müzik terapisi uygulanan deney grubunun "huzur ve inanç" alt ölçeklerinde son test puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir. Nitel bulgulara göre ise müzik terapisi, katılımcıların kendilerini Tanrı'ya daha yakın hissetmelerine ve olumlu ruhsal durumlarının yükselmesine neden olmuştur.⁶²⁴

Özel temalar çerçevesinde hazırlanan manevi destek programının genel amaçları ise aşağıda, maddeler halinde sıralanmıştır:

- Katılımcıların kendileri ile aynı hastalıktan muzdarip ve benzer sorunları olanlarla tanışarak kendilerinin yalnız olmadıklarını hissetmeleri ve böylece rahatlamalarının sağlanması
- Katılımcıların hastalığa ilişkin kendi deneyimlerini aktarmaları; farklı deneyim, tutum ve davranışları öğrenme ve değerlendirme ortamı oluşturulması

⁶²² Neal Krause, R. David Hayward, "Religious Music and Health in Late Life: A Longitudinal Investigation", *The International Journal for the Psychology of Religion*, C. 24, S. 1 (2014), doi:10.1080/10508619.2012.761529.

⁶²³ Edwards vd., "Review", ss. 753-70.

⁶²⁴ Erin Lane Cook, Michael J. Silverman, "Effects of Music Therapy on Spirituality with Patients on a Medical Oncology/Hematology Unit: A Mixed-Methods Approach", *The Arts in Psychotherapy*, C. 40, S. 2 (2013), ss. 239-44, doi:10.1016/j.aip.2013.02.004.

- Katılımcıların farklı görüş ve tutumlar çerçevesinde sorunların ve çözümlerin dile getirilmesinin katılımcılarda kendi sorunlarına ilişkin yeni algı ve bakış açıları kazandırılması
- Her bir oturum için belirlenen konuda, manevi/teolojik referanslar bağlamında bir farkındalık oluşması ve böylece katılımcılarda, olumlu dini başa çıkma stratejilerinin güçlenerek kanser hastalığına ilişkin çaresizlik, umutsuzluk, depresyon, belirsizlik, kaygı gibi psikolojik belirtilerin hafiflemesi
- Katılımcılara, dini ve manevi açıdan destek olarak hastalığa olumlu anlamlar yükleyebilmelerini ve hastalıkla başa çıkmalarını kolaylaştırma
- Hastalık, ölüm vb. olumsuz yaşantı ve travmaların dini ve manevi bakış açısıyla bir hikmet olarak algılanmasını sağlayarak katılımcıların varoluşsal krizlerini çözümlenmelerine yardımcı olunması
- Katılımcıların, manevi destek oturumları ile hastalığa ilişkin korkularını yenmeleri, hayata yönelik umutlarının artması, rahatlama ve iç huzuru bulmalarına destek olunması

11.4. Programın Uygulanması

Programın uygulanmasında grup çalışması tercih edilmiştir. Manevi destek ve danışma, bireysel olabileceği gibi ortak bir özelliği olan ya da belirli bir konuda yardıma ihtiyacı olan kişilerden oluşmuş bir grup ile de gerçekleştirilebilir.⁶²⁵ Bu araştırmada bireysel uygulamalar yerine grup çalışması aşağıda sıralanan nedenlerden dolayı tercih edilmiştir:

- Grupla çalışma, az zamanda daha fazla kişiye ulaşarak yardımcı olma imkanı sağlayabilir.
- Grup içi etkileşimler, güçlendirici ve hızlı bir öz-deneyim, kendilik ve öteki algısı oluşmasına neden olur. Bireyin yaşadığı sorunlarda yalnız olmadığını ve benzer sorunlara ilişkin farklı tecrübe ve başa çıkma yöntemlerinin olabileceğini gösterir.
- Ortak sorunlar etrafında buluşan grup üyeleri, kendilerini diğer üyelerle özdeşleştirerek sorunlara yönelik daha hızlı çözüme ulaşabilir, hatalarını ve aşırı beklentilerini düzeltme imkânı bulabilirler.

⁶²⁵ Howard John Clinebell, *Modelle Beratender Seelsorge*, München: Kaiser, 1971, s. 17; Şahin, *Manevi Bakım ve Danışmanlık*, s. 37; a.g.e., s. 45; a.g.e., s. 360; Ok, "Dinî Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi", s. 17.

- Bireysel danışmanlıkta oluşabilecek direnç, grup içi birliktelik duygusu içinde ortadan kalkabilir ve problem çözümünde daha fazla gelişme kaydedilmesini sağlayabilir.

Manevi destek oturumları, radyoterapi tedavisinin ilk kürlerini almakta olan meme kanseri hastalarla gerçekleştirilmiştir. Uygulama grubunda yer alan hastaların radyoterapi tedavileri, doktorları tarafından toplam 25 kür olarak planlanmış ve kürler, beş haftaya yayılmıştır. Dolayısıyla hastalar, tedavi kürlerini almak için her gün (hafta sonu hariç) kendilerine verilen randevu saatinde hastaneye gelmektedirler. Bu nedenle manevi destek programı, hastaların radyoterapi tedavi süreci ve randevu saatleri gözetilerek uygulanmıştır.

Manevi destek programının oturumları, hastaların günlük tedavi bitimlerinin ardından, başhekimliğin hastane içinde tahsis etmiş olduğu kemoterapi eğitim odasında yapılmıştır. Odanın kullanım için uygun olduğu gün ve saatlere göre oturumlar planlanmıştır. Dolayısıyla oturum aralıkları sabit olmayıp değişkenlik göstermiştir. Oturum süreleri, iki saat ile sınırlı tutulmuştur. Tablo 15'de "Manevi Destek Programı"nın uygulama sürecine ait oturum ve görsel sunumların süresi, oturumlara katılan kişi sayısı, oturum tarihleri ve temalarıyla ilgili veriler gösterilmiştir. İlk oturum, tanışma ve programın tanıtımını içermesi nedeniyle diğer oturumlara nazaran biraz daha uzun sürmüştür. Beşinci oturum, hastane içi ve hastane dışı (açık havada kahvaltı) olmak üzere iki ayrı ortamda yapılmıştır. Tabloya hastane içinde yapılan oturuma ait süre girilmiştir.

Her oturum öncesi, hastaların tansiyon, nabız, durumluluk-kaygı ve genel yaşam kalitesi ölçümleri yapılmıştır. Özellikle tansiyon ve nabız değerlerinin daha sağlıklı bir sonuç vermesi için hastaların toplantı odasında bir süre dinlenmeleri sağlanmıştır. Sonrasında ise bir hemşire gözetiminde tansiyon ve nabız ölçümü yapılarak her bir hastanın değerleri kaydedilmiştir. Ölçümlerin ardından hastalar, genel yaşam kalitesi ve durumluluk kaygı envanterini içeren formu doldurmuşlardır. Rutin ölçümler sonrasında grup lideri tarafından manevi destek oturumu başlatılmıştır. Her bir oturum sonunda yeniden tansiyon, nabız ve durumluluk kaygı ölçümü yapılmıştır.

Tablo 15. Manevi Destek Programının Uygulama Süreci					
Oturumlar	Görsel Sunum Süresi (dk.)	Toplam Süre (dk.)	Kişi Sayısı	Tarih	Oturum Teması
I. Oturum	–	130	6	02.11.2018	Kendini Tanıtma ve Açma
II. Oturum	10.50	120	6	06.11.2018	Hastalığı Anlamlandırma
III. Oturum	07.56	120	6	07.11.2018	Hastalıkla Başa Çıkmada Manevi Değerler
IV. Oturum	–	120	6	13.11.2018	Manevi Yönelim ve Dua
V. Oturum	06.05	80	6	14.11.2018	Umut Etme ve Şifa Bulma
VI. Oturum	05.53	120	7	15.11.2018	Değerlendirme

11.4.1. Birinci Oturum

Birinci oturumun amaçları:

- Manevi Destek Programı hakkında katılımcıların bilgilendirilmesi
- Katılımcılarla birlikte, manevi destek programının yapılandırılması
- Katılımcıların kendilerini tanıtmaya ve açması
- Katılımcıların kansere ilişkin bilgi, algı ve deneyimlerini ifade etmesi
- Katılımcıların oturum sonu algı, beklenti ve değerlendirmeleri

Birinci oturumda katılımcılar, öncelikle manevi destek programı hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiştir. Programla ilgili hastalardan gelen sorular, belirsizlikleri ve soru işaretlerini ortadan kaldırmak amacıyla grup lideri tarafından yanıtlanmıştır. Bilgilendirme sonrası katılımcılar, kendilerine sunulan araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine ve istedikleri zaman da programı sonlandırabileceklerine dair hazırlanan "bilgilendirilmiş gönüllü olur formu"nu okuyarak imzalamışlardır. Ardından hastalarla birlikte programla ilgili esnek kurallar ve işleyiş süreci belirlenmiştir.

Bilgilendirme ve giriş aşamasının akabinde tanışma safhasına geçilmiştir. Bu aşamada genel kişisel bilgilerden sonra hastalardan, onları en iyi ifade eden en az üç özelliklerinden bahsetmeleri istenmiştir. Tanışma sonrası hastalar; kanserle ilk karşılaşmalarını, teşhis konulma sürecindeki streslerini, tanıyı öğrendiklerinde gösterdikleri tepkileri, aileleriyle yaşadıklarını vb. deneyim ve algılarını grup üyeleriyle paylaşmışlardır. Kanser yaşantısına ilişkin paylaşımlardan oluşan bu bölümde hastaların samimiyet ve açıklıkla duygularını ifade ettikleri gözlenmiştir. Hastalar arasında bu aşamada ortak kanser deneyimlerine bağlı olarak sıcak bir yakınlaşma

olmuştur. Grup lideri, sohbet havasında yürüyen sürecin akışına müdahale etmeyerek hastaların kendilerini açmasına müsaade etmiştir.

Oturum için belirlenen sürenin sonuna doğru, grup üyeleriyle birlikte genel bir değerlendirme yapılarak oturum sonlandırılmıştır.

11.4.2. İkinci Oturum

İkinci oturumun amaçları:

- Katılımcıların, birinci ve ikinci oturum arasında geçen sürede hastalık ve genel yaşantılarına ilişkin öz-değerlendirme yapması
- Katılımcılar tarafından hastalığa yüklenen anlamların ifade edilmesi
- Dini/manevi referanslar sonrası hastaların yeniden değerlendirme yapması
- Katılımcıların oturum sonu algı, beklenti ve değerlendirmeleri

Oturum öncesi rutin ölçümlerden (tansiyon, nabız, durumluluk kaygı ve genel yaşam kalitesi) sonra hastaların tedavi süreçleri, genel sağlık durumları, günlük yaşantıları vb. hakkında küçük bir sohbetle giriş yapılmıştır. Ardından oturum temasına geçilmiştir. Öncelikle hastalar, kendileri için kanserin soyut ya da somut olarak ne ifade ettiğini ve kansere yükledikleri anlamlarla ile açıklamalar yapmışlardır. Bu süreçte zaman zaman hastalar, duygusal anlar yaşamışlardır. Grup lideri tarafından oturumun akışına müdahale edilmemiştir. Hastalar, bu oturumda kimi zaman ağlamışlar, kimi zaman da kendi aralarında espiriler yaparak gülmüşlerdir.

Sonraki aşamada ise grup lideri, hastaların kendilerini yeterince ifade ettiklerine emin olduktan sonra İslam'ın hastaya ve hastalığa yaklaşımıyla ilgili bazı dini/manevi referansları hastaları, olumlu yönde motive etmek amacıyla paylaşmıştır.

Ardından hastalara, tedavinin ve oturumun ilk bölümünün yorgunluğunu atabilmeleri için manevi destek programına özel hazırlanmış hicaz makamı eşliğinde, akan su ve ırmak görüntülerinden oluşan kısa bir video izletilmiştir.

Manevi destek programının hazırlık aşamasında, hastalar için olumlu etkisi olabileceği düşüncesiyle klasik Türk musikisinden de faydalanılması planlanmıştır. Bu amaçla TÜMATA (Türk Musikisini Araştırma ve Tanıtma Grubu) ile irtibata geçilerek araştırmanın örnekleme ve içeriği hakkında bilgi verilmiştir. TÜMATA tarafından araştırmanın örnekleme grubu için Hicaz makamının etkili olacağı belirtilmiş ve önermiş oldukları makama ilişkin CD'ler, kurumun resmi web sitesinden sipariş edilmiştir. Daha

sonra CD'de yer alan parçanın belli bir bölümü kullanılarak akan su ve ırmak görüntüleri eşliğinde Movie Maker programında özel bir video dosyası hazırlanmıştır.

Video sonrasında dini/manevi referansları dikkate alarak hastaların "kanserin, kendileri için anlamı" üzerindeki değerlendirme yapımları istenmiştir. Sonrasında ise grup lideri tarafından oturumun genel bir değerlendirmesi yapılarak ve hastaların oturumla ilgili beklenti ve düşünceleri alınarak oturum, sona erdirilmiştir.

Bu oturumda kullanılan dini/manevi referanslar şunlardır:

- ❖ *"...Sizi bir imtihan olarak hayır ile de şer ile de deniyoruz. Ancak bize döndürüleceksiniz."*[♦]
- ❖ *"Onlar; başlarına bir musibet gelince, 'biz şüphesiz (her şeyimizle) Allah'a aidiz ve şüphesiz O'na döneceğiz' derler. İşte Rableri katından, rahmet ve merhamet onlarıdır. Doğru yola ulaştırılmış olanlar da işte bunlardır."*[♦]
- ❖ *"Andolsun, mallarınız ve canlarınız konusunda imtihana çekileceksiniz.....Eğer sabreder ve Allah'a karşı gelmekten sakınırsanız bilin ki, bunlar (yapmaya değer) azmi gerektiren işlerdendir."*[♦]
- ❖ *"Yorgunluk, hastalık, hüznün, keder, sıkıntı ve gamdan, ayağına batan dikene varıncaya kadar müslümanın başına gelen her şeyi, Allah, onun hatalarını bağışlamaya vesile kılar."*[♦]
- ❖ *"Allah, ayağına batan bir diken veya başına gelen daha büyük bir sıkıntıdan dolayı müslümanın günahlarını bağışlar. O, ağacın yapraklarını döktüğü gibi onun da günahlarını döker."*[♦]
- ❖ *"Acı olaylar, insana nice şeyler kazandırır. Amel defterine sevap yazdırması, günahlardan arındırması, gafletten uyandırması, nimetlerin kadrini bildirmesi ve musibetlere karşı direnme gücü kazandırması bunlardan bazılarıdır."*⁶²⁶

♦ Enbiyâ, 21/35.

♦ Bakara, 2/156-157.

♦ Âl-i İmrân, 3/186.

♦ Buhârî, "Merdâ", 1, 3; Müslim, "Birr", 49.

♦ Buhârî, "Merdâ", 3, 13, 16; Müslim, "Birr", 45.

⁶²⁶ İbn Mu'tezz, "Cennetü'r-Rıza 2/139", t.y.; (akt.) Abdullah bin Ali El-Cuaysin, *Hastamıza Nasıl Moral Verebiliriz?*, çev. Savaş Kocabaş, İstanbul: Polen Yayınları, 2007, ss. 19-20.

11.4.3. Üçüncü Oturum

Üçüncü oturumun amaçları:

- Katılımcıların, ikinci ve üçüncü oturum arasında geçen sürede hastalık ve genel yaşantılarına ilişkin öz-değerlendirme yapması
- Katılımcıların hastalıkla başa çıkma sürecinde sahip oldukları manevi değerlere ilişkin görüşlerini ifade etmesi
- Dini/manevi referanslar sonrası sabır, şükür gibi değerlerin yeniden değerlendirilmesi
- Katılımcıların oturum sonu algı, beklenti ve değerlendirmeleri

Oturum öncesi rutin ölçümler (tansiyon, nabız, durumluk kaygı ve genel yaşam kalitesi) yapıldıktan sonra hastalar; samimi bir sohbet havasında tedavileri, genel sağlık durumları, günlük yaşamları vb. hakkında açıklamalarda bulunmuşlar ve deneyimlerini paylaşmışlardır. Daha sonra ise oturumun ana temasına geçilmiştir. Bu oturumda grup üyelerinden kanser sürecinde sabretmelerini ve şükretmelerini gerektiren anları ve durumları düşünmeleri istenmiştir. Bu düşünce sürecinden sonra hastalar, konuyla ilgili duygu ve deneyimlerini paylaşmışlardır. Burada grup üyeleri, her birinin yaşadıkları problemlerin benzer olduğunu ancak sabır ve şükür deneyimlerinin farklılık gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır.

Sonraki aşamada ise grup lideri tarafından sabır ve şükürle ilgili dini/manevi referanslar, grup üyeleriyle paylaşılmıştır. Ardından bu oturuma özel görselin izlenmesine geçilmiştir. Üçüncü oturum için seçilen görsel, Kur'an'da geçen ve müslümanların sabırla özdeşleştirdiği Hz. Eyüb kıssası olmuştur. Kıssayla ilgili video, TRT 1'de yayınlanan Yunus Emre dizisinin 15. bölümüne ait bir kesit⁶²⁷ olarak youtube'dan indirilmiştir.

Videonun izlenmesinden sonra grup üyeleriyle kıssa üzerinden bir düşünce fırtınası başlatılmıştır. Her üye, kıssadan kendisini en çok etkileyen bir bölümü ve neden etkilendiğini açıklamıştır. Daha sonra grup üyeleri; birbirlerinin deneyimlerinden, izlemiş oldukları kıssa ve dini/manevi referanslardan yola çıkarak sabır ve şükürle ilgili kendileri için yeni olan kazanımları ya da farkındalıkları ifade etmişlerdir. Oturumun

⁶²⁷ Yunus Emre - Hz. Eyyüb'ün Kıssası (15.Bölüm), Yunus Emre, 2015, <https://www.youtube.com/watch?v=6wHi-SSw60k>.

son kısmında ise grup lideri tarafından diğer grup üyelerinin de iştirakiyle genel bir değerlendirme yapılarak oturum sonlandırılmıştır.

Üçüncü oturumda kullanılan dini/manevi referanslar şunlardır:

- ❖ *"Andolsun ki sizi biraz korku ve açlıkla, bir de mallar, canlar ve ürünlerden eksilterek deneriz. Sabredenleri müjdele."*♦
- ❖ *"De ki (Allah şöyle buyuruyor): "...Sabredene mükâfatları hesapsız verilecektir."*♦
- ❖ *"Onlar, Allah anıldığı zaman kalpleri ürperen, başlarına gelen musibetlere sabreden, namazı dosdoğru kılan ve kendilerine rızık olarak verdiklerimizden Allah yolunda harcayan kimselerdir."*♦
- ❖ *"Ey iman edenler! Sabırla ve namazla (Allah'tan) yardım dileyin. Gerçekten Allah, sabredenlerle beraberdir."*♦
- ❖ *" Allah sabredenleri sever."*♦
- ❖ *"Kim güzel bir iş yaparsa, onun iyiliğini artırırız. Şüphesiz Allah, çok bağışlayandır, şükürün karşılığını verendir."*♦
- ❖ *"Hiçbir kimse Allah'ın yazılıp bir süreye bağlanmış izni olmadan ölmez. Kim dünya nimetini isterse ondan kendisine veririz; kim âhiret nimetini isterse ona da ondan veririz ve şükredenleri ödüllendireceğiz."*♦
- ❖ *"Rabbinin lütuflarını şükranla an."*♦
- ❖ *"Yalnız Allah'a kulluk et ve şükredenlerden ol!"*♦
- ❖ *"Bizden tasayı gideren Allah'a hamd olsun. Doğrusu Rabbimiz çok bağışlayıcıdır, şükürün karşılığını eksiksiz vermektedir."*♦
- ❖ *"Allah'ın size verdiği helâl ve güzel rızıktan yiyip için ve eğer yalnız Allah'a kulluk ediyorsanız, O'nun nimetine de şükredin."*♦

♦ Bakara, 2/155.

♦ Zümer, 39/10.

♦ Hac, 22/35.

♦ Bakara 2/153.

♦ Âl-i İmrân, 3/146.

♦ Şûrâ, 42/23.

♦ Âl-i İmrân, 3/145.

♦ Duhâ, 93/11.

♦ Zümer, 39/66.

♦ Fâtır, 35/34.

♦ Nahl, 16/114.

- ❖ *"Müminin hâli ne hoştur! Her hâli kendisi için hayırlıdır ve bu durum yalnız mümine mahsustur. Başına güzel bir iş geldiğinde şükreder; bu onun için hayır olur. Başına bir sıkıntı geldiğinde ise sabreder; bu da onun için hayır olur."*♦
- ❖ *"İnsanlara teşekkür etmeyen, Allah'a da şükretmez."*♦
- ❖ *"Hiç kimseye sabırdan daha hayırlı ve büyük bir nimet verilmemiştir."*♦
- ❖ *"Sabır ışıktır"*♦

11.4.4. Dördüncü Oturum

Dördüncü oturumun amaçları:

- Katılımcıların, üçüncü ve dördüncü oturum arasında geçen sürede hastalık ve genel yaşantılarına ilişkin öz-değerlendirme yapması
- Katılımcıların, hastalıkla başa çıkma sürecinde manevi yönelim ve huzur kaynaklarını, dua ile Yüce Yaratıcı'dan yardım ve güç arayışlarını ifade etmeleri
- Dini/manevireferanslar sonrası Yüce Yaratıcı'ya yönelme ve O'ndan yardım ve destek istemenin yeniden değerlendirilmesi
- Katılımcıların oturum sonu algı, beklenti ve değerlendirmeleri

Oturuma öncesi rutin ölçümlerden (tansiyon, nabız, durumluluk kaygı ve genel yaşam kalitesi) sonra grup üyeleriyle genel sağlık durumları, tedavi süreçleri, günlük yaşantıları vb. hakkında kısa konuşmalar yapılmıştır. Sonrasında ise oturumun ana teması olan "manevi yönelim ve dua" konusuna geçilmiştir. Bu bölümde grup üyeleri; tanı ve tedavi sürecinde yaşadıkları manevi huzur ya da huzursuzluklarını, Allah'ın onları günahlarından dolayı cezalandırdığını düşünme gibi manevi kaygılarını, Allah'ın yakınlığını ve dualarına karşılık verdiğini derinden hissetme gibi manevi tecrübelerini paylaşmışlardır. Daha sonra grup lideri tarafından bu bölüm için hazırlanan dini/manevi referanslar, grup üyeleriyle paylaşılmıştır. Referanslara bağlı olarak grup üyeleri mevcut düşünce ve algılarını yeniden değerlendirmişlerdir. Daha sonra grup lideri tarafından oturumun genel değerlendirmesi yapılarak oturum sona edilmiştir.

♦ Müslim, "Zühd", 64.

♦ Tirmizî, "Birr", 35; Ebu Davud, "Edeb", 12.

♦ Buhârî, "Zekât", 50; "Rikâk", 20; Müslim, "Zekât", 124.

♦ Müslim, "Tahâret", 1; Tirmizî, "Da'avât", 86.

Dördüncü oturum sonrasında grup üyeleriyle küçük bir korulukta açık havada kahvaltısı ve yürüyüş yapılmıştır. Ardından da grup üyeleriyle dua edilmiş, sesli ya da sessiz olarak Allah'tan istedikleri özel dilek ve temennilerini içeren dualarının kabulü için de el açılmıştır.

Dördüncü oturumda kullanılan dini/manevi referanslar şunlardır:

- ❖ *"Kullarım, beni senden sorarlarsa, (bilsinler ki) gerçekten ben (onlara çok) yakınım. Bana dua edince, dua edenin duasına cevap veririm. O halde, doğru yolu bulmaları için benim davetime uysunlar, bana iman etsinler."*♦
- ❖ *"Rabbimize yalvara yakara ve gizlice dua edin. Bilesiniz ki O, haddi aşanları sevmez."*♦
- ❖ *"En güzel isimler Allah'ındır; bu güzel isimlerle O'na dua edin."*♦
- ❖ *"Haydi, inkârcıların hoşlarına gitmese de içten bir dindarlıkla yalnız Allah'a bağlanarak O'na dua edin."*♦
- ❖ *"Rabbimiz şöyle buyurdu: Bana dua edin, duanıza icabet edeyim."*♦
- ❖ *"(Resulüm!) De ki: Duanız olmadıktan sonra Rabbim sizi ne yapsın?"*♦
- ❖ *"Allah'a, duanızı kabul edeceğine inanarak dua edin"*♦
- ❖ *"Rabbimiz, elbette hayâ ve kerem sahibidir. Kulu kendisine ellerini kaldırdığı zaman O, kulunun ellerini boş çevirmekten hayâ eder."*♦
- ❖ *"Allah'a duayı, size icabet edeceğinden emin olarak yapın."*♦
- ❖ *"Dua, ibadetin özüdür."*♦
- ❖ *"Sabır ve dua müminin ne güzel iki silahıdır."*♦
- ❖ *"Kime dua kapısı açılmış ise ona rahmet kapıları açılmış demektir. Allah'a talep edilen (dünyevî şeylerden) O'nun en çok sevdiği, afiyettir. Dua, inen ve*

♦Bakara, 2/186.

♦A'râf, 7/55.

♦A'râf, 7/180.

♦Mü'min, 40/14.

♦Mü'min, 40/60.

♦Furkân, 25/77.

♦Tirmîzî, "De'avât", 66.

♦Tirmîzî, "Da'avât", 118; Ebu Davud, "Salât", 358.

♦Tirmîzî, "Da'avât", 66.

♦Tirmîzî, "Da'avât", 1.

♦Kenzu'l-Ummal, III/272.

henüz inmeyen her çeşit (musibet) için faydalıdır. Kazayı sadece dua geri çevirir. Öyle ise size düşen, duâ etmektir."[♦]

11.4.5. Beşinci Oturum

Beşinci oturumun amaçları:

- Katılımcıların, dördüncü ve beşinci oturum arasında geçen sürede hastalık ve genel yaşantılarına ilişkin öz-değerlendirme yapması
- Katılımcıların umut etme ve şifa bulmaya ilişkin görüş ve algılarını ifade etmesi
- Dini/manevireferanslar ile umut etme ve şifa bulmanın yeniden değerlendirilmesi
- Katılımcıların oturum sonu algı, beklenti ve değerlendirmeleri

Oturuma başlamadan önce rutin ölçümler yapılmış ve ardından hastaların o güne ve önceki günlere ait genel durumları, tedaviye bağlı problemleri ya da farklı buldukları deneyimleri üzerine sohbet havasında küçük bir giriş yapılmıştır. Ardından oturum teması olan "umut etme ve şifa bulma" hakkında hastalar, mevcut algıları üzerinden genel değerlendirmelerde bulunmuşlardır.

Bu oturumun teması "umut etme ve şifa bulma" olarak belirlenmiştir. Bir hasta için en büyük umut, şifa bulmaktır. Dolayısıyla kanser sürecinde, "şifa ve umut" ayrılmaz bir ikilidir. "Şifa" kelimesinin karşılığı olarak sözlükte; "bedensel veya ruhsal bir hastalığın son bulması, hastalıktan kurtulma, onma"⁶²⁸ anlamlarına yer verilmiştir. Kur'an'da "şifa" kelimesi; bedensel hastalıklar ile cehalet, şirk, nifak, inkâr gibi dinî ve ahlâkî hastalıkların tedavisini kapsayacak şekilde geniş bir anlamda kullanılmıştır. "İslâm'ın uluhiyyet ve tevhid anlayışına göre asıl şifa veren Allah'tır" ve O'nun "eş-Şafii"[♦] ismi hürmetine şifa istenir.⁶²⁹ Yüce Allah (c.c),Kur'an'ın "müminler için şifa ve rahmet"[♦] olduğunu beyan eder. Müslüman toplumlarda, şifa niyetiyle hastalara Kur'an'dan ayetler okunması, hadis-i şeriflerde tavsiye edilen dualara ve uygulamalara

[♦]Tirmizî, "Da'avât", 112.

⁶²⁸ "şifa ne demek TDK Sözlük Anlamı", (11.02.2021), <https://sozluk.gov.tr/?kelime=sifa>.

[♦]Buhârî, "Tıb", 38; Ebû Dâvûd, "Tıb", 17; Tirmizî, "Cenâ'iz", 4.

⁶²⁹ Adem Yerinde, "Şifa", *TDV İslam Ansiklopedisi*, İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı, 2010, C. 39, s. 129, /sifa.

[♦]İsrâ, 17/82.

başvurulması oldukça yaygındır. Ancak dua ve bu uygulamalarda en önemli husus, gerçek şifa verenin Allah-u Teâla olduğunu bilmektir.⁶³⁰

Duanın, hem sözlü hem de fiili yönü vardır.⁶³¹ İslam inancında şifa arayışında sözlü (kavlî) ve kalbî dua önemli olduğu gibi fiili bir dua olarak tıbbi tedavi yollarına başvurarak şifa arayışı da önemlidir. Çünkü İslâm Peygamberi (sas), Allah'ın yaratmış olduğu her hastalığa karşılık şifasını da yarattığını beyan etmiş ve tedavi olunmasını tavsiye etmiştir.♦

Hastaların genel değerlendirmeleri sonrası grup lideri tarafından şifa ve şifa arayışında yukarıdaki hususlar dikkate alınarak konuyla ilgili kısa bir giriş yapılmış ve ardından oturumun temasıyla ilgili manevi/teolojik referanslar hastalarla birlikte tartışılmıştır. Bu oturumda hastaların; hem sözlü/kalbî duanın hem de fiili bir dua olarak tıbbi tedaviye başvurmanın önemi ve gereği hakkında bir farkındalığa ulaşması hedeflenmiştir. Değerlendirmeler sonrasında ise zihinsel ve ruhsal bir mola vermek amacıyla bu oturum için hazırlanan özel video kaydının izlenmesine geçilmiştir.

Bu oturuma video görseli olarak Kur'ân kıraati dâhil edilmiştir. Kur'ân-ı Kerîm'in lâfız (fesâhat) ve mânâsındaki (belâgat) akıcılık ve güzelliğin, insan ruhunu derinden etkileyen üstün bir ahenk ve musikisi olduğu yönünde genel bir kabul vardır.⁶³² Nihad Sami Banarlı bu durumu, şu ifadelerle dile getirmiştir: "Kur'ân-ı Kerîm, îmâna yalnız ifâde ve mânâ değil, aynı zamanda sadâ vermiş, hem de derin bir ses, yüce bir musikî vermiş, lâhûtî bir lisanla terennüm edilmiştir. O'nun her âyeti, herhangi bir lisan cümlesinin üstünde, bir telkîn mûcizesi içinde ve bir musiki cümlesi hâlinde nâzil olmuştur."⁶³³ Kur'an ayetlerinin kendine has musikisinin yanında, güzel ses ve makamlarla okunduğunda ortaya çıkan musikisi de insan ruhuna tesir ederek huzur, huşu, haşyet vb. duyguları uyandırır, kalbe sekinet verir.⁶³⁴

Hasta örnekleme üzerinde yapılan çalışmalar, Kur'an kıraatinin huzur veren musiki ve ahenginin beden ve ruh sağlığı üzerinde terapötik etkileri olduğunu

⁶³⁰ Küçük, Yegin, *Tasavvuf ve Tıp: Selim Kalbin Fziyolojisi*, ss. 173-81.

⁶³¹ Ahmet Albayrak, *Gençlerde Dua Psikolojisi: Üniversite Gençlerinin Dua Tutum ve Davranışları*, İstanbul: Düşünce Kitabevi Yayınları, 2013, ss. 62-64.

♦ Ahmed b. Hanbel, *Müsned*, VI, 395.

⁶³² İbrahim Halil Erdoğan, "Nübüvvetin İspatı Bağlamında Kur'an'ın Psikolojik İ'câzı", *Kader Kelam Araştırmaları Dergisi*, C. 15, S. 2 (2017), ss. 402-20.

⁶³³ Nihad Sâmî Banarlı, "Kur'ân-ı Kerîm ve Türkçe", *İslâm Medeniyeti Mecmuası*, C. 1, S. 5 (1967), s. 42.

⁶³⁴ Abdurrahman Çetin, "Kur'ân Kıraatında Mûsikînin Yeri", *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 7, S. 7 (1998), ss. 115-34.

göstermektedir. Bu çalışmalarda; Kur'an dinlemenin hastalarda stres, kaygı, kan basıncı ve kalp atış hızlarını önemli ölçüde düşürdüğünü, yaşam kalitesini arttırdığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır.⁶³⁵

Müslüman bir toplumda Kur'an'ın şifa olduğu kabulünden hareketle ve Kur'an kıraatinin kendine has musikisinin, hastalara manevi yönden huzur ve rahatlık verebileceği düşünülerek bu oturuma, kısa bir Kur'an kıraatinin eklenmesi uygun görülmüştür. Bu amaçla Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi "Kur'an-ı Kerim Okuma ve Kıraat İlmi" anabilim dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mehmet Emin Maşalı'dan, araştırmaya özel bir kıraat talebinde bulunulmuştur. Talebin kabul edilmesinin ardından 18 Şubat 2017'de Bursa/Nilüfer Fatih Sultan Mehmet Camiisi'nde, sorumlu imamın izin ve nezaretinde Maşalı tarafından Kur'an kıraati yapılmıştır. Bu sırada yapılan video kaydı, manevi destek programının beşinci oturumunda kullanılmıştır. Kur'an-ı Kerim kıraatinde, müslümanlar arasında sıklıkla okunan ve hadis-i şeriflerde faziletleri ifade edilen sûre ve ayetlere (Fâtiha Sûresi[♦], Ayet'el Kürsî[♦], Haşr Sûresi[♦] son üç ayet) yer verilmiştir. Ayrıca kıraatin son bölümüne içinde geçen "şifa" kelimesi dolayısıyla "şifa ayetleri" olarak adlandırılan kısa ayetler eklenmiştir. Bu çalışmada Kur'an kıraati, tedvîr (orta hızda okuma) ile yapılmıştır. Maşalı'nın kıraat ettiği sûre ve ayetler ile kullanmış olduğu makamlar şöyledir:

- Fâtiha Sûresi[♦]: Uşşak makamı
- Ayet'el Kürsî[♦]: Uşşak ve Saba makamı
- Haşr Sûresi (son üç ayet)[♦]: Hicaz makamı
- Şifa ayetleri[♦]: Kürdî makamı

⁶³⁵ Neda Mirbagher Ajorpaz, Mohammad Aghajani, Maryam Sadat Shahshahani, "The effects of music and Holy Quran on patient's anxiety and vital signs before abdominal surgery", *Evidence Based Care Journal*, C. 1, S. 1 (2011), ss. 63-76; Hedayat Jafari, Masoumeh Bagheri-Nesami, Mohammad Reza Abdoli -Nejad, "The Effect of Quran Recitation and Religious Music on Mental and Physical Health", *The Journal of Clinical Excellence*, C. 4, S. 2 (2016); Hassan Babamohamadi vd., "The Effect of Holy Qur'an Recitation on Anxiety in Hemodialysis Patients: A Randomized Clinical Trial", *Journal of Religion and Health*, C. 54, S. 5 (2015), ss. 1921-30, doi:10.1007/s10943-014-9997-x; H. Sadeghi, "Voice of Quran and health: A review of performed studies in Iran", *Quarterly of Quran & Medicine*, C. 1, S. 1 (2011), ss. 33-37; Bechir Frih vd., "Effects of Listening to Holy Qur'an Recitation and Physical Training on Dialysis Efficacy, Functional Capacity, and Psychosocial Outcomes in Elderly Patients Undergoing Haemodialysis", *Libyan Journal of Medicine*, C. 12, 1372032 (2017), doi:10.1080/19932820.2017.1372032.

[♦] Fazileti için bkz. Buhârî, "İcâre", 16; Ebu Dâvûd, "Tıb", 19.

[♦] Fazileti için bkz. Müslim, "Müsâfirîn", 258; Tirmizî, Fedâilü'l-Kur'an, 2.

[♦] Fazileti için bkz. Tirmizî, "Sevâbü'l-Kur'ân", 22; Müsned, V, 26; Dârimî, "Fezâilü'l-Kur'ân", 22.

[♦] Fatiha, 1/1-7.

[♦] Bakara, 2/255.

[♦] Haşr, 59/22-24.

[♦] Bkz. Tevbe, 9/14; Yûnus, 10/57; Nahl, 16/69; Şu'arâ, 26/80; Fussilet, 41/44.

Musiki makamlarını insan ruhuna yönelik etkileri bakımından tasnif eden Farabi'ye göre "hicaz makamı, tevazu; uşşak makamı, gülme ve sevinç; saba makamı, cesaret ve kuvvet" hissine yol açar.⁶³⁶ Arel'e göre kürdi makamı da sükûn, hasret ve iştiyak gibi hislere tercüman olur.⁶³⁷

Hastalar, dini/manevi referanslar ve Kur'an tilaveti sonrası şifa ve umut algılarını grup içinde mevcut algılarıyla örtüşen ve farklılaşan yönleri açısından yeniden ele almışlardır. Sonrasında grup lideri tarafından oturumun genel bir değerlendirmesi yapılarak ve grup üyelerinin oturumla ilgili beklenti ve düşünceleri alınarak oturum, sona erdirilmiştir.

Beşinci oturumda kullanılan dini/manevi referanslar şunlardır:

- ❖ *"Allah'a korkuyla ve ümitle dua edin. Muhakkak ki iyilik edenlere Allah'ın rahmeti çok yakındır."*♦
- ❖ *"...Allah'ın rahmetinden ümit kesmeyin. Çünkü inkâr edenlerden başkası Allah'ın rahmetinden ümit kesmez!"*♦
- ❖ *De ki: "Ey kendilerinin aleyhine aşırı giden kullarım! Allah'ın rahmetinden ümidinizi kesmeyin. Şüphesiz Allah, bütün günahları affeder. Çünkü O, çok bağışlayandır, çok merhamet edendir."*♦
- ❖ *"İnsan, iyi şeyleri istemekten usanmaz; başına bir kötülük geldiğinde ise büsbütün ümitsiz ve karamsardır."*♦
- ❖ *"Allah, müminler topluluğunun gönüllerine şifa versin."*♦
- ❖ *"Hastalandığım zaman bana şifâ veren O'dur."*♦
- ❖ *"Mü'mine bir hastalık gelir, sonra da Allah ona şifa verirse, bu hastalık onun geçmiş günahlarına kefarettir, geri kalan hayatı için de bir öğüt olur."*♦

⁶³⁶ Somakçı, "Türklerde Müzikle Tedavi", ss. 131-40.

⁶³⁷ Hüseyin Sadettin Arel, "Makamlardaki Duygu Unsuru III", *Musiki Mecmuası*, S. 49 (1952), ss. 4-5; (akt.) Sami Dural, *Bir İlişkisel Üretim Süreci Olarak Müzikal Yaratım: Abdülbâkî Nâsır Dede ve Hüseyin Sadettin Arel Örneği*, (Doktora Tezi), İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019, s. 184.

♦ A'râf, 7/56.

♦ Yûsuf, 12/87.

♦ Zümer, 39/53.

♦ Fussilet, 41/49.

♦ Tevbe, 9/14.

♦ Şuarâ, 26/80.

♦ Ebu Davud, "Cenaiz", 1.

- ❖ *“Allah’tan af ve âfiyet isteyiniz! Hiç kimseye, yakînden (kat’i bir îmandan) sonra âfiyetten daha fazîletli bir şey verilmemiştir.”*♦
- ❖ *“Tedâvî olunuz! Allah, indirdiği ne kadar hastalık varsa onların şifâsını da indirmiştir. Ölüm ve ihtiyarlık hariçtir.”*♦
- ❖ *“Ey insanların Rabbi! Hastalığı gider. Şifâ senin elindedir. Senden başka hastalıkları iyileştiren yoktur.”*♦
- ❖ *“Her derdin bir devası vardır. Derdin devasında isabet edilebilirse, Yüce Allah’ın izniyle düzelir.”*♦
- ❖ *“Ey insanların Rabbi! Bu hastalığı gider, şifâ ver. Sen, şifâ verensin. Senin şifândan başka şifâ yoktur. Öyle bir şifâ ver ki hiçbir hastalık bırakmasın.”*♦

11.4.6. Altıncı Oturum

Altıncı oturumun amaçları:

- Katılımcıların beşinci ve altıncı oturum arasında geçen sürede hastalık ve genel yaşantılarına ilişkin öz-değerlendirme yapması
- Katılımcıların beş oturum sonrası kendilerinde gözlemledikleri değişim ve farkındalıklara ilişkin değerlendirmelerde bulunması
- Katılımcıların bilgi ve destek almak istedikleri konularda dini/manevi referanslar ile açıklamalarda bulunulması
- Katılımcıların manevi destek oturumları sonunda algı, beklenti ve değerlendirmelerini ifade etmesi

Oturuma başlamadan önce rutin ölçümlerin (tansiyon, nabız, durumluluk kaygı ve genel yaşam kalitesi) ardından grup üyeleriyle tedavi süreçleri, genel sağlık durumları, günlük yaşantıları vb. hakkında küçük bir giriş sohbeti yapılmıştır.

Altıncı oturum, manevi destek programının son oturumu olarak planlanmıştır. Bu nedenle hastalarla programın genel bir değerlendirmesini içeren bir oturum olmuştur. Grup üyeleri, manevi destek programıyla ilgili izlenimlerini, kendilerinde hissettikleri değişimleri, bu süreçte edindikleri bilgi ve kazanımlarını yaşamlarına nasıl entegre ettiklerini açıklamışlardır. Oturumun sonraki aşamasında samimi bir atmosfer

♦Tirmizî, Da'avât, 105.

♦Ahmed b. Hanbel, Müsned, VI, 395.

♦Buhârî, “Tıbb”, 38.

♦Müslim, “Selâm”, 69.

♦Buhârî, “Mardâ”, 20, “Tıbb”, 39; Tirmizî, “Da'avât”, 122.

içinde grup üyeleri, tedavi sonrası beklentilerini, umutlarını, hedeflerini, hayallerini paylaşmışlardır. Ardından bu oturum için özel olarak hazırlanmış videoya geçilmiştir. Bu videoda, Dursun Ali Erzincanlı tarafından şiir formunda yorumlanan "Hz.Ali'nin Duası"⁶³⁸ yer almaktadır. Grup üyeleriyle birlikte videoda seslendirilen duaya iştirak edilmiştir.

Dua sonrası grup üyelerinin de katılımıyla grup lideri tarafından altı oturumluk manevi destek programının genel bir değerlendirmesi yapılarak oturum sonlandırılmıştır.

⁶³⁸ Dursun Ali Erzincanlı "Hz.Ali'nin Duası", 2018, <https://www.youtube.com/watch?v=SpEh0cE5Geo>.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

1. NİCEL ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde araştırmanın birinci aşamasını oluşturan nicel bölüme ait bulgulara yer verilmiştir.

1.1. Nicel Örneklem Grubunun Ölçek Puan Ortalamaları

Tablo 16'da örneklem grubunun ölçeklere ilişkin puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 16. Örneklem Grubunun Ölçek Puan Ortalamaları		
Ölçek/Boyut	n	Puan Ortalaması
Ok-DTÖ (Toplam)	150	38,82
Ok-DTÖ (Davranış)	150	9,28
Ok-DTÖ (Duygu)	150	9,62
Ok-DTÖ (Biliş)	150	9,98
Ok-DTÖ (İlişki)	150	9,93
DBÇÖ (Pozitif DBÇ)	150	44,30
DBÇÖ (Negatif DBÇ)	150	2,52
STAI-I (Durumluk Kaygı Envanteri)	150	27,34
STAI-II (Sürekli Kaygı Envanteri)	150	35,22
EORTC QLQ-C30 (Fonksiyonel Skala)	149	80,90
EORTC QLQ-C30 (Semptom Skalası)	149	22,93
EORTC QLQ-C30 (Genel Yaşam Kalitesi)	149	78,97

Tablodaki verilere göre örneklemin Ok-Dini Tutum Ölçeği (Ok-DTÖ), Pozitif Dini Başa Çıkma (DBÇ) ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin fonksiyonel skala ve genel yaşam kalitesi boyutlarında puan ortalamalarının yüksek; Negatif Dini Başa Çıkma (DBÇ), Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I), Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II) ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin semptom skalası boyutunda ise puan ortalamalarının nispeten düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, örneklem grubunun dini tutum, dini başa çıkma ve yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek, kaygı düzeylerinin ise düşük olduğunu göstermektedir.

1.2. Ölçekler Arası Korelasyon Bulguları

Araştırmanın bu bölümünde "dini tutum" ve "dini başa çıkma", bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Bağımlı değişkenler ise durumluk kaygı, sürekli kaygı ve yaşam kalitesi olmuştur. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki olası ilişkileri saptamak amacıyla aşağıdaki araştırma soruları sorulmuştur:

1. Kanser hastalarında dini tutumun; durumluk kaygı, sürekli kaygı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi nedir?
2. Kanser hastalarında dini başa çıkmanın; durumluk kaygı, sürekli kaygı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi nedir?

Bu araştırma sorularına yanıt bulmak amacıyla korelasyonel analiz yöntemlerinden faydalanılmıştır. Örneklem grubunun normal dağılım göstermemesi nedeniyle ölçekler arasındaki ilişkinin derecesi Spearman's Rank Order korelasyonu ile hesaplanmıştır. İstatiksel olarak anlamlılık ($p < 0,05$) düzeyine ulaşan test sonuçları aşağıda yer alan tablolarda gösterilmiştir. Anlamlılık düzeyine ulaşmayan sonuçlara ise tablolarda yer verilmemiştir.

Tablo 17'de Ok-Dini Tutum ve Dini Başa Çıkma ölçekleri arasındaki korelasyon bulguları verilmiştir. Buna göre dini tutum (toplam) ile pozitif dini başa çıkma arasında pozitif yönde ($r = ,595$; $p = ,000$), dini tutum (toplam) ile negatif dini başa çıkma arasında negatif yönde ($r = -,319$; $p = ,000$); dini tutumun davranış boyutu ile pozitif dini başa çıkma arasında pozitif yönde ($r = ,491$; $p = ,000$); dini tutumun davranış boyutu ile negatif dini başa çıkma arasında negatif yönde ($r = -,320$; $p = ,000$); dini tutumun duygu boyutu ile pozitif dini başa çıkma arasında pozitif yönde ($r = ,612$; $p = ,000$), dini tutumun duygu boyutu ile negatif dini başa çıkma arasında negatif yönde ($r = -,254$; $p = ,002$); dini tutumun biliş boyutu ile pozitif dini başa çıkma arasında pozitif yönde ($r = ,207$; $p = ,011$); dini tutumun ilişki boyutu ile pozitif dini başa çıkma arasında pozitif yönde ($r = ,345$; $p = ,000$) anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 17. Dini Tutum ve Dini Başa Çıkma Arasındaki Korelasyon Bulguları			
DEĞİŞKENLER	n	r	p
Ok-DTÖ (Toplam) & Pozitif DBÇ	150	,595**	,000
Ok-DTÖ (Toplam) & Negatif DBÇ	150	-,319**	,000
Ok-DTÖ (Davranış) & Pozitif DBÇ	150	,491**	,000
Ok-DTÖ (Davranış) & Negatif DBÇ	150	-,320**	,000
Ok-DTÖ (Duygu) & Pozitif DBÇ	150	,612**	,000
Ok-DTÖ (Duygu) & Negatif DBÇ	150	-,254**	,002
Ok-DTÖ (Biliş) & Pozitif DBÇ	150	,207*	,011
Ok-DTÖ (İlişki) & Pozitif DBÇ	150	,345**	,000
		* p<0,05	** p<0,01

Ok-Dini Tutum Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri arasındaki korelasyon bulguları Tablo 18'de verilmiştir. Elde edilen bulgular, dini tutum (toplam) ile durumluk kaygı (STAI-I) arasında ($r=-,352$; $p=,000$), dini tutum (toplam) ile sürekli kaygı (STAI-II) arasında ($r=-,307$; $p=,000$), dini tutumun davranış boyutu ile durumluluk kaygı arasında ($r=-,358$; $p=,000$), dini tutumun davranış boyutu ile sürekli kaygı arasında ($r=-,307$; $p=,000$) ve dini tutumun duygu boyutu ile durumluluk kaygı arasında ($r=-,197$; $p=,015$) negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Diğer boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna göre dini tutum (toplam), davranış ve duygu boyutlarındaki puan ortalaması yükseldikçe durumluk-sürekli kaygı düzeyinin azalmakta olduğu söylenebilir.

Tablo 18. Dini Tutum ve Kaygı Arasındaki Korelasyon Bulguları			
DEĞİŞKENLER	n	r	p
Ok-DTÖ (Toplam) & STAI-I	150	-,352**	,000
Ok-DTÖ (Toplam) & STAI-II	150	-,307**	,000
Ok-DTÖ (Davranış) & STAI-I	150	-,358**	,000
Ok-DTÖ (Davranış) & STAI-II	150	-,307**	,000
Ok-DTÖ (Duygu) & STAI-I	150	-,197*	,015
		* p<0,05	** p<0,01

Dini tutum ve yaşam kalitesi ölçekleri arasındaki korelasyon bulguları Tablo 19'da verilmiştir. Buna göre dini tutum (toplam) ile yaşam kalitesinin fonksiyonel skalası ($r=,233$; $p=,004$) arasında pozitif yönde, dini tutum (toplam) ile yaşam kalitesi

genel yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ($r=,473$; $p=,000$), dini tutum (toplam) ile semptom skalası ($r=-,234$; $p=,004$) arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Dini tutumun davranış boyutu ile yaşam kalitesinin fonksiyonel boyutu arasında pozitif yönde ($r=,246$; $p=,002$), davranış boyutu ve genel yaşam kalitesi ($r=,465$; $p=,000$) arasında pozitif yönde, dini tutum davranış boyutu ile semptom skalası ($r=-,249$; $p=,002$) arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Dini tutumun duygu boyutu ile yaşam kalitesinin genel yaşam kalitesi boyutu arasında ise ($r=,286$; $p=,000$) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Diğer boyutlar arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak dini tutum düzeyi arttıkça, yaşam kalitesinin de artacağı söylenebilir.

Tablo 19. Dini Tutum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyon Bulguları			
DEĞİŞKENLER	n	r	p
Ok-DTÖ (Toplam) & EORTC QLQ-C30 (Fonksiyonel Skala)	149	,233**	,004
Ok-DTÖ (Toplam) & EORTC QLQ-C30 (Semptom Skalası)	149	-,234**	,004
Ok-DTÖ (Toplam) & EORTC QLQ-C30 (Genel Yaşam Kalitesi)	149	,473**	,000
** p<0,01			
Ok-DTÖ (Davranış) & EORTC QLQ-C30 (Fonksiyonel Skala)	149	,246**	,002
Ok-DTÖ (Davranış) & EORTC QLQ-C30 (Semptom Skalası)	149	-,249**	,002
Ok-DTÖ (Davranış) & EORTC QLQ-C30 (Genel Yaşam Kalitesi)	149	,465**	,000
** p<0,01			
Ok-DTÖ (Duygu) & EORTC QLQ-C30 (Genel Yaşam Kalitesi)	149	,286**	,000
** p<0,01			

Tablo 20'de Dini Başa Çıkma Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri arasındaki korelasyon bulguları yer almaktadır. Buna göre pozitif dini başa çıkma (DBÇ) ve durumluk kaygı (STAI-I) arasında negatif yönde ($r=-,164$; $p=,044$), pozitif dini başa çıkma ve sürekli kaygı (STAI-II) arasında negatif yönde ($r=-,218$; $p=,007$), negatif dini başa çıkma ve durumluk kaygı arasında pozitif yönde ($r=,304$; $p=,000$), negatif dini başa çıkma ve sürekli kaygı arasında pozitif yönde ($r=,426$; $p=,000$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durumda örneklemin pozitif dini başa çıkma düzeyi arttıkça durumluk-sürekli kaygı düzeyinin azaldığı, negatif dini başa çıkma düzeyi arttıkça da durumluk-sürekli kaygı düzeyinin arttığı söylenebilir.

Tablo 20. Dini Başa Çıkma ve Kaygı Arasındaki Korelasyon Bulguları			
DEĞİŞKENLER	n	r	p
Pozitif DBÇ & STAI-I	150	-,164*	,044
Pozitif DBÇ & STAI-II	150	-,218**	,007
Negatif DBÇ & STAI-I	150	,304**	,000
Negatif DBÇ & STAI-II	150	,426**	,000
* p<0,05		** p<0,01	

Aşağıdaki tabloda Dini Başa Çıkma ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi ölçekleri arasındaki korelasyon bulguları yer almaktadır (Tablo 21). Elde edilen bulgular, pozitif dini başa çıkma ile yaşam kalitesinin semptom skalası arasında negatif yönde ($r=-,200$; $p=,014$), pozitif dini başa çıkma ile yaşam kalitesinin genel yaşam kalitesi alt boyutu arasında pozitif yönde ($r=,343$; $p=,000$), negatif dini başa çıkma ve yaşam kalitesinin fonksiyonel boyutu arasında negatif yönde ($r=-,202$; $p=,013$), negatif dini başa çıkma ile semptom skalası arasında pozitif yönde ($r=,296$; $p=,000$), negatif dini başa çıkma ile yaşam kalitesinin genel yaşam kalitesi boyutu arasında negatif yönde ($r=-,343$; $p=,000$) anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Diğer boyutlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna göre örneklem grubunda yer alan hastalarda pozitif dini başa çıkma düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de olumlu yönde arttığı söylenebilir.

Tablo 21. Dini Başa Çıkma ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyon Bulguları			
DEĞİŞKENLER	n	r	p
Pozitif DBÇ & EORTC QLQ-C30 (Semptom Skalası)	149	-,200*	,014
Pozitif DBÇ & EORTC QLQ-C30 (GenelYaşam Kalitesi)	149	,343**	,000
Negatif DBÇ & EORTC QLQ-C30 (Fonksiyonel Skala)	149	-,202*	,013
Negatif DBÇ & EORTC QLQ-C30 (Semptom Skalası)	149	,296**	,000
Negatif DBÇ & EORTC QLQ-C30 (GenelYaşam Kalitesi)	149	-,343**	,000
* p<0,05		** p<0,01	

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki korelasyon bulguları Tablo 22'de verilmiştir. Elde edilen bulgular, durumluk kaygı (STAI-I) ile yaşam kalitesinin fonksiyonel boyutu arasında negatif yönde ($r=-,360$; $p=,000$), durumluk kaygı ile yaşam kalitesi semptom skalası arasında

pozitif yönde ($r=,313$; $p=,000$), durumluk kaygı ile yaşam kalitesinin genel yaşam kalitesi alt boyutu arasında negatif yönde ($r=-,477$; $p=,000$), sürekli kaygı (STAI-II) ile yaşam kalitesi fonksiyonel skala arasında negatif yönde ($r=-,552$; $p=,000$), sürekli kaygı ile semptom skalası arasında pozitif yönde ($r=,527$; $p=,000$), sürekli kaygı ile genel yaşam kalitesi arasında negatif yönde ($r=-,511$; $p=,000$) anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Buna göre, örneklem grubunda yer alan hastalarda durumluk-sürekli kaygı düzeyinin artmasıyla yaşam kalitesi düzeyinin düşmekte olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 22. Kaygı ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Korelasyon Bulguları			
DEĞİŞKENLER	n	r	p
STAI-I & EORTC QLQ-C30 (Fonksiyonel Skala)	149	-,360**	,000
STAI-I & EORTC QLQ-C30 (Semptom Skalası)	149	,313**	,000
STAI-I & EORTC QLQ-C30 (Genel Yaşam Kalitesi)	149	-,477**	,000
STAI-II & EORTC QLQ-C30 (Fonksiyonel Skala)	149	-,552**	,000
STAI-II & EORTC QLQ-C30 (Semptom Skalası)	149	,527**	,000
STAI-II & EORTC QLQ-C30 (Genel Yaşam Kalitesi)	149	-,511**	,000
** $p<0.01$			

2. NİTEL ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde, araştırmanın nitel ana sorusu ve alt soruları çerçevesinde nitel bulguların analiz ve yorumlarına yer verilmiştir.

2.1. Birinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular

Araştırmanın nitel yaklaşımla kurgulanan bu aşamasında ilişkin alt araştırma sorusu "kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecine ilişkin yapmış oldukları değerlendirmeler nelerdir?" şeklinde ifade edilerek yeniden beş alt probleme ayrılarak incelenmiştir:

- i.** Kanser hastalarının tanı ve tedavi dönemine ilişkin göstermiş oldukları tepkiler nelerdir?
- ii.** Kanser hastalarının tanı ve tedaviye bağlı olarak yaşamış oldukları problemler nelerdir?
- iii.** Kanser hastalarının hastalığa yönelik yapmış oldukları atıflar nelerdir?

- iv. Kanser hastalarının tanı sonrası kendilerine ve dışı yönelik yaşamış oldukları değişimler nelerdir?
- v. Kanser hastalarının hastalıkla başa çıkmak için destek aldıkları uygulamalar ve kaynaklar nelerdir?

Araştırmanın birinci alt araştırma sorusuna yanıt bulmak amacıyla, ayaktan tedavi gören (kemoterapi, radyoterapi ve hedefe yönelik tedavi) meme kanseri ve göğsünden ameliyat olmuş 13 kadın hasta ile yapılmış yarı-yapılandırılmış mülakatlar, betimsel ve içerik analizleri ile tahlil edilmiştir.

Mülakatlarda hastalara aşağıda yer alan altı soru yöneltilmiştir:

1. Hastalığınıza ilk tanı konulduğunda neler hissettiniz?
2. Şu anda neler hissediyorsunuz?
3. Hastalık ve tedavi sürecinde ne gibi problemler yaşadınız?
4. Bu hastalığa yakalanmanızı neye bağlıyorsunuz?
5. Bu hastalıkla birlikte kendinize, çevrenize ve hayata dair ne gibi değişimler hissettiniz?
6. Hastalığınızla başa çıkmak için neler yapıyorsunuz?

Hastalara yöneltilen mülakat sorularından birinci ve ikinci soru, araştırmanın (i) nolu alt sorusuyla ilişkili olup birinci sorudan "tanı dönemi tepkileri", ikinci sorudan ise "tedavi dönemi tepkileri" şeklinde iki alt tema oluşturulmuştur. Mülakatta yer alan üçüncü soru, araştırmanın (ii) nolu alt sorusuyla ilişkili olup "tanı ve tedaviye bağlı problemler" teması altında; dördüncü soru, araştırmanın (iii) nolu alt sorusuyla ilişkili olup "hastalığa yapılan atıflar" teması altında; beşinci soru, araştırmanın (iv) nolu alt sorusuyla ilişkili olup "travma sonrası gelişim" teması altında; altıncı soru ise araştırmanın (v) nolu alt sorusuyla ilişkili olup "hastalıkla başa çıkma" teması altında incelenmiştir.

Hastalar, tanıya kadar geçen süreç içinde yaşadıkları strese de değinmişlerdir. Bundan dolayı "tanıya kadar geçen süreç" başlığı altında yeni bir tema eklenmiştir. Fakat araştırmanın bağlamı dolayısıyla "tanıya kadar geçen süreç" teması altında kod ve kategorilerin oluşturulmasına gerek duyulmamıştır.

Kod ve kategorilerin birleşimiyle oluşan temalar, MAXQDA 20 analiz programında hiyerarşik kod modellerine dönüştürülerek şekillendirilmiş ve ayrıca kelime bulutlarıyla da bazı temalara görsel olarak zenginleştirilmiştir. Hiyerarşik kod

modellerinde kodların yanına parantez içinde, kod tekrar sıklıkları olan frekans sayıları da eklenmiştir.

2.1.1. Tanı ve Tedavi Dönemi Tepki ve Problemlerine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında kanser hastalarının tanı ve tedavi döneminde kansere yönelik tepkileri incelenmiştir.

2.1.1.1. Tanıya Kadar Geçen Süreç Temasına İlişkin Bulgular

Tanı konulmadan önce hastaların genelde bir takım rutin dışı rahatsızlıklar yaşadıkları ve olumsuz bir durum olduğuna dair birtakım sezgileri olduğu görülmektedir.

Bir katılımcı tanı öncesi yaşadıklarını, bu süreçte eşinin, doktor ve sağlık personelinin de rolüne değinerek şöyle ifade etmektedir:

"Hastasındır, git kan tahlili yaptır, onu yaptır. İşte şöyle yaptır, yok kanın mı düştü? O mu oldu? Böyle hep söylüyordu, eşim sürekli bana. Gittim. Ama bir öğrendim, ben kansermişim. Bir telefonla, Allah beni uyandırdı. Aile hekiminin açtığı telefon beni. Üç gün gitmedim, mamografi çektirmeye. Hatta ben gönderiyorum, dedi doktor. Telefon açacağım KETEM'e, git sen. Tamam, dedim. Oraya gideceksin, dedi. Tamam dedim. Gittim. Daha gittiğim gün oradaki çeken hemşire anladı, zaten. Sıkıntı görünüyor abla, dedi. Çekerken anladı. Sıkıntı görünüyor dedi, hani. Şu demedi ama sıkıntı var gibi duruyor, sol göğsünde, dedi. Beni üçüncü gün aradı. Dedi ki abla sonuçların kötü, gel. Genel cerrahın görmesi lazım. Öylelikle zaten orada olsam da ultrasonda söylediler hepsini de. Kaç milim olduğunu, kaç santim olduğunu, ne kadar derinlikte olduğunu." (K-4, 51)

Bir diğer hasta ise kitleyi eliyle fark ettiğinde doktora gittiğini ve kanser riski taşıdığını öğrendiğinde yaşadıklarını dile getirmiştir:

"Bir gece işte banyoya girdim, elimi uzatınca fark ettim. Genel cerraha randevu aldım. İznik'ten gelip gidiyorum. Buraya sıra aldık. Doktor işte ultrason istedi. Mamografi istedi. Onların sonucunda % 99 risk var, dedi. Direkt söyledi, % 99 riskin var, dedi. Ben o zaman çok kötü oldum. Beklemiyordum, tabii öyle bir şey. Sonra biyopsi istedi. O biyopsi de işte kesin çözüm. Kesin var, dedi yani. Direkt alınması gerekiyor dedi. Sonra ameliyat günü verdi." (K-11, 38)

Özel bir diyaliz merkezinde yardımcı sağlık personeli olarak çalışan bir katılımcı tahlil ve tetkik sonuçlarından hastalığını tahmin ettiğini belirtmiş ve kesin sonuçları öğreninceye kadar yaşadığı kaygı ve üzüntüye dikkat çekmiştir:

"Ben mamografi filan çekindim. Biyopsi yapıldı. Mamografide hep soru işareti çıktı. Doktora gösterdim. İş yerinde arkadaşlarıma gösterdim, diyaliz merkezinde. Soru işareti olduğu için onlar bana kesin diyemediler hani, var bir şey diye. Ama ben işte hastanede çalıştığım için az çok anladım kendim hani. Olduğumu. Tahmin ettim. Sonra doktorum bana direkt yüzüme "kansersin" demedi. Tahlilin iyi çıkmamış, ameliyat olman gerekiyor, dedi. Ama anladım ben zaten. Tabii, insan o anda yıkılıyor ama hani böyle bir hafta sonuçları bekleyene kadar...Sonuçları alana kadar bir hafta sürdü böyle acaba ne çıkacak filan. Ondan sonra da bir hafta sürdü üzüntüm, sonra alıştım. Yapacak bir şey yok sonuçta." (K-13, 45)

Bir başka hasta da yukarıdaki hasta ile benzer şekilde kesin tanı konuluncaya kadar geçen süreçte korku ve endişe yaşadığını bildirmektedir:

"Ben bayağı bir stres atlatmıştım yani öyle bir ay. Sağlık ocağına gitmiştim. KETEM'den çıktı, benim sonucum. Öyle dolaşırken tam teşhis konulana kadar bir ay sürdü. Tahlil yap vs. derken. Bayağı korkuyla, endişeyle geçti, o bir ay. Ameliyattan sonra düzeldim, biraz. Rahatladım biraz. Çünkü artık ne olduğunu biliyorum." (K-6, 45)

Kitleyi fark ettikten sonra doktora giden bu katılımcı ise doktorun ifadelerinden olumsuz bir durum olduğunu hissetmiş ve gerçeğe yüzleşebilmek için kendinde bir cesaret bulmuştur:

"Elime bir şey geldikten sonra doktora geldim. Doktor, muayene etti. Korkulacak bir şey yok, dedi. Ama, o arada bir şey dedi, Korkulacak bir şey yok, demeden önce, "göğüs dokusu bozulmuş", dedi. Ben, o "göğüs dokusu bozulmuş" cümlesinden zaten bir şeyler hissettim. Bir şaşkınlık duyuyor insan. Ondan sonra işte MR çekindim. Ultrasona girdim. Ultrasondaki doktor bakar bakmaz "aaa.." falan yaptı. Hatta yandaki hemşireye tıp dilinde bir şey söyledi. Doktor bey, o ara dışarı çıktı. O arada hemşire bana dedi ki: Bu dedi, sizin başınızı bayağı ağrıtabilir, dedi. Ben de bir şey mi var, dedim. Bir şey mi var, söyleyin, dedim. O, doktorunuz gerekli açıklamayı yapacak size, dedi. O arada dışarı çıktım, ben. O ultrasonu yapan doktorla dışarda görüştim. Ben, dedim öğretmenim, dedim hani. Bana söyleyebilirsiniz, dedim. O da şöyle şaşırıldı önce. Düşündü söyleyip söylememe arasında bir bocaladı. Şey...yüksek risk altındasın, dedi. Hemen biyopsi yapmamız lazım, dedi." (K-8, 52)

"Tanıya kadar geçen süreç"te hastaların genel olarak tahlil ve tetkikler sırasında belirgin bir korku, kaygı ve stres yaşadıkları anlaşılmaktadır. Bu süreçte doktor ve sağlık personelinin tutum ve davranışlarının da hastaların korku ve kaygıları üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Hastaların ifadelerinden tanı konulmasında "aile hekimleri"nin belli bir yaş aralığında bulunan hastalarını kanser taramasına yönlendirmelerinin etkili olduğu

anlaşılmaktadır. Bu taramalarda özellikle KETEM'lerin önemli bir rol üstlendiği de yine hastaların ifadelerinden çıkarılmaktadır.

2.1.1.2. Kansere Karşı Gösterilen Tepkiler Temasına İlişkin Bulgular

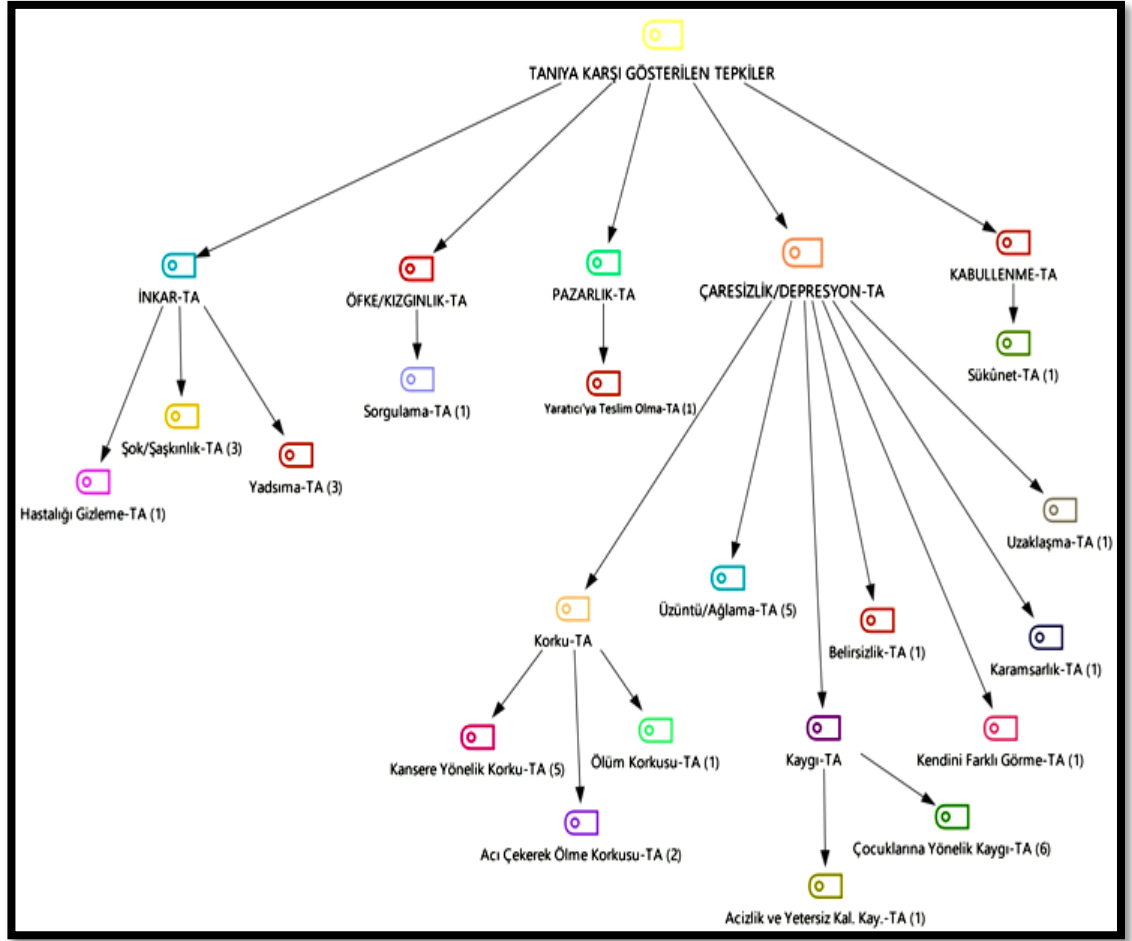
Araştırmanın birinci sorusu altında yer alan (i) nolu altsorusu "kanser hastalarının tanı ve tedavi dönemine ilişkin göstermiş oldukları tepkiler nelerdir?" şeklinde ifade edilmiştir. Soruya ilişkin yanıt bulabilmek amacıyla hastalara mülakat sırasında yöneltilen "**hastalığınıza ilk tanı konulduğunda neler hissettiniz?**" ve "**şu anda neler hissediyorsunuz?**" sorularına verilen yanıtlar, betimsel ve içerik analizleriyle tahlil edilmiştir. Analizler sonrasında araştırmanın (i) nolu alt sorusuna olarak "kansere karşı gösterilen tepkiler" adıyla bir tema oluşturulmuştur.

Hastalığa karşı gösterilen "tepkiler"i anlamaya yönelik olan bu tema, iki alt temaya ayrılarak incelenmiştir. Bu alt temalardan birincisi "tanıya karşı gösterilen tepkiler", ikincisi ise "tedavi sürecinde gösterilen tepkiler"dir. Her iki alt temanın kod ve kategorileri arasında karışıklığa yol açmamak amacıyla *tanı dönemi tepkileri* için "**TA**", *tedavi dönemi tepkileri* için ise "**TE**" kısaltması, ilgili alt temaların kod ve kategorilerinin yanına eklenmiştir.

"Tepkiler" temasına ait kod ve kategorilerin oluşturulmasında Kübler-Ross'un yas aşamaları modelinden istifade edilmiştir. Bu modele göre "tanıya karşı gösterilen tepkiler" teması altında "inkâr-TA", "öfke/kızgınlık-TA", "pazarlık-TA", "çaresizlik/depresyon-TA", "kabullenme-TA" kategorileri oluşturulmuştur. Benzer şekilde "tedavi sürecinde gösterilen tepkiler" teması altında da "inkâr-TE", "öfke/kızgınlık-TE", "pazarlık-TE", "çaresizlik/depresyon-TE", "kabullenme-TE" kategorileri yer almıştır. Her iki alt temaya ilişkin bulgular ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

a. Tanıya Karşı Gösterilen Tepkiler Alt Temasına İlişkin Bulgular

Bu tema altında hastaların tanıyı ilk duyduklarında gösterdikleri tepkiler incelenmiştir. Temaya ilişkin kod ve kategorilerin oluşturulmasında Kübler-Ross'un beş aşamalı yas modeli esas alınmıştır.



Şema 1. Tanıya Karşı Gösterilen Tepkiler

Şema 1'de araştırma için kendileriyle mülakat yapılan hastaların "tanıya karşı gösterdikleri tepkiler"e ait kategori ve kodlar gösterilmiştir. Kübler-Ross modeline göre beş kategorinin yer aldığı şekilde tepkilere ilişkin kodların genel olarak "çaresizlik/depresyon" kategorisinde yoğunlaştığı izlenmektedir. Yukarıdaki şemada yer alan kategorilere ait bulgular ve yorumları aşağıda verilmiştir.

İnkâr-TA: Araştırmada bu kategoriye ilişkin üç kod ortaya çıkmıştır. Bunlardan "şok/şaşıklık" ve "yadsıma" kodlarının frekansları daha yüksek bulunmuştur. Diğer kod ise "hastalığı gizleme"dir.

Hastaların bir kısmı "kanser tanısı"nı ilk duyduklarında bir şok/şaşıklık hali yaşadıklarını ifade etmişlerdir:

"Şoka girdim. Bir şeyi duymak istemezsiniz ya. Belki diye..." (K-1, 36)

"Ama, hiç böyle...Tepkisiz..Şeydim yani böyle...Tepki yok...Önce bir şaşkınlık...Şaşkınlık hissettim. Panik olmadım." (K-8, 52)

"İnkâr" kategorisinde yer alan diğer önemli bir tepki de "yadsıma" olarak belirlenmiştir. Bu tepkinin "şok"a göre daha uzun süreli olduğu ve "inkâr" aşaması için daha belirleyici olduğu düşünülmüştür. Bu kod altında hastaların genel olarak "kanser" kelimesini kullanmaktan kaçındıkları ve uzun süre tanıyı kabullenmekte zorluk çektikleri anlaşılmıştır.

Bir hasta "yadsıma" tepkisine ilişkin yaşadığı süreci şöyle anlatmaktadır:

"Her şeyin bittiğini hissettim, baştan...Kendime bir ay filan hiç itiraf edemedim. Yani hastalığım adını bile...Mesela ameliyat oldum. Ameliyattan çıktım...Eve gittim. Gelen giden oldu.. Duyan geliyor gidiyor, biliyorsun, hasta olduğumu. Konun-komşun...Annen-baban...Ama onlara, rahatsızlığın ne deseler söyleyemeyecektim." (K-4, 51)

Bir diğer hastada ise "yadsıma" tepkisinin kendisini kanser olmadığına ikna etme ve dışa yönelik davranışlar şeklinde olduğu görülmektedir:

"Bir kere ben hasta olduğuma hiç şey yapmadım, takılmadım. Hani ben hasta oldum, demedim, diyemedim, demedim. Ya kendimi hasta gibi hissetmedim. Hiç, "aaa..ben kanser oldum", demedim. Yaa...O şeyi...Yaa..İçimden gelmedi." (K-8, 52)

Bu kategoride yer alan diğer kod ise hastanın aile ve yakın çevresini üzmemek amacıyla "hastalığı gizleme"dir. Bu tepkinin "yadsıma"dan farkı hastalığını diğer insanlara açıklamaktan kaçınma, "yadsıma"da ise hastalığı "kendine" açıklamaktan kaçınma söz konusudur.

Genç bir hastanın "hastalığı gizleme"ye ilişkin durumu kanser tanısını öğrendikten sonra çocuklarından saklamak şeklinde olmuştur:

"Eve gittim. Çocuklarıma göstermek istemedim ama gördüler." (K-1, 36)

Öfke/Kızgınlık-TA: Araştırmada "öfke/kızgınlık" kategorisine ilişkin yalnızca bir kod ortaya çıkmıştır. Frekansı "1" olan bu kod ise "sorgulama"dır. Bu durum araştırmanın örnekleme için "öfke/kızgınlık" aşamasının çok belirgin olmadığını göstermektedir.

Hastalığını ilk öğrendiğinde belirgin bir öfke ve sorgulama durumu yaşayan genç bir hasta sonrasında bundan dolayı duymuş olduğu pişmanlığı dile getirmiştir:

"Baştan bir kere "neden, ben?" dedim. Sonra çok pişman oldum." (K-3, 40)

Pazarlık-TA: "Pazarlık" kategorisinin kod ve frekans dağılımına bakıldığında bu araştırma için oldukça zayıf bir tepki aşaması olduğu anlaşılmaktadır. Bu aşamada hastaların genel olarak Yaratıcı ile ya da doktor, sağlık personeli ve yakın çevresi ile bir tür pazarlığı söz konusudur. Bu pazarlıkta hastanın "iyi çocuk olma" rolüne bürünerek yaşama ilişkin bir takım isteklerinin yerine gelmesi arzusu vardır.

Bu araştırmada "pazarlık" kategorisi için yalnızca bir kod bulunmuştur: "Yaratıcı'ya teslim olma". Ancak bu kod da yalnızca bir hastada tanımlanmış olup frekans sayısı "1"dir.

Tanı sürecinde ve sonrasında hastalıktan dolayı Yaratıcı'ya isyan etmediğini ifade eden hastanın buna karşılık Yaratıcı ile kendisi arasında olan gizli bir beklentisinin de olduğu anlaşılmaktadır: "Hiç isyan etmedim, Allah'a da." (K-9, 31)

Çaresizlik/Depresyon-TA: Şema 1'e bakıldığında "tanıya karşı gösterilen tepkiler" teması altında kod sayısı ve frekans ağırlığı bakımından "çaresizlik/depresyon" kategorisinin diğer kategoriler yanındaki önemi ortaya çıkmaktadır. Hastaların tanıya karşı göstermiş olduğu tepkiler, bu kategoride yoğunlaşmıştır. Bu kategori altında frekans sayısına göre sırasıyla "korku (f=8)", "kaygı (f=7)", "üzüntü/ağlama (f=5)", "belirsizlik (f=1)", "kendini farklı görme (f=1)", "karamsarlık (f=1)", "uzaklaşma (f=1)" kodları tanımlanmıştır. İlgili kodlar içinde frekans sayısı en yüksek olan "korku (8)", "kaygı (7)" ve "üzüntü/ağlama (5)" kodları dikkat çekmektedir.

Hastaların bir kısmının tanıyı ilk duyduklarında "üzüntü/ağlama" şeklinde tepki verdikleri belirlenmiştir.

Yaşlı bir hasta o süreçte yaşadığı üzüntüyü şöyle ifade etmektedir:

"Çok üzüldüm, kızım, çok...İki ay, bu yanda çok üzüntü çektim." (K-5, 61)

Yine genç bir hasta da üzüntüsünü şöyle dile getirmiştir:

"Vallahi, rahatsızlığı ilk duyduğumda ağladım, üzüldüm." (K-9, 31)

Bir başka hasta ise üzüldüğünü ancak başına geleceklerden habersiz olduğu için tam o süreçte bir kaygı yaşamadığını belirtmiştir:

"İnsan üzüyor tabii ki. Ama bu kadar acı çekeceğimi bilmiyordum ben. O yüzden çok kaygılanmadım. Bilmiyordum, mesela bu kemoterapilerden sonra

10 gün yatacağımı, her yerimin böyle yara olacağını, ateş basacağını...Hiç bunları filan bilmiyordum. (K-13, 45)"

"Çaresizlik/depresyon" kategorisinde kod frekansı yüksekliğiyle ikinci sırada yer alan "kaygı" kodu ise "çocuklarına yönelik kaygı (6)" ve "aciz ve yetersiz kalma kaygısı (1)" olarak iki alt koda ayrılmıştır. Bu alt kodlardan "çocuklarına yönelik kaygı"nın özellikle küçük çocuğu olan hastalar için sıklıkla yaşanan önemli bir tepki olduğu belirlenmiştir. Hastaların ifadelerinden bu tepkinin ardında dile getirilemeyen bir ölüm korkusunun ya da hastalığın kendilerini çaresiz ve bitkin bırakacağı endişesinin olduğu yönünde çıkarım yapılmıştır. Dolayısıyla tanıyı ilk duyduklarında hastalar, çocuklarını yetim bırakma veya onlara gerekli ilgi ve alakayı gösteremeyecekleri kaygısına düşebilmektedir. Aşağıda bazı hastaların "çocuklarına yönelik kaygı" kodu kapsamında ifadeleri yer almaktadır.

"Çocuklarım mahrum kalacak düşüncesi geldi. Daha ufaklar, yaşları küçük." (K-1, 36)

"Çocuklarım aklıma geldi. Biri 7 yaşında, biri de 4 yaşında. Hemen onlar aklıma geldi. Çok zor bir süreç bu. (K-9, 31)

"İlk aklına çocukların geliyor. Ne bileyim işte, ne olacak, ne bitecek, acaba iyi mi, acaba kötü mü, düşünüyorsun. Kötü yani kötü bir duygu. Anlatılmaz yaşanır, yani kötü. (K-11, 38)

"Aciz ve yetersiz kalma kaygısı" ise yalnızca bir hastada kodlanmıştır. Bu hastanın ise evinde tek başına yaşamakta olmasının böyle bir kaygıya neden olduğu anlaşılmıştır. İlgili hasta, tanıyı ilk duyduğunda birden fazla kaygı yaşamıştır. Bu kaygıların merkezinde ise "acizlik ve yetersizlik" duygusu yer almaktadır:

"Bir deri bir kemik kalacağım...İşimi yapamayacağım. Param yetecek mi geçinmeye, bana kim bakacak, dedim?" (K-2, 51)

"Çaresizlik/depresyon" kategorisinde frekansı en yüksek olan kodun "korku (8)" olduğu belirlenmiştir. Ancak "korku" kodu da yeniden "kansere yönelik korku (5)", "acı çekerek ölme korkusu (2)" ve "ölüm korkusu (1)" olarak üç alt koda bölünmüştür. Bu alt kodlar arasında ise "kansere yönelik korku"nun belirgin bir ağırlık taşıdığı görülmektedir. Hastaların açıklamalarından kansere yönelik korkuların olumsuz algı ve kötü tecrübeler temelinde geliştiği çıkarımı yapılabilir. Aşağıda bu koda ilişkin hastaların ifadelerine yer verilmiştir.

"Çok korkmuştum, ilk duyduğumda hastalığımı. Kanser filan denildi ya, şimdi." (K-2, 51)

"Ne bileyim, bir anda böyle vücudumu sardı, zannettim. Korktum..." (K-3, 40)

"İlk duyduğumda biraz korku hissettim. Fazla da düşünmedim. İnsan hemen öleceğini düşünmüyor, tabii. Pek de aklıma gelmedi öyle hemen ölmek." (K-6, 45)

"Kanserle ilgili çevreden duyduklarım olumsuz şeylerdi. Çünkü kemoterapi etkiliyordu, ölü gibi yatıyordun. Mesela en yakın arkadaşımın çocuğu lösemiydi. Çocuk sürekli hastanelerdeydi. Yani kemoterapi filan aldığında hep şeydi. Ben de öyle olacağımı düşündüm. Çünkü onlar yaşanan şeylerdi." (K-9, 31)

Korkuya ilişkin diğer bir alt kod da "acı çekerek ölme korkusu"dur. Bu alt kodun frekansı salt "ölüm korkusu" alt kodunun frekansından daha yüksektir. Bazı hastalarda kanserin şiddetli ağrı ve acıya neden olacağı algısı nedeniyle bu tür bir tepkinin ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Ancak bu tepkiyi gösteren hastalarda yakın çevrelerinde kansere bağlı olarak meydana gelen ölümlerin etkili olduğu gözlenmiştir.

Bu hasta acı çekerek ölme korkusunu açık bir şekilde ifade etmiştir: "Eyvah dedim, acı çekerek öleceğim." (K-2, 51)

Bir diğer hasta ise hastanede ve yakın çevresinde kanserli hastaların acı ve ızdırabına şahit olduğu için tanıyı ilk duyduğunda kansere ilişkin olumsuz bir çağrışım yaşamıştır:

"Çok bağıyorlar ya böyle...Buraya geldiğimde de görüyorum bazen. Amcamın oğlu vardı...Kanserden dört ayın içinde gitti...Küp gibi adam dört ayın içinde gitti...Bağıra bağıra gitti...Akciğer kanseriymi...Acaba öyle olacak mıyım, olmayacak mıyım, diye düşünüyorum. Benim Allah'ım acı verecek mi, vermeyecek mi?" (K-7, 63)

"Çaresizlik/depresyon" kategorisinde yer alan "belirsizlik", "kendini farklı görme", "karamsarlık", "uzaklaşma" kodlarının ise frekans sayıları "1"dir.

"Belirsizlik" kodunun tanımlandığı hasta, kanser tanı ve tedavi sürecine ilişkin bilgi sahibi olmaması nedeniyle yaşadığı stresi dile getirmiştir:

"Bayağı bir stres geçirmiştım o zaman. Kanser ne olduğunu tam olarak bilmiyordum. Sağdan soldan duyuyorduk ama böyle görmemiştik hiç. Kendinde olunca daha iyi idrak ediyorsun." (K-6, 45)

"Kendini farklı görme" ile ilgili katılımcı hastanın, tanıyı ilk duyduğunda "kansere" yönelik diğer insanlardan farklı olduğuna ilişkin bir tür "etiketleme" yaptığı düşünülmektedir: "Kendimi böyle tüm insanlardan bile farklı gördüm." (K-2, 51)

"Karamsarlık" kodunda yine "kansere" yönelik olumsuz algılar çerçevesinde hastada bir tepki oluştuğu görülmektedir: "Her şeyin bittiğini düşünüyordum, o zaman. Ama şu an, böyle düşünmüyorum." (K-4, 51)

"Uzaklaşma" kodu, psikolojik geri çekilme ile fiziksel geri çekilme arası bir durum olarak değerlendirilmiştir. Bu davranış, bazen duygusal kaynaklı olmayıp kendini diğer insanlardan gelebilecek enfeksiyon riskine karşı koruma amaçlı da olabilmektedir. "Uzaklaşma" kodunun tanımlandığı hastada bilinçli bir kendini soyutlama davranışı dikkat çekmektedir:

"Ama ben de kaçtım insanlardan hastanedeyken. O biraz hastayla da ilgili olabilir. Sen kendini biraz soyutlarsan, hani ben hastayım filan diye. Karşıdaki çekinebilir, hani seni rahatsız etmemek adına, değil mi? Bu kişi ile de ilgili olabilir. Kişilerin düşüncesi ile ya da davranışları ile ilgili olabilir." (K-8, 52)

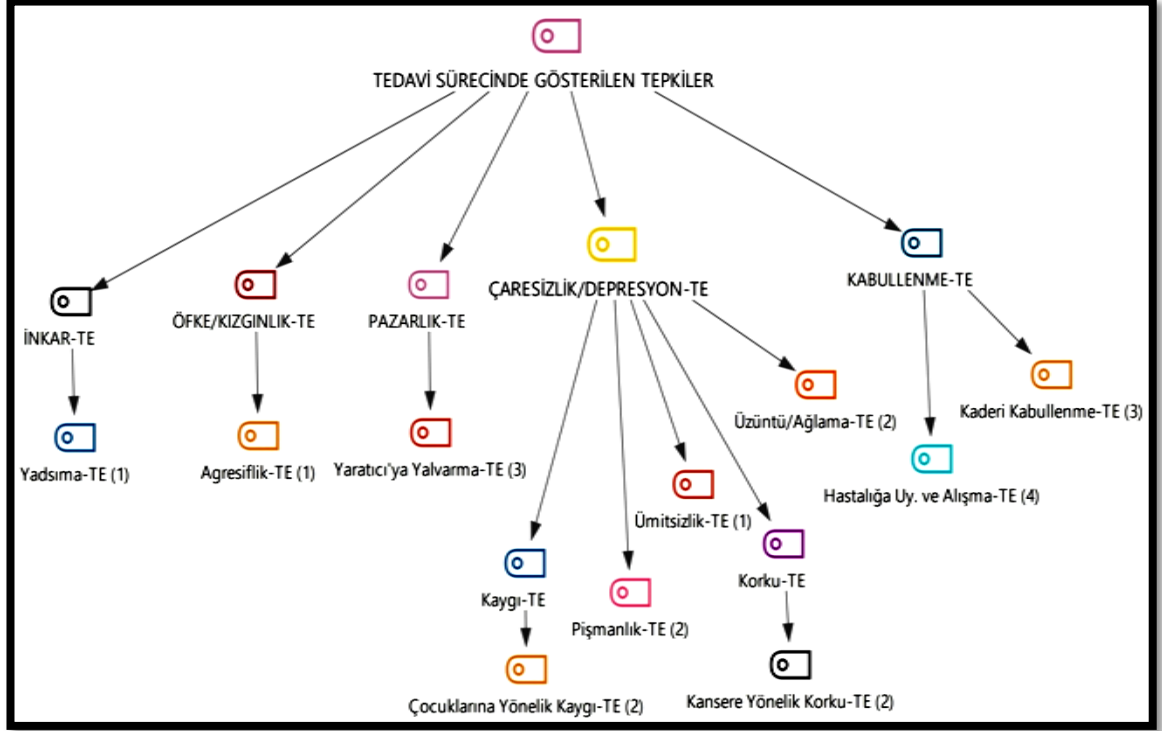
Kabullenme-TA: "Tanıya karşı gösterilen tepkiler" alt temasının son kategorisi "kabullenme" olarak belirlenmiştir. Ancak bu kategoriye ait frekansı "1" olan yalnız bir kod ortaya çıkmıştır. Ancak bu durum tanı dönemi için normal karşılanmıştır. Çünkü hastaların kanser tanısıyla yüzleştiklerinde "kabullenme"nin birden gerçekleşmesi genel olarak beklenen bir durum değildir. İlgili kategoriye ait olarak tanımlanan kod "sükûnet" olmuştur. Bu kodun tanımlandığı hasta ile yapılan mülakatta hastanın geçmiş yaşantısında ailesine ilişkin bir kanser tecrübesinin olduğu ve tanı dönemine ait teşhis/tetik sürecinde kansere yönelik bir beklentinin olduğu anlaşılmıştır. Dolayısıyla hastanın tanıya karşı göstermiş olduğu tepkinin derecesinde bu faktörlerin de etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

"Sükûnet" koduna ilişkin olarak açıklamasına yer verilen hastanın, tanıyı sakin bir şekilde karşıladığı görülmektedir:

"Düşünüyorum, ama ben hiç yaşamadım ölüm korkusunu. İlk duyduğumda da çok tepki göstermedim. Benim yeğenimi aradım. Kızım, ben kansermişim, dedim. Hayır, hala, dedi. Evet, kızım, dedim. O şok geçiriyor, ben sakin. Ama ondan sonra da ablamı aradım. Ablam, benimle konuşamadı. Onlar üzüldü, ben teselli verdim." (K-12, 42)

b. Tedavi Sürecinde Gösterilen Tepkiler Alt Temasına İlişkin Bulgular

Şema 2'de "tepkiler" temasının ikinci alt teması olan "tedavi sürecinde gösterilen tepkiler" yer almaktadır.



Şema 2. Tedavi Sürecinde Gösterilen Tepkiler

Bu alt temada da "tanıya karşı gösterilen tepkiler"de olduğu gibi kategoriler, Kübler-Ross'un yas aşama modeline göre sıralanmıştır. İlgili aşamalar sırasıyla inkâr, öfke/kızgınlık, pazarlık, çaresizlik/depresyon ve kabullenme olarak belirlenmiştir. Şema 3'te "tedavi sürecinde gösterilen tepkiler"i, tanı dönemindeki tepkilerden ayırmak için kod ve kategorilerin sağ tarafına, "tedavi" kelimesinin ilk iki harfi olan (-TE) eklenmiştir.

İnkâr-TE: "Tedavi sürecinde gösterilen tepkiler" alt temasının yas aşama modeline göre ilk sırada yer alan kategorisi "inkâr"dır. Araştırmada bu kategori altında frekansı "1" olan yalnızca bir kod tanımlanmıştır. Bu kod ise "yadsıma" olarak adlandırılmıştır.

Kendisini grip olduğu şeklinde ikna ederek kansere ilişkin bir yadsıma yapan hastanın açıklaması şöyledir: "Bitecek, hepsi geride kalacak. Ben kanser değilim sadece grip oldum, diyorum." (K-3, 40)

Öfke/Kızgınlık-TE: Bu kategori altında da frekansı "1" olan tek bir kod ortaya çıkmıştır. "Agresiflik" olarak tanımlanan bu kodda ilgili hasta kanser tanısına bağlı olarak kendisinde gözlediği hırçınlık ve çabuk öfkelenme gibi olumsuz durumları dile getirmiştir:

"Hastalığı öğrendikten sonra biraz daha hırçın oluyor insan. Bende de kaldı biraz öyle bir şey." (K-6, 45)

Pazarlık-TE: "Pazarlık" kategorisi altında frekansı "3" olan "Yaratıcı'ya yalvarma" adı ile tek bir kod belirlenmiştir. Bu kod altında hastaların özellikle çocuklarının mürüvvetlerini görebilmeyi bahane ederek Allah'tan ölümü geciktirip uzun yaşam diledikleri görülmüştür.

Radyoterapi tedavisi gören bir hasta, Allah'tan kendisine çocuklarını mürüvvetini görmek için ömür vermesi için dua ettiğini ifade etmiştir. Aynı zamanda bu dünyanın her türlü sıkıntıya rağmen çok güzel olduğunu dile getirmektedir. Hastanın bu açıklamalarından tedavi döneminde "pazarlık" aşamasını yaşadığı söylenebilir.

"Umudumun en büyük kaynağı inancım. Her türlü dua ediyorum. "Allah'ım", diyorum. Eğer kısa ömür yazdıysan bana, çocuklarımın mürüvvetlerini istiyorum. İstiyorum, yani. Her şeye rağmen diyorum, ne kadar burada eziyet çeksem de hastalık da olsa. Diyorum, bu dünyayı da "Sen" yarattın, burası da güzel...Peygamber Efendimiz (sas), buyurmuş ki "ne olursa olsun, ölümü hiç istemeyin". Annem-babam var, çocuklarım var, ablalarım var, eşim var, insanlar güzel..." (K-1, 36)

Bir başka genç hastanın da benzer duygularla Rabbi'ne yalvardığı görülmektedir:

"Yiyecek ekmeğim varsa senin sayende yiyeceğim. Çocuklarım var, Rabbim. Beni onlara, onları bana bağışla Rabbim, dedim." (K-9, 31)

Çaresizlik/Depresyon-TE: "Çaresizlik/depresyon" kategorisinin, tanı dönemi tepkilerinde olduğu gibi tedavi dönemi tepkileri içinde de toplam kod frekansı ($\Sigma f=9$) ve çeşitliliği bakımından en yüksek kategori olduğu görülmektedir (bkz. Şema 2).

Bu kategori içinde "kaygı", "korku", "pişmanlık", "üzüntü/ağlama" ve "ümitsizlik" kodları tespit edilmiştir. Bu kodlardan "ümitsizlik" ($f=1$) dışında diğer kodların frekansı "2"dir.

"Kaygı" koduna ait "çocuklarına yönelik kaygı" adıyla yeni bir alt kod tanımlanmıştır. Tanı dönemi tepkileri arasında yer alan hastalarda "çocuklarına yönelik kaygı" tepkisinin tedavi döneminde de devam ettiği ortaya çıkmıştır.

Genç bir hasta, çocuklarıyla ilgili kaygısının halen devam ettiğini ancak tanı dönemine göre daha metanetli olduğunu ifade etmektedir:

"Gene çocuklarımı düşünüyorum ama her gün oturup ağlamıyorum. O zamanki gibi ağlamıyorum." (K-1, 36)

Hastalarda tanı döneminde olduğu gibi tedavi döneminde de "korku"nun devam ettiği anlaşılmıştır. "Korku" kodu altında "kansere yönelik korku" adıyla bir alt kod daha oluşturulmuştur.

Bu koda ilişkin olarak bir hasta tanı döneminde yaşadığı korkunun ölüm korkusundan farklı bir korkuya dönüştüğünü belirtmektedir:

"Başlangıçta yaşadığım o korku, geceleri yine var. Uyandım mı yine var...O korku şu an ölüm korkusundan biraz farklı." (K-7, 63)

Kemoterapi tedavisi görmekte olan bu hasta kansere ilişkin korkuyu halen içinde taşıdığını, kanserin adını bile duyduğunda ürperdiğini ifade etmiştir:

"Kanser deyince de insanın tüyleri diken diken oluyor. Kim ister ki bu hastalığı...Baksanıza çoluğu-çocuğu bırakıp hastaneye geliyoruz." (K-9, 31)

"Çaresizlik/depresyon" kategorisi altında yer alan diğer bir kod ise "pişmanlık"tır. Bu kod, hastaların tanı döneminde göstermiş oldukları birtakım tepkilerine yönelik duymuş oldukları üzüntü ve pişmanlıkla ilgilidir. Dolayısıyla "pişmanlık", bu araştırma için tedavi dönemine özel bir kod olarak ortaya çıkmıştır. Aşağıda üzüntü ve pişmanlık duyan bir hastanın ifadeleri verilmiştir.

"Şimdi, iyiyim. Hepsi geride kaldı. Allah'ın izniyle, korkularım geçti. Korkularım yok, artık. Ama o zaman, ilk duyduğumda ağladım, diye de çok üzüldüm. Şimdi, üzülüyorum. Neden ağladım, diyorum." (K-3, 40)

"Üzüntü/ağlama" tepkisi de bu kategoriye dâhil edilen bir kod olmuştur. Bu kodun tanımlandığı hastalarda tedavi sürecinde olmalarına rağmen kanser tanısına ilişkin duygusal tepkilerin devam ettiği görülmektedir. "Üzüntü/ağlama" koduyla ilgili hastaların ifadeleri benzerdir. Tanı belirtileri ve tedaviye yönelik zorluklar ortaya çıktıkça hastalarda endişe ve üzüntü oluşmaktadır.

"Hastalık ortaya çıktığında yine ağlıyorum." (K-1, 36)

"Çok zor bir süreçten geçtik, halâ geçiyoruz. Ağlamayacağım diyorum, yine ağlıyorum." (K-3, 40)

"Çaresizlik/depresyon" kategorisinin en son kodu ise "ümitsizlik"tir. Ancak bu kodun frekansının "1" olması görüşme yapılan hastalarda genel olarak bir "ümit" duygusunun hâkim olduğunun işareti olarak değerlendirilebilir. Bu kodun tanımlandığı hastanın, aile içi problemleri nedeniyle "ümitsizlik" duygusuna kapıldığı belirlenmiştir.

"Ben şimdi şuna inanmıyorum. Bu benim bu ailevi üzüntülerim geçmediği sürece ben iyileşebileceğimi düşünmüyorum." (H-4, 51)

Kabullenme-TE: "Tedavi sürecinde gösterilen tepkiler" alt temasının son kategorisi ise "kabullenme"dir. Kübler-Ross yas aşama modeline göre tepkilerin son aşamasıdır. "Kabullenme" kategorisi, tedavi dönemi tepkileri içinde "çaresizlik/depresyon"dan sonra frekans ağırlığı bakımından ikinci sırada yer almıştır. Bu kategori altında "hastalığa uyum ve alışma" ile "kaderi kabullenme" kodları tanımlanmıştır.

"Hastalığa uyum ve alışma" koduna ait frekans "4" olarak bulunmuştur. Bu kodun tanımlandığı hastalarda tedavi döneminde birtakım belirsizliklerin ortadan kalkmasıyla hastalığa uyum sağlandığı anlaşılmaktadır. Aşağıda bu konuda ifadelerine yer verilen hastaların her ikisinin de mevcut durumlarını açıklamada "alışma" sözcüğünü kullandıkları görülmektedir.

"Şu an alıştım. Tabii ki bir an önce kurtulmak istiyorum. Ama yıllar geçtikçe insan mutlaka alışıyor, mecburen. Alışmamış olsaydım, şimdi kendimi atardım yollara (gülüyor)." (K-1, 36)

"Kabullendim derken kabulleniyorum. Ama gene de o hastalığın ismini ağzına alamıyordun. Birisine söyleyemiyordun. Ama şimdi nezleymişim gibi gripmişim gibi anlatabiliyorum. O zaman anlatamıyordum. Sorsalar filan diyemiyordum, bende bu hastalık var, ben böyleyim diyemiyordum. Ama şimdi...Artık alıştım yani. Gayet normal geliyor." (K-11, 38)

"Kabullenme" kategorisinde yer alan "kaderi kabullenme" kodunun frekansı ise "3"tür. Bu kodla ilgili olarak bir teslimiyet duygusundan ve ölümün gerçekliği ile yüzleşme durumundan söz edilebilir. Ayrıca bu kodun tanımlandığı hastaların varoluşsal bir sorgulama ve mantık yürütme yapması da dikkat çekmektedir.

Kansere bağılı olarak ölüm korkusu yaşayan ancak tedavi döneminde bu korkusunu yendiğini dile getiren hastanın kabullenme aşamasına geçtiği görülmektedir:

"Ölüme, artık çok takılmıyorum. Allah'ın dediği olur, diyorum. Gözümün önüne insanları alıyorum. Diyorum ki bu insanların hepsi ölecek, bir gün." (K-7, 63)

Bu hastanın ise ölümün kaçınılmaz bir son olduğunu idrak etmesiyle doğal bir kabullenme sürecine girdiği anlaşılmaktadır:

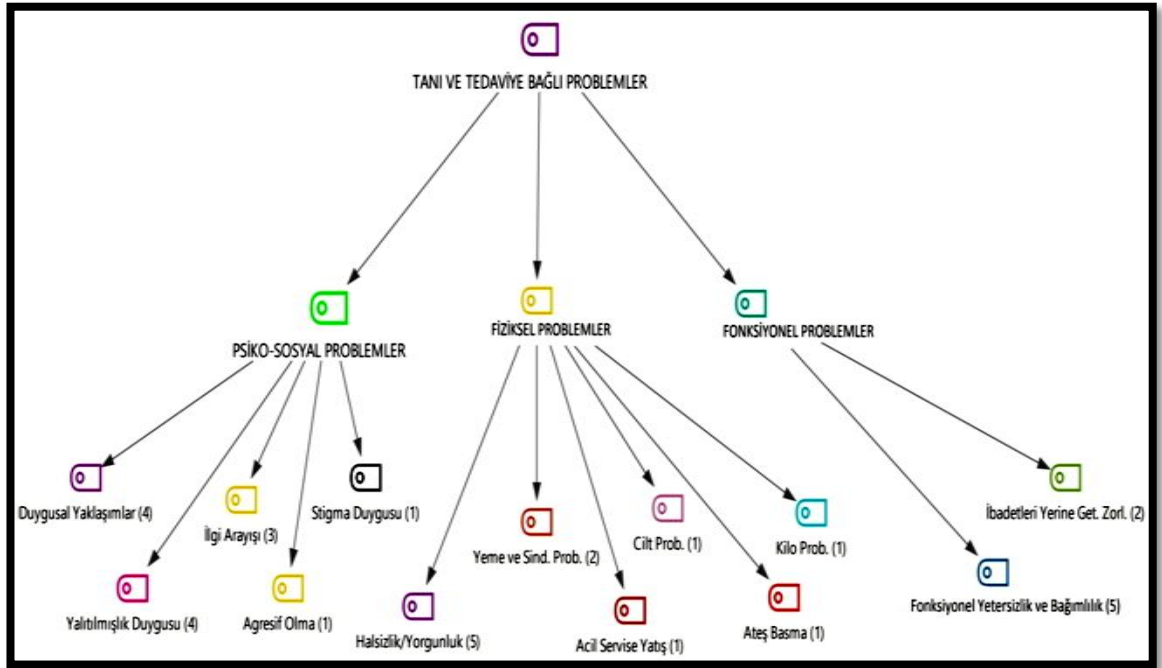
"Yani işte önce bir şaşkınlık, ondan sonra da doğal karşıladım. Yani şöyle...Hayatta, her şey bizim için. Başımıza her şey gelebilir. Vademiz yettiyse zaten bir şekilde gideceğiz. Hani bu hastalık olur, kaza olur, bilmem ne olabilir?...Kapıdan çıkarken başımıza bir şey düşer. Yani bende bu şekilde bir düşünce olduğu için doğal karşıladım." (K-8, 52)

Tanı ve tedavi dönemi tepkileri karşılaştırıldığında ortaya çıkan tablo şöyledir: Tanı dönemi tepkilerinde toplam frekans ağırlığına göre ilk sırada "çaresizlik/depresyon-TA" ($\Sigma f=24$) ve ikinci sırada da "inkâr-TA" ($\Sigma f=7$) kategorisi yer almaktadır (bkz. Şema 2). Tedavi dönemi tepkilerinde ise toplam frekans ağırlığına göre yine ilk sırada "çaresizlik/depresyon-TE" ($\Sigma f=9$) ve ikinci sırada da "kabullenme-TE" ($\Sigma f=7$) kategorisi gelmiştir (bkz. Şema 3). Tanı ve tedavi dönemine ilişkin ilgili şemalar incelendiğinde frekans ağırlığı yüksek olan ilk iki kategori dışındaki diğer tepki kategorilerinin genel olarak frekansı düşük olan tek kodlar içerdiği görülecektir. Diğer taraftan tanı dönemi "çaresizlik/depresyon-TA" kategorisi ile tedavi dönemi "çaresizlik/depresyon-TE" kategorisi arasında da önemli farklar vardır. Tanı döneminde "üzüntü/ağlama-TA" ($f=5$) koduna ilişkin frekans ağırlığının tedavi dönemi "üzüntü/ağlama-TE" ($f=2$) kodunda düştüğü görülmektedir. Tanı dönemi "çaresizlik/depresyon-TA" kategorisine ait "kendini farklı görme-TA", "belirsizlik-TA", "karamsarlık-TA" ve "uzaklaşma-TA" kodlarının tedavi dönemi "çaresizlik/depresyon-TE" kategorisinde tanımlanmamıştır. Farklı olarak bu kategori altında tedavi döneminde "pişmanlık-TE" ve "ümitsizlik-TE" kodları tanımlanmıştır. Tanı dönemi "çaresizlik/depresyon-TA" kategorisinde yer alan "korku" ve "kaygı" tepki kodlarının, frekans ağırlıkları azalmış olarak tedavi döneminde de etkilerini devam ettirdikleri belirlenmiştir (bkz. Şema 1 ve Şema 2).

2.1.1.3. Tanı ve Tedaviye Bağlı Problemler Temasına İlişkin Bulgular

Birinci araştırma sorusu altında "(ii) kanser hastalarının tanı ve tedaviye bağlı olarak yaşamış oldukları problemler nelerdir?" şeklinde yeni bir alt soru oluşturulmuştur. Bu araştırma sorusu; hastalara yöneltilen "**hastalık ve tedavi sürecinde ne gibi problemler yaşadınız?**" şeklindeki mülakat sorusuna verilen yanıtların analizinden elde edilen bulgular çerçevesinde ele alınmıştır.

Öncelikle (ii) nolu altsorusuna ilişkin "tanı ve tedaviye bağlı problemler" adıyla bir tema tanımlanmıştır. Bu tema altında kendileriyle mülakat yapılan hastaların tanı ve tedavi döneminde yaşadıkları problemler ele alınmıştır. Ancak bu problemler, mülakata katılan hastalar ile sınırlıdır. Literatürde meme kanseri hastalarının tanı ve tedaviye ilişkin yaşadıkları problemler daha geniş bir şekilde ele alınmaktadır. Bu araştırmada kanser hastalarının yaşadıkları problemler; nitel araştırmada yer alan örneklem sayısının düşük olması nedeniyle nicelik olarak literatüre göre daha az bulunmuştur.



Şema 3. Tanı ve Tedaviye Bağlı Problemler

Şema 3'de "Tanı ve Tedaviye Bağlı Problemler" temasına ait hiyerarşik kod modeli verilmiştir. Bu modele göre mülakata katılan hastaların yaşadıkları problemler üç kategoride toplanmıştır. Bunlar "psiko-sosyal problemler", "fiziksel problemler" ve "fonksiyonel problemler"dir. Şema 3'de bu kategorilere ait kodlar ve bu kodlara ait frekans sayıları parantez içinde gösterilmiştir. "Psiko-sosyal problemler" kategorisinde

frekansı en yüksek kodların "duygusal yaklaşımlar" ve "yalıtılmışlık duygusu" ve ardından da "ilgi arayışı" olduğu görülmektedir. "Fiziksel problemler" kategorisinde "halsizlik/yorgunluk" kodu ve "fonksiyonel problemler" kategorisinde ise "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" kodu, en yüksek frekansa sahiptir. Yine bu kategoride yer alan diğer bir kod da "ibadetleri yerine getirmede zorlanma"dır.

Psiko-Sosyal Problemler: Bu kategori altında beş kod ortaya çıkmıştır. Bunlar; "duygusal yaklaşımlar", "yalıtılmışlık duygusu", "ilgi arayışı", "agresif olma" ve "stigma duygusu"dur.

"Psiko-sosyal problemler" kategorisinde frekansı en yüksek kodlardan birisi olan "duygusal yaklaşımlar", hastanın yakın ya da uzak çevresinden gelen acıma, üzülmeye, ağlama vb. davranışlar olarak değerlendirilmiştir. Bu tür davranışların hastalar üzerinde olumsuz etkileri olduğu katılımcıların ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Bir hasta tedavi sürecinde annesinin kendisi için üzüntü ve ağlamalarından ne kadar muzdarip olduğunu şu şekilde dile getirmektedir:

"Annem, şimdi geliyor, güya belli etmemeye çalışıyor. İşte canın şunu istiyor mu, bunu istiyor mu, ağrın var mı, sızın var mı? İşte bak komşunun da öyle olmuş vs. diyor. Benim bir de midem rahatsızdı. Bak kızım git, midende bir şey olursa...Bak kadın ölmüş. Güya bana moral veriyor ama...Moral verdiğini zannediyor, hemen çaktırmadan ağlıyor. Oğlum "anneanne bak, ağlayacaksan bir daha gelme buraya", diyor. Yaaa, diyorum, niye ağlıyorsun? İşte ben ayaklarım ağrıyor filan dediğimde hemen başlıyor ağlamaya. Anne diyorum, niye ağlıyorsun? Ağrım var, yapacak bir şey yok. Güya bana moral vermeye çalışıyorlar ama hani daha çok moralimi bozuyorlar." (K-13, 45)

Bir başka hasta ise insanların kendisine acıyarak bakmalarından, kendisini aciz olarak görmelerinden dolayı hissettiği hoşnutsuzluğu şöyle ifade etmektedir:

"İnsanların bana hasta olarak bakmalarından, acımalarından hoşlanmazdım. Çok acizmişim gibi gören insanlar var...Hala da bakıyorlar...Ama ben artık önemsemiyorum. Önceden "Aaa...Kansermiş...Vah vah..." diyen insanlardan etkileniyordum." (K-2, 51)

Genç bir hasta da insanların hastalığına ve hastalık evresine karşı gösterdikleri tepkileri hem sözlü hem de beden diliyle abartarak ifade etmelerinden duyduğu rahatsızlığı anlatmaktadır:

"Bak, mesela kanser, diyorlar hani...Bir de dördüncü evre deyince "uuuu" diyorlar, böyle. En son evre ya...Böyle gözleri açılıyor." (K-9, 31)

"Psiko-sosyal problemler" kategorisinde frekansı yüksek olan diğerk bir kod ise "yalıtılmışlık duygusu"dur. Burada özellikle tedaviye bağlı semptomlar nedeniyle hastaların aile ve sosyal hayatlarına y6nelik "engellenmişlik duygusu"nun baskın olduğu g6zlenmektedir. Bu kodla ilişkili olarak 6zellikle aile ile birlikte sağlıklı vakit ge6irememek, akraba ve arkadaş 6evresinden uzak kalmak, kalabalık ortamlara girememek gibi durumlar sayılabilir. Hastalık 6ncesi yaşantılarına ait alışkanlık ve aktiviteleri devam ettirememek hastalarda kaçınılmaz olarak yalıtılmış olmaya y6nelik olumsuz duygulara yol a6abilemektedir.

Küçük çocukları olan bir hasta yaşamış olduğu "yalıtılmışlık duygusunu" çocukları üzerinden ř6yle anlatmaktadır:

"şey...nasıl anlatsam?...İnsan kendisini tuhaf hissediyor...İşte...Hastasın yaaa...Yani topluma giremiyorsun. Ge6en d6đün oldu gidemedim, d6đün salonunda diye...Enfeksiyon riskin 6ok y6ksek. Mesela nasıl anlatayım, oğlumakızıma sarılırken teredd6tl6 sarılıyorum b6yle, enfeksiyon riskim var diye. Mesela 6nceden onların aldığı kaşıktan, bardaktan i6erdim. Annesin, anne tiksindir mi evladından. Yerdim ama şimdi şu anda yiyemiyorum. 66nk6 onlar küçük diyorum hani her şeyi yiyor. O zaman o d6ř6nce yoktu daha. Alıyordum 6ocuğumu mesela yiyordum. Ama şimdi yiyemiyorum. Ayrı tabağıma koyuyorum. Onları ikna ediyoruz. 6yle...Hayatımın hepsi değişti ki...Yani değişti..." (K-9, 31)

Bir diğerk katılımcı ise aile i6i gezmelerden hastalık nedeniyle mahrumiyetini dile getirmektedir:

"Ge6enlerde bir yere gezmeye gideceklerdi, annemler. Ben de gidecektim. Benim ayaklarım ağrıdığı i6in gidemedim. Bir de otob6sten inince y6r6yeceksin." (K-13, 45)

(K-8), kendi hassasiyetine bağlı olarak arkadaşları ile olan duyarlı ve mesafeli ilişkiye dikkat 6ekmiştir:

"Karşıdaki insan da hasta insana g6re daha hassas olabiliyor. 66nk6 onlar da hassaslaşıyorlar. Yaa...Benim de 6evremde arkadaşlarımdan hassaslaşanlar var. Hani, ay sarılmayalım, mikrop kaparsın, diyorlar." (K-8, 52)

"Psiko-sosyal problemler" kategorisinde yer alan diğerk bir problem de "ilgi arayışı"dır. Bu problem, hastaların kişilik 6zellikleri 6er6evesinde de ele alınabilir. Bazı hastalar, aile ve yakın 6evreden gelen aşırı ilgi ve korumacılıktan rahatsızlık duyarken bazı hastalar da bu s6re6te yakın ilgi ve alakaya ihtiya6 hissedebilmektedir. Bazı hastalar i6in ise bu ikisi arasında dengeli bir yaklaşım olması 6nemlidir.

Bir katılımcı bu süreçte yakın akrabalarından beklentisini tepkisel bir şekilde ifade etmektedir:

"Akrabalarım, teyzemin kızları. Sadece telefon ettiler, geçmiş olsun. Dayanamıyorlarmış beni görmeye. Ne var ki benim halimde dayanamayacağın! Ne var ki? Dayanamıyormuş! İnsan gelmez mi ya? Teyze kızı bir de... Bir telefon açtılar "geçmiş olsun" tamam. Ama ben de onları sildim, şimdi. Kimse sağlığına güvenmesin." (K-3, 40)

Diğer bir katılımcı da benzer şekilde hal ve hatırının sorulmasını arzulamaktadır:

"Mesela büyük elim var, hasta olduğumu biliyor. İnsan, bir arar telefonda. İşte ne yapıyorsun, iyi misin sorar, değil mi? Öyle bir cemiyet olacak da bir şey de olacak da hal hatır soracak. Sorduğunda da" Maşallah, iyiyim, turp gibiyim", diyorum." (K-13, 45)

"Agresif olma" kodu da "psiko-sosyal problemler" kategorisine dahil edilmiştir. Hastaların bir kısmında tedavide kullanılan ilaçlar nedeniyle öfke ve agresif olma durumları ortaya çıkabilmektedir. Bazı hastalarda ise ilaçların dışında tedavi sürecinin kendisi bilfiil bu türden problemleri tetikleyebilmektedir.

Radyoterapi tedavisi almakta olan hasta kemoterapi aldığı dönemde daha sinirli ve agresif olduğunu ifade etmektedir: "O zaman (kemoterapide) daha sinirli, daha agresif oluyorsun, bir şeyi kafan almıyor. Kemoterapi, ışıktan daha kötü." (K-11, 38)

"Psiko-sosyal problemler" kategorisinde yer alan bir başka problem ise "stigma duygusu"dur. bu çalışmada kod frekansı düşük olsa da literatürde kanser hastalarının, genel olarak karşılaştıkları bir problem olarak geçmektedir.

Bir katılımcı "stigma duygusu" çerçevesinde yaşadıklarını şöyle ifade etmektedir:

"Okula gidiyor, kızım benim. Şimdi bıraktık, işte okula. Sabahçı. Bir kaç grup var, okulda böyle. Rahatsızlandım, geçen sene. Artık kendimi iyi hissedince dışarı çıkmak istedim. Canım sıkıldı evde, böyle sanki duvarlar üstüme üstüme geldi. Çocuğumu gidip alayım, dedim. Daha önce merhabalaştığımız bir kaç kişi vardı, baktım geri geri kaçıyorlar benden. Sanki bende böyle bulaşıcı hastalık var gibi. Onlar, benim gücüne gitti. Şimdi onlarla merhabalaşmıyorum." (K-3, 40)

Fiziksel Problemler: Bu kategoride yer alan problemler, hastanın bedensel olarak tanı ve tedaviye bağlı istenmeyen belirti ve bulguları yaşaması ile ilişkilidir. Fiziksel problemler kategorisinde altı alt kod oluşturulmuştur. Bu kodlar;

"halsizlik/yorgunluk", "yeme ve sindirim problemleri", "acil servise yatış", "cilt problemleri", "ateş basma", "kilo problemleri" olarak adlandırılmıştır.

İlgili kodlar arasında frekansı en yüksek olan "halsizlik/yorgunluk"tur. Bu durum özellikle kemoterapi tedavisine bağlı olarak kan değerlerinin düşmesiyle hastaların yaşadığı önemli bir problemdir.

Bir hasta çok çabuk yorulması nedeniyle ev işlerini yapmakta zorluk çektiğinden ve güçsüzlüğünden yakınmaktadır:

"Önceden daha dinçtim, hiç yorulmak bilmezdim. Şimdi bir bulaşık yıkasam oturuyorum. Bir ev süpürsem oturuyorum. Evim üçüncü kat. Üçüncü kata çıkıncaya kadar ömrümden ömür gidiyor. Sanki böyle taş taşımışım. Bir gidiyorum yatıyorum, kendime geliyorum ondan sonra. Çünkü gücüm yetmiyor artık. Herhalde bu hastalık süreci yapıyor. Ben öyle değildim önceden hiç. Yorulmak bilmezdim hiç. Bizim İznik çiftçi. İşe giderdim hiç yorulmak bilmezdim. Bu sene işten geçtim merdiven çıkamıyorum." (K-11, 38)

Bir diğer hasta da yukarıdaki hasta ile benzer şekilde halsizliğinden ve sürekli yatmak istemesinden şikâyet etmektedir:

"Halsizim, yorgunum...Eşim diyor ki 'yaa niye yatıyorsun hep'. Yatmak istiyorum hep. Ne yemek yapmak istiyorum, ne yemek istiyorum, ne silmek, ne süpürmek. Oturmak hiç yok, hep yatmak. Sürekli başımı koymak, hep yatmak geliyor içimden." (K-4, 51)

Radyoterapi tedavisi gören bir başka hasta ise kemoterapi tedavisi aldığı dönemde yaşadığı halsizlik ve yorgunluğa dikkat çekmektedir:

"Kemoterapi ilacını aldıktan iki gün sonra yatırılıyordu bizi. Beş gün, altı gün halsiz bir şekilde yatırılıyordu." (K-12, 42)

Halsizlik/yorgunluk, her ne kadar fizyolojik bir problem olarak görünse de hasta anlatılarına göre psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak da geniş etkilerinin olduğu görülmektedir.

"Fiziksel problemler" kategorisinde frekans ağırlığı yüksek olan diğer bir kod da "yeme ve sindirim problemleri"dir. Bu kodla ilişkili olarak hastalarda, özellikle kemoterapi tedavisinin önemli bir yan etkisi olarak bulantı, kusma, iştah bozuklukları, kabızlık, ishal gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Radyoterapi tedavisi görmekte olan bir hastanın ifadesinden kemoterapi aldığı dönemde yaşadığı problemlerin aynı zamanda rüyalarını da etkilediği anlaşılmaktadır:

"Bu rüyalarımı gördüğüm zamanlarda kemoterapi alıyordum. Bulantı yapıyordu, baş dönmesi. Kötüydim." (K-1, 36)

Bir diğer hastanın ise tedaviye bağlı olarak yaşanabilecek tüm yan etkileri aynı anda yaşadığı görülmektedir:

"Ben ışını, işte kemoterapiyi aldıktan sonra bünyem kabul etmedi. Bunu ertesi gün ishal, kusma, halsizlik...en üstte yoğun bakım ünitesinde ağır hastaların olduğu yerde yattım, iki hafta. Sekiz gün boyunca hiç bir şey yemedim. O serumlardan sürekli kusuyorum. İshalim, halsiz...Hayatımda ben öyle bir şey yaşamadım. Ondan sonra çok şükür yendim, başardım. Annemi hastaneden kovdum. Yemek yedirecek oluyor kadın, bünye almıyor, yiyemiyorum." (K-9, 31)

"Fiziksel problemler" kategorisinde yer alan "acil servise yatış", "cilt problemleri", "ateş basma" ve "kilo problemleri" olarak kodlanan diğer problemlerin de hastalar tarafından bireysel düzeyde tecrübe edildikleri tespit edilmiştir.

Fonksiyonel Problemler: Araştırmada bu kategori altında "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" ile "ibadetleri yerine getirmede zorlanma" kodları ortaya çıkmıştır.

"Fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" kodunda hastaların bireysel ihtiyaçlarını ve günlük aktivitelerini yerine getirmede zorlanmaları nedeniyle bir başkasından yardım ve destek alma durumu söz konusudur. Özellikle tedavi sürecinde hastaların kendi özel ihtiyaçlarını karşılamada, ev işlerinde, hastaneye gidip gelmede vb. durumlarda bir başkasına bağımlı olmanın psikolojik boyutta da olumsuz etkileri olduğu anlaşılmaktadır.

Genç bir hasta hastalığının ilerlemesi nedeniyle fonksiyonel olarak hareketlerinin kısıtlandığını ve bu süreçte eşinin ona destek olduğunu ifade etmektedir:

"Ben banyo yapamıyordum, bir ay tekerlekli sandalyeye mahkum kaldım...Allah razı olsun, eşim bana baktı. Banyomu yaptırdı, çamaşırlarımı o giydirdi. Yani yeri geldi, ben nasıl anlatayım şimdi...Böyle...Ben yatıyorum böyle, felç gibi bir şey indi bana, kemiklerime sızramış ya...Mesela eşim, böyle eliyle tutuyordu beni böyle, yatakta sağıma soluma döndürüyordu. Hiç dönemiyordum." (K-9, 31)

Bir başka hasta için ise sağlıklı olduğu dönemde aile ve yakın çevresine ilişkin aktif yaşantısını sürdürmemek ve ihtiyaçları için yardım almak önemli bir sorun olarak dile getirilmiştir:

"Şu anda benim en çok kafama taktığım şey, hastalığı bir kenara bıraktım. 42 yaşındayım ve şu ana kadar hep kendi ayaklarım üzerinde durdum. Eşimin işini de ben yapmışımdır, çocuklarımın işini de ben yapmışımdır. Ailemde biri hastaneye mi gidecek ilk önce beni ararlar. Benim şu şu şeyim var, ne yapsam ne etsem, şu tahlilim geldi, bakar mısın, hani bunda kötü bir şey var mı, diye? O yüzden şu anda bir başkasına mecbur kalmam beni üzüyor. Gerçekten çok üzüyor. Mesela yengemler geliyor. Süpürgemi yapıyorlar, cam siliyorlar, dolapları siliyorlar her şeyi. Onlar gittikten sonra inanır mısın, sırtımın çatırdadığını hissediyorum. Onlar gitti ya...Bir de ben o kadar sıkıyormuşum ki kendimi, onlar gittikten sonra rahatlıyorum ama sırtımın, kemiklerimin çatırdadığını hissediyorum. Çünkü ben hiç kimseye eyvallah etmedim. Ama şu anda, eyvallah etmek zorundayım. Yapamıyorum, gücüm yetmiyor." (K-12, 42)

"Fonksiyonel problemler" kategorisi altında yer alan diğer bir kod da "ibadetleri yerine getirmede zorlanma"dır. Araştırmanın konusuyla da ilgili olan bu problemin olumsuz psikolojik etkilerine de dikkat çekilebilir. Dini görevlerin ve ibadetlerin yerine getirilememesi, eksik ya da ima ile yerine getirilmesinin hastalarda suçluluk duygusuna yol açtığı gözlenmiştir.

Genç bir hasta tedavi bağlı olarak yapamadığı ve yapmakta zorlandığı ibadetleriyle ilgili duymuş olduğu vicdan azabından söz etmektedir:

"Yapamadığım ibadetlerim var. Bu sene oruç tutamadım, mesela. Çok vicdan azabı duyuyorum. Ama duyma, dediler. Sen hastasın, dediler. Ama için, öyle demiyor. O an kemoterapi aldım, haftalığı o zaman. İyi olursam tutarım, dedim. İyi olmazsam da kefareti veririz, dedim. Mesela şimdi namazımı kılıyorum ama yere eğilip kılamıyorum. Halsizim. Koltuğa otur, bu şekil yat kalk, dediler. İma ile kılıyorum. Bazen yanlış mı yapıyorum acaba, diyorum." (K-11, 38)

"Tanı ve tedaviye bağlı problemler" temasına genel olarak bakıldığında kodlar ve kategoriler arası tetikleyici etkileri olan karşılıklı ilişkiler açısından söz etmek mümkündür. Örneğin, "fiziksel problemler" in "fonksiyonel problemler" e yol açtığı söylenebilir. Benzer şekilde "fiziksel problemler" ve "fonksiyonel problemler" in her ikisinin de "psiko-sosyal problemler" in kaynağı olduğu ifade edilebilir. Diğer taraftan "psiko-sosyal problemler" de hastalarda "fiziksel problemler", "fonksiyonel problemler" in daha şiddetli yaşanmasına neden olabilir.

"Şema 1" incelendiğinde "psiko-sosyal problemler"in toplam kod frekansının diğer kategorilerden daha fazla olduğu görülecektir. Bu durum hastalar tarafından kanserin psikolojik ve sosyal etkilerinin daha fazla hissedildiği şeklinde yorumlanabilir.

2.1.2. Hastalığa Yapılan Atıflar Temasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmanın birinci alt sorusu altında tanımlanan "(iii) kanser hastalarının hastalığa yönelik yapmış oldukları atıflar nelerdir?" şeklindeki soruya yanıt aranmıştır. Bu alt araştırma sorusu, hastalara mülakat sırasında yöneltilen "**bu hastalığa yakalanmanızı neye bağlıyorsunuz?**" sorusuna verilen yanıtlardan elde edilen analiz bulguları çerçevesinde ele alınmıştır. Araştırma sorusu kapsamında "hastalığa yapılan atıflar" başlığıyla bir tema oluşturulmuştur.

Aşağıdaki şemada "hastalığa yapılan atıflar (HYA)" temasına ait kategoriler gösterilmiştir. Bu kategoriler; "bireysel faktörler", "yaşam biçimi" ve "dini atıflar" olarak adlandırılmıştır.

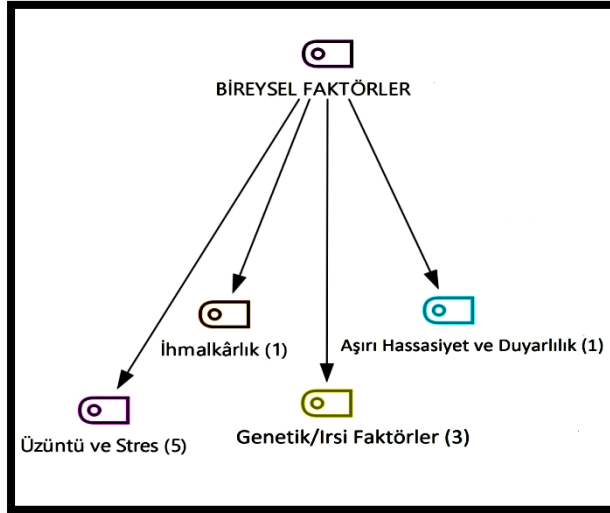


Şema 4. Hastalığa Yapılan Atıflar

Bu üç kategori içinde toplam frekans ağırlığı bakımından ilk sırada "dini atıflar" ($\Sigma f=19$) ve sonra sırasıyla "bireysel faktörler" ($\Sigma f=10$) ile "yaşam biçimi" ($\Sigma f=5$) gelmiştir (bkz. Şema 5-6-7). Aşağıda bu kategorilere ait ayrıntılı inceleme bulguları yer almaktadır.

a. Bireysel Faktörler

Aşağıdaki şemada "hastalığa yapılan atıflar (HYA)" teması altında yer alan "bireysel faktörler" kategorisine ait kodlar gösterilmiştir.



Şema 5. (HYA) Bireysel Faktörler

"Bireysel faktörler" kategorisi, Şema 5'e göre dört koddan oluşmaktadır. Bunlar arasında "üzüntü ve stres" (f=5) ile "genetik/ırsi faktörler" (f=3) kodlarına ait frekans sayılarının diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Frekans sayıları "1" olan diğer iki kod ise "ihmkârlık" ile "aşırı hassasiyet ve duyarlılık" olmuştur.

Hastalığa yapılan bireysel atıflarda "üzüntü ve stres" ilk sırada yer almaktadır. Bu kod altında hastaların genel olarak kanseri, hastalık öncesi dönemde ortaya çıkan birtakım problemlere bağlı olarak yaşadıkları üzüntü ve stres ile ilişkilendirdikleri görülmektedir. Bunlar arasında özellikle aile içi problemler dikkat çekmektedir.

"Hayatta buna etkenler olmadı mı? Çok oldu. Yani yaşadıklarım hiç kolay değildi. Benim ailevi, aile içinde yaşadıklarımı düşünüyorum." (K-4, 51)

"Benim mesela evliliğimde hiçbir sorunum yok ama ben kızımın çok uğraştım, ergenlik döneminde bayağı bir uğraştım. Yani belki de onun üzüntüsündendir." (K-13, 45)

Hastaların ifadeleri arasında kanserin stresle bağlantılı olduğuna ilişkin toplumsal algının da yerleşmiş olduğunu gösteren açıklamalar da vardır:

"Ama stres etkense evet stresli şeyler yaşadım, gerçekten. Ama o dönem sıkıntılarımız da oldu. Maddi-manevi sıkıntılarımız oldu. Yani eğer stres faktörse gerçek. Zaten hayatımın her döneminde stres vardı." (K-8, 52)

"Ben de hastalığın stresten, üzüntüden olduğunu düşünüyorum...Bu hastalık stresten, sıkıntıdan geliyor, diyorlar. Öyle duyuyoruz, öyle diyorlar, öyle kabulleniyoruz...Ben bilmiyorum. Hastalığımın 4-5 ay önce çok üzüldüm. İftira atıldılar bize. Ben o ara, ne yedim ne içtim." (K-11, 38)

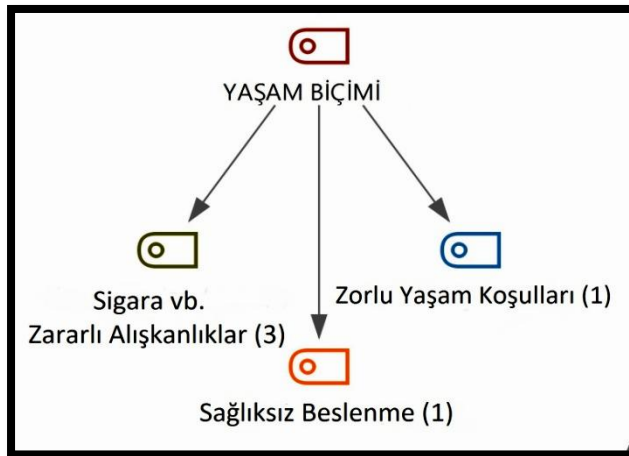
Hastaların bir kısmı da kanser olma nedenlerini ailede ve yakın akrabalarda kanser vakasının görülmesi gibi "irsi/genetik" faktörlerle ilişkilendirmişlerdir.

"Doktora sordum: "Doktor bey, ben neden rahatsızlandım? Ben iki çocuğumu da çok stresli doğum yaptım. İkisini de ödemle yaptım. Ondan mı kaynaklandı acaba vücudumda? O da "yok" dedi. "Bu, anneden gelme". Ben de benim sülalemden yok ki, dedim. Babamda da vardı, o da akciğerdeydi, kaybettik. Babandan değil, annenden dedi. Annemin soyunda varmış." (K-3, 40)

"Babamda vardı. İki ablam ondan öldü. Biri akciğer kanseri, biri mide kanseriydi. Babam da mide kanseriydi. İşte onlardan herhalde bize aksetmiş. Babada olduğundan." (K-5, 61)

b. Yaşam Biçimi

Şema 6'da "hastalığa yapılan atıflar" (HYA) temasına ait "yaşam biçimi" kategorisinin kodları görülmektedir.



Şema 6. (HYA) Yaşam Biçimi

"Yaşam biçimi" kategorisinde "sigara vb. zararlı alışkanlıklar"ın kod frekansının (f=3) diğer kodlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca frekans sayıları "1" olan "sağlıksız beslenme" ve "zorlu yaşam koşulları" da hastaların yapmış oldukları atıflar arasındadır.

"Sigara vb. zararlı alışkanlıklar" kodunun tanımlandığı hastalar, tanı öncesi dönemde sigara kullandıklarını ancak tanı sonrası sigarayı bıraktıklarını belirtmişlerdir:

"O zaman sigara da kullanıyordum. Şimdi bıraktım sigarayı, hastalık çıktıktan beri ağzıma sürmüyorum. Burada bitirdim." (K-11, 38)

"Ben sigara kullanıyordum, sigarayı bıraktım. Çok fazla olmasa da haftada bir paket bitiriyordum. Hem maddi olarak cebime dokunuyordu hem de sağlığıma." (K-12, 42)

Kansere yakalanmasında "sağlıksız beslenme"ye atıf yapan hasta, geçmişte yaşadığı olumsuz düşünce ve söylemin de etkisini vurgulayarak şunları söylemektedir:

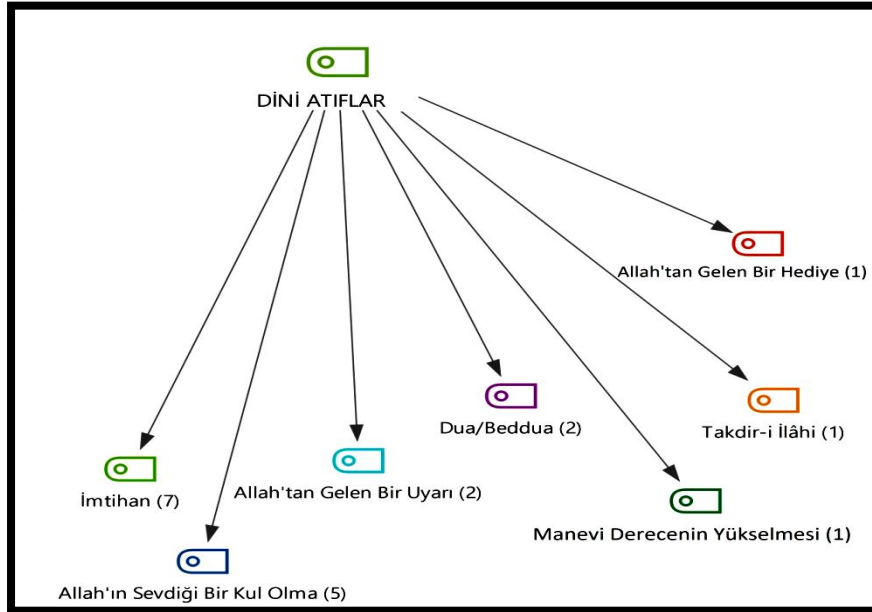
"Bir gün aygazı siliyorum böyle. Patates kızarttım, sabah kahvaltıya. İster istemez sıcıyor. Onları temizliyordum. Bir de diyorlar ya çok yanık yağ kullanmayın. O gün de ikinciye mi kızarttım, üçüncüye mi bilmiyorum. Tembelliğime denk geldi herhalde, aynı yağda kızartmak...Ay, dedim, böyle kendim. Kanser var, diyorlar. Nerde acaba? Böyle, bak içimden geçirdim...Ama aradan iki yıl geçmedi, kansere yakalandım. Dedim ki varmış. Allah, bak bana da verdi." (K-4, 51)

Yaşlı bir hasta ise hastalığını köydeki "zorlu yaşam koşulları"nın etkisine bağlamaktadır:

"Bu hastalık yaşadığım sıkıntılardan da olabilir. Bizim orda yaylaya gidiyorsun, mal (hayvan) sağıyorsun, inek sağıyorsun. Onun işini gücünü yapıyorsun. Ondan da olabilir, dedim işte. Sıkıntılarım pek yok, kızım. Köyde işimiz çok bizim. O yüzden de olabilir. Tezek alıyorsun, bahçe yapıyorsun, bağ yapıyorsun. İnek gütmeye gidiyorsun yani otlatmaya." (K-5, 61)

c. Dini Atıflar

"Hastalığa yapılan atıflar" temasının en büyük kategorisi olan "dini atıflar" Şema 7'de görselleştirilmiştir.



Şema 7. (HYA) Dini Atıflar

Yukarıdaki şemada "dini atıflar" kategorisine ait yedi farklı kodun tanımlanmış olduğu görülmektedir. Şema 7'ye göre frekans ağırlığı bakımından ilk sıralarda "imtihan" (f=7), "Allah'ın sevdiği bir kul olma" (f=5) , "Allah'tan gelen bir uyarı" (f=2) ve "dua/beddua" (f=2) kodları yer almaktadır. Frekans sayıları (f=1) düşük olan diğer üç kod da "manevi derecenin yükselmesi", "takdir-i ilahi" ve "Allah'tan gelen bir hediye" olmuştur.

"İmtihan" koduna ilişkin aşağıda bazı hastaların ifadelerine yer verilmiştir. Bu ifadelerde kansere yapılan atıflar, doğrudan ya "sınav" ya da "imtihan" kavramıyla ilişkilendirilmiştir:

"Ama bir sınav bu ve ben sınavdan geçiyorum." (K-1,36)

"Hasta olunca birincisi imtihandayız, dedim. İmtihan dünyasındayız. Herkes imtihan dünyasında, sadece biz değil yani." (K-3, 40)

"Artık geçecek diyorum. Gelip geçecek diyorum. Yani nasıl anlatayım yaa... Kendime, bu senin sınavın, diyorum. Ama geç ama erken ama uzun..." (K-9, 31)

"Kimisi öfkeli oluyor, sinirli oluyor, niye ben rahatsızlandım diye söyleniyor. Diyor ki (Allah korusun) Bana geleceğine başkasına gelse olmaz mıydı, diyorlar. Niye bana geldi? Öyle bir şey yok. Rabbim, sevdiği kula verirmiş. Sınav...O onunla savaşabilecek mi, nasıl olacak ... Onu öyle düşünmüyor herkes. Biz böyleyiz. Bundan sonraki hayatımıza da böyle devam edeceğiz, Allah'ın yardımıyla..." (K-10, 65)

"İmtihana geldik bu dünyaya. İmtihani kazanırsak ne ala, kazanamazsak vay halimize." (K-11, 38)

Katılımcıların bir kısmı da kansere yakalanmalarını "Allah'ın sevdiği bir kul olma"ya atfetmişlerdir. Hastalar sahip oldukları İslam inancı çerçevesinde, Allah'ın dert ve sıkıntıları sevdiği kullarına verdiği inandırmaktadırlar. Hastaların bir kısmının "imtihan" ve "Allah'ın sevdiği kul olma" olgusunu bir arada değerlendirdikleri görülmüştür:

"Bazen de demek ki Cenab-ı Hakk'ın sevdiği kuluymuşum ki bununla imtihan ediyor, bununla sınıyor, diyorum. Bundan önce de benim oğlum var, 10 yaşında, o rahatsızlandı. Kalbi delikti, damarı dardı. Bu zamana kadar onunla uğraştık. Şimdi o bitti, ben başladım. Demek ki Cenab-ı Allah'ın sevdiği kuluyum ki bir şeylerle sınıyor yani. Başına bir şey gelmiyorsa, bir sıkıntın, derdin yoksa Cenab-ı Allah, beni sinamıyor diye üzülecekmisin daha. Böyle anlatıyor hocalar, bilmiyorum." (K-11, 38)

"Ben Allah'ı seviyorsam O da beni seviyordur. Çok seviyorum Allah'ımı, şükürler olsun. Kime neyi vereceğini Allah-u Teala bilir." (K-1, 36)

"Babam akciğer kanseriydi. Bir sene çok güzel yaşadı. 3-4 ay çok sıkıntılı yaşadı. Babamın arkasında çok koştum, ben. Bir de çalışıyordum. Gecemi gündüz ettim. Hiç böyle yorulmadım, demedim. Allah'ıma benim için çok dua etti. Herhalde dedim, onun yüzü suyu hürmetine Rabbim beni mükafatlandırıyor. Allah-u Teala, sevdiği kullarına derdi verirmiş." (K-3, 40)

Hastalığı "Allah'ın sevdiği bir kul olma"ya bağlayan bazı katılımcı hastalar "imtihan, ceza ve sevilen kul olma" arasında bir ayrım yapmaktadırlar:

"Vallahi yaşadıklarımı ceza olarak görmüyorum. Allah'la ilgili yani Allah beni cezalandırdı, yani öyle görmüyorum. Allah, sevdiği kuluna dert verirmiş zaten. Öyle düşünüyorum." (K-4, 51)

"Hastalık için Rabbim'den gelen bir şeydir dedim. Allah, bunu bana sınav olarak mı verdi, öyle gelmedi aklıma ama Allah, sevdiği kula verirmiş. Allah, onunla savaşmayı nasip etsin." (K-10, 65)

"Dini atıflar" kategorisinde hastalığa yapılan atıflardan birisi de "Allah'tan gelen bir uyarı" kodu olmuştur. Bu kodun tanımlandığı hastalarda kanser, hastaların kendilerine gelmeleri ve akıllarını başlarına toplamaları için Allah'ın bir uyarısı olarak nitelendirilmiştir.

"Benim için bu hastalık, hakkımda çok hayırlı imiş. Yani böyle şeyler düşünmeyecektim. Daha farklı düşünecektim. Eve şunu alayım, şurayı tamir ettireyim...Öyle şeylerin peşinde koşacaktım. Allah, benim aklımı başıma getirdi." (K-2, 51)

Buradaki hasta, kanseri "Allah'tan gelen bir uyarı" olarak değerlendirirken aynı zamanda "ceza", "sevgi" ve "şefkat" kavramlarını da kullanarak uyarının farklı şekillerde olabileceğine dikkat çekmektedir:

"Ama tabii ki Allah'ın biz kuluyuz. Cezamız da olacak, sevgisi de olacak, şefkati de olacak, hepsi olacak yani. Allah'ın bir uyarısı olduğuna eminim." (K-4, 51)

"Dini atıflar" kategorisinde yer alan diğer bir kod da "dua/beddua" olmuştur. Bu kodun tanımlandığı bir hastada kendisine ettiği dua ya da ya da olumsuz temennilerin kansere neden olduğu düşüncesi vardır:

"Eşimin böyle kötü davranması beni çok üzdü. O zaman: Allah'ım, dedim. Ellerimi açtım. Ondan sonra, bana bir dert ver de bu, beni aransın. Dedim, bak.

Ama saatine denk geldi. Duaların kabul olduğu saatler var ya ona denk geldi."
(K-4, 51)

Hastaların "dini atıflar" içinde yapmış olduğu bir başka atıf ise "manevi derecenin yükselmesi"dir. Bu koda ilişkin olarak bir hasta yaşadığı sıkıntıları, Allah'ın kendisini Cennet'e koyma isteğine bağlamaktadır.

"Şey düşünüyorum...Belki de Rabbim, Cennetinden yer açmak için bana bunları veriyor. Ben öyle düşünüyorum. Ama ceza olarak görmüyorum." (K-12, 42)

"Dini atıflar" içinde tanımlanan bir başka kod ise frekansı "1" olan "takdir-i İlâhi" olmuştur. Bu kodun tanımlandığı hasta sağlıklı beslenme ve yaşamaya dikkat ettiği halde bu hastalığın ortaya çıkmasını "takdir-i İlâhi"olarak değerlendirmiştir.

"Ben de her şeye dikkat eden bir insanım, sağlık açısından, yemek konusunda. Hani böyle hazır gıdalarla beslenmem..Hani çocukları uyarırım. Eşimi uyarırım. Ben kendim kesinlikle kullanmamaya dikkat ederim. Anlıyor musun? Bu kadar dikkat ettiğim halde. Yani evet...Takdir-i İlâhi diyorum. Doktor da bana, sen o kadar dikkat ederken sende de oluyorsa, dedi...Takdir, herhalde, ne diyeyim."
(K-8, 52)

"Allah'tan gelen bir hediye" kodu yalnızca bir katılımcıda tanımlanmıştır. Bu genç hasta, kanserin kendisi için "Allah'tan gelen bir hediye" ve hayır olduğunu ifade etmiştir. Hastalığın kendisini terbiye etme ve düzeltme fırsatı sunduğunu ifade etmektedir:

"İnternette bir çocuğun şöyle dediğini duydum: "Benim için bu hastalık, Allah'tan gelen bir hediyedir, diyor. Bana vermiştir ki benim gücümü arttırdı, kendimi terbiye edebildim". Aynı zamanda insan, terbiye oluyor. Allah-u Teala, her zaman kullarıyla. Yeter ki biz, O'na yönelelim. O her zaman bizimle." (K-1, 36)

Hastalığa Yapılan Atıflar Temasına İlişkin Kelime Bulutu

Aşağıdaki şekilde "hastalığa yapılan atıflar" teması altında yer alan katılımcı ifadelerinden oluşturulan kelime bulutu görülmektedir. Kelime bulutu uygulamasında büyük-küçük harf duyarlılığı tercih edildiği için "Benim", "benim" veya "Ben", "ben" gibi bazı kelimelerin şekil içinde tekrarlandığı görülmektedir.



Şekil 4. Hastalığa Yapılan Atıflar Teması Kelime Bulutu

Şekil 4'de yer alan kelime bulutuna göre frekans sayısı en yüksek olan kelime "bir"dir. Sonraki ikinci kelime ise "Allah" lafzıdır. Kelime bulutunda yer alan zarf, zamir, sıfat ve ekler çıkarıldığında yukarıdaki ilk iki kelimedenden sonra frekansı yüksek olan diğer üç kelimenin "dikkat", "hastalık" ve "insanım" olduğu ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan hastaların "ben", "benim", "beni", "dedim", "diyorum", "düşünüyorum", "görmüyorum" gibi birinci tekil şahsı içeren ifade ve zamirleri sıklıkla kullandıkları belirlenmiştir. Kelime bulutuna göre hastalığa yapılan atıflarda "Allah" lafzının ve ayrıca "Rabbim", "imtihan", "takdir", "ceza" vb. kelimelerin frekanslarının yüksek olması hastaların dini atıflara sıklıkla başvurduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Bir diğer önemli nokta da birinci tekil şahıs zamirlerinin kullanımıyla ilgilidir. Bu durum katılımcıların, kansere yakalanmalarında kendilerinden kaynaklanan bireysel faktörleri de sorumlu tuttıkları anlamında okunabilir. Nitekim "hastalığa yapılan atıflar"a ait kategoriler incelendiğinde (bkz. Şema 5-6-7) frekans ağırlığı en yüksek ilk iki kategorinin "dini atıflar" ve "bireysel faktörler" olduğu görülecektir.

2.1.3. Travma Sonrası Gelişim Temasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın birinci alt sorusu kapsamında oluşturulan (iv) nolu alt soru, "kansere hastalarının tanı sonrası kendilerine ve dışarıya yönelik yaşamış oldukları

değişimler nelerdir?" şeklinde ifade edilmiştir. Bu alt araştırma sorusu, mülakatlar sırasında hastalara yöneltilen "**bu hastalıkla birlikte kendinize, çevrenize ve hayata dair ne gibi değişimler hissettiniz?**" soruyla ilişkili kılınmıştır. Bu soruya verilen yanıtlar analiz edilmiştir. Analiz bulgularından yola çıkarak ilgili alt araştırma sorusuna yönelik "travma sonrası gelişim" adıyla bir tema oluşturulmuştur. Bu bölümde ilgili tema kapsamında (iv) alt sorusuna ilişkin bulgu ve yorumlara yer verilmiştir.

"Travma sonrası gelişim" temasının oluşturulmasında Tedeschi ve Calhoun'un⁶³⁹ modeli esas alınmıştır. İlgili çalışmada yazarlar tarafından travma sonrası gelişim için beş alt boyut içeren bir ölçme aracı geliştirilmiştir. Bunlar "diğerleriyle ilişkiler", "yeni fırsatlar", "kişisel güçlenme", "manevi gelişim" ve "hayatın değerini anlamak"tır. Bu araştırmada ise "travma sonrası gelişim" temasına ait kategori ve kodların oluşturulmasında Tedeschi ve Calhoun'un⁶⁴⁰ ilgili modeli ve yerli literatür⁶⁴¹ gözetilmiştir. Buna göre bu çalışmada hastaların "kendilik algısında gelişim", "kişiler arası ilişkilerde yaşanan gelişim", "hayatın değerini anlama" ve "manevi gelişim" olmak üzere dört temel alanda değişim yaşadıkları belirlenmiştir. Her bir alan bir kategori olarak belirlenmiştir (bkz. Şema 8).



Şema 8. Travma Sonrası Gelişim

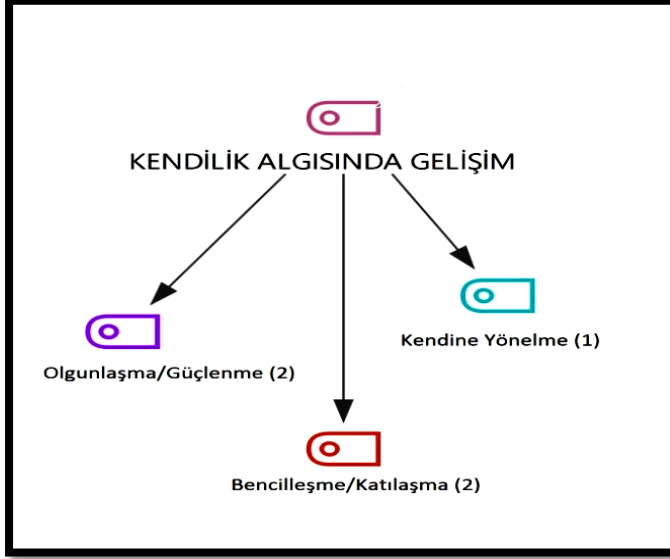
⁶³⁹ Richard Tedeschi, Lawrence G. Calhoun, "The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma", *Journal of Traumatic Stress*, C. 9, S. 3 (1996), ss. 455-71.

⁶⁴⁰ a.yer.

⁶⁴¹ Zeynep Büşra Coşar, *Cerrahi Operasyon Geçirmiş Meme Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Gelişimi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015, ss. 14-15; Figen Şengün İnan, Besti Üstün, "Meme Kanseri ve Travma Sonrası Gelişim", *Journal Breast Health*, C. 10 (2014), ss. 75-78, doi:10.5152/tjbh.2014.1778.

a. Kendilik Algısında Gelişim

Şema 9, "travma sonrası gelişim" temasına ait "kendilik algısında gelişim" kategorisini göstermektedir. Bu kategori altında üç kod tanımlanmıştır. Bunlar; "olgunlaşma/güçlenme", "bencilleşme/katılma" ve "kendine yönelme"dir.



Şema 9. (TSG) Kendilik Algısında Gelişim

"Olgunlaşma ve güçlenme" (f=2) kodu, "kendilik algısında gelişim" kategorisinin belirgin kodlarından birisidir. Bu koda ilişkin olarak hastalar, yaşamış oldukları sürecin kendilerini olgunlaştırdığını ve güçlendirdiğini belirtmişlerdir.

"Şuna çok inanıyorum, acıların, insanı güçlendirdiğine. Yanlış bir şey mi söylüyorum. Ki benim öyle oldu. Bu saatten sonra hiçbir şeyi kafaya takmamaya çalışıyorum. O sorunların da beni güçlendirdiğine inanıyorum." (K-4, 51)

"Bencilleşme/katılma" (f=2) kodunun tanımlandığı katılımcılarda hastalık sürecinde insanlardan kısmen bir uzaklaşma olduğu ve hastalarda duygusal anlamda beklentilere karşılık bulamamanın getirdiği bir bencilleşme dikkat çekmektedir:

"Ben, birazcık..Nasıl diyeyim şey...Sanki biraz gaddarlaşım. Daha yumuşak insanımdır aslında. Kendime, aileme, eşime ve çocuklarıma karşı da şu anda öyleyim. Çok fazla ödün vermişim. O yüzden, insanın yüzüne baktığımda o kişinin bana karşı düşüncesini okuyabiliyorum yüzünden. İnsanın bana yaklaşma tarzını anlayabiliyorum. Sadece bu katı olmak beni birazcık yoruyor. Daha çok katılaştım." (K-12, 42)

"Kendine yönelme" (f=1) kodu, "bencilleşme/katlaşma"nın devamı niteliğindedir. Bu kodun tanımlandığı hasta, insanların vefasızlığına da atıf yaparak kendisini ihmal etmiş olmanın acısını dile getirmektedir:

"Ben, insanlardan biraz uzaklaştım. Ben çok yardımseverim. Yani bana, o onu yapmış, bu bunu yapmış, ben umursamam. Elimden geldi mi çok çok kat kat fazlasını yaparım. Yani kendimden çok ödün vermişimdir, insanlara. Ama hastalandıktan sonra ödün verdiğim insanları, yardım ettiğim insanları, her zaman yanında olduğum insanları farklı yerlerde görünce "haa" dedim, demek ki ilk önce kendinsin. Sen iyi olacaksın, sen kendine bakacaksın, başkasını bırak." (K-12, 42)

Aşağıdaki şekilde "kendilik algısında gelişim" kategorisine ait kelime bulutu verilmiştir.

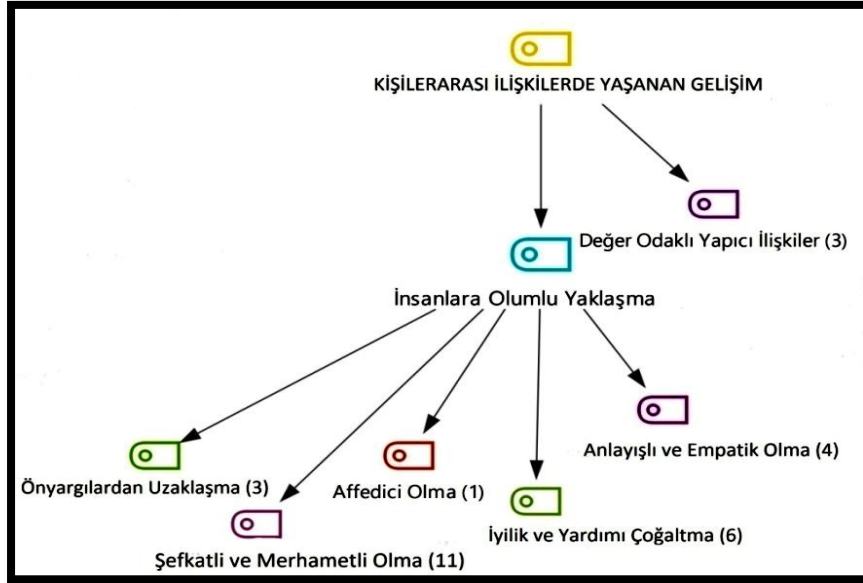


Şekil 5. (TSG) Kendilik Algısında Gelişim Kategorisi Kelime Bulutu

Şekil 5'de yer alan kelime bulutuna göre frekansı en yüksek kelimelerin "çok", "ben", "bana", "ödü", "insanları", "güçlendirdiğine", "kendim" vb. olduğu görülmektedir. Bu kelimelerin "kendilik algısında gelişim" kategorisinde tanımlanan "bencilleşme/katlaşma", "olgunlaşma/güçlenme" ve "kendine yönelme" kodlarıyla da yakından ilişkili olduğu söylenebilir.

b. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Gelişim

Aşağıdaki şemada "travma sonrası gelişim (TSG)" temasının "kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim" kategorisine ait kodlar verilmiştir.



Şema 10. (TSG) Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Gelişim

Şema 10'da "kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim" kategorisinde iki temel kodun tanımlanmış olduğu görülmektedir. Bu kodlar, "insanlara olumlu yaklaşma" ($\Sigma f=25$) ve "değer odaklı yapıcı ilişkiler" ($\Sigma f=3$) olarak adlandırılmıştır.

"İnsanlara olumlu yaklaşma" kodu yeniden beş alt koda ayrılmıştır: "Şefkatli ve merhametli olma", "iyilik ve yardımı çoğaltma", "anlayışlı ve empatik olma", "önyargılardan uzaklaşma" ve "affedici olma". Şekil 10'a bakıldığında bu alt kodlar içinde frekans sayısı bakımından ilk iki sırada, "şefkatli ve merhametli olma" ile "iyilik ve yardımı çoğaltma" alt kodlarının yer aldığı görülecektir.

"Şefkatli ve merhametli olma", diğer alt kodlar içinde en büyük ağırlığa sahip olan alt kod olmuştur ($f=11$). Bu kod altında katılımcılar hastalık sürecinde özellikle yakın çevrelerine ve diğer insanlara karşı duymuş oldukları sevgi, şefkat ve merhamet gibi duyguların yoğunluğunu ifade etmişlerdir:

"Ben zaten insanları hep seven biriydim. Konu-komşuyu, çocukları. İnsanlara karşı daha merhametli olduğumu hissediyorum." (K-4, 51)

"Hayata ve insanlara dair bakış açımda çok değişiklik olmadı. Biraz oldu yani biraz olmuştur. Sevdiklerime, aileme daha çok değer vermeye başladım. İncitmemeye çalışıyor insan, ölümlü dünyada." (K-6, 65)

"Annem gidince bizde kardeşlerin arasında bayağı gerginlik oldu. Mal-mülk davaları... Şimdi mesela bir oğlan kardeşim var. İşte barıştık, bir sene oldu. O şimdi beni her gün arar. "Abla nasılsın?" dedi mi, hiç bir şey içimde kalmaz,

hepsi gitti. O, "abla" desin, sanki annemin sesini duyuyorum. Bu hastalıktan sonra kin tutamıyorum." (K-7, 63)

"Şefkatli oluyorsun, dışarıya karşı. Kırmamaya çalışıyorsun insanları. Karşı taraftaki insanlar nasıl bana ilgi gösteriyor, ben de aynı şekilde onlara ilgi ve özen gösteriyorum." (K-10, 65)

"Hayata daha pozitif bakıyorum. Daha çok millete, çevreme karşı iyi olmak, duyarlı olmak istiyorum. Önceden de iyiydim, duyarlıydım ama şimdi daha farklı oldum. Daha farklı oluyorsun çevrene karşı, çoluk-çocuğa karşı, büyüğe karşı...Daha çok içinden geliyor sanki yardımsever olmak. Merhamet duygusu artıyor insanın. Ne bileyim...Birisinin bir ihtiyacı varsa herkesten önce ben kalkmak istiyorum, ben yapmak istiyorum, ben yardımcı olmak istiyorum." (K-11, 38)

"Her şey şurada (kalbini göstererek). Burada ne yapıyorsan hayatında da onu götürüyorsun. Ben yaşamayı seviyorum, hayatı seviyorum. İnsanlardan her ne kadar uzaklaşıyorum desem de insanları da seviyorum kör olmayasıcılar." (K-12, 42)

"İyilik ve yardımı çoğaltma" (f=6) alt kodunda hastaların iyilik ve yardım davranışlarına vurgu yaptığı belirlenmiştir. Burada yardım, maddi olduğu kadar diğer hastalara öneri ve tavsiye mahiyetinde de olmuştur:

"Hep böyle 50 liram olsun cebimde, 20 lirasını, 25 lirasını ihtiyaç sahiplerine veriyorum. O kadar da fazla tutarda yardım edemiyorum." (K-2, 51)

Hastalar, tedaviye yönelik faydalı olduğuna inandıkları ya da istifade ettikleri bir uygulama olduğunda birbirlerine tavsiye etmektedirler. Yine tedavi sürecinde hastalar arasında dayanışma ve yardımlaşmanın da arttığı görülmektedir:

"Yardım etmiyorum mu, hala da yardım ediyorum. Bu bacımla (yanındaki arkadaşını gösteriyor) mesela, sürekli konuşuruz, ederiz. Sonra "G.Ç." diye bir WhatsApp grubumuz var, oradaki arkadaşlar bir şey yaptığı zaman onlara özelden de yazarım. Oradan da yazarım. Bak bunu yaparsan böyle daha iyi olur, derim." (K-12, 42)

"Burada da her gördüğüm hastaya söylüyorum. Bunu yapın, için bak diye. Bir tane hastayla tanıştım ben. O da akciğer kanseri, kadın. Ben yürüyemiyordum, tuvalete gidemiyordum. Beni zorla götürüyorlardı, diyor. Onu yapmaya (karışım) başlamış. On günde kendi kendimi topladım ve ihtiyacımı kendim görmeye başladım, diyor. Elma, havuç, pancar...Havuç, siyah olan olursa daha iyi olur...Bu üçünü katı meyve sıkacağında sıkıp bir bardak suyunu içiyorsun." (K-13, 45)

Hastaların değişim yaşadıkları bir alan da "anlayışlı ve empatik olma" (f=4) durumudur. Katılımcıların bir kısmı, hastalık sürecinde yaşamış oldukları problemler

nedeniyle farklı türden problemleri olsa da insanlara karşı daha anlayışlı olduklarını dile getirmiştir:

"Herkesi anlamaya çalışıyorum. Herkesin bir problemi var diye, bir sıkıntısı var diye, öyle düşünüyorsun artık." (K-1, 36)

"Bana şimdi % 80 engelli raporu verdiler. Bundan sonra diyorum, her engelliği gördüğümde yer vereceğim. Gerçi hep yer veriyordum. Daha saygılı olacağım, onlara daha iyi davranacağım. Çocuklarımı da öyle yetiştireceğim diyorum." (K-9, 31)

"Önyargılardan uzaklaşma" (f=3) alt kodu da hastaların kendileri için tanımlamış oldukları değişim alanlarından birisi olmuştur:

"İnsanlara bakış açım değişti. Önyargılı olmamaya çalışıyorum." (K-1, 36)

"Öyle hemen yargılamaya kalkmıyorum. Zaten yargılamak bize düşmez. Yargılamak Allah'ın işi." (K-1, 36)

"Affedici olma" (f=1) alt kodunun tanımlandığı hasta, kendisini üzenleri affettiğini böylece ölüm korkusunu da yendiğini belirtmektedir:

"Üzenler çok oldu, çok üzdüler ama affettim, ben. Çok affettim. Böyle yaptığım için de ölümden korkmuyorum artık. Eskisi gibi değilim." (K-7, 63)

"Değer odaklı yapıcı ilişkiler" ($\Sigma f=3$) kodunun tanımlandığı hastalar, aile içi ve eşler arası ilişkilerde olumlu yönde gelişim ve değişim yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Burada hasta ve diğerleri arasında olan yapıcı ilişki çabasının karşılıklı olduğu dikkat çekmektedir:

"Ama şunu çok iyi anladım, eşimin değerini özellikle. Anne-baba ile eşimin değerini çok iyi anladım...Eşim gibisi yokmuş. Çünkü benim her halimi o çektii, üç ay boyunca. Halen daha çekiyor. Sinirliliğimi, asabiliğimi, ne bileyim ben banyo yapamıyordum, bir ay tekerlekli sandalyeye mahkum kaldım...Allah razı olsun, eşim bana baktı. Banyomu yaptırdı, çamaşırlarımı o giydirdi. Yani yeri geldi, ben nasıl anlatayım şimdi...Böyle...Ben yatıyorum böyle, felç gibi bir şey indi bana, kemiklerime sıçramış ya...Mesela eşim, böyle eliyle tutuyordu beni böyle, yatakta sağıma, soluma döndürüyordu. Hiç dönemiyordum. Şimdi onun değerini çok iyi anladım. Allah razı olsun." (K-9, 31)

"Ailem olsun, çevrem olsun kırmayayım, üzmeyleyim diye çabalıyorum. Yarın, öbür gün bir şey olursa Allah korusun, arkamdan kötü bir şey demesinler. İyilikle ansınlar seni diye aklıma geliyor." (K-10, 65)

Kanserle birlikte hastalarda meydana gelen önemli değişimler arasında; insanlara karşı anlayış, hoşgörü, affedicilik, empati, sevgi ve merhamet gibi olumlu

duygularda artış olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda bu değişimlerin duygu düzeyinde kalmayıp "değer odaklı yapıcı ilişkiler" şeklinde davranışa da dönüşmüş olduğu görülmektedir. Ayrıca hastalarda her türlü olumsuzluğa rağmen insanlarla ilişkiyi sürdürme gayretinin olması ve bu çabanın kendilerinden olduğu kadar çevrelerinden de kaynaklanması önemlidir.

Şekil 6'da "kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim" kategorisine ait kelime bulutu yer almaktadır.

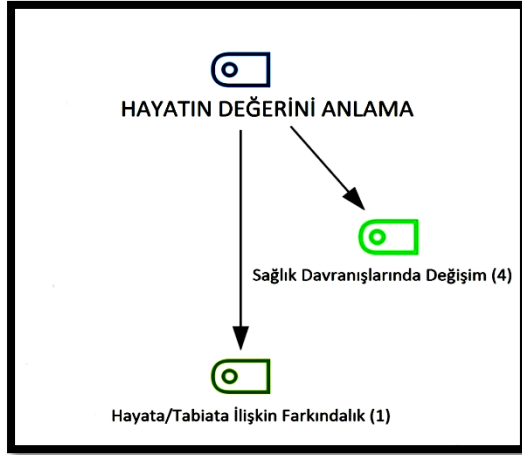


Şekil 6. (TSG) Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Gelişim Kategorisi Kelime Bulutu

Yukarıda yer alan kelime bulutunda ek, zarf, edat vb. kelimeler çıkarıldığında frekansı en yüksek olan kelimelerin "bir", "ben", "iyi", "Allah", "insanlara", "istiyorum", "seviyorum", "olmak", "oldu", "çalışıyorum", "anladım", "yardım", "değerini" olduğu görülmektedir. Bu kelimeler, "kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim" kategorisinde tanımlanan "değer odaklı yapıcı ilişkiler" ve "insanlara olumlu yaklaşma" kodlarıyla da uyumluluk göstermektedir.

c. Hayatın Değerini Anlama

Şema 11'de "travma sonrası gelişim" temasına ait "hayatın değerini anlama" kategorisi görselleştirilmiştir.



Şema 11. (TSG) Hayatın Değerini Anlama

"Hayatın değerini anlama" kategorisinde katılımcılarda kanser tanısı sonrası hayata ilişkin bir farkındalık hissi ya da daha iyi ve sağlıklı bir hayat için davranış değişikliği olup olmadığı incelenmiştir. Bu kategoride iki farklı kod tanımlanmıştır. Bunlar "sağlık davranışlarında değişim" ve "hayata/tabiiata ilişkin farkındalık"tır.

Şema 11'de "sağlık davranışlarında değişim" (f=4) kodunun diğer koda göre frekansının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu kodun tanımlandığı hastalarda, kanserle birlikte yaşamın değerinin anlaşılacak daha uzun ve sağlıklı yaşam için sigara gibi sağlığa zararlı alışkanlıkların terk edildiği, sağlıklı beslenmeye özen gösterildiği ve yürüyüş gibi fiziksel aktivitelere yönelme olduğu belirlenmiştir:

"Ben sigara kullanıyordum, sigarayı bıraktım. Çok fazla olmasa da haftada bir paket bitiriyordum. Hem maddi olarak cebime dokunuyordu hem de sağlığıma. Kanser olduğumu öğrendiğim gün arkadaşımın (8 sene önce kanser olmuştu) eşi, "hadi sizi köye götüreyim, bir hava almış olursunuz, değişiklik olur", dedi. Üçümüz beraber gittik. Biz bir de ceviz fidanı yetiştiriyoruz. Köye gittik işte, toprak dolduruyoruz aşladıklarımıza. Sonra sigara yaktım. Arkadaşım dedi ki "canım, bırak artık bunu, sen bana kanser çıkarsam sigarayı bırakacağım, demiştin". Tamam, dedim. Ama şimdi hiç dokunma, daha yeni yakmışım, bunun keyfini bir çıkarayım, bak bu son olacak dedim. Tamam, dedi. Oturdu, beni bekledi. Ben içtim, bitirdim. Toprağı açtım, sigarayı içine koydum, gömdüm. Dedim, ben seni gömdüm ama ben buraya gömülmeyeceğim. Bak dedim, bitti. Bitiş, o bitiş." (K-12, 42)

"Şimdi bıraktım sigarayı, hastalık çıktığından beri ağzıma sürmüyorum. Burada bitirdim." (K-11, 38)

"Ha...Evet...Beslenmeye daha dikkat etmeye çalıştım. Yani doktorun söylediği şeylere daha çok dikkat ettim. Mesela, hastalıktan önce fazla su içmiyordum, su içmeye başladım. Şekeri tamamıyla kestim, hani. Normalde de çok şeker kullanan bir insan değildim ama. Tamamen kestim şekeri. Hani bisküvi dahi yemiyorum." (K-8, 52)

"Hayata/tabiiyata ilişkin farkındalık" (f=1) kodunun tanımlandığı hasta da hayatın ve doğanın güzelliklerini hissetmeye yönelik sezgisel bir farkındalık oluşmuştur:

"Hayata, dünyaya, insanlara karşı farkındalığınız arttı mı, dersiniz, evet arttı. Geçen gün mesela denize bakıyorum. İşte biz Mudanya'da oturuyoruz. Balkondan denizi görüyorum. Geçen gün hatta baktım böyle..Gözüme böyle çok hoş geldi (gülüyor) ...Hani dediniz ya daha önce böyle sıradan gelen şeylere karşı ayırıcı bir farkındalık oluştu mu diye...Evet." (K-8, 52)

Aşağıdaki şekilde "hayatın değerini anlama" kategorisine ait kelime bulutu verilmiştir.

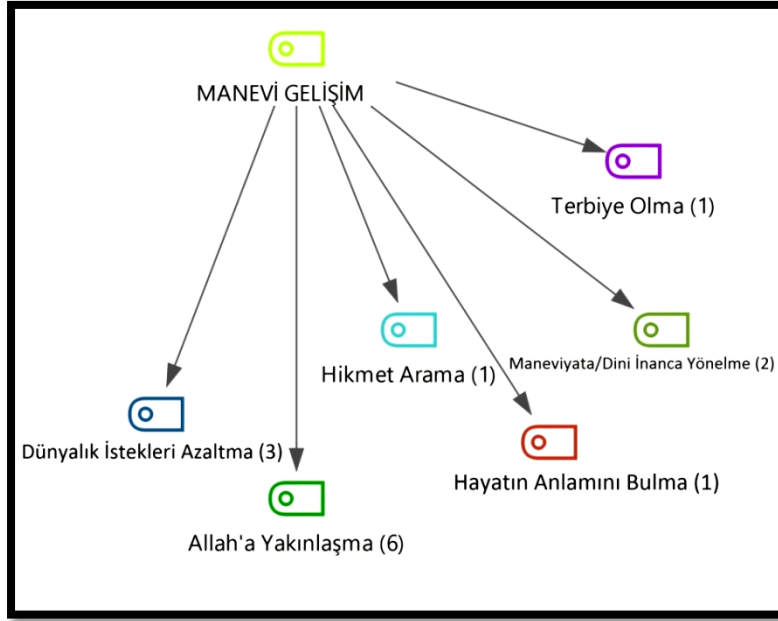


Şekil 7. (TSG) Hayatın Değerini Anlama Kategorisi Kelime Bulutu

Şekil 7'de yer alan kelime bulutunda edat, zarf, ek vb. sözcüklerden sonra "dikkat", "sigarayı", "kanser", "geçen" kelimelerinin frekansının yüksek olduğu görülmektedir. Aynı zamanda "bıraktım", "bitirdim", "kestim", "gömdüm", "başladım" gibi bir "bitiş" ve yeni bir "başlangıç" anlamında birinci tekil şahıs üzerinden kullanılan fiiller de dikkat çekmektedir. "Hayatın değerini anlama" kategorisine ait kelime bulutunun yine bu kategorinin toplam kod frekansı en büyük kodu olan "sağlık davranışlarında değişim" ile uyumlu olduğunu söylemek mümkündür.

d. Manevi Gelişim

Şema 12'de "travma sonrası gelişim (TSG)" teması altında yer alan "manevi gelişim" kategorisine ait kodlar verilmiştir.



Şema 12. (TSG) Manevi Gelişim

"Manevi gelişim" kategorisinde "Allah'a yakınlaşma", "dünyalık istekleri azaltma", "maneviyata/dini inanca yönelme", "hikmet arama", "terbiye olma" ve "hayatın anlamını bulma" adıyla altı kod belirlenmiştir (bkz. Şema 12).

Bu kategoride "Allah'a yakınlaşma" (f=6), frekans sayısı en yüksek olan kod olmuştur. Kanser ve tedavisine bağlı olarak yaşanan bu zorlu süreçte hastalar, doğrudan ya da dolaylı olarak Allah'a yakınlık duygularında artış olduğunu belirtmişlerdir:

"Allah-u Teâla'ya zaten sığınyordum. Daha da yakınlaştım bu hastalığımda."
(K-1, 36)

"Hiç kötü duygu hissetmedim, biliyor musun? Eskiden şunları düşünüyordum: "Evde tek başıma kalıyorum. Ölürsem tek başıma ne olacak? Sürünürsem ne olacak?" O duygular da kayboldu. Beni Allah'ın yalnız bırakmayacağını biliyorum, her koşulda." (K-2, 51)

"Nasıl anlatayım ki Allah'a olan inancım daha kuvvetlendi. O'nu daha çok hissediyorum." (K-9, 31)"

"Çok üzüldüm, dayı, dedim. O da dedi ki "her bir şerrin bir hayrı vardır. Allah'ım, seni o kadar çok sevmiş ki kendine yakın istedi, seni". "Hani sen, canım sıkıldı, diyorsun. Allah'ı andığın zaman için rahatlıyor. O'nun da hoşuna gidiyor". "Kullarım beni anıyor, bana daha çok sarılsın istiyor" dedi. Güzel Allah'ım kabul etsin." (K-3, 40)

"Dünyalık istekleri azaltma" (f=3) koduna ilişkin hastalarda kanserle birlikte hayatın geçici olduğunu idrak etme ve bu nedenle dünyalık arzulardan uzaklaşarak ölüm

sonrasına hazırlık yapma düşüncesi olduğu söylenebilir. Kanserin manevi yönünün kuvvetlenmesindeki etkisini dile getiren bir hasta, dünyanın boş olduğunu anladığını ve bu yüzden alış-veriş vb. faaliyetlerden uzaklaştığını belirtmektedir.

"Böyle 10 liram varsa 5 liramı paylaşmaya çalışıyorum. Kendime çok fazla bir şey istemiyorum artık bu dünyada. "Ne alırsam isteği yok" artık. Sonu yok, bu dünyanın. Bu dünyadan bizimle gelmeyecek ki bu şeyler. Önceden de manevi yönüm kuvvetliydi ama dünyaya daha çok tamah etmiş bir insandım. Hani şunu alayım, bunu alayım, böyle yapayım. Dünyalık isteği bitmeyen bir kadındım. " (K-2, 51)

"Manevi gelişim" kategorisinin bir diğer kodu da "maneviyata/dini inanca yönelme" (f=2) olmuştur. Bu kodun tanımlandığı hastalar, kanserle birlikte dine inanca yönelimlerinde artış olduğunu ifade etmişlerdir:

"Bu hastalıktan sonra her şeyin bomboş olduğunu sadece imanımızın kurtaracağını anladım." (K-2, 51)

"Dine daha çok bağlandım. Gerçi gene öyleydim." (K-3, 40)

"Hikmet arama" (f=1) kodu, "manevi gelişim" kategorisi içinde yalnızca bir katılımcı da tanımlanmıştır. Bu katılımcı yapmış olduğu değerlendirmede hastalık, ölüm, imtihan vb. hakkında yaşadığı toplumun genel dini söylemini bilgece özetlemiştir:

"Hastalık öldürmez ki ecel öldürür. Bazısı hemen bu hastalığa yakalanınca hemen ölecek sanıyor. Bu hastalık öldürmez, ecel öldürür. Ecelin geldiyse bu bahanedir. Mesela duyuyorum 10 sene oldu, 5 sene oldu hala tedaviye gelip gidiyor. Yaşiyor mesela. Eceli gelmemiş. Bazıları diyor ki ben bu hastalığa yakalandım öleceğim. Öyle bir şey yok. Öleceğiz bir gün. Dünyaya doğduk öleceğiz. Ama ne istemiyorsun, genç yaşta ölmek istemiyorsun. Çoluğunu çocuğunu büyüteyim istiyorsun. Okuduğunu göreyim, evlendiğini göreyim istiyorsun. Ama ecelin geldiyse yapacak bir şey yok. Bu yüzden istemiyorsun ölümü. Biliyoruz yani ne kadar yaşasan öleceksin. Buradan kurtuluş yok. İmtihana geldik bu dünyaya. İmtihanı kazanırsak ne ala, kazanamazsak vay halimize." (K-11, 38)

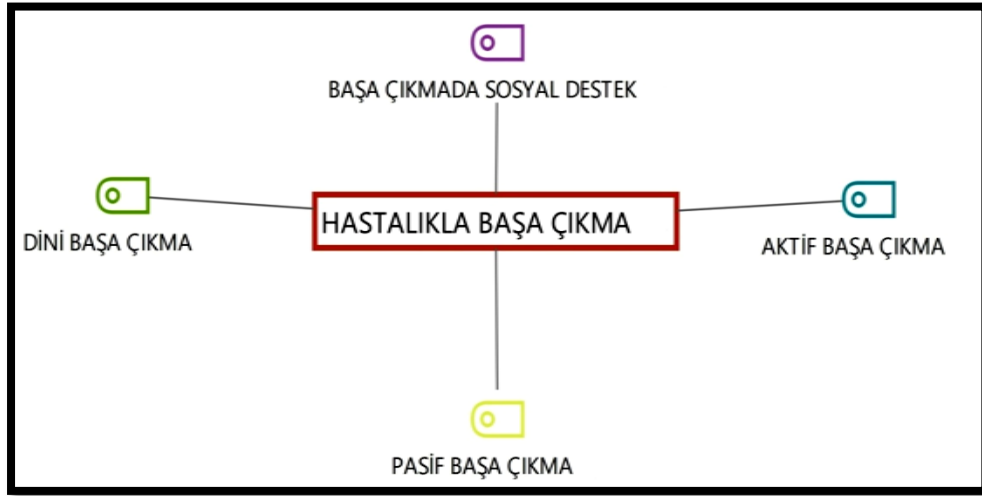
"Hayatın anlamını bulma" kodu da "manevi gelişim" kategorisinin frekansı "1" olan kodları arasındadır. Bu kodun tanımlandığı hastanın, kanserle birlikte "hayatın anlamı"nın idrak etmesinin yanında yalnızlık duygusuna da atıf yapması dikkat çekicidir.

"Hayatın anlamını buldum, hiç yalnız değilim." (K-2, 51)

sorusuyla ilişkilidir. Hastaların bu mülakat sorusuna yönelik yapmış oldukları açıklamalar analiz edilmiştir. İçerik analizi sonucunda "hastalıkla başa çıkma" başlığı altında bir tema oluşturulmuştur. Bu bölümde ilgili tema kapsamında (v) alt araştırma sorusuna ilişkin bulgu ve yorumlara yer verilmiştir.

Hastaların kanserle başa çıkmak için yaptıkları uygulamalar ya da başa çıkmalarında güç ve destek aldıkları kaynaklara ilişkin verilen yanıtlar, Folkman ve Lazarus'un⁶⁴² başa çıkma teorisi ile Pargament'in⁶⁴³ dini başa çıkma teorisi kapsamında analiz edilerek kategori ve kodlar oluşturulmuştur.

Yapılan içerik analizinde hastalar için tek bir başa çıkma stiline ya da başa çıkma kaynağının olmadığı ortaya çıkmıştır. Öncelikle görüşme yapılan hastaların kemoterapi veya radyoterapi tedavisi görüyor olmaları onların kanserle mücadelede problem odaklı ve aktif bir başa çıkma stili uyguladıklarını göstermektedir. Bunun yanında hastaların duygu odaklı, pasif ve dini başa çıkma metodlarına da başvurdukları görülmüştür.



Şema 13. Hastalıkla Başa Çıkma

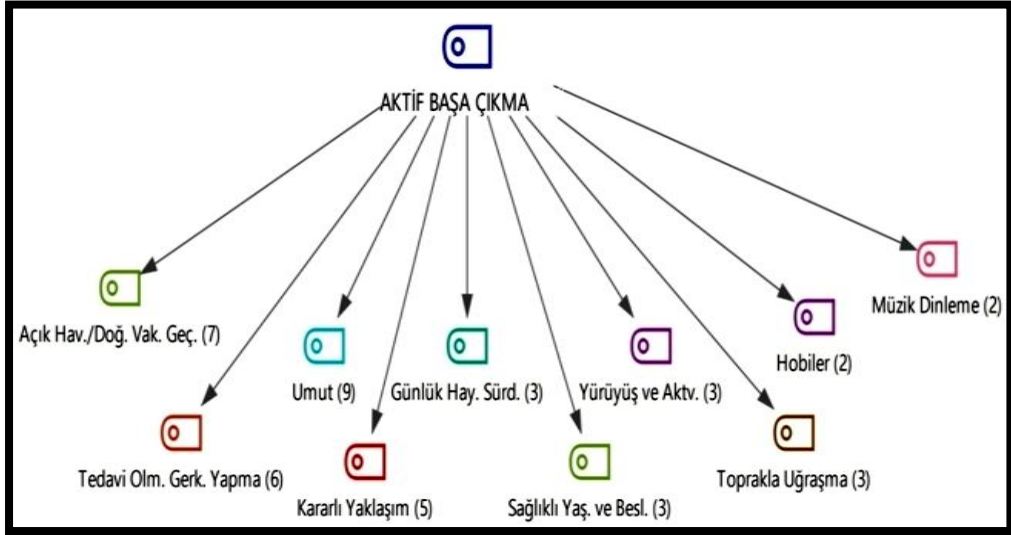
"Hastalıkla başa çıkma" teması dört alt kategoriye ayrılarak incelenmiştir. Şema 13'de gösterilmiş olan bu kategoriler şunlardır: "Aktif başa çıkma", "pasif başa çıkma", "dini başa çıkma" ve "başa çıkmada sosyal destek".

⁶⁴² Susan Folkman vd., "Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms", *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 50, S. 3 (1986), ss. 571-79.

⁶⁴³ Kenneth Pargament, *The Psychology of Religion Coping: Theory, Research, Practice*, New York: The Guilford Press, 1997, ss. 298-99.

a. Aktif Başa Çıkma

"Hastalıkla başa çıkma (HBÇ)" temasına ait "aktif başa çıkma" kategorisi Şema 14'de görselleştirilmiştir.



Şema 14. (HBÇ) Aktif Başa Çıkma

"Aktif başa çıkma" kategorisi altında tanımlanan kod sayısı "10" olmuştur (bkz. Şema 14). Frekans sayısı yüksekliği bakımından ilk üçte yer alan kodlar sırasıyla şunlardır: "Umut" (f=9), "açık havada/doğada vakit geçirme" (f=7) ve "tedavi olmanın gereklerini yapma" (f=6).

"Umut" (f=9), "aktif başa çıkma" kategorisinde frekansı en yüksek olan kod olmuştur. Buna göre "umut" duygusunun aktif başa çıkmanın belirleyici ve temel unsuru olduğu söylenebilir. Bu durum hastaların "umut" duygularını hiç kaybetmedikleri anlamına da gelmektedir.

"Yine de umudum var. Ümidimi kesmedim." (K-1, 36)

"Ona yenilmeyeceğim ben, diyorum. Evlatlarım için yaşayacağım ben, diyorum. Hepsi geride kalacak, Allah'ın izniyle, dedim." (K-3, 40)

"Şu anda yaşamak istiyorum. Çocukları torunlarımı görmek istiyorum. Hatta torunlarımın mürüvvetini görmek istiyorum." (K-4, 51)

"Allah'tan ümidimi kesmiyorum. Diyorum ki çok yaşayanlar var. 10 sene, 20 sene yaşayan var. Artık bunlara çok takılmıyorum." (K-7, 63)

"Ama diyorum ki geçecek. Bir ümit var bekliyorum. Hiç ölümü falan aklıma getirmedim biliyor musunuz? Onu Yaradan bilir ki, ne kadar

yaşayacağımızı...Benim bir arkadaşım vardı. Bana teselli veriyordu. Aynı yaştayız. Pazartesi telefonda konuştum. Cumartesi araba kazası geçirdi ve şu an beyin ölümü gerçekleşti. Bak, mesela kanser, diyorlar hani...Bir de 4. evre deyince "uuuu" diyorlar, böyle. En son evre ya...Böyle gözleri açılıyor. Bir evre mesela çıkmış birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü evre...Mesela benim doktorum evreye çok kızıyor. Evre, ne diyor? Önce hasta diyor, kendinde iş bitiyor diyor." (K-9, 31)

"Açık hava/doğada vakit geçirme" (f=7), "aktif başa çıkma" kategorisinde frekans sayısı bakımından ikinci sırada yer almıştır. Bu kodun tanımlandığı hastaların, açık havada ya da doğada vakit geçirme, yürüyüş yapma vb. etkinlikleri sıklıkla yaptıkları belirlenmiştir. Park, bahçe gibi açık havada ya da doğal ortamlarda bulunmanın hastaların kendilerini iyi hissetmelerinde etkili bir unsur olduğu görülmüştür.

"Canım sıkıldığı zaman aldım çocuklarımı, dışarıya çıktım. Hava güzel olduğu zamanlarda çocuklarımı hep götürdüm, parka. Onlarla neşelendim. Canım istedi mi köye gittim. Kendime sıkıntı geldi mi eşime "at beni, köyüme götür", dedim." (K-3, 40)

"Hastalığı öğrendikten sonra köyüme gittim, bir hafta. Orada stres attım, işte. Ondan sonra geldim iki ilacımı almıştım. Tomografi çektirdim. Ondan sonra yine köye gittim geldim. O ki açıldım." (K-5, 61)

"Komşularım, destek vermek amaçlı geliyorlar. Götürüyorlar, dışarı çıkarıyorlar...Dışarı çıkıp yürüyoruz." (K-10, 65)

"Parka gittiğimizde ablama derdim ki sanki öyle bir yere gitmişim ki o kadar değişik bir yerdeyim ki şu anda. Ki evimin karşısı. Ama kendimi böyle o ağaçların altında iyi hissediyordum... Bir de şehit var, parkımızda. Onun da yanına otururduk dua ederiz, okuruz ona. Ben de diyorum öyle bir değişik yerdeyim ki anlatabilecek bir yer değil." (K-12, 42)

"Açık havaya çıktığı zaman çok iyi hissediyor insan kendisini. Evde oturduğum zaman ben kendimi daha çok hasta hissediyorum. Biz de akşamları çıkarız eşimle dışarı, park gibi bir yer var bizim orada. Orada otururuz ya dondurma yeriz ya çay içeriz. Çekirdek filan yeriz. Gece on iki, bire kadar oturduğumuz oluyordu. Çok iyi hissediyordum kendimi. Dışarıda daha iyi oluyor insan. Sohbet ediyorduk, çok güzel oluyordu. Hafta sonları Mudanya'ya gideriz. Bu ara gidemedik. Dün akşam Heykel'e gittik. Mudanya'ya gitmeyelim bu sefer de Heykel'e gidelim dedik. Oturduk bir çay-kahve içtik, biraz dolaştık, ondan sonra döndük, eve gittik. Yağmur başladı bir de. Yağmurda yürümeyi çok severim zaten. Bayılırım yağmurda yürümeye." (K-13, 45)

"Tedavi olmanın gereklerini yapma" (f=6) kodu da aktif bir başa çıkma tarzı olarak ele alınmıştır. Bu kodun tanımlandığı hastalar, kanseri yenibilmek amacıyla gerekli tedavileri kabul etmekte ve tedavinin zorluklarına katlanmaktadır.

"Hasta olmam ne gerektiriyorsa da yapmaya çalıştım. Hasta olduğumu hissetmedim. Ama tabii şeylerde (kağıtlarda, raporlarda falan) hasta olduğum yazıyor. Onun gereklerini de yaptım. Gerektirdiklerini de yaptım. Ne mesela...İki ameliyat geçirdim. Kemoterapi aldım, sekiz kür. Altı ay kemoterapi aldım, mesela...Şimdi de ışına başladım. Ya ne gerekiyorsa yaptım." (K-8, 52)

"Doktorum hep şöyle dedi, bana "bak, bu kemoterapilere girdikçe kendini daha iyi hissedeceksin". Evet bunlar iyi hücrelere zarar veriyor ama kanser hücrelerini de etkiliyor." (K-9, 31)

"Kararlı yaklaşım" (f=5) kodu, hastaların kanserle mücadele azminin bir göstergesi olarak da kabul edilebilir. Bu kod altında katılımcılarda hastalıkla başa çıkmaya ilişkin zihinsel ve davranışsal bir hazırlık olması dikkat çekmektedir.

"Yani ben bilmiyorum, hasta gibi hareket etmedim, kendime ve çevreye karşı. Doğal olarak çevremdeki insanlar da bana karşı rahattılar. Onun için uzaklaşma durumu olmadı. Ne ben onlardan uzaklaştım, kendimi soyutladım, ne de hastayım deyip içime kapandım, hani şuram ağrıyor, buram ağrıyor şeklinde. Haa...ağrılarım olmadı mı oldu. Ama kendimi soyutlanmadım, çok şükür." (K-8, 52)

"Diyorum her hafta buraya gelirken ben, bu kemoterapi alacağım günü ipe çekiyorum. Kendime diyorum, daha iyi olacaksın. Allah'ın izniyle tabii de..." (K-9, 31)

"Ben babamdan biliyorum çok zor, kanserden dolayı içe kapanan insanı dış dünyaya döndürmek. Ben kanser olduğumu kağıdımda gördüğümde, ilk aklıma gelen babam oldu. Ben kendimi kapamayacağım dedim." (K-12, 42)

"Aktif başa çıkma" kategorisine dâhil edilen kodlardan birisi de "günlük hayatı sürdürme" (f=3) olmuştur. Bu kod altında hastalar için tanı öncesi dönemde günlük hayata ait birtakım rutinleri sürdürebilmenin önemli olduğu anlaşılmıştır:

"Ben ancak evimin içinde mutlu oluyorum. Yemeğimi yapayım, evimi sileyim. evimi süpüreyim. O kadar hasta oldum, ben evimin işini bırakmadım. O bana zevk veriyor. Eğer ben evimin işini yapmadan şuraya gelsem içim rahat etmiyor. Bitirirsem, "oh" diyorum, arkada hiç iş bırakmazsam...Yemeğimi ocağa koyayım..." (K-7, 63)

"Kemoterapiye kendi kendime gidip gelebildim. Ben hep kendi işimi kendim gördüm. Ben gayet normal bir şekilde hayatıma devam ediyorum. Bende değişen bir şey yok. Bana diyorlar, sen hastayım deme. Kendi işimi kendim görebiliyorum. Tamam, kemoterapide biraz etkilendim. Kızım yardımcı oldu, o zaman. Ben yine de yani kendi işimi kendim görebildim yani. İyiyim yani ne bileyim. Evimin işini, çocuklarımla işini hep yaptım...iyiyim yani...Ya bünyem kuvvetli, bilmiyorum artık. Nazlı niyazlı değildim ben hiç bir zaman..." (K-11, 38)

"Ev işi yapıyoruz. Ben hastalığı hiç düşünmüyorum. Ben uykumdan kalktığımda da hastayım, şunu yapacağım diye bir derdim yok. Bu hastalığımın önce günlük yaşantım nasılsa öyle devam ediyor. Sadece işe gidemiyorum şu anda. Hani ben hastayım deyip de kenara çekilmiyorum. Ev işimi de yapmaya çalışıyorum az çok. Çok büyük temizlik yapmıyorum. Yengemler geliyor, sağ olsun. Ablalar geliyor. Hani günlük evde insanın bulaşığı olur, ev toparlaması olur. Onları yapıyorum. El işi, gezme, komşulara kahveye gidiyorum. Kendim çağırıyorum." (K-12, 42)

"Aktif başa çıkma" kategorisinin unsurlarından birisi olarak "sağlıklı yaşam ve beslenme" (f=3) koduna ilişkin katılımcıların kanser tanısı sonrası beslenmelerine özen gösterdikleri ve faydası olduğuna inandıkları birtakım alternatif bitkisel tedavi yöntemlerine de başvurdukları tespit edilmiştir.

"Ha...Evet...Beslenmeme daha dikkat etmeye çalıştım. Yani doktorun söylediği şeylere daha çok dikkat ettim. Mesela, hastalıktan önce fazla su içmiyordum, su içmeye başladım. Şekeri tamamıyla kestim, hani. Normalde de çok şeker kullanan bir insan değildim ama. Tamamen kestim şekeri. Hani bisküvi dahi yemiyorum. Zaten normalde de tatlı şeylere çok düşkün değilim." (K-8, 52)

"Vallahi...Elimizden geldiği kadar gıdalarımıza dikkat etmeye çalışıyoruz ama çok ediyor muyuz? Hayır etmiyoruz. Ama mesela benim koca-karı ilaçlarım vardır. Bacıma da (yanındaki arkadaşını işaret ediyor) söylemişimdir. Mutlaka her gün yapmaya çalışıyoruz: Havuç, pancar, elma...Bunları sıkıp içmeye çalışıyoruz. Pancara çok çok iyi dediler. Bu bizim direncimizi çok çok yükseltiyor." (K-12, 42)

"Pancar vs. karışımı yapıp şöyle bir bardak içiyorum, her gün. Ondan kendimi o gün dirençli hissediyorum ki hemen fark ediliyor." (K-13, 45)

"Yürüyüş ve aktivite" (f=3) adı altında tanımlanan bu kod altında hastaların, daha sağlıklı kalabilmek ve tedaviye bağlı gelişen bazı yan etkileri hafifletebilmek amacıyla düzenli yürüyüş ve egzersizler yaptıkları belirlenmiştir:

"Hareket etmeye başladım. Yürüyüş yapmaya başladım. Zaten normalde de biraz hareketli bir insanım." (K-8, 52)

"Ben her akşam bir saate yakın yürüyorum. Kulaklıkları bir takıyorum, açıyorum müziği de." (K-12, 42)

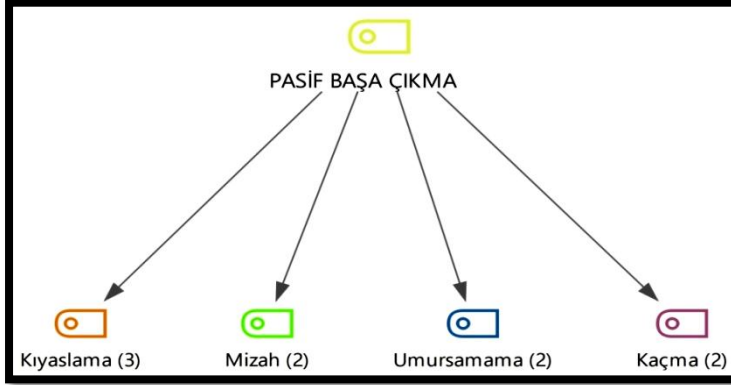
"Toprakla uğraşma" (f=3), "aktif başa çıkma" kategorisi içinde tanımlanan kodlardan birisi olmuştur. Hastaların başa çıkma etkinlikleri arasında çiçek yetiştirme, meyve-sebze dikme gibi doğaya ve toprağa yönelik faaliyetler de yer almaktadır.

"Bahçe yaptım. Bahçeye fasulye ekdim, domates ekdim. Onlarla uğraştım, işte stres attım. Beni rahatlattı." (K-5, 61)

yorumlanabilir. Bu durum "aktif başa çıkma" kategorisinin temel varsayımı ile uyumludur.

b. Pasif Başa Çıkma

Aşağıdaki şemada "hastalıkla başa çıkma (HBC)" teması altında incelenen "pasif başa çıkma" kategorisine ait kodlar gösterilmiştir.



Şema 15. (HBC) Pasif Başa Çıkma

"Pasif başa çıkma" kategorisinde dört kod belirlenmiştir. Bu kodlar içinde frekans sayısı en büyük olan "kıyaslama" kodu olmuştur. Diğer kodlar ise "mizah", "umursamama" ve "kaçma"dır (bkz. Şema 15).

"Kıyaslama" ($f=3$) kodu, "pasif başa çıkma" kategorisinin en belirgin kodu olmuştur. Bu kodun tanımlandığı hastaların, kendilerini diğer hastalarla karşılaştırma ve kıyaslama yoluna gittikleri belirlenmiştir. Hastalar, kendilerinden daha kötü durumda olan hastaları gördükçe onlardan etkilenmekte ancak bu hastalıkta yalnız olmadıklarını anladıkça da kanseri kabullenmeleri kolaylaşmaktadır. Dolayısıyla "kıyaslama"nın başa çıkmayı kolaylaştıran bir unsur olduğu söylenebilir. Aşağıda bu koda ilişkin bazı hastaların ifadeleri yer almaktadır:

"Eltim de göğüs kanseriydi. O da ameliyat olmuştu. Yedi sene önceydi. Doktor, 10 seneyi atlattın mı korkma demiş. Yani ilk 1 sene, sonra 5 sene çok önemliymiş. Bilmiyorum. İşte çok garip bir olay...Geçenlerde bir bayanla konuştuk. O da 18 sene önce bak, yakalanmış, tedavi görmüş. 10 senedir çıt yoktu, diyor. Şimdi kemiklerinde ağrılar sebebiyle gelmiş. Doktora gitmiş, doktorlar buraya yönlendirmişler. Tekrar nüksetmiş. O da 18 seneyi geçmiş. Kontrollere geliyormuş. Ama geçen sene kızı vefat etmiş. Çok üzüldüm, dedi. O da ona yoruyor. Bu takdir. Bir şey bahane oluyor işte. Aslında var ya...Takılmamak lazım. Zaten diyorum, herkes ölecek. Hani ben gitsem de diğerleri kalsa neyse." (K-8, 52)

"Kemoterapiye giriyorum. Bildiğin çocuklar gibi hastalar geliyor. Yani 16, 17, 18 yaşında yoklar. Kemoterapide görüyordum onları. Kendim diyordum gencim diye. Onları görünce onlara daha çok acıyordum. Daha çok üzüliyordum. Benden de daha küçükler var, diye. Buraya gelip gittikçe diğer hastaları da görüyorum. Tek ben değilim, bir de benden daha kötüsü var." (K-11, 38)

"Mizah" (f=2) ve alaya almanın da hastalar tarafından kullanılan bir başa çıkma stili olduğu bulunmuştur:

"Benimki genetik. Bir de kızcağızım var benim, diyorum. Kızı doğururken bulamadık, diyorum. Ama içimde bulduk kızını. Ne yapayım şimdi, ben bunlarla dalga geçmezsem, onlar benimle dalga geçer." (K-12, 42)

"Pasif başa çıkma" kategorisinde dikkat çeken bir başka kod da "umursamama" (f=2) olmuştur. Bu kodun tanımlandığı katılımcılar, hastalığı kafaya takmadıklarını ve umursamadıklarını ifade etmişlerdir:

"Hiç bir şeyi takmıyorum. Dünya umurumda değil yani...Eskiden her şeyi takıyordum kafaya...Gene takıyorum kafaya ama o kadar değil." (K-7, 63)

"Ben gerçekten çok huzurluyum. Hastalığımı hiç kafama takmıyorum. Hastalığı çok fazla düşünmüyorum. Buraya da gelip gidiyorum. Sadece hastaneleri sevmiyorum. Hastane ortamını sevmiyorum." (K-12, 42)

"Kaçma" (f=2) kodu altında hastaların kendilerini üzen ve strese sokan kişi, olgu, olay vb. durumlardan fiziksel olarak uzaklaşma eğiliminde oldukları tespit edilmiştir.

"Sabidük sibuduk insanlardan uzak durdum. Böyle sabidük insanlarla bir araya gelmemeye çalıştım." (K-3, 40)

"Kiminle takılıyorsan aynı öyle oluyorsun...Mesela hüzünlü biriyle takılıyorsan hüzünlü oluyorsun, üzülyyorsun o an. Pozitif birinin yanında isen daha pozitif oluyorsun. Bazı insanlar...Çok ciddi, disiplinli insanların yanında sıkılırım, boğulurum. Onun yanına gitsem hemen ayrılısam, o bana gelse hemen gitse diye bakarım. İnsan sıkılıyor, ciddi dur dur...Ben yapamıyorum öyle insanların yanında. İnsana ne bileyim başka bir şey veriyorlar, negatif enerji." (K-11, 38)

Şekil 10'da "pasif başa çıkma" kategorisine ait kelime bulutu verilmiştir.

kategorisi olarak yerini almıştır. Bu kategoride ise frekansı en yüksek olan ilk üç kod "Allah'a sığınma" (f=10), "dua" (f=9) ve "şükür" (f=8) olmuştur (bkz. Şema 16).

"Allah'a sığınma" (f=10), "dini başa çıkma" kategorisinin frekans ağırlığı en yüksek kodu olarak bulunmuştur. Bu kodun tanımlandığı hastalar, tanı ve tedavi döneminin zorlukları karşısında Allah'a sığınıp güvendiklerini ve O'ndan yardım talep ettiklerini ifade etmişlerdir:

"Allah'a inanıyorum, güveniyorum, yardım eder diye." (K-1, 36)

"O zamanlar Allah'a diyordum ki: Allah'ım, beni bu dertten kurtar." (K-5, 61)

"Tabii ki zor bir dönem, zor bir süreç. Ama Allah, kolaylığı veriyor, gücünü veriyor diye düşünüyorum. Her zorlukla beraber bir kolaylık veriyor." (K-8, 52)

"Allah'ım dedim, bunu sen verdin, sen alacaksın, dedim. Yiyecek ekmeğim varsa senin sayende yiyeceğim." (K-9, 31)

"Hiç korku gelmedi içime. Sadece biraz üzüntü geldi bir anda. Onu da yendim, attım çok şükür. Öyle üzuldüm, ağladım, sızladım durumları hiç olmadı yani. Gerçekten komşularım da öyle diyor: İyisin, dirençlisin Maaşallah, diyorlar...Niye ağlayayım...Rabbim, yardım ediyor. Derdi veren dermanı da verir." (K-10, 65)

"Dua" (f=9) da "dini başa çıkma" kategorisinin frekans sayısına göre ikinci büyük kodu olmuştur. Bu durum başa çıkma sürecinde hastalar için dua etmenin oldukça önemli bir yeri olduğunu göstermektedir. Katılımcı açıklamalarından sadece kendilerinin yaptığı dua değil aile ve yakın çevrenin de kendileri için dua etmesinin önemli bir motivasyon olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum aynı zamanda dinin sosyal destek fonksiyonuyla da ilişkilendirilebilir. Aşağıda "dua" koduna ilikin bazı katılımcı ifadeleri yer almaktadır:

"Dualar ediyorum. En büyük desteğim onlardır (dualar), başka bir şey olamaz. Sadece kendim değil, annem de dua eder, halam da dua eder, ablalarım da dua eder, çocuklarım da." (K-1, 36)

"Allah'tan çok istedim, sabahlara kadar çok dua ettim. Çok yani anlatamam, geceleri çok ağladım, balkonlarda oturdum. Allah'a yalvardım, böyle resmen." (K-3, 40)

"Dua ediyorum. Ama namazımı kılamıyorum, eğildim mi düşecek gibi oluyorum. Ama elimden geldiği kadar duamı okuyorum. İşimi yaparken, gece de mesela...Allah'ıma yalvarıyorum, ölmüşlerimiz için, kendimiz için. Çocuklarım için." (K-7, 63)

"Ondan sonra da Allah'a hep dua ettim. Allah'ım dedim, bunu sen verdin, sen alacaksın, dedim. Yiyecek ekmeğim varsa senin sayende yiyeceğim. Çocuklarım var, Rabbim. Beni onlara, onları bana bağışla Rabbim, dedim." (K-9, 31)

"Dini başa çıkma" kategorisinde frekansa göre "şükür" (f=8) kodunun da önemli bir ağırlığı olduğu bulunmuştur. Hastaların ifadelerinde sıklıkla hallerine şükrettikleri tespit edilmiştir. Bu durum şükretmenin dini başa çıkmada önemli bir unsur olduğunu düşündürmektedir. Bu koda ilişkin bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

"Allah, benim aklımı başıma getirdi. Allah'a binlerce kere şükürler olsun...Her şeyde bir hayır var." (K-2, 51)

"Geliyorum, beterin beteri var. Daha neleri var böyle. Çok şeyleri var, böyle. Kendimi unutuyorum, burada böyle ben. Hamdolsun halime." (K-3, 40)

"Rahatsız olduğum o dönemde ben hep şöyle uyanıyordum: Allah'a şükretmeyi bilen biriyim, ben. Allah'ı bilen biriyim, ben. Hepimiz biliyoruz, Allah'ı, Elhamdulillah da. Unutuyoruz, zaman geliyor da. Unutmadık dersek de yalan olur." (K-4, 40)

"Buradaki çoğu hastalar biliyor, tekerlekli sandalyeyle geldiğim günlerimi bir de şimdiki günlerimi. İyi görüyoruz, seni diyorlar, yüzüne kan gelmiş, diyorlar. Hem psikolojik olarak da iyiyim, yeme-içme bakımından da iyiyim...Her türlü iyiyim, şükür, hamdolsun. Ne yapabileceksin ki bu saatten sonra." (K-9, 31)

"Hiç korku gelmedi içime. Sadece biraz üzüntü geldi bir anda. Onu da yendim, attım çok şükür." (K-10, 65)

"İbadet etme" (f=4), "dini başa çıkma" kategorisinde tanımlanan bir başka kod olmuştur. Hastalar, duanın yanında namaz vb. ibadetlerle de Allah'tan yardım istediklerini ifade etmişlerdir:

"Çok namaz kılıyordum. Kurtardı çok şükür." (K-5, 61)

"İyiysen elimden geldiği kadar namazımı kılmaya çalışırım. Ama oturarak kılmayı beceremedim, ablamlar hep oturarak kıl, diyorlar. Ruku ve secdeyi karıştırıyorum. Ben çok fazla düşünen ve hızlı hareket eden bir insanım normalde. Ama dedim, en azından farzını kılayım, yapabildiğim kadarını yapayım. Şu anda bazen tam kılıyorum bazen sadece farzını kılıyorum. Ucundan kıyısından en azından yapmaya çalışıyorum, Allah kabul etsin." (K-12, 42)

"Dini içerikli rüyalar" (f=4) kodu, "dini başa çıkma" kategorisinin farklı bir bulgusu olarak kabul edilmiştir. Bu kodun tanımlandığı hastalar, görmüş oldukları bazı rüyaların onlar için öneminden bahsetmişlerdir. Bu rüyaların genelde dini içerikli ve hastalıkla başa çıkmada onlara umut ve destek oldukları görülmüştür. Rüyalarda

Müslüman bir toplumun kutsallık atfettiği kişi, mekân, olay vb. unsurların yer alması dikkat çekmektedir.

Tedavinin zor bir döneminde rüyasında Hz. Muhammed (sas)'i gören hasta, rüyasını muhabbetine ve çektiği sıkıntıya bağlamıştır:

"Güzel rüyalar gördüm. Allah, benimledir. Peygamber Efendimiz (sas)'i de gördüm. O da yine cübbeliydi. Sakallıydı, beyaz-kır sakallı. Peygamberimiz (sas) geldi. Rüyamda bana bir çöp veriyor. Çöpe bir şeyler yapışmış. Siyah bir çöp. Diyor ki "ben bunu sana veriyorum, eğer buna sabredersen Allah-u Teala'dan senin günahlarını affettireceğim". Bu rüyalarımı gördüğüm zamanlarda kemoterapi alıyordum. Bulantı yapıyordu, baş dönmesi. Kötüydim. Hastalandıktan sonra bu tür rüyalar görmeye başladım. Rüyalarıma girme sebebinin hem muhabbetime hem de sıkıntıma bağlıyorum. Çünkü O'lar hep yardımcı oluyorlar, mü'min kullara. Bilemiyorum, belki başka dinden olanlara da gözüküyorlardır. Sıkıntısı olanlara gözüküyorlar." (K-1, 31)

Ameliyat öncesi Allah'tan kendisine kuvvet vermesini dileyen bir hasta ise sabah ezanına yakın bir vakitte rüyasında yeşil kıyafetler içinde Türk askerleri gördüğünü anlatmaktadır:

"Ama Allah'ım gösterdi böyle rüyalarım da her şeyi. Ameliyata gideceğim günün sabahı iki çocuğum da yatıyor. Küçüğü yanımda. O gün bir o balkona gidiyorum, bir o balkona. Sabah ezanı okundu okunacak. Çocuğumun başına gittim. Allah'ım, dedim. Bana kuvvet ver. Yavrularımın yüzü suyu hürmetine, kocamın yüzü suyu hürmetine, evimin yüzü suyu hürmetine, dedim. Sabah ezanı okundu okunacak. Böyle uzandım. Ne kadar yattım, bilmiyorum. Ama o rüyayı da hiç unutmuyorum. Ondan sonra böyle bir tabur asker. Türk askeri. Yemyeşil, böyle. Oturuyor, böyle hepsi ama. Ucu bucağı yok. Bir yanda böyle temiz giyimli bayanlar. Onlara ben yemek dağıtacakmışım. Yemek dağıtıyorum ama yemekler ne kadar güzel, biliyor musun? Ne kadar temiz. Yerler böyle pırıl pırıl. Her yer böyle pırıl pırıl. Ondan sonra dağıtıyorum onlara ama. Askerler var ya yemyeşil. Hiç yorulmuyorum, onlara yemek dağıtırken. Bir uyandım ama böyle gözümün önünde onlar. Sonra sabah oldu, gittik hastaneye. Yatış yaptık. Saat 12'yi geçe ameliyata girdim, ben. Sonra ameliyatım bitti. Başarılı geçti. Benim gülmeyen doktorum, gülerek girdi içeri. "Çok başarılı geçti, ameliyatın" dedi. Ama ben nasıl ağlıyorum. "Ağlamak yok, artık" dedi. "Hepsi geride kaldı" dedi. Bir hafta sonra kontrole gittik, doktora. Ona, "doktor bey sana bir rüyayı anlatacağım ben", dedim. O da "bekliyordum, zaten böyle bir şey" dedi, anlattım. O da dedi ki "Rabbim, sana rüya ile öyle bir kuvvet vermiş ki" askerler ile ameliyata girmişsin, sen. Senin kalbin, çok temiz. Allah'ım, seni çok sevmiş. O kadar güzel bir şey yapmışsın ki Rabbim, kabul etmiş" dedi." (K-3, 40)

Bir başka hasta da ameliyat öncesi rüyasında vefat eden babasıyla birlikte namaz kıldıklarını görmüştür. Rüyasının onu sevindirdiğini ve güçlü hissettirdiğini ayrıca hastalığı yeneceğine dair de bir işaret olarak yorumladığını ifade etmiştir:

"Ameliyat gününün öncesinde rüyamda babamı gördüm. Yeşillik içindeydi. Ben ona sarılmak istedim ama bana, "gelme" dedi. Uzaktan baktık birbirimize. Sonra bir camide namaz kıldık beraber babamla. Bu rüyayı görünce ben çok mutlu oldum. Hem de çok üzüldüm. Babam da mide kanseriydi benim. Hasta olduğumu anlamış, bana huzur vermeye gelmiş, dedim. Ameliyat olup yatağıma çıkınca büyük abim gelmiş yanıma. Ben onu babam olarak gördüm, elini öptüm. İçimden o an çok ama çok mutlu oldum, babam geldi diye. Hiç korkmadım ben kanserden. Çünkü babam bana rüyamda hissettirdi güçlü olduğumu, iyi olacağımı." (K-12, 42)

"Dini başa çıkma" kategorisi altında tanımlanan "sabır" (f=4) kodu altında hastaların, tanı ve tedavinin zorluklarına katlanarak mücadele etmeye çalıştıkları belirlenmiştir. Burada sabretmenin pasif bir başa çıkma değil bilakis kanseri yenmeye yönelik yapılacak her türlü tıbbi tedaviyi azimle sürdürme çabası olduğu görülmektedir:

"Çok kolay bir şey değil. Çok sabretmek lâzım. Bitecek gidecek. Az kaldı, kuyruğun ucuna geldi, tedavim benim." (K-3, 40)

"Hep sabır, sabır veriyor, Rabbim. Savaşma gücü veriyor." (K-10, 65)

"Kur'an ve dini içerikli eserler okuma" (f=4) kodu da "dini başa çıkma" kategorisi içinde değerlendirilen bir başka alan olmuştur. Bu koda ilişkin bazı katılımcı ifadeleri aşağıda verilmiştir:

"Çok okuyorum, kitapları okuyorum. Kur'an-ı Kerim'den veya dergiden...İnternette de okuyorum. Hadis-i Şerifleri okuyorum." (K-1, 36)

"Hani "X.X." diye dini bir kitap var...Onu ansiklopedi gibi hiç elimden bırakmadım, ne ararsam onda buldum, ben. Önce Kur'an'da sonra bunda." (K-2, 51)

"Dini başa çıkma" kategorisinde tanımlanan bir diğer kod ise "tespih ve zikir" (f=3) olmuştur. Bir katılımcının bu konudaki ifadesi şöyledir:

"Elimden geldiği kadarıyla zikir çekerim. El işi örerken o imleği alıyorsun ya her aldığımda bir tane zikir çekerim. Onlarla zikir çekmeye çalışırım. Çünkü imlek sayısı bellidir. Bir taneyi bitirdim mi bir çizgi atarım." (K-12, 42)

"Dini sohbet dinleme"nin (f=3) de bu kategoride hastaların yönelmiş olduğu bir alan olarak belirlenmiştir:

"Televizyondan bazı hocaları dinliyorum. Onları gücüm yettiğince uygulamaya çalışıyorum. Sadece seyrettiğinle kalmaz, onu uygulamak lazım." (K-1, 36)

"Dayım, böyle çok güzel anlatıyor. Bıkmıyorsun, onun anlattığından. Hep böyle sabahdan akşama değin dinlesen hiç acıkmazsın. O, çok değişik böyle.

Anlatılmaz yani yaşanması lazım. Çok öğrencisi var. Onu aradım, dedim ki "dayı, içimden çok ağlamak geliyor". Dedi ki "kızım, bak gece uykun kaçtı. Abdestini al, namaz kılmıyorsan da sadece Allah, de'." (K-3, 40)

"Dini başa çıkma" kategorisi altında tanımlanan "kadere rıza gösterme" (f=3) koduna ilişkin olarak hastalıkla başa çıkmayı ve hastalığı kabullenmeyi kolaylaştırıcı bir etkisi olduğu söylenebilir. Aşağıda bu koda ait bazı katılımcı ifadelerine yer verilmiştir:

"Benim de alınma bu yazılmıştır. Allah'tan gelene teslim oldum, başka ne yapacağım." (K-1, 36)

"Hamdolsun, Allah'ıma. Boynuz verse, boynuz taşırız. Başka çaresi yok, yani. Bıktım, desen de bu seninle yaşayacak. Yaşayacağımı bilmiyoruz. Belki de gitti, Allah'ın izniyle." (K-3, 40)

"Kadere teslim oldum. Ne diyeyim...Nasıl diyeyim...Bir anda da ölebilirim...O kadar da yaşayabilirim. Öyle bir içimde his var." (K-7, 63)

"Sadaka/ikram" (f=3) adıyla tanımlanan bu kod altında hastaların çeşitli şekillerde sadaka, yardım, ikram etme vb. davranışlarda buldukları belirlenmiştir. Aşağıda bu kodla ilişkili bazı katılımcı ifadeleri yer almaktadır:

"Kendime çok fazla bir şey istemiyorum artık bu dünyada. "Ne alırsam isteği yok" artık. Sonu yok, bu dünyanın. Bu dünyadan bizimle gelmeyecek ki bu şeyler. Bir çocuğa bir ayakkabı almak, bence daha güzel. O kadar çok mutfak eşyalarım vardı ki eskiden (hastalıktan önce). Verdim...Verdim...O kadar az kaldı ki...Sonra bunlar bile çoğaldı, biliyor musun? Fazla eşyaya hiç gerek kalmıyor. Böyle kıyafet olarak da...Üç tane ayakkabı, on tane ayakkabı, diyorlar. İnan yemin ediyorum, iki tane ayakkabı bizi ölüme kadar götürebilir, iyi kullandıktan sonra. Hadi on tane diyelim, değil mi? Niye fazla alalım ki onlara temizlik yapacaksın. Onları yapacağıma başka şeyler yaparım. Hiç umurumda değil, vAllahi. Halılarımı da verdim, halılarım vardı. Bardaklarımı verdim. Kendime bir tane iki tane bıraktım. Onlar bana çok yetiyor. Fazla eşya yorucu, değil mi?" (K-2, 51)

"Dışarıdan bir simit alıp yemem. Ama vermeye veririm. Yedirmeyi seven insanım. Yemeğimi yaparken derim ki: Allah'ım, bugün inşallah bana güzel misafirler gelir, bu yemeğimden tadar." (K-7, 65)

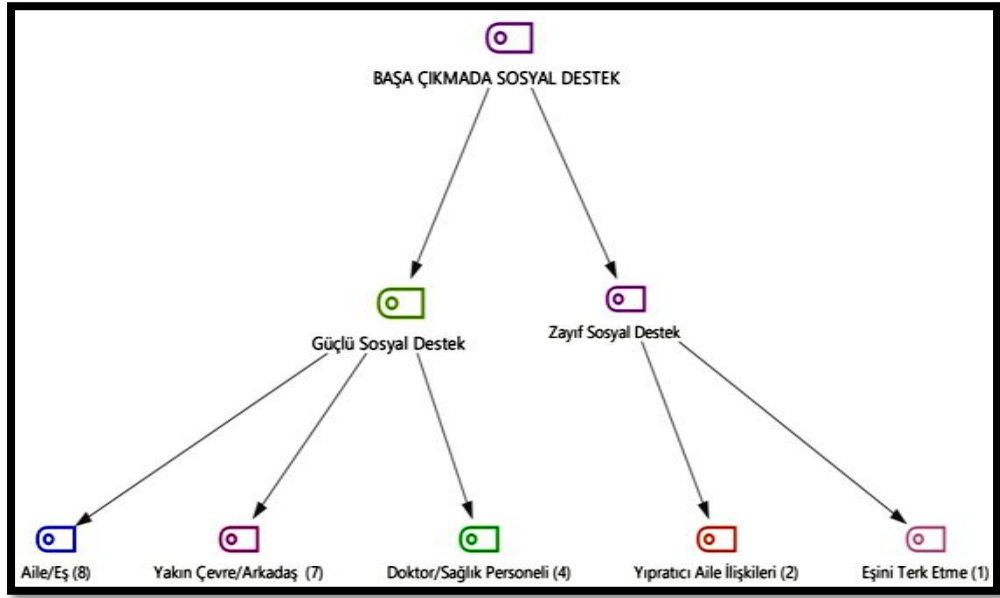
"Dini başa çıkma" kategorisinde yer alan "tövbe" (f=3) kodunun tanımlandığı hastaların, özellikle tanı ve tedavi dönemi içinde hastalığa ilişkin olumsuz söylemlerine yönelik bir pişmanlık duydukları belirlenmiştir:

"Baştan bir kere "neden, ben?" dedim. Sonra çok pişman oldum. Demeyeydim, dedim. Sonra çok tevbe getirdim." (K-3, 40)

niteliktedir. Kelime bulutundan zarf, edat, bağlaç ve ekler çıkarıldığında "Rabbim", "hamdolsun", "şükür", "namaz", "dua" gibi "dini başa çıkma" kategorisinde yer alan diğer kodlarla da uyumlu kelimelerin sıklığı dikkat çekmektedir.

d. Başa Çıkma Sosyal Destek

Şema 17'de "hastalıkla başa çıkma" teması altında yer alan "başa çıkma sosyal destek" kategorisi ve kodları görselleştirilmiştir.



Şema 17. (HBC) Başa Çıkma Sosyal Destek

"Başa çıkma sosyal destek" kategorisi için iki temel kod tanımlanmıştır. Bunlar "güçlü sosyal destek" ($\Sigma f=19$) ve "zayıf sosyal destek"tir ($\Sigma f=3$). Bu kodlar içinde "güçlü sosyal destek" in alt kod ve frekans sayısı bakımından belirgin bir ağırlığa sahip olduğu görülmektedir (bkz. Şema 17).

"Güçlü sosyal destek" kodu yeniden üç alt koda ayrılmıştır. Bu kodlar; "aile/eş" ($f=8$), "yakın çevre/arkadaş" ($f=7$) ve "doktor/sağlık personeli" ($f=4$) olarak adlandırılmıştır.

Katılımcıların aşağıda yer alan ifadeleri "aile/eş" desteğinin kanserle başa çıkma çok önemli bir faktör olduğunu göstermektedir:

"Çocuklarım ve eşim benim en büyük desteğim." (K-11, 38)

"Eşim, çok arkamda. Allah, bin kere razı olsun, ondan. Hani böyle "sen rahatsızlandın", diye hiç dışlamadı, beni. Bak 1,5 seneye yakın oluyor, hep benim arkamda, böyle. Gider, gelir. Yalnız gelsem, kaç kere arar, "ne yaptın, ne

ettin, geleyim mi, iyi misin" diye sorar. Çok destek olur. Allah razı olsun. Bir kere değil, bin kere." (K-3, 40)

"Biz şimdi yeni evlenmiş gibiyiz, cicim aylarındayız. Çok iyi davranıyor, Allah razı olsun. Ben eşime diyorum, sen böyle olmasaydın, ben kendimi toparlayamazdım, diyorum. Geçen, mesela duydum. Annem anlatıyor, pazarda bir amca bir şeyler satıyor. Biliyorum o amcayı ben. Onun kızı da kanser hastasıymış on senedir. Eşi mesela ayrılmış ondan hasta diyerekten. Mesela doktorlar da bizi biliyor şu an onkolojide tanıyor. Yani böyle eşim dört dönüyor hani böyle. Hatta derlermiş "abi ya sen ne kadar iyi bir insansın, yani sen ne işinde çalışıyorsun, sürekli hep eşinin peşindesin." Mesela bizim akrabaların köyde olsun, burda olsun. Ya benim eşimin... "Biz Ahmet gibi sabırlısını görmedik" diyorlar. Hem çocuklar bakımından, şimdi sorumluluk onda. Mesela yemek yediğimde bazen yıkayamıyorum bulaşığı, Allah razı olsun, eşim yıkıyor. Yıkarsam "bırak sen halsiz kaldın, git ben yıkarım", diyor." (K-9, 31)

"Yakın çevre/arkadaş"tan alınan desteğe ilişkin hastaların yapmış olduğu açıklamalardan sosyal desteğin bu türünün de etkili bir başa çıkma ve motivasyon kaynağı olduğunu göstermektedir:

"Komşulara çıkıyordum. Orda çok iyi komşuları var, kızımın. Gevrek de yaptık, börek de yaptık, yedik (hasta gülüyor)." (K-5, 61)

"Komşularım, destek vermek amaçlı geliyorlar. Götürüyorlar, dışarı çıkarıyorlar...Dışarı çıkıp yürüyoruz." (K-10, 65)

"Kemoterapi ilacını aldıktan iki gün sonra yatırıyor bizi, bir 5 gün, 6 gün yatırıyor. Ama kendimi iyi hissettiğim an ablamı arıyordum, yan yana oturuyoruz, apartmanlarımız. Abla, hadi parka çikalım, diyordum. Hemen evimin karşısı park. O da komşulara haber verirdi. Kimisi termosu çay yapıyor, kimisi kek yapıyor, kimisi bir şey yapıyordu. Yani ben çıkabilecek durumdayım diye, komşularım da işini gücünü bırakıp çıkardı. Orada otururduk." (K-12, 42)

"Doktor/sağlık personeli"nden gelen desteğin, motive edici söz ve davranışların da hastanın kendini iyi hissetmesinde oldukça etkili olduğunu söylemek mümkündür:

"Tetkikleri yaptırdıktan sonra geldik işte böyle odaya. 4-5 tane hasta alınıyor odaya. Doktorun sekreteri Allah razı olsun, o da çok iyi. Ondan sonra odaya aldıktan sonra oturduk. İlk defa kemoterapim başlayacak o günün ertesinde. Doktordan ben bir faz aldım böyle, sanki sıcaklık duydum. Böyle sinirlerim boşandı, o anda. Başladım ağlamaya. Hemen odayı boşalttırdı. "Bak", dedi. "Bir daha ağlarsan böyle, ben seni tedavi yapmam", dedi. "Hepsi, geride kaldı", dedi. "Seninki çok erken teşhis", dedi. "Sadece, koruma amaçlı tedavi yapacağım, ben sana", dedi. "Hepsi bitecek. Çünkü, çok erken teşhis. Hepsi, geride kalacak", dedi. Bana çok moral verdi, doktor. Ondan, böyle çok kuvvet aldım, ben." (K-3, 40)

"Bir de doktor, çok önemli. O doktorum var ya...İkisine de öyle bir dua ediyorum ki onlara. Allah razı olsun onlardan. Doktorum hep şöyle dedi, bana "bak, bu kemoterapilere girdikçe kendini daha iyi hissedeceksin"." (K-9, 31)

"Zayıf sosyal destek" kodu da iki alt koda ayrılarak incelenmiştir. Bu alt kodlar; "yıpratıcı aile ilişkileri" (f=2) ve "eşini terk etme" (f=1) olarak tanımlanmıştır.

"Yıpratıcı aile ilişkileri" ve "eşini terk etme" alt kodlarında kanserle başa çıkmada eş ve aile desteğininolumlu olmasının mücadeleyi kolaylaştıran ancak olumsuz olmasının mücadeleyi zorlaştıran bir yönünün olduğu anlaşılmaktadır.

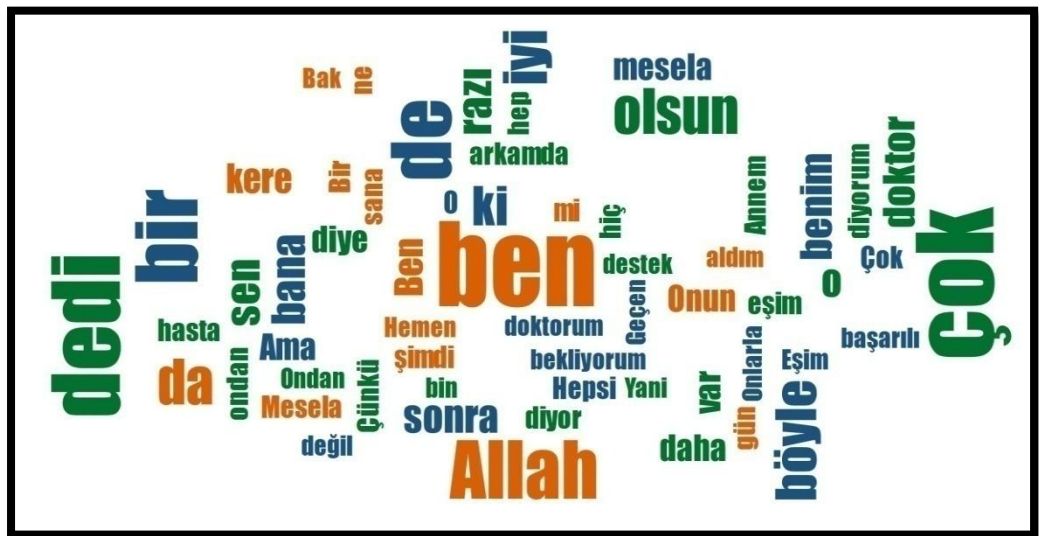
Eşi ve kayınvalidesi tarafından psikolojik şiddete maruz kalan bu hasta, onları affetmek istemediğini söylemektedir:

"Onları affedersem kendime haksızlık yapmış olacağımı düşünüyorum. Bunu defalarca eşime söyledim: Hakkım sana helal değil...Onlar bana üzülüyorlar ki, hiç üzülüyorlar...Kayınvalidem bir gün bana dedi ki: Ben, çok üzülüyorum, sen kanserden öleceksin, çocuğunun mürüvvetini göremeden öleceksin, diyor." (K-4, 51)

Bir katılımcı, ifadesinde kanser tanısı nedeniyle eşinden ayrılan bir kocaya yer vermektedir:

"Geçen, mesela duydum. Annem anlatıyor, pazarda bir amca bir şeyler satıyor. Biliyorum o amcayı ben. Onun kızı da kanser hastasıymış on senedir. Eşi mesela ayrılmış ondan, hasta diyerekten." (K-9, 31)

Aşağıdaki şekilde "başa çıkmada sosyal destek" kategorisine ait kelime bulutu verilmiştir.

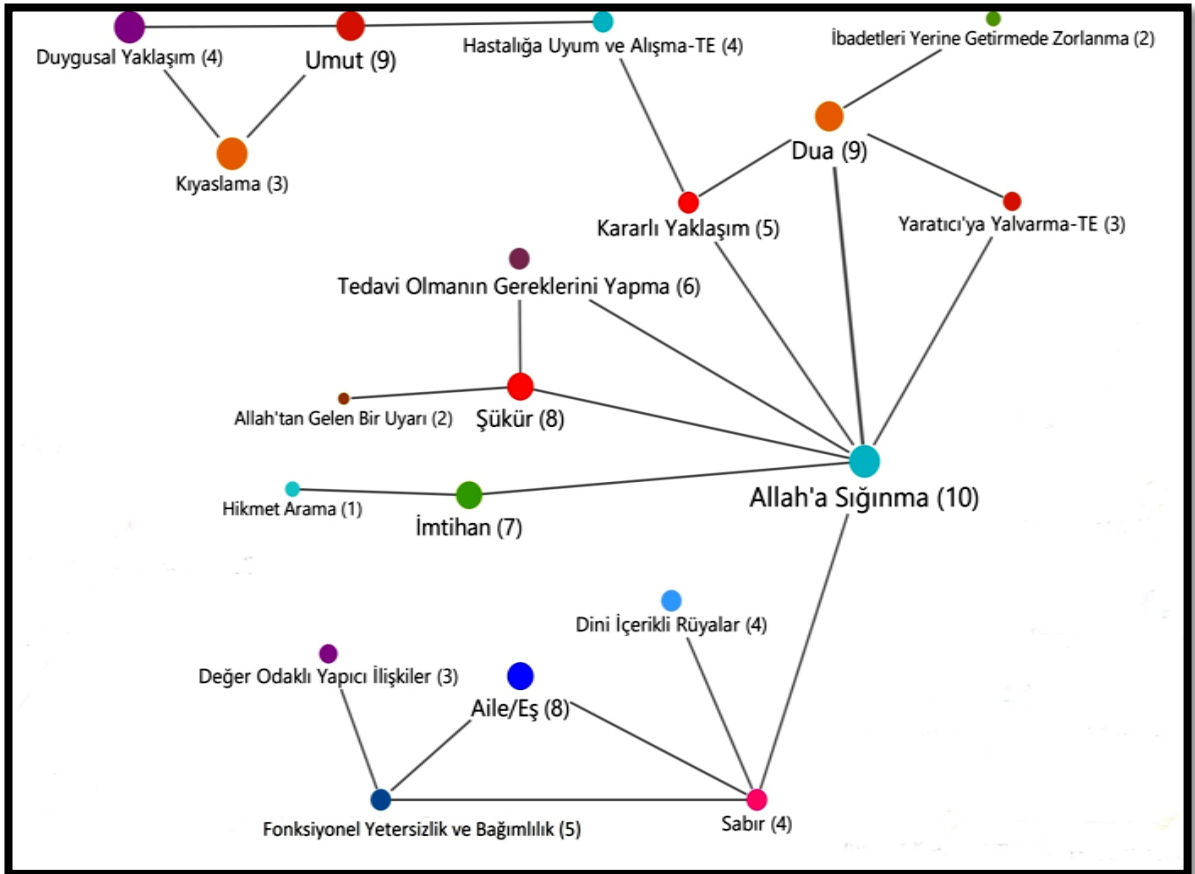


Şekil 12. (HBC) Başa Çıkmada Sosyal Destek Kategorisi Kelime Bulutu

Şekil 12'da yer alan kelime bulutunda "ben", "çok", "dedi", "bir" ve "Allah" kelimelerinin frekansının diğer kelimelerden yüksek olduğu görülmektedir. Diğer belirgin kelimeler ise "iyi", "razı", "arkamda", "eşim", "annem", "doktor", "destek" olarak ortaya çıkmıştır. Kelime bulutunda yer alan bu kelimeler ile "başa çıkmada sosyal destek" kategorisinde tanımlanan kodlar arasında anlamlı bir örtüşme olduğunu söylemek mümkündür.

2.2. İkinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci nitel alt araştırma sorusu "din ve maneviyatın, kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecindeki etkisi nedir?" şeklinde ifade edilmiştir. Bu alt araştırma sorusuna yanıt bulmak amacıyla hastalarla yapılan mülakatların analizinde kullanılan MAXQDA 20 programının kodlar arası kesişim ve ilişkileri gösteren "map" özelliğinden faydalanılmıştır.



Şema 18. Kodlar Arası Kesişim Haritası

Şema 18'de kodlar arası doğrudan ve dolaylı kesişimlerin oluşturduğu bir ağ görünümü yer almaktadır. Yukarıdaki şemanın göstermiş olduğu kesişim ağı,

MAXQDA 20 programının kendisine yüklenen mülakat metinlerinde yapmış olduğu otomatik taramanın bir çıktısı olarak doğrudan program tarafından oluşturulmuştur. Mülakatlarda hastalara yöneltilen sorularda belirli bir sıra gözetilmemiştir. Eğer hasta, istekli bir şekilde konuşmayı sürdürüyorsa ve konuşma içinde sorulara ilişkin yanıtlar da yer alıyorsa araştırmacı tarafından hastaya süreci bölecek herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Dolayısıyla MAXQDA 20 programına yüklenen metinlerde aynı paragraf ya da cümle içinde farklı temalara ait birden fazla kodlama yapılmıştır. Bu durum kodlar arasında kesişimlere neden olmuştur. MAXQDA 20 analiz programı, tüm metinlerde yapılan kodlamalar arasında doğrudan ya da dolaylı bir şekilde oluşan kodlar arası kesişimleri ortaya map özelliği ile ortaya çıkarmıştır. Analiz programının göstermiş olduğu kodlar arası ikili, üçlü ve dördü kesişimlere ait bağımsız ve büyük bir ağ oluşturmayan haritalar, çalışmaya dâhil edilmemiştir. Ancak araştırmanın ikinci alt probleminin çözümüne destek olacağı düşünülen kodlar arası en büyük ilişki ağını gösteren Şema 18'de yer alan kesişim haritası alınmıştır. Aşağıda, şemada yer alan kodların dâhil olduğu temalar, alt temalar ve kategoriler verilmiştir.

Şema 18 incelendiğinde hastalarda, "Allah'a sığınma" kodunun; "dini başa çıkma" kategorisinin diğer büyük kodları olan "dua", "şükür" ve "sabır" ile doğrudan bağlantılı; yine "aktif başa çıkma" kategorisinin en belirgin kodları olan "tedavi olmanın gereklerini yapma" ve "kararlı yaklaşım" ile doğrudan, "umut" ile dolaylı yoldan bağlantı halinde olduğu görülmektedir. "Allah'a sığınma", aynı zamanda "hastalığa yapılan atıflar" temasının "dini atıflar" kategorisinin en büyük kodu olan "imtihan" ile de doğrudan ilişkilidir.

Şema 18'de "Allah'a sığınma", "şükür" ve "tedavi olmanın gereklerini yapma" arasında da bir üçgen olduğu görülmektedir. Bu üçgenin oluşumu, hastaların tedavi olma imkânı verdiği için Allah'a şükretmeleri ve yine O'nun izniyle şifa bulacaklarını inanmaları şeklinde açıklanabilir.

Şemada "Allah'a sığınma", "kararlı yaklaşım", "hastalığa uyum ve alışma" ve "umut" kodları arasında kademeli "doğrular" oluşmuştur. Bu durum hastaların, kanserle mücadelede "kararlı bir yaklaşım" sergilemelerinin ana kaynağının "Allah'a sığınma" olduğunu, buradan aldıkları güçle hastalığa uyum sağladıkları ve bu uyumla iyileşmeye olan umutlarının arttığı şeklinde değerlendirilebilir.

Şema 18'in diğeri önemli bir oluşumu; "Allah'a sığınma", "kararlı yaklaşım", "Yaratıcı'ya yalvarma" ve "dua" arasında oluşan deltoid görünümüne şekildir. Bu şekil, hastaların kanser yaşantısının zorluklarıyla başa çıkmada sağlam ve kararlı bir duruş sergileyebilmeleri için Allah'a dua etmeleri ve O'nunla bağlantı halinde olmayı sürdürme istekleri olarak açıklanabilir.

Bir başka üçlü ilişki ağı olarak dini başa çıkmada "sabır", hastalığa yönelik problemlerde "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" ve sosyal destekte "aile/eş" desteği kodları arasında oluşan üçgen, dikkat çekmektedir. Bu üçgen, hastalarda kansere bağlı olarak yaşadıkları problemlere katlanmada sabrın ve aileden gelen desteğin önemini vurgulamaktadır.

Özetle, Şema 18'de gözlenen ilişki ağları hastalarda kansere yönelik; "Allah" merkezli bir başa çıkma sürecinin devrede olduğunu ve imtihan gibi dini yüklemelerin hastalığı anlamlandırmada merkezi rol üstlendiğini göstermektedir.

3. DENEYSEL ARAŞTIRMA AŞAMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın yarı deneysel aşamasına ilişkin birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci alt sorularına yönelik çözümler ele alınmıştır.

3.1. Üçüncü Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu aşamasına yönelik üçüncü nicel alt araştırma sorusu, "*uygulama grubunun oturumlar öncesi ve sonrası fizyolojik belirtiler (sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız), durumluk kaygı ve oturumlara göre genel yaşam kalitesi puanlarında anlamlı bir farklılık var mıdır?*" şeklinde ifade edilmiştir. Sorunun çözümüne yönelik, ilgili değişkenlere ait istatistiksel analiz bulgularından istifade edilmiştir.

3.1.1. Uygulama Grubunun Oturumlar Öncesi ve Sonrası Test Bulguları

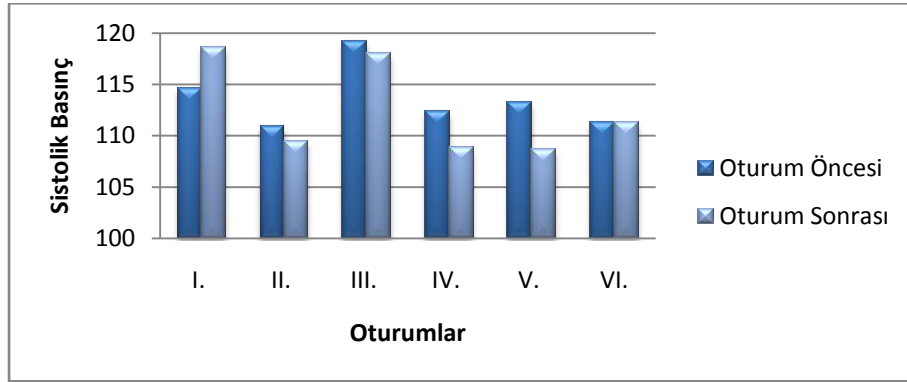
Uygulama grubunun her bir oturum öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı (büyük tansiyon), diyastolik kan basıncı (küçük tansiyon), nabız ve durumluluk kaygı düzeyine ait puan ortalamaları hesaplanmıştır. Daha sonra oturumlar öncesi ve sonrası toplam puan ortalamaları, "Wilcoxon Signed Rank Testi" ile karşılaştırılmıştır.

3.1.1.1. *Sistolik Kan Basıncı (Büyük Tansiyon) Değerlerine İlişkin Bulgular*

Tablo 23'de uygulama grubunda yer alan hastaların oturumlar öncesi ve oturumlar sonrası sistolik kan basıncı (büyük tansiyon) değerlerinin ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 23. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Ortalama Değerleri		
Oturum Adı	Oturum Öncesi	Oturum Sonrası
Birinci Oturum	114,60	118,60
İkinci Oturum	110,83	109,50
Üçüncü Oturum	119,17	118,00
Dördüncü Oturum	112,33	108,80
Beşinci Oturum	113,17	108,60
Altıncı Oturum	111,33	111,20
Genel Ortalama	113,57	112,45

Tablodaki değerler, yeniden Grafik 5'te görselleştirilmiştir.



Grafik 5. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Değerleri

Tablo ve grafiğe göre "birinci oturum" hariç diğer oturumlarda oturum sonrası sistolik basıncın (büyük tansiyon), oturum öncesine göre daha düşük olduğu görülmektedir. Sistolik basıncın oturumlar öncesi genel ortalamasının (113,57), oturumlar sonrası genel ortalamadan (112,45) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 19). Bu durum oturumlar sonrası genel ortalamada sistolik basıncın düştüğünü göstermektedir. Sistolik kan basıncının oturumlar öncesi ve sonrasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin analiz sonuçları ise Tablo 24'de yer almaktadır.

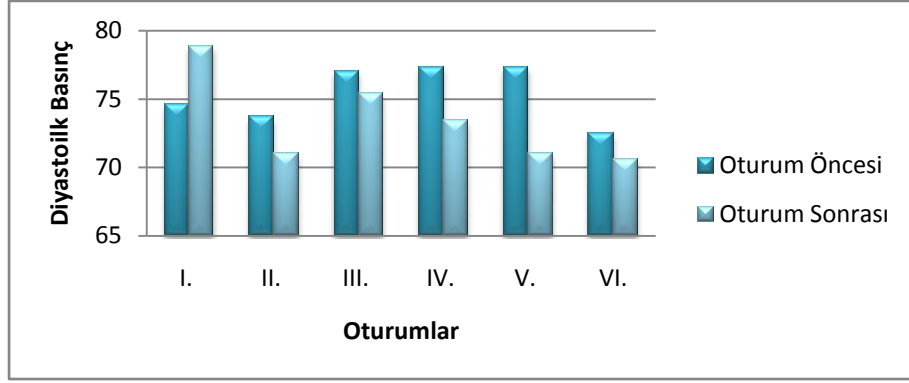
Tablo 24. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırılması					
	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Negatif Sıra	5	3,20	16,00	-1,153	,249
Pozitif Sıra	1	5,00	5,00		
Eşit	0	-	-		p>0,05

Oturumlar öncesi ve sonrası sistolik kan basıncı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için "Wilcoxon Signed Rank Testi" yapılmıştır. Ancak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($Z=-1,153$; $p>0,05$). Bu durumda uygulama grubunun sistolik kan basıncı değerlerinde oturumlar öncesi ve sonrası ortaya çıkan değişimlerin anlamlı olmadığı görülmektedir (bkz. Tablo 20).

3.1.1.2. Diyastolik Kan Basıncı (Küçük Tansiyon) Değerlerine İlişkin Bulgular

Tablo 25. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Diyastolik Kan Basıncı Ortalama Değerleri		
Oturum Adı	Oturum Öncesi	Oturum Sonrası
Birinci Oturum	74,60	78,80
İkinci Oturum	73,67	71,00
Üçüncü Oturum	77,00	75,40
Dördüncü Oturum	77,33	73,40
Beşinci Oturum	77,33	71,00
Altıncı Oturum	72,50	70,60
Genel Ortalama	75,40	73,37

Uygulama grubunda yer alan hastaların oturumlar öncesi ve oturumlar sonrası diyastolik kan basıncı (küçük tansiyon) değerlerinin ortalamaları Tablo 25'de gösterilmiştir. Ayrıca bu değerler, Grafik 6'da de görselleştirilmiştir.



Grafik 6. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Diyastolik Kan Basıncı Değerleri

Tablodaki ve grafikteki bulgular, hastaların "birinci oturum" dışında diğer oturumların sonunda diyastolik kan basıncı değerlerinin düştüğünü göstermektedir. Tablo 25'de diyastolik basıncın oturumlar öncesi genel ortalamasının (75,40), oturumlar sonrası genel ortalamaya (73,37) göre daha yüksek olduğu izlenmektedir. Yani diyastolik kan basıncı değerlerinde genel olarak oturumlar sonrası küçük bir düşme olmuştur.

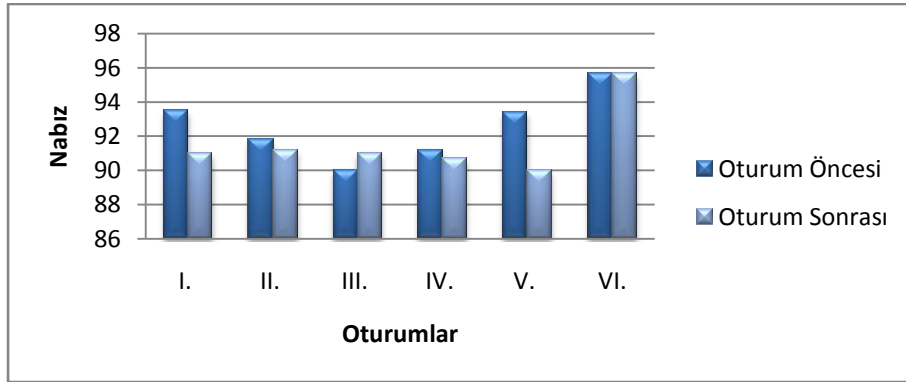
	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	P
Negatif Sıra	5	3,20	16,00	-1,153	,249
Pozitif Sıra	1	5,00	5,00		
Eşit	0	-	-		

Oturumlar öncesi ve sonrası diyastolik kan basıncı değerleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı "Wilcoxon Signed Rank Testi" ile analiz edilmiştir (Tablo 26). Ancak elde edilen bulgular uygulama grubunun oturumlar öncesi ve sonrası diyastolik kan basıncı değerleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı yönündedir ($Z=-1,153$; $p>0,05$). Elde edilen bu bulguya göre uygulama grubunun oturumlar öncesi ve sonrası diyastolik kan basıncı değerlerinde ortaya çıkan değişimler anlamlı değildir.

3.1.1.3. Nabız Değerlerine İlişkin Bulgular

Tablo 27. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Nabız Ortalama Değerleri		
Oturum Adı	Oturum Öncesi	Oturum Sonrası
Birinci Oturum	93,50	91,00
İkinci Oturum	91,83	91,20
Üçüncü Oturum	90,00	91,00
Dördüncü Oturum	91,20	90,67
Beşinci Oturum	93,40	90,00
Altıncı Oturum	95,67	95,67
Genel Ortalama	92,60	91,59

Tablo 27, uygulama grubunun oturumlar öncesi ve sonrası nabız değerlerinin ortalamalarını göstermektedir. Tabloya göre üçüncü ve altıncı oturum dışında diğer oturumlar sonrası nabız değerlerinde düşüş olduğu görülmektedir. Oturumlar öncesi nabız değerlerinin genel ortalaması (92, 60), oturumlar sonrası genel ortalamadan (91,59) çok küçük bir farkla daha yüksek bulunmuştur (Tablo 27). Bu durumda nabız genel ortalamasında oturumlar sonrası kısmi bir düşüş olduğu söylenebilir.



Grafik 7. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Nabız Değerleri

Grafik 7, uygulama grubunun oturumlar öncesi ve sonrası nabız değerlerindeki değişimi belirgin olarak göstermektedir.

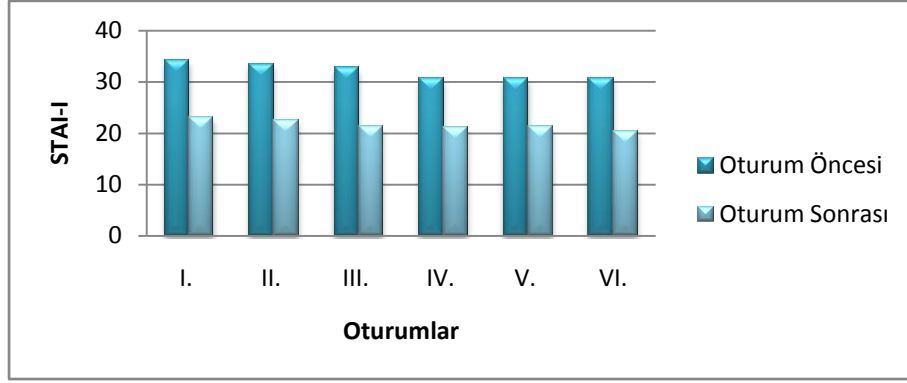
Tablo 28. Oturumlar Öncesi ve Sonrası Nabız Değerlerinin Karşılaştırılması					
	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Negatif Sıra	4	3,00	12,00	-1,214	,225
Pozitif Sıra	1	3,00	3,00		
Eşit	1	-	-		p>0,05

Uygulama grubunun oturumlar öncesi ve sonrası nabız değerlerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı "Wilcoxon Signed Rank Testi" ile incelenmiştir. Tablo 28'de bu inceleme ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Buna göre, uygulama grubunda yer alan hastaların oturumlar öncesi ve sonrası nabız değerleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($Z=-1,214$; $p>0,05$). Bu durumda uygulama grubunun oturumlar öncesi ve sonrası nabız değerlerindeki değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı söylenebilir.

3.1.1.4. Durumluk Kaygı Envanterine İlişkin Bulgular

Tablo 29. Oturumlar Öncesi ve Sonrası STAI-I Puan Ortalamaları		
Oturum Adı	Oturum Öncesi	Oturum Sonrası
Birinci Oturum	34,17	23,00
İkinci Oturum	33,50	22,50
Üçüncü Oturum	32,67	21,33
Dördüncü Oturum	30,67	21,17
Beşinci Oturum	30,67	21,33
Altıncı Oturum	30,71	20,43
Genel Ortalama	32,06	21,63

Tablo 29, uygulama grubunda yer alan hastaların oturumlar öncesi ve sonrası durumluluk kaygı (STAI-I) düzeyi puan ortalamalarını göstermektedir. Tablodaki bulgulara göre, uygulama grubunun oturumlar sonrası durumluluk kaygı düzeyi puanlarında fark edilir bir düşüş olduğu görülmektedir. Bu durum, oturumlar öncesi (32,06) ve oturumlar sonrası (21,63) genel ortalama arasındaki farkın büyüklüğü ile de anlaşılabilir.



Grafik 8. Oturumlar Öncesi ve Sonrası STAI-I Puan Ortalamaları

Tablo 29'da yer alan uygulama grubunun durumluk-kaygı (STAI-I) düzeyine ilişkin puanlar, aynı zamanda grafiğe dönüştürülmüştür (bkz. Grafik 8).

	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Negatif Sıra	6	3,50	21,00	-2,201	,028 *
Pozitif Sıra	0	,00	,00		
Eşit	0	-	-		* p<0,05

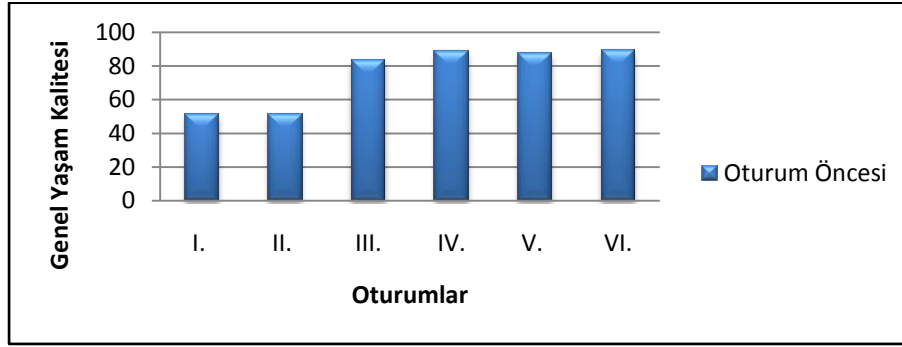
Uygulama grubuna dâhil olan hastaların oturumlar öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyi puan ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla "Wilcoxon Signed Rank Testi" yapılmıştır. Elde edilen analiz bulguları Tablo 30'da verilmiştir. Bulgular, oturumlar öncesi ve sonrası durumluluk kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir ($Z=-2,201$; $p<0,05$). Buna göre uygulama grubunun oturumlar sonrası "durumluk kaygı" düzeylerinde anlamlı bir düşüş olmuştur.

3.1.1.5. Genel Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Uygulama grubunda yer alan hastaların iki oturum arası "öznel iyi hissetme" düzeylerini ölçmek için her bir oturum öncesi EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "genel yaşam kalitesi" boyutuna ait 29. ve 30. maddeler yöneltilmiştir. Puan hesaplamaları, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin "genel yaşam kalitesi" boyutuna ilişkin hesaplama yönergesine göre yapılmıştır. "Genel yaşam kalitesi" puan ortalamasının istatistiksel olarak oturumlara göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için "Friedman Testi" ve "Wilcoxon Signed Rank Testi" yapılmıştır.

Tablo 31. Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamasının Oturumlara Göre Dağılımı	
Oturum Adı	Oturum Öncesi
Birinci Oturum	51,39
İkinci Oturum	51,39
Üçüncü Oturum	83,33
Dördüncü Oturum	88,89
Beşinci Oturum	87,50
Altıncı Oturum	89,29
Genel Ortalama	80,08

Tablo 31, uygulama grubunun oturumlar öncesi "genel yaşam kalitesi" puan ortalamalarını göstermektedir. Tablodaki bulgular, uygulama grubunun "genel yaşam kalitesi" düzeyinin üçüncü oturumdan itibaren arttığı yönündedir.



Grafik 9. Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamasının Oturumlara Göre Dağılımı

Grafik 9, yukarıdaki tabloda (Tablo 31) yer alan genel yaşam kalitesi puan ortalamalarının oturumlara göre dağılımını göstermektedir. Grafikte genel yaşam kalitesinin III. oturumla birlikte arttığı izlenmektedir. .

Tablo 32. Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Oturumlara Göre Karşılaştırılması					
	Sıra Ortalaması	n	Ki-kare	df	p
Genel Yaşam Kalitesi (I. Oturum)	1,83	6	19,241	5	,002 **
Genel Yaşam Kalitesi (II. Oturum)	1,58				
Genel Yaşam Kalitesi (III. Oturum)	3,83				** p<0,01
Genel Yaşam Kalitesi (IV. Oturum)	4,58				
Genel Yaşam Kalitesi (V. Oturum)	4,33				
Genel Yaşam Kalitesi (VI. Oturum)	4,83				

Uygulama grubunun "genel yaşam kalitesi" puan ortalamalarında, oturumlara göre farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan "Friedman Testi"ne göre anlamlı bir farklılık ($\chi^2=19,241$; $p<0,01$) ortaya çıkmıştır (Tablo 32). Bu farklılığın hangi oturumlardan kaynaklandığını tespit etmek için de "Wilcoxon Signed Rank Testi" yapılmıştır. Bu teste ait sonuçlar Tablo 33'de verilmiştir.

Uygulama grubunda yer alan hastaların oturumlara göre "genel yaşam" düzeylerinin "Wilcoxon Signed Rank Testi" ile karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgular, Tablo 20'de verilmiştir. Buna göre, "birinci ve üçüncü" oturumlar ($Z=-2,032$; $p<0,05$), "birinci ve dördüncü" oturumlar ($Z=-2,032$; $p<0,05$), "ikinci ve üçüncü" oturumlar ($Z=-2,214$; $p<0,05$), "ikinci ve dördüncü" oturumlar ($Z=-2,26$; $p<0,05$), "ikinci ve beşinci" oturumlar ($Z=-2,271$; $p<0,05$), "ikinci ve altıncı" oturumlar ($Z=-2,20$; $p<0,05$) arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Diğer oturumlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durumda uygulama grubunun "genel yaşam kalitesi"nde üçüncü oturumdan itibaren olumlu yönde belirgin bir artış olduğu söylenebilir.

Tablo 33. Genel Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Wilcoxon Rank Testi İle Karşılaştırılması						
Oturumlar		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
I. Oturum & III. Oturum	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,032	,042 *
	Pozitif Sıra	5	3,00	15,00		
	Eşit	1	-	-		
I. Oturum & IV. Oturum	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,032	,027 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	0	-	-		
II. Oturum & III. Oturum	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,214	,027 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	0	-	-		
II. Oturum & IV. Oturum	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,226	,026 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	0	-	-		
II. Oturum & V. Oturum	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,271	,023 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	0	-	-		
II. Oturum & VI. Oturum	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,220	,026 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	0	-	-		
* p<0,05						

3.2. Dördüncü Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular

Araştırmanın dördüncü alt araştırma sorusu "uygulama ve kontrol grubu hastalarının **dini tutum ölçeği**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?; (b) ön test, son test ve izlem testinde gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?" şeklinde belirlenmiştir. Soruya yanıt bulmak amacıyla dini tutum ölçeği ön test, son test ve izlem testi verilerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırma analizleri yapılarak bulgular, grafik ve tablolar halinde sunulmuştur.

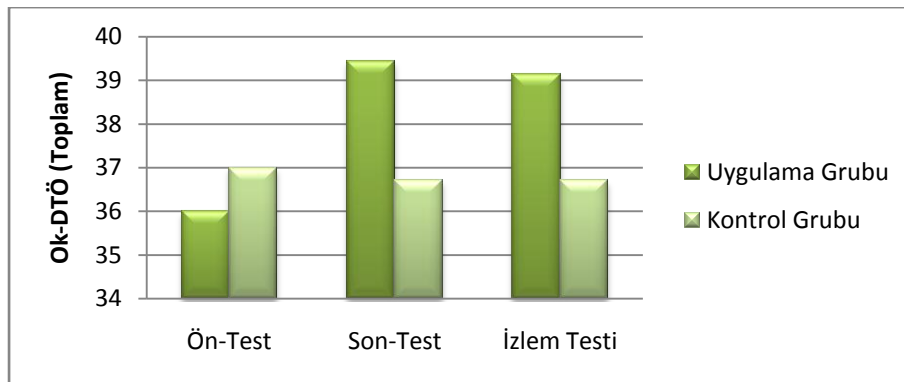
Uygulama grubuna (UG), "Manevi Destek Programı"nın oturumları öncesi (birinci oturum öncesi) "ön test", altıncı oturum sonrası "son test" ve altıncı oturumdan bir ay sonra da "izlem testi" uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise manevi destek programı uygulanmadan ön test, son test ve izlem testi yapılmıştır. İlgili testlere ait grafikler, betimsel analiz tabloları ve bulgular arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığına ilişkin ileri istatistiksel analiz sonuçları bu başlık altında incelenmiştir.

3.2.1. Dini Tutum Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları

Bu bölümde uygulama ve kontrol grubunun ön test, son test ve izlem testlerine ilişkin "Ok-Dini Tutum Ölçeği"ne ait bulgulara yer verilmiştir. Betimsel analiz bulguları, tablo ve grafiklere dönüştürülmüştür. Ayrıca uygulama ve kontrol grubuna ilişkin verilerin testlere ve gruplara göre farklılıklarını tespit etmek amacıyla yapılan ileri istatistiksel analiz bulgularına ilişkin tablolar hazırlanmıştır.

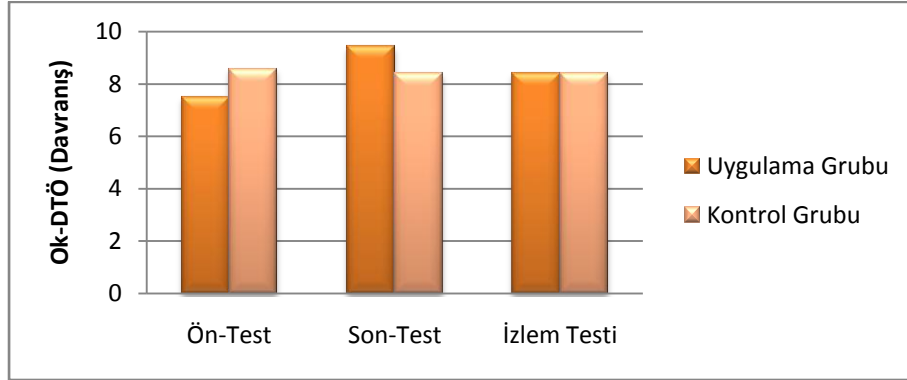
Tablo 34. Uygulama ve Kontrol Grubu Ok-DTÖ Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puan Ortalamaları						
Ölçek/Boyut	Uygulama Grubu			Kontrol Grubu		
	Ön Test	Son Test	İzlem Testi	Ön Test	Son Test	İzlem Testi
Ok-DTÖ (Toplam)	36,00	39,43	39,14	37,00	36,71	36,71
Ok-DTÖ (Davranış)	7,50	9,43	9,29	8,57	8,43	8,43
Ok-DTÖ (Duygu)	8,67	10,00	9,86	8,57	8,43	8,43
Ok-DTÖ (Biliş)	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
Ok-DTÖ (İlişki)	9,83	10,00	10,00	9,86	9,86	9,86

Tablo 34'da uygulama ve kontrol grubuna uygulanan "Ok-Dini Tutum Ölçeği" toplam ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem testine göre dağılımı verilmiştir.



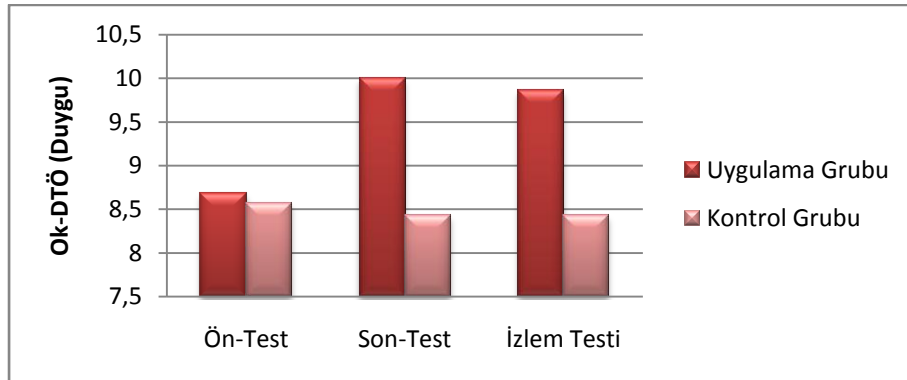
Grafik 10. Uygulama ve Kontrol Grubunun Ok-DTÖ (Toplam) Puan Ortalamaları

Grafik 10, uygulama ve kontrol grubunun dini tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının (bkz. Tablo 34) ön test, son test ve izlem testine göre değişimini göstermektedir. Uygulama grubunun ön test puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ancak son test ve izlem testinde ciddi bir yükseliş olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun dini tutum ölçeği toplam puan ortalamasının ise genel olarak stabil seyrettiği söylenebilir.



Grafik 11. Uygulama ve Kontrol Grubunun Ok-DTÖ (Davranış) Puan Ortalamaları

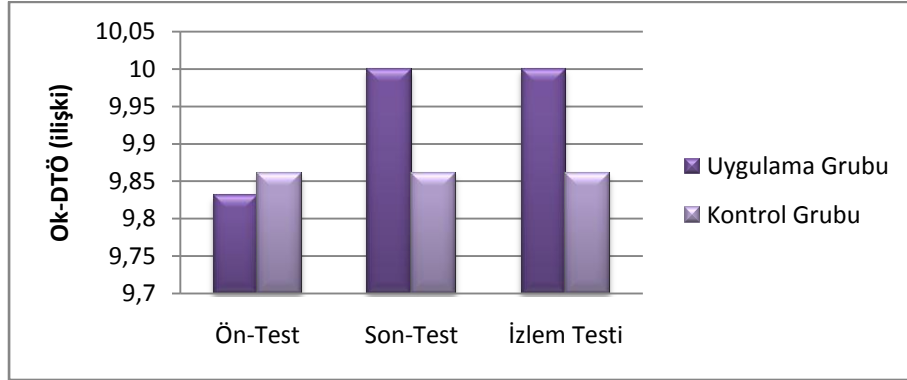
Grafik 11'de uygulama ve kontrol grubunun dini tutum ölçeği davranış boyutuna ilişkin puan ortalamalarının (bkz. Tablo 34) ön test, son test ve izlem testine göre farklılaşması görülmektedir. Grafiğe göre uygulama grubunun puan ortalaması son test ve izlem testinde ön teste nazaran artış göstermiştir. Ancak izlem testinde son teste göre bir düşüş olmuştur. Kontrol grubunun puanları ise kısmen sabit kalmıştır. Son testte uygulama grubunun puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir ancak izlem testi puanlarında her iki grubun da eşit olduğu dikkat çekmektedir.



Grafik 12. Uygulama ve Kontrol Grubunun Ok-DTÖ (Duygu) Puan Ortalamaları

Grafik 12, uygulama ve kontrol grubunun dini tutum ölçeği duygu boyutu puan ortalamalarının (bkz. Tablo 30) testlere göre dağılımını göstermektedir. Grafikte

uygulama grubunun duygu boyutu puan ortalamalarının ön teste göre son testte daha yüksek olduğu, izlem testinde ise son teste göre küçük bir düşüş olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun puan ortalamalarında ise testlere göre ciddi bir farklılaşma olmadığı izlenmektedir. Gruplara karşılaştırmalı olarak bakıldığında ön test haricinde diğer testlerde, uygulama grubunun puan ortalamalarının belirgin olarak kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmektedir.



Grafik 13. Uygulama ve Kontrol Grubunun Ok-DTÖ (İlişki) Puan Ortalamaları

Grafik 13'de, uygulama ve kontrol grubunun dini tutum ölçeği "ilişki" boyutu puan ortalamalarının (bkz. Tablo 34) testlere göre dağılımı izlenmektedir. Grafikten uygulama grubunun puan ortalamasının son test ve izlem testinde yükseldiği; kontrol grubunda ise puan ortalamasının genel olarak stabil kaldığı görülmektedir. Yine ön test dışında diğer testlerde uygulama grubunun puan ortalamalarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu okunmaktadır.

3.2.1.1. Uygulama Grubunun Dini Tutum Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları

Uygulama grubunun (UG) ön test, son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacıyla "Wilcoxon Signed Rank Testi" yapılmıştır.

Tablo 35. (UG) Ok-DTÖ Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Ok-DTÖ (Toplam)	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,000	,046 *
	Pozitif Sıra	4	2,50	10,00		
	Eşit	2	-	-		
Ok-DTÖ (Duygu)	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,000	,046 *
	Pozitif Sıra	4	2,50	10,00		
	Eşit	2	-	-		
* p<0,05						

"Wilcoxon Signed Rank Testi" sonucuna göre uygulama grubunun (UG) dini tutum ölçeği (Ok-DTÖ) toplam ($Z=-2,000$; $p<0,05$) ve duygu boyutu ($Z=-2,000$; $p<0,05$) ön test ve son test bulguları arasında son test lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır (Tablo 35). Diğer boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgulara göre uygulama grubunun son testte ön testte göre dini tutum (toplam) ve duygu boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir yükseliş olduğu söylenebilir.

Tablo 36. (UG) Ok-DTÖ Ön Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması						
		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Ok-DTÖ (Toplam)	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,207	,027 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	0	-	-		
Ok-DTÖ (Davranış)	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,271	,023 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	0	-	-		
* p<0,05						

Tablo 36, uygulama grubunun "Ok-Dini Tutum Ölçeği" ön test ve izlem testi bulgularının "Wilcoxon Signed Rank Testi" ile karşılaştırılmasına ilişkin sonuçları göstermektedir. Buna göre, dini tutum "toplam" ($Z=-2,207$; $p<0,05$) ve dini tutumun "davranış" boyutunun ($Z=-2,271$; $p<0,05$) ön test ve izlem testi puan ortalamaları arasında izlem testi lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır. "Dini Tutum Ölçeği"nin diğer boyutlarının ön test ve izlem testi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık

ortaya çıkmamıştır. Bu bulgular, uygulama grubunun izlem testinde ön teste göre dini tutum (toplam) ve duygu alt boyutu puanlarında anlamlı bir artış olduğunu göstermektedir.

Uygulama grubu "Ok-Dini Tutum Ölçeği" toplam ve alt boyutları puan ortalamalarında son test ve izlem testi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

3.2.1.2. Kontrol Grubu Dini Tutum Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları

Kontrol grubunda yer alan hastaların "Ok-Dini Tutum Ölçeği" toplam puan ve alt boyut puanlarında ön test, son test ve izlem testleri arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

3.2.1.3. Uygulama ve Kontrol Grubunun Dini Tutum Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testine İlişkin Karşılaştırma Bulguları

Bu bölümde uygulama grubu (UG) ve kontrol grubunun (KG) "Ok-Dini Tutum Ölçeği" puan ortalamalarının ön test, son test ve izlem testlerine göre karşılaştırılması yapılmıştır. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı "Mann Whitney U" testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 37. Grupların Ok-DTÖ Ön Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Ok-DTÖ (Davranış)	UG	6	4,83	29,00	8,000	,049 *
	KG	7	8,86	62,00		
* p<0,05						

Uygulama (UG) ve kontrol grubunun (KG) dini tutum ölçeği (Ok-DTÖ) ön test puanları "Mann Whitney U" testi ile karşılaştırıldığında yalnızca "davranış" boyutunda (U=8,00; p<0,05) anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır (Tablo 37). Kontrol grubunun "davranış" boyutu puan ortalaması, anlamlı olarak uygulama grubundan daha yüksektir. Diğer boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 38. Grupların Dini Tutum Ölçeği Son Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
OK-DTÖ (Toplam)	UG	7	10,64	74,50	2,500	,004 **
	KG	7	4,36	30,50		
Ok-DTÖ (Davranış)	UG	7	9,86	69,00	8,000	,025 *
	KG	7	5,14	36,00		
Ok-DTÖ (Duygu)	UG	7	10,00	70,00	7,000	,009 **
	KG	7	5,00	35,00		
		** p<0,01		* p<0,05		

Uygulama ve kontrol grubunun dini tutum ölçeği son test bulguları "Mann Whitney U" testi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 38'de analiz sonuçları verilmiştir. Buna göre, dini tutum (toplam) (U=2,500; p<0,01), davranış (U=8,000; p<0,05) ve duygu (U=7,000; p<0,01) alt boyutlarında uygulama grubunun puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer boyutlarda anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Tablo 38'deki bulgulara göre son testte uygulama grubunun dini tutum (toplam) ile davranış ve duygu boyutu düzeylerinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 39. Grupların Dini Tutum Ölçeği İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Ok-DTÖ (Toplam)	UG	7	10,36	72,50	4,500	,009 **
	KG	7	4,64	32,50		
Ok-DTÖ (Duygu)	UG	7	9,71	68,00	9,000	,027 *
	KG	7	5,29	37,00		
		** p<0,01		* p<0,05		

Tablo 39, uygulama ve kontrol grubunun dini tutum ölçeği (Ok-DTÖ) izlem testi puanlarının "Mann Whitney U" testi ile karşılaştırma sonuçlarını göstermektedir. Tabloya göre, dini tutum (toplam) (U=4,500; p<0,01) ve duygu (U=9,000; p<0,05) alt boyutunda uygulama grubu lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır. Diğer boyutlarda anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Tablodaki bulgular, dini tutum (toplam) ve duygu boyutunda uygulama grubunun izlem testi puan ortalamalarının kontrol grubundan daha yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3. Beşinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular

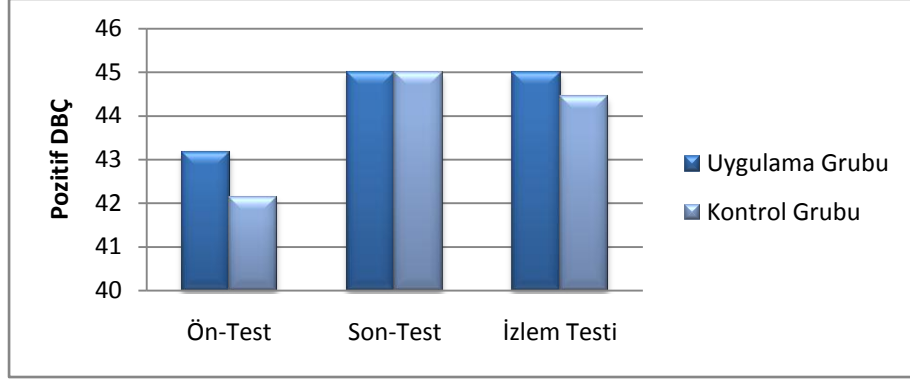
Bu bölümde araştırmanın bu aşamasına ilişkin beşinci alt araştırma sorusuna yanıt aranmıştır. Bu soru, "uygulama grubu ve kontrol grubu hastalarının **dini başa çıkma ölçeği**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?, (b) ön test, son test ve izlem testinde gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?" şeklinde iki alt soru şeklinde ifade edilmiştir. Bu araştırma sorusunun çözümüne yönelik dini başa çıkma ölçeğine ait ön test, son test ve izlem testi verileri ileri istatistiksel analiz yöntemlerine tabi tutulmuştur. Grup içi ve gruplar arası karşılaştırma analizleri yapılarak bulgular, grafik ve tablolar haline getirilmiştir. Veri analizlerinden elde edilen bulgular, ilgili başlıklar altında yorumlanmıştır.

3.3.1. Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları

Aşağıdaki tablo ve grafiklerde uygulama ve kontrol grubuna uygulanan "Dini Başa Çıkma Ölçeği"ne ait betimsel analiz bulguları yer almaktadır.

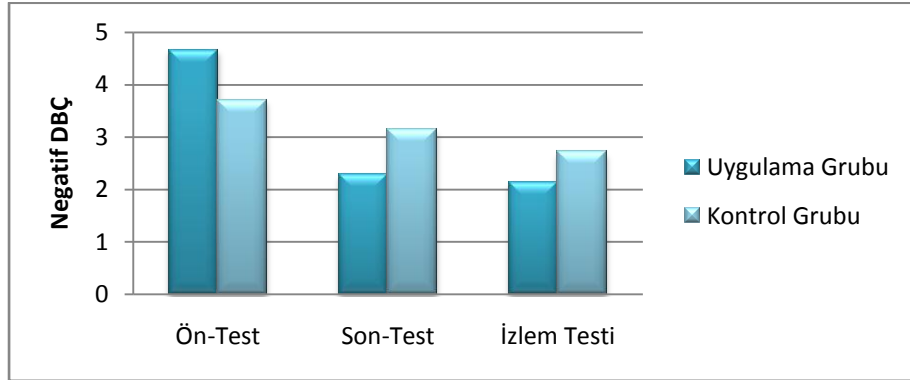
Ölçek/Boyut	Uygulama Grubu			Kontrol Grubu		
	Ön-Test	Son-Test	İzlem Testi	Ön-Test	Son-Test	İzlem Testi
Pozitif DBÇ	43,17	45,00	45,00	42,14	45,00	44,43
Negatif DBÇ	4,67	2,29	2,14	3,71	3,14	2,71

Tablo 40'da uygulama ve kontrol grubu "Dini Başa Çıkma Ölçeği" (DBÖ) puan ortalamalarının testlere göre dağılımı verilmiştir.



Grafik 14. Uygulama ve Kontrol Grubunun Pozitif DBÇ Puan Ortalamaları

Grafik 14, uygulama ve kontrol grubunda dini başa çıkma ölçeğinin pozitif alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının testlere göre dağılımını göstermektedir. Her iki grupta da pozitif dini başa çıkma düzeyinin son test ve izlem testinde, ön teste göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Son testte her iki grubun da puanları eşittir. İzlem testinde ise kontrol grubunun puan ortalamasında küçük bir düşüş olduğu dikkat çekmektedir.



Grafik 15. Uygulama ve Kontrol Grubunun Negatif DBÇ Puan Ortalamaları

Grafik 15'de, uygulama ve kontrol grubunun dini başa çıkma ölçeğinin negatif alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının testlere göre farklılaşması görülmektedir. Buna göre her iki grubun da puan ortalamaları ön testte en yüksek iken son test ve izlem testinde düşmüştür. Uygulama grubunun puan ortalaması kontrol grubuna göre ön testte daha yüksektir. Ancak son test ve izlem testinde uygulama grubunun puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktür.

3.3.1.1. Uygulama Grubu Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları

Tablo 41. (UG) Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Pozitif DBC	Negatif Sıra	0	,00	,00	-1,841	,066
	Pozitif Sıra	4	2,50	10,00		
	Eşit	2	-	-		
Negatif DBC	Negatif Sıra	6	3,50	21,00	-2,232	,026 *
	Pozitif Sıra	0	,00	,00		
	Eşit	0	-	-		
* p<0,05						

Uygulama grubunun "Dini Başa Çıkma Ölçeği"ne ilişkin ön test ve son test bulgularının "Wilcoxon Signed Rank Testi" ile karşılaştırma sonuçları Tablo 41'de verilmiştir. Tablodaki sonuçlar yalnızca "negatif dini başa çıkma" boyutunda ön test lehine anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir ($Z=-2,232$; $p<0,05$). Buna göre uygulama grubunun son testte "negatif dini başa çıkma" düzeyinin ön teste göre daha düşük olduğu söylenebilir. "Pozitif dini başa çıkma" boyutunda ise son test puan ortalamalarının daha yüksek olduğu fakat bu durumun anlamlı olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Yukarıdaki tabloda yer alan bulgulara dayanarak uygulama grubunun son testte "pozitif dini başa çıkma" düzeylerinin ön teste göre daha yüksek olduğu ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. "Negatif dini başa çıkma" boyutunda puanların yüksek olması bu araştırma için olumsuz bir durum olarak kabul edilmiştir. Tablodaki veriler, son testte uygulama grubunun "negatif dini başa çıkma" düzeylerinde azalma olduğunu ve bu azalmanın istatistiksel olarak da anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 42. (UG) Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması						
		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	P
Pozitif DBÇ	Negatif Sıra	0	,00	,00	-1,841	,066
	Pozitif Sıra	4	2,50	10,00		
	Eşit	2	-	-		
Negatif DBÇ	Negatif Sıra	6	3,50	21,00	-2,214	,027 *
	Pozitif Sıra	0	,00	,00		
	Eşit	0	-	-		
* p<0,05						

Tablo 42'de uygulama grubunun "Dini Başa Çıkma Ölçeği" ön test ve izlem testi puan ortalamaları arasındaki "Wilcoxon Signed Rank Test" karşılaştırma bulgularını göstermektedir. Elde edilen bulgulara göre "negatif dini başa çıkma" boyutunda ön test lehine anlamlı ($Z=-2,214$; $p<0,05$) bir farklılık vardır. Bu durum "negatif dini başa çıkma" düzeyinin izlem testinde anlamlı olarak daha düşük olduğunu ifade etmektedir. Ancak "pozitif dini başa çıkma" boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Yukarıdaki tabloda yer alan bulgular, uygulama grubunun izlem testinde ön teste göre "pozitif dini başa çıkma" düzeylerinin arttığını, "negatif dini başa çıkma" düzeylerinin ise azaldığını göstermektedir. Ancak "pozitif dini başa çıkma" düzeylerindeki artış istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Araştırmada uygulama grubunun "Dini Başa Çıkma Ölçeği" son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

3.3.1.2. Kontrol Grubu Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları

Tablo 43. (KG) Pozitif Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması						
		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Ön Test & Son Test	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,214	,027 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	1	-	-		
Ön Test & İzlem Testi	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,207	,027 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	1	-	-		

* p<0,05

Kontrol grubuna uygulanan "Dini Başa Çıkma Ölçeği"nin "pozitif dini başa çıkma" boyutunda "Wilcoxon Signed Rank" analizine göre, ön test-son test ($Z=-2,214$; $p<0,05$) ve ön test-izlem testleri ($Z=-2,207$; $p<0,05$) arasında anlamlı bir sonuç ortaya çıkmıştır (Tablo 43). Son test ve izlem testi arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca "negatif dini başa çıkma" boyutunda da anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 43'deki bulgular, kontrol grubunun ön teste göre "pozitif dini başa çıkma" düzeylerinin son test ve izlem testinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmış olduğunu göstermektedir. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmadığı halde "pozitif dini başa çıkma" düzeyinde ortaya çıkan bu artış önemli bir bulgu olarak kabul edilmelidir.

3.3.1.3. Uygulama ve Kontrol Grubunun Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testine İlişkin Karşılaştırma Bulguları

Uygulama ve kontrol grubunda yer alan hastaların dini başa çıkma düzeylerine ilişkin ön test sonuçları "Mann Whitney U" testi ile karşılaştırılmıştır. Ancak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Tablo 44. Grupların Dini Başa Çıkma Ölçeği Son Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Negatif DBÇ	UG	7	4,86	34,00	6,000	,007 **
	KG	7	10,14	71,00		
** p<0,01						

Uygulama ve kontrol grubu, "Dini Başa Çıkma Ölçeği" son test puan ortalamaları bakımından "Mann Whitney U" testi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 44). Test sonucunda kontrol grubunun "negatif dini başa çıkma" son test puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (U=6,000;p<0,01). Buna göre uygulama grubunda yer alan hastalarının negatif dini başa çıkma düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktür. Bu durumda uygulama grubunun kontrol grubuna nazaran son testte "negatif dini başa çıkma" stiline daha az yöneldiği söylenebilir. Her iki grubun pozitif dini başa çıkma puan ortalamalarında ise anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Tablo 45. Grupların Dini Başa Çıkma Ölçeği İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
Negatif DBÇ	UG	7	5,50	38,50	10,500	,037 *
	KG	7	9,50	66,50		
* p<0,05						

Tablo 45, uygulama ve kontrol grubu hastalarının "Dini Başa Çıkma Ölçeği" izlem testi bulgularının "Mann Whitney U" testi ile karşılaştırılmasını göstermektedir. Tablo, kontrol grubunun "negatif dini başa çıkma" düzeyinin uygulama grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir (U=10,500; p<0,05). Buna göre uygulama grubunun kontrol grubu ile karşılaştırıldığında izlem testinde "negatif dini başa çıkma" etkinliğini daha az kullandığı söylenebilir. "Pozitif dini başa çıkma" boyutunda ise gruplar arası anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

3.4. Altıncı Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular

Araştırmanın altıncı alt sorusu "uygulama ve kontrol grubu hastalarının **durumluk-sürekli kaygı envanteri**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?, (b) ön test, son test ve

izlem testi gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?" şeklinde ifade edilmiştir.

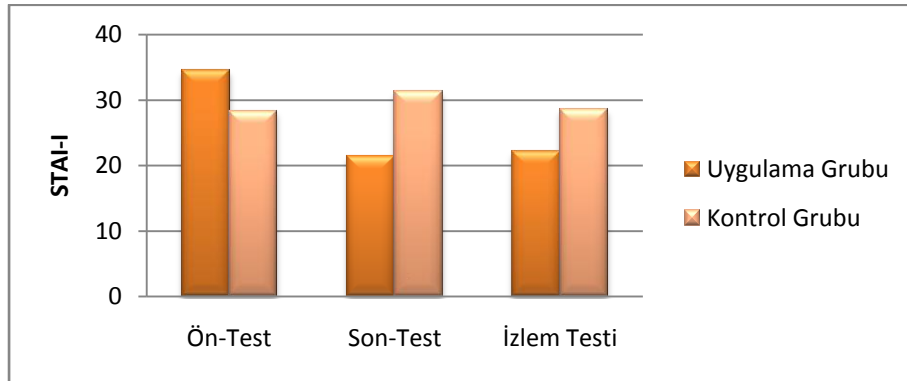
Bu bölümde ilgili araştırma sorusunun çözümüne yönelik durumluk-sürekli kaygı envanterine ait ön test, son test ve izlem testi verilerine, ileri istatistiksel yöntemleriyle grup içi ve gruplar arası karşılaştırma analizleri yapılmıştır. Elde edilen bulgular, grafik ve tablolar haline getirilerek ilgili başlıklar altında yorumlanmıştır.

3.4.1. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları

Uygulama ve kontrol grubunun "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri"ne ilişkin betimsel ve ileri istatistiksel analiz bulguları tablo ve grafiklerle görselleştirilerek verilmiştir.

Tablo 46. Uygulama ve Kontrol Grubu STAI Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puan Ortalamaları						
Ölçek/Boyut	Uygulama Grubu			Kontrol Grubu		
	Ön Test	Son Test	İzlem Testi	ÖnTest	Son Test	İzlem Testi
STA-I	34,50	21,29	22,00	28,29	31,29	28,57
STA-II	44,67	32,00	31,00	36,71	37,71	36,29

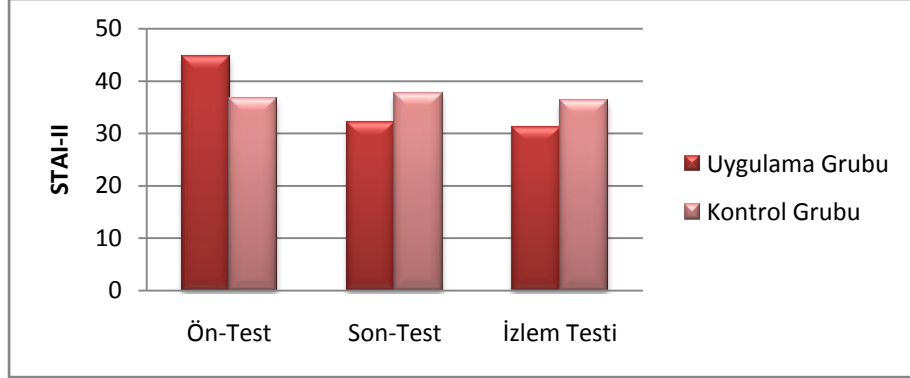
Tablo 46, uygulama ve kontrol grubu "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri"ne (STAI) ait ön test, son test ve izlem testi puan ortalamalarını göstermektedir.



Grafik 16. Uygulama ve Kontrol Grubunun STAI-I Puan Ortalamaları

Uygulama ve kontrol grubunun "Durumluk Kaygı Envanteri" (STAI-I) puan ortalamalarının testlere göre dağılımı Grafik 16'da gösterilmiştir. Uygulama grubunun durumlilik kaygı düzeyinin son test ve izlem testinde ön teste göre daha düşük olduğu; kontrol grubunun puan ortalamalarının ise son testte ön teste göre daha yüksek olduğu ancak izlem testinde tekrar düştüğü görülmektedir. Her iki grubun testlere göre puan

ortalamaları karşılaştırıldığında da uygulama grubunun ön test puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu ancak sonraki testlerde düştüğü izlenmektedir.



Grafik 17. Uygulama ve Kontrol Grubunun STAI-II Puan Ortalamaları

Grafik 17, "Sürekli Kaygı Envanteri" (STAI-II) puan ortalamalarının uygulama ve kontrol grubunda testlere göre değişimini göstermektedir. Grafiğe göre uygulama grubunun "sürekli kaygı" düzeyinin ön testte yüksek olduğu ancak son test ve izlem testinde düştüğü görülmektedir. Kontrol grubunun "sürekli kaygı" düzeyinde ise testlere göre belirgin bir farklılık olmadığı dikkat çekmektedir. Uygulama grubunun ön test dışında diğer testlerde puan ortalamalarının kontrol grubundan daha düşük olduğu izlenmektedir.

3.4.1.1. Uygulama Grubu Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları

Tablo 47. (UG) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
STAI-I	Negatif Sıra	6	3,50	21,00	-2,201	,028 *
	Pozitif Sıra	0	,00	,00		
	Eşit	0	-	-		
STAI-II	Negatif Sıra	6	3,50	21,00	-2,214	,027 *
	Pozitif Sıra	0	,00	,00		
	Eşit	0	-	-		
* p<0,05						

Tablo 47'de uygulama grubunun "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" ön test ve son test puanlarının "Wilcoxon Signed Rank Testi" ile karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Bu sonuçlara göre son testte "durumluk kaygı" düzeyi ($Z=-2,201$; $p<0,05$) ve "sürekli kaygı" düzeyi ($Z=-2,214$; $p<0,05$) ön teste göre anlamlı olarak azalmıştır.

Tablo 43'deki bulgular, uygulama grubunun "durumluk kaygı" ve "sürekli kaygı" düzeylerinin son testte anlamlı bir şekilde düşmüş olduğunu göstermektedir.

Tablo 48. (UG) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması						
		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
STAI-I	Negatif Sıra	6	3,50	21,00	-2,201	,028 *
	Pozitif Sıra	0	,00	,00		
	Eşit	0	-	-		
STAI-II	Negatif Sıra	5	4,00	20,00	-1,992	,046 *
	Pozitif Sıra	1	1,00	1,00		
	Eşit	0	-	-		
* p<0,05						

Uygulama grubunda yer alan hastaların "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" ön test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için "Wilcoxon Signed Rank Testi" yapılmıştır. Tablo 44'de verilen analiz sonuçlarına göre uygulama grubunun "durumluk kaygı" düzeyi ($Z=-2,201$; $p<0,05$), "sürekli kaygı" düzeyi ($Z=-1,992$; $p<0,05$) ön test ve son test bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur.

Yukarıdaki tabloda verilen bulgular, uygulama grubunun durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin izlem testinde ön teste nazaran daha düşük olduğunu ve bu düşüşün istatistiksel olarak da anlamlı olduğunu göstermektedir.

Uygulama grubu "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

3.4.1.2. Kontrol Grubu Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları

"Wilcoxon Signed Rank Testi" analizi sonucunda kontrol grubunun (KG) durumluk kaygı (STAI-I) düzeyinde yalnızca son test ve izlem testi arasında anlamlı bir farklılık ($Z=-2,232$; $p<0,05$) ortaya çıkmıştır (Tablo 49). Diğer testler arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Sürekli kaygı (STAI-II) düzeyinde ise ön test, son test ve izlem testi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 49. (KG) Durumluk Kaygı Envanteri Son Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması						
		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
STAI-I	Negatif Sıra	6	3,50	21,00	-2,232	,026 *
	Pozitif Sıra	0	,00	,00		
	Eşit	1	-	-		
* p<0,05						

Tablo 49, kontrol grubunun "durumluk-kaygı" düzeyinin izlem testinde son teste göre azalmış olduğunu ve bu azalmanın istatistiksel olarak da anlamlı olduğunu göstermektedir.

3.4.1.3. Uygulama ve Kontrol Grubunun Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test, Son Test ve İzlem Testine İlişkin Karşılaştırma Bulguları

Tablo 50. Grupların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
STAI-II	UG	6	9,50	57,00	6,000	,032 *
	KG	7	4,86	34,00		
* p<0,05						

Uygulama ve kontrol grubu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ön test sonuçları bakımından "Mann Whitney U" testi ile karşılaştırılmıştır. Yalnızca "sürekli kaygı" (STAI-II) düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 50). Buna göre, uygulama grubunun "sürekli kaygı" düzeyi ön test puan ortalaması, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir (U=6,000; p<0,05). "Durumluk kaygı" düzeyi puan ortalamasında ise anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 51. Grupların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Son Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
STAI-I	UG	7	4,00	28,00	,000	,001 **
	KG	7	11,00	77,00		
** p<0,01						

Uygulama ve kontrol grubunun "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" son test puanları "Mann Whitney U" testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda uygulama

grubunun "durumluk kaygı" (STAI-I) düzeyi (U=0,000; p<0,01) anlamlı olarak kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur (Tablo 51). Sürekli kaygı düzeyi son test puanlarında ise anlamlı bir farklılaşma ortaya çıkmamıştır.

Tablo 52. Grupların Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
STAI-I	UG	7	4,14	29,00	1,000	,002 **
	KG	7	10,86	76,00		
** p<0,01						

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri izlem testi sonuçlarında uygulama ve kontrol grubu "Mann Whitney U" testi karşılaştırmasında, kontrol grubunun "durumluk kaygı" (STAI-I) puan ortalamasının (U=1,000; p<0,01) anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 52). Bu durumda izlem testinde uygulama grubunun "durumluk kaygı" düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu söylenebilir. "Sürekli Kaygı Envanteri" izlem testi sonuçlarında ise anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir.

3.5. Yedinci Araştırma Sorusuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmanın yedinci alt araştırma sorusu olarak belirlenen "uygulama grubu ve kontrol grubu hastalarının **yaşam kalitesi ölçeği**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?, (b) ön test, son test ve izlem testi gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?" sorusuna yanıt aranmıştır.

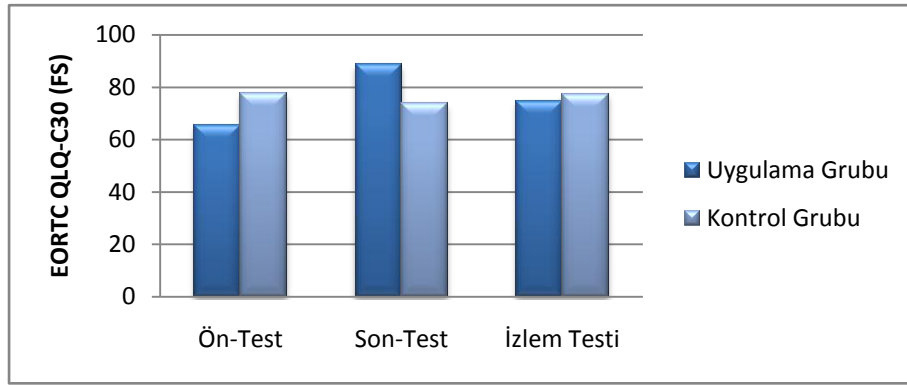
İlgili araştırma sorusuna cevap bulmak amacıyla yaşam kalitesi ölçeği ait ön test, son test ve izlem testi verileri, ileri istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiş, grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar yapılmıştır. Elde edilen analiz bulguları, grafik ve tablolara dönüştürülerek ilgili başlıklar altında yorumlanmıştır.

3.5.1. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulguları

Bu başlık altında uygulama ve kontrol grubuna ait "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği"ne ilişkin betimsel ve ileri istatistiksel analiz bulgularına yer verilmiştir.

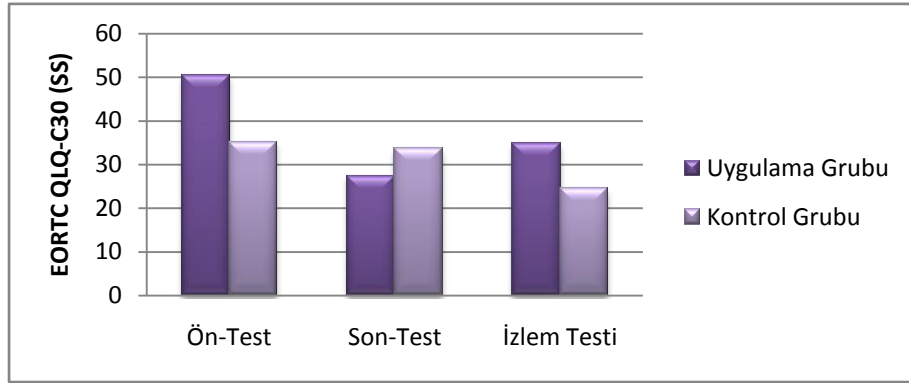
Tablo 53. Uygulama ve Kontrol Grubu EORTC QLQ-C30 Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Puan Ortalamaları						
Ölçek/Boyut	Uygulama Grubu			Kontrol Grubu		
	Ön Test	Son Test	İzlem Testi	Ön Test	Son Test	İzlem Testi
EORTC QLQ-C30 (Fonksiyonel Skala)	65,56	88,57	74,92	77,78	73,65	77,46
EORTC QLQ-C30 (Semptom Skalası)	50,43	27,47	34,80	35,16	33,70	24,54
EORTC QLQ-C30 (Genel Yaşam Kalitesi)	51,39	86,90	89,00	61,90	57,14	64,29

Tablo 53, uygulama ve kontrol grubuna ilişkin "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ön test, son test ve izlem testi puan ortalamalarını göstermektedir.



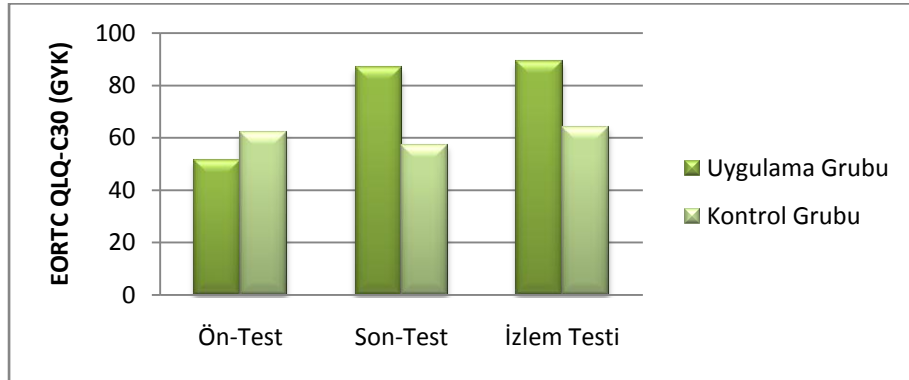
Grafik 18. Uygulama ve Kontrol Grubunun EORTC QLQ-C30 (FS) Puan Ortalamaları

Grafik 18'te uygulama ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeği "fonksiyonel skala" alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının testlere göre dağılımı görülmektedir. Uygulama grubunun "fonksiyonel skala" puanlarının son test ve izlem testinde ön teste göre daha yüksek, izlem testinde ise son teste göre bir miktar düşüş olduğu izlenmektedir. Kontrol grubunun puan ortalamalarında ise dikkati çeken bir değişim yoktur, yalnızca son testte çok küçük bir azalma vardır. Grafik, ön testte kontrol grubunun "fonksiyonel skala" puanlarının uygulama grubuna göre daha yüksek olduğunu ancak son testte uygulama grubunun puanlarında yükselme olduğunu göstermektedir. İzlem testinde ise uygulama grubunun puan ortalamasının, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmektedir.



Grafik 19. Uygulama ve Kontrol Grubunun EORTC QLQ-C30 (SS) Puan Ortalamaları

Grafik 19'da uygulama ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeği "semptom skalası" alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının testlere göre değişimi görülmektedir. Semptom skalasında puanların yüksek olması, yaşam kalitesinin bu boyutunda düşme olduğunu göstermektedir. Grafiğe göre uygulama grubunun semptom skalası değerleri son test ve izlem testinde, ön teste göre daha düşüktür. Kontrol grubunda ise ön test ve son testte değerlerin stabil kaldığı ancak izlem testinde daha düşük olduğu izlenmektedir. Grupların puan ortalamaları grafiğe göre karşılaştırıldığında, ön testte ve izlem testinde uygulama grubunun semptom skalası puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu, son testte ise uygulama grubunun puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmektedir.



Grafik 20. Uygulama ve Kontrol Grubunun EORTC QLQ-C30 (GYK) Puan Ortalamaları

Uygulama ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeği "genel yaşam kalitesi" boyutuna ilişkin puan ortalamalarının testlere göre dağılımı Grafik 20'de verilmiştir. Grafiğe göre uygulama grubunun puan ortalamaları son test ve izlem testinde yükselmiştir. Kontrol grubunda ise son testte ön teste göre küçük bir düşüş olmuş ancak izlem testinde tekrar yükselmiştir. Her iki grubun değerleri testlere göre

karşılaştırıldığında ise uygulama grubunun puan ortalaması ön testte kontrol grubundan daha düşük olduğu ancak son test ve izlem testinde daha yüksek olduğu görülmektedir.

3.5.1.1. Uygulama Grubu Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları

Tablo 54. (UG) Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test ve Son Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
EORTC QLQ-C30 (Fonksiyonel Skala)	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,201	,028 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	0	-	-		
EORTC QLQ-C30 (Semptom Skalası)	Negatif Sıra	5	4,00	20,00	-1,997	,046 *
	Pozitif Sıra	1	1,00	1,00		
	Eşit	0	-	-		
EORTC QLQ-C30 (Genel Yaşam Kalitesi)	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,032	,042 *
	Pozitif Sıra	5	3,00	15,00		
	Eşit	1	-	-		
* p<0,05						

Uygulama grubunun "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği"ne ilişkin ön test ve son test bulgularının "Wilcoxon Signed Rank Testi" ile karşılaştırma sonuçları Tablo 54'de verilmiştir. Buna göre, yaşam kalitesinin "fonksiyonel" boyutunda ($Z=-2,201$; $p<0,05$), "semptom skalası"nda ($Z=-1,997$; $p<0,05$) ve "genel yaşam kalitesi" boyutunda ($Z=-2,032$; $p<0,05$) ön test ve son test bulguları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir.

Tablo 54'de yer alan bulgular, son testte uygulama grubunun bütün alt boyutları (fonksiyonel boyut, semptom skalası ve genel yaşam kalitesi) ile yaşam kalitesi düzeyinde, ön teste göre anlamlı bir iyileşme olduğunu göstermektedir.

Uygulama grubuna uygulanan "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ön test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılaşma ortaya çıkmamıştır. Aynı zamanda son test ve izlem testi puanları arasında da anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır.

3.5.1.2. Kontrol Grubu Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Karşılaştırma Bulguları

Kontrol grubunda (KG) "Wilcoxon Signed Rank Testi"ne göre, "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği"nin "semptom skalası" ($Z=-2,232$; $p<0,05$) ve "genel yaşam kalitesi" ($Z=-2,249$; $p<0,05$) boyutlarında son test ve izlem testi arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu, ön test-son test ve ön test-izlem testi arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir (Tablo 55). Fonksiyonel boyutta da anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır.

Tablo 55. (KG) Yaşam Kalitesi Ölçeği Son Test ve İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması						
		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	P
Semptom Skalası (Son Test-İzlem Testi)	Negatif Sıra	6	3,50	21,00	-2,232	,026 *
	Pozitif Sıra	0	,00	,00		
	Eşit	1	-	-		
Genel Yaşam Kalitesi (Son Test-İzlem Testi)	Negatif Sıra	0	,00	,00	-2,449	,014 *
	Pozitif Sıra	6	3,50	21,00		
	Eşit	1	-	-		
* $p<0,05$						

Tablo 55, kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeği "semptom skalası" alt boyutunda izlem testi puanlarının son teste göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Yine "genel yaşam kalitesi" alt boyutunda da izlem testi puanlarının son testten daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumda kontrol grubunun izlem testinde son teste göre "semptom kontrolü" ve "genel yaşam kalitesi" alt boyutlarında yaşam kalitesi düzeylerinin olumlu yönde artmış olduğu söylenebilir.

3.5.1.3. Uygulama ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testine İlişkin Karşılaştırma Bulguları

Tablo 56. Grupların Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
EORTC QLQ-C30 (Fonksiyonel Skala)	UG	6	4,67	28,00	7,000	,044 *
	KG	7	9,00	63,00		
* p<0,05						

Uygulama ve kontrol grubu "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ön test puanları bakımından "Mann Whitney U" testi ile karşılaştırıldığında yalnızca "fonksiyonel" boyutta (U=7,000; p<0,05) kontrol grubu lehine anlamlı bir sonuç ortaya çıkmıştır (Tablo 56). Elde edilen bu bulguya göre "fonksiyonel skala" alt boyutunda uygulama grubuna nazaran kontrol grubunun ön testte yaşam kalitesi düzeyinin daha iyi olduğu söylenebilir. Diğer boyutlarda anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır.

Tablo 57. Grupların Yaşam Kalitesi Ölçeği Son Test Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
EORTC QLQ-C30 (Genel Yaşam Kalitesi)	UG	7	10,79	75,50	1,500	,003 **
	KG	7	4,21	29,50		
** p<0,01						

Uygulama ve kontrol grubunun "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği"ne ilişkin son test bulguları "Mann Whitney U" testi ile karşılaştırılmıştır. Analiz sonucunda yaşam kalitesinin "genel yaşam kalitesi" boyutunun (U=1,500; p<0,01) uygulama grubu hastalarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (bkz. Tablo 57). Bu durumda yaşam kalitesinin "genel yaşam kalitesi" alt boyutunda uygulama grubunun son testte kontrol grubuna göre daha iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Diğer boyutlarda anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir.

Tablo 58. Grupların Yaşam Kalitesi Ölçeği İzlem Testi Bulgularının Karşılaştırılması						
		n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
EORTC QLQ-C30 (Genel Yaşam Kalitesi)	UG	7	10,07	70,50	6,500	,019 *
	KG	7	4,93	34,50		
* p<0,05						

Uygulama ve kontrol grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeği izlem testi sonuçlarının karşılaştırılmasında "Mann Whitney U" testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular, yaşama kalitesinin "genel yaşam kalitesi" boyutunda (U=6,500; p<0,05) uygulama grubu lehine anlamlı bir farklılaşma olduğunu göstermektedir (bkz. Tablo 58). Son testte olduğu gibi izlem testinde de "genel yaşam kalitesi" alt boyutunda uygulama grubunun kontrol grubuna göre yaşam kalitesi düzeyi daha yüksektir. Diğer boyutlarda anlamlı bir sonuç çıkmamıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

1. NİTEL ARAŞTIRMA BULGULARINA İLİŞKİN TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmanın soruları çerçevesinde tartışma ve yorumlara yer verilmiştir.

1.1. Birinci Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma

Araştırmanın bu aşamasına ilişkin birinci araştırma sorusu "kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecine ilişkin yapmış oldukları değerlendirmeler nelerdir?" şeklinde ifade edilerek beş alt soruya ayrılmıştır:

- i. Kanser hastalarının tanı ve tedavi dönemine ilişkin göstermiş oldukları tepkiler nelerdir?
- ii. Kanser hastalarının tanı ve tedaviye bağlı olarak yaşamış oldukları problemler nelerdir?
- iii. Kanser hastalarının hastalığa yönelik yapmış oldukları atıflar nelerdir?
- iv. Kanser hastalarının tanı sonrası kendilerine ve dışı yönelik yaşamış oldukları değişimler nelerdir?
- v. Kanser hastalarının hastalıkla başa çıkmak için destek aldıkları uygulamalar ve kaynaklar nelerdir?

Her bir alt soruya ilişkin tartışma ve sonuç, araştırmanın bulgular bölümünde ortaya çıkan ilgili tema başlığı altında yer almıştır.

1.1.1. Tanı ve Tedavi Dönemi Tepki ve Problemlerine İlişkin Tartışma

Bu bölümde hastaların tanı ve tedavi döneminde kansere yönelik tepki ve problemlerine ilişkin tartışma ve sonuçlara yer verilmiştir.

1.1.1.1. Tanıya Kadar Geçen Süreç Temasına İlişkin Tartışma

Mülakatlar sırasında hastalar, tanıya kadar geçen süreç içinde yaşadıkları endişeleri, stresi de dile getirmek istemişlerdir. Bundan dolayı "tanıya kadar geçen

süreç" başlığı altında yeni bir tema eklenmiştir. Fakat araştırmanın bağlamı dolayısıyla "tanıya kadar geçen süreç" teması altında kod ve kategorilerin oluşturulmasına gerek duyulmamıştır.

Tanıya kadar geçen süreçte özellikle hastalığın ne olduğuna ilişkin belirsizlik olması hastalar tarafından kaygı ve stresi arttıran bir faktör olarak değerlendirilmiştir.

Kanser teşhisi konuluncaya kadar yapılan tetkik, tahliller ve bunlara ilişkin sonuçların çıkması uzun bir zamana yayılabilmektedir. Dolayısıyla "tanıya kadar geçen süreç" de ortaya çıkan bekleyiş hastalar için oldukça meşakkatli ve ağırdır. Buna bir de sonucun ve tanının ne olacağına ilişkin belirsizlik eklendiğinde stres ve kaygı kaçınılmaz olmaktadır. Ancak doktor ve sağlık personelinin tutum ve davranışları, bu süreçte hastaların stres ve kaygılarını sağlıklı bir şekilde yönetmelerinde etkili bir faktör olarak görünmektedir.

Sürecin öncesinde kanser hakkında az çok belli bir bilgiye sahip olmanın önemi de ortaya çıkmaktadır. Hastaların bir kısmının kitleyi dokunarak fark etmeleri ve akabinde bir sağlık kuruluşuna başvurmaları, kanser hakkında bir bilinç ve farkındalık oluştuğunu göstermektedir. Aynı zamanda belli bir sağlık politikası çerçevesinde aile hekimlerinin ve KETEM gibi sağlık kuruluşlarının da kanser tarama programlarında aktif rol üstlendiği anlaşılmaktadır.

1.1.1.2. Kansere Karşı Gösterilen Tepkiler Temasına İlişkin Tartışma

Araştırmanın birinci araştırma sorusultında yer alan "(i) kanser hastalarının tanı ve tedavi dönemine ilişkin göstermiş oldukları tepkiler nelerdir?" sorusuna yönelik yanıtlar "kansere karşı gösterilen tepkiler" teması altında ele alınmıştır. Bu bölümde ilgili tema kapsamında, (i) nolu alt araştırma sorusuna ilişkin tartışma ve sonuçlara yer verilmiştir.

Kansere karşı gösterilen tepkiler, iki alt temaya ayrılarak incelenmiştir. Bu alt temalar, "tanıya karşı gösterilen tepkiler" ve "'tedavi sürecinde gösterilen tepkiler" olarak adlandırılmıştır.

a. Tanıya Karşı Gösterilen Tepkiler Alt Temasına İlişkin Tartışma

Hastalığa ilk tanı konulduğunda gösterilen tepkilerin analizinde Kübler-Ross'un yas modeli esas alınmıştır. Kategorilerin adlandırılması modelde yer alan aşamalara

göre yapılmıştır. Bu aşamalara göre belirlenen kategoriler; "inkâr", "öfke/kızgınlık", "pazarlık", "çaresizlik/depresyon" ve "kabullenme" olmuştur. Tanı dönemi tepkileri Şema 1'de gösterilmiştir.

Araştırmada "inkâr" kategorisine ilişkin üç kod ortaya çıkmıştır. Bunlardan "şok/şaşkınlık" ve "yadsıma" kodlarının frekansları daha yüksek bulunmuştur. Diğer kod ise "hastalığı gizleme"dir.

Araştırmada "öfke/kızgınlık" kategorisine ilişkin yalnızca bir kod ortaya çıkmıştır. Frekansı "1" olan bu kod ise "sorgulama"dır. Bu durum araştırmanın örnekleme için "öfke/kızgınlık" aşamasının çok belirgin olmadığını göstermektedir. "Pazarlık" kategorisi için ise yalnızca bir kod bulunmuştur: "Yaratıcı'ya teslim olma". Ancak bu kod da yalnızca bir hastada tanımlanmış olup frekans sayısı "1"dir.

Araştırmada "tanıya karşı gösterilen tepkiler" teması altında kod sayısı ve frekans ağırlığı bakımından en baskın kategorinin "çaresizlik/depresyon" olduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların tanıya karşı göstermiş olduğu tepkiler, bu kategoride yoğunlaşmıştır. Bu kategori altında frekans sayısına göre sırasıyla "korku (8)", "kaygı (7)", "üzüntü/ağlama (5)", "belirsizlik (1)", "kendini farklı görme (1)", "karamsarlık (1)", "uzaklaşma (1)" kodları tanımlanmıştır. "Tanıya karşı gösterilen tepkiler" alt temasının son kategorisi ise "kabullenme" olarak belirlenmiştir. Ancak bu kategoriye ait frekansı "1" olan yalnızca bir kod ortaya çıkmıştır.

Genel olarak hastaların kanser tanısını öğrendiklerinde aynı anda pek çok duygu ve tepkiyi yaşamış oldukları tespit edilmiştir. Tepkilerin ise belli kategorilerde yoğunlaştığı gözlenmiştir. Bu araştırmada tanıya karşı gösterilen tepkilerin, "çaresizlik/depresyon" kategorisinde belirgin bir ağırlık ve yoğunlaşma gösterdiği belirlenmiştir. "Çaresizlik/depresyon" kategorisi içinde ise frekans sayısı bakımından "korku", "kaygı" ve "üzüntü/ağlama" kodlarının ilk üç sırada yer aldığı tespit edilmiştir. Ağırlık bakımından ikinci sırada yer alan kategori ise "inkâr" olmuştur. "Öfke/kızgınlık", "pazarlık" ve "kabullenme" aşamalarının her birisinde ise frekansı "1" olan tek kod ortaya çıkmıştır.

Kanser tanısına yönelik hastaların vermiş olduğu tepkiler, literatürle benzerlik göstermektedir. Kurt'un kanser hastalarında yaptığı çalışmada; hastaların tanıyı ilk duyduklarında vermiş olduğu tepkinin inanama ve savunma mekanizmasının da

yadsıma olduğu tespit edilmiştir.⁶⁴⁴ Çiftçi'nin çalışmasında kanser hastalarının tanıyı ilk duyduklarında vermiş oldukları tepkiler; kendine yakıştıramama/inkâr etme, aşırı üzüntü/isyan, derin bir şok, soğukkanlılıkla karşılama ve aldırış etmeme olarak sıralanmıştır.⁶⁴⁵ Çufta'nın çalışmasında, kanser teşhisini öğrenmeye bağlı olarak ilk gösterilen tepkilerin; hastaların "% 30'unda korku, % 27,5'inde soğukkanlılıkla karşılama, % 17,5'inde stres ve depresyona girme, % 12,5'inde derin bir şok, % 12,5'inde inanmama, inkâr, isyanla karşılama" şeklinde olduğu belirlenmiştir.⁶⁴⁶ Beatty ve arkadaşlarının meme kanseri kadın hastalarla yapmış olduğu nitel araştırmada katılımcılar tanı anında; korku, şok, üzüntü, acı, ızdırap gibi duygular hissettiklerini bildirmişlerdir.⁶⁴⁷ Karakartal tarafından kanser tanısı almış hastaların ruh sağlığı üzerine yapılan nitel araştırmada hastaların tanıyı öğrendiklerinde vermiş olduğu tepkiler; psikolojik yıkım ve kabullenme alt temalarında toplanmıştır.⁶⁴⁸

Tunç, meme kanseri hastalarla yapmış olduğu çalışmasında tanı dönemi tepkilerini bilişsel, duygusal, davranışsal ve kişilerarası tepkiler olarak dört alt kategoriye ayırmıştır. Bilişsel tepkiler içinde "şok ve inanmama" tepkilerinin oldukça belirgin olduğu tespit edilmiştir. Duygusal tepkilerde üzüntü, korku, yalnızlık, öfke ve suçluluk boyutlarının ortaya çıktığı ve bunlar arasında en çok gözlenen iki tepkinin "üzüntü" ve "korku" olduğu belirlenmiştir. Davranışsal tepkiler ise ağlama, dua etme ve sosyal destek arama şeklinde boyutlara ayrılmıştır. Bu boyutlar arasında "ağlama" tepkisinin yoğun olarak yaşandığı tespit edilmiştir. Tunç'un çalışmasında kişilerarası tepkilerde üzmemeye çalışma, gizleme ve yalnız kalma boyutları tanımlanmıştır. Bunlar arasında "üzmemeye çalışma" tepkisinin frekansı diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu tepkinin arkasında katılımcıların, kanserin aile ve yakın çevre üzerindeki sarsıcı etkisini azaltma düşüncesi vardır.⁶⁴⁹

⁶⁴⁴ Zehra Kurt, *Kanserli Hastaların İyileşmesinde Manevi Değerlerin Rolü*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2005, s. 117.

⁶⁴⁵ Çiftçi, *Hastalıklarla Başa Çıkma Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği*, s. 57.

⁶⁴⁶ Çufta, *Kanser Hastalığı ile Başa Çıkma Dinî İnanç ve Tutumların Rolü: Kosova Örneği*, s. 97.

⁶⁴⁷ Lisa Beatty vd., "The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer: A Qualitative Study of Patient, Nurse and Volunteer Perspectives", *Health Expectations*, C. 11, S. 4 (2008), ss. 331-42, doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00512.x.

⁶⁴⁸ Demet Karakartal, "Kanser Tanısı Almış Hastaların Ruh Sağlıkları İle Kişisel Yardım ve Destekleri", *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, C. 30, S. 2 (2017), ss. 583-99.

⁶⁴⁹ Aygül Tunç, *Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa Çıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi İle Psiko-Sosyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi*, (Doktora Tezi), Mersin: Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2014, ss. 139-43.

Bazı çalışmalar, meme kanseri hastalarda ilk tepkilerin acı çekme, belirsizlik ve ölüme yönelik olduğu, sonraki tepkilerin ise kadınlığı temsil eden bir organın kaybına bağlı olarak beden imajı, benlik saygısı ve cinsellikle ilgili olduğunu bildirmektedir.⁶⁵⁰

Tuncay'ın genç kanser hastalarıyla yapmış olduğu niteliksel çalışmada, tanı dönemi tepkilerinde şok ve kaygının öne çıktığı belirlenmiştir. Özellikle toplumsal bellekte kanserin, ölüme eşleştirilmesinin korku ve kaygıyı arttıran önemli bir faktör olduğu düşünülmüştür.⁶⁵¹

Genel olarak literatüre bakıldığında, tanı dönemi tepkilerinin sıralama ve ağırlığı değişse de şok ve yadsıma gibi inkâr tepkileri ile korku, kaygı, üzüntü gibi "çaresizlik/depresyon" kategorisi tepkilerinde yoğunlaşma olduğu görülmektedir.

Lazarus, klinisyenler ve sağlık psikologları tarafından inkârın, bir zamanlar olduğu gibi ilkel ve başarısız bir savunma olma gerekçesiyle kınanmadığını; bilakis ölümcül bir hastalığın teşhisi gibi hayatı tehdit eden zor durum ve krizlere karşı insanları korumadaki değerinin anlaşıldığını ifade eder.⁶⁵²

Bu araştırmada tanıyı ilk öğrendiğinde bazı hastalar genel bir korku duygusu hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu duygunun yaşayacaklarına ilişkin belirsizlik ve bilgisizliğe bağlı olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında ölüm korkusu ve acı çekerek ölme korkusu yaşayan hastalar da vardır. Bazı hastalarda ise yaşanan ilk duygunun kansere ilişkin genel bir korku olduğu ve bu korkunun daha sonra acı çekerek ölme korkusu olarak netleştiği görülmektedir.

Kanser teşhisiyle birlikte gizlenmiş ve örtülmüş olan ölüm korkusu bariz bir şekilde açığa çıkar. Bazı kanser hastaları için ölüme yönelik kaygı ve korkular kendi varlığından ziyade ailesi ve sevdikleri etrafında şekillenir. Onlardan ayrı kalmanın, onları bir daha görememenin ve kendi ölümleriyle onlara acı ve üzüntü verecek olmanın kaygısı içindedirler. Bu hastalar içinde özellikle küçük yaşta çocukları olanlar bu tür duyguları daha sık yaşamaktadırlar.

⁶⁵⁰ Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

⁶⁵¹ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, s. 62.

⁶⁵² Richard S. Lazarus, "The Costs and Benefits of Denial", *The Denial of Stress*, ed. S. Breznitz, New York: International Universities Press, 1983, ss. 1-30; (akt.) Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

Yeni teşhis ve tedavi imkânlarıyla kanserden iyileşme ve düzelme oranı anlamlı bir şekilde yüksek olmasına rağmen pek çok kişi tarafından kanser, halen ölümcül bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bir hastaya "kanser" olduğunu söylemek ölüm düşüncesini, o hastanın bilinç düzeyine çıkarmak demektir. Kanser tanısı alan hasta ya da yakını için fani olduğunu hatırlamak ıstırap verici bir duygudur.⁶⁵³

Yalom, ölüm korkusunu tüm insanlık için ortak bir korku olarak tanımlamaktadır. İnsan varoluşu, bir şekilde ölüp bu dünyadan ayrılacağı gerçeği altında ezilir. Ölüm korkusu kimi insan için huzursuzluk ya da psikolojik bir bozukluk olarak dolaylı yoldan kendini gösterirken kimisi içinde açık ve bilinçli bir anksiyete olarak kendini gösterir. Bazı insanlar için ise ölüm korkusu, yaşamın bütün mutluluk ve sevincini alan dehşet bir korku haline dönüşebilir.⁶⁵⁴ Epikouros, felsefenin amacını insanın mutsuzluğunu dindirmek olarak tanımlar. Ona göre mutsuzluğun kökeni ise "her zaman ve her yerde var olan ölüm korkusu"dur ve bu korku, insanın hayattan zevk almasını engeller ve herhangi bir zevkin tam anlamıyla yaşanmasına da müsaade etmez. İnsan, ölüm anksiyetesi ile başa çıkmak için ve ölüm korkusunu yumuşatmak için farklı yöntemler geliştirir. Fakat her çeşit yöntem ve savunmaya rağmen ölüm korkusunu bastırmak güçtür. Zihnin ve benliğin derinliklerinde gizli varlığını sürdürür.⁶⁵⁵

Yalom'a göre "her insan, ölümden kendi tarzına göre korkar."⁶⁵⁶ Burada inançlar ve tutumlar çerçevesinde şekillenen bir ölüm korkusundan bahsetmek mümkündür. Kübler-Ross da ölümcül hastalıklarda hastaların vermiş oldukları tepkilerin kişilik yapıları ve yaşam tarzlarıyla yakından alakalı olduğunu belirtir. Ona göre örneğin, hastalık öncesi yaşamlarında yadsımayı, temel bir savunma mekanizması olarak kullanan bireyler, habis hastalıkta da yadsıma mekanizmasına daha fazla yönelecektir.⁶⁵⁷

Freud, insanın bilinçaltında sonsuza kadar yaşama isteği olduğuna vurgu yapar. Kanser tanısı alan birey, bilinçaltında yatan yaşama güdüsü karşısında somut bir ölüm gerçekliğiyle yüzleşmek zorunda kalır. İlk tedavisi başarılı bir şekilde tamamlanmış olsa bile birey, ölmek zorunda olduğu düşüncesini kendinden uzaklaştıramaz. Bu düşünce,

⁶⁵³ Kübler-Ross, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, s. 51.

⁶⁵⁴ Irvin Yalom, *Güneşe Bakmak: Ölümle Yüzleşmek*, çev. Zeliha İyidoğan Babayiğit, İstanbul: Kabalıcı, 2008, s. 9.

⁶⁵⁵ a.g.e., ss. 10-13.

⁶⁵⁶ a.g.e., s. 18.

⁶⁵⁷ Kübler-Ross, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, s. 55.

özellikle rutin kontrollerde ve kansere bağlı vefat haberlerinde daha sık ortaya çıkar.⁶⁵⁸ Meme kanseri hastalarla yapılan nitel bir çalışmada bazı hastalar, ölüm olasılığıyla yüzleşmenin verdiği korkuya değinerek kendilerini idam sırasındaymış gibi hissettiklerini ifade etmişlerdir.⁶⁵⁹

Ölüm kaygısı ve korkusu karşısında bazı hastalar umutsuzluk duygusu içinde iken bazı hastalarda kadere ve İlâhi bir güce teslim olur. Kanser hastaları ölüm korkusu ile mücadelede etmede farklı başa çıkma yöntemleri kullanır. Bunların bir kısmı dini/manevi, bir kısmı ise aktif başa çıkma yöntemlerini içermektedir.⁶⁶⁰ Palyatif bakım altındaki kanser hastalarına yönelik yapılan bir meta-incelemede de ölüm korkusunun kaygı ve panik atakları hızlandırdığı, bilinmeyenden korkma ve belirsizlik hissinin, uykusuzluğa neden olabildiği belirlenmiştir. Hastalarda ölüm hakkında konuşabilmenin ve öbür dünyaya inancın, rahatlatıcı ve ölüm korkusuna karşı koruyucu olduğu bulunmuştur.⁶⁶¹ Din ve Tanrı inancı, ölüm korkusu ve kaygısını hafifleten önemli bir başa çıkma kaynağı olarak kabul edilir. Ölümden sonra sonsuz bir hayata sahip olma düşüncesi, dünya hayatını daha anlamlı kılar.⁶⁶²

"Tanı dönemi tepkileri"ne ilişkin bulgular kısaca özetlenecek olursa hastalarda tanı konuluncaya kadar yapılan tahlil ve tetkiklerin sonucunu beklemenin ciddi bir stres kaynağı olduğu ve bu dönemde doktor ve sağlık personelin tutum ve davranışlarının da hastanın tanıya karşı göstereceği tepkiler üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Hastaların tanıya karşı ilk verdikleri tepkilerin; hastalık hakkında önceden yaşadıkları tecrübeler (ailede veya yakın çevrede kanser vakasının olması), kanser hakkında medya vasıtasıyla görsel ya da yazılı bilgilere, yakın veya uzak çevreden (komşu, arkadaş vb.) edinilen duyumlara göre değiştiği düşünülmektedir. Yaşanılan tecrübe, edinilen bilgi ve duyum, ne kadar olumlu ve doğruya yakınsa gösterilen tepkinin şiddetinin de daha az olduğunu söylemek mümkündür.

⁶⁵⁸ Bag, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

⁶⁵⁹ Beatty vd., "The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer", ss. 331-42.

⁶⁶⁰ C. R. Satish Kumar, Neha Parashar, "Death anxiety, coping and spirituality among cancer patients", *Indian Journal of Positive Psychology*, C. 6, S. 3 (2015), ss. 291-94.

⁶⁶¹ Edwards vd., "Review", ss. 753-70.

⁶⁶² Yalom, *Güneşe Bakmak: Ölümle Yüzleşmek*, s. 13.

Her bir hastanın tanıya karşı tepkisinin farklı olduğu, bazı hastalarda Kübler-Ross'un modeline göre aşamaların sırasıyla ortaya çıktığı, bazılarında ise aşamalar arası hızlı geçişlerin olduğu anlaşılmıştır. Kübler-Ross, yas aşamalarının süresinde ve sırasında farklılıklar olabileceğini bazen birbirlerini izleyen evreler olabileceği gibi bazen de evrelerin yan yana gelebileceğini belirtir.⁶⁶³ Bu durum hastaların önceki deneyimleri, kişilik özellikleri, psikolojik sağlamlıkları yanında küçük yaşta çocuklarının olması, yalnız yaşama, sosyal destek gibi faktörler bağlamında açıklanabilir. Ailede küçük çocukların olması kanser tanısı alan birey için kaygının yönünü ve şiddetini değiştirebilmektedir.⁶⁶⁴

Araştırmada "çaresizlik/depresyon" kategorisine ait kodların dağılım ve frekansları, hastaların tanıya karşı göstermiş oldukları tepkilerin genel olarak burada toplanmış olduğunu göstermektedir. Bu kategori altında ise frekansı en yüksek olan kodun "korku" (kansere yönelik korku, ölüm korkusu, acı çekerek ölme korkusu) olduğu sonrasında ise "kaygı" ve "üzüntü/ağlama" kodlarının geldiği belirlenmiştir. Bu kategori altındaki diğer kodlar ise "belirsizlik", "karamsarlık", "kendini farklı görme" ve "uzaklaşma"dır. Hastalarda inkâr, öfke ve pazarlık gibi tepki aşamalarına yönelik kod dağılım ve frekanslarının "çaresizlik/depresyon" kategorisine göre daha düşük olması, hastaların kesin tanı öncesi yaşamış oldukları tetkik ve teşhis sürecinin etkisiyle açıklanabilir. Bu süreçte ortaya çıkan stres ve endişenin tanıya yönelik ilk tepkilerin şiddetini kısmen azalttığı ön görülebilir. Aynı zamanda kansere yönelik toplumu bilgilendirme çabalarının bir yansıması olarak hastaların genelinde kendi tanılarıyla ilgili bir önsezinin oluştuğu anlaşılmıştır. Bunlara bağlı olarak da ilk tepkilerin "inkâr" kategorisinde değil de "çaresizlik/depresyon" kategorisinde yoğunlaşmış olabileceği söylenebilir. Ancak burada "inkâr" aşamasının da frekans ağırlığı bakımından "çaresizlik/depresyon" kategorisinden sonra ikinci sırada gelmesi de bu tepkinin önemini göstermektedir.

"Tanıya karşı gösterilen tepkiler" alt teması içinde yer alan en son kategori ise "kabullenme" olmuştur. Ancak bu kategoriye ait yalnızca bir kod tanımlanmış olup frekans sayısı da "1" olarak bulunmuştur. Tanı dönemi tepkileri içinde "kabullenme"

⁶⁶³ Kübler-Ross, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, s. 167.

⁶⁶⁴ Gümüş, "Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

aşamasının belirgin bir tepki olmaması normaldir. Çünkü kanser tanısıyla ilk defa yüzleşen hastalar için birden "kabullenme" tepkisinin oluşması beklenen bir durum değildir.

Sonuç olarak "tanıya karşı gösterilen tepkiler" in oluşmasında, kişiliğin yanında toplumsal algıların, kanser sürecine ilişkin bilgi ve yakın çevrede kanser tanısı olmasına bağlı olarak kazanılan tecrübenin de etkili olduğu çıkarımı yapılmıştır.

b. Tedavi Sürecinde Gösterilen Tepkiler Alt Temasına İlişkin Tartışma

Tedavi dönemi tepkileri, "tedavi sürecinde gösterilen tepkiler" alt teması altında incelenmiş ve Kübler-Ross'un yas modeli esas alınarak "inkâr", "öfke/kızgınlık", "pazarlık", "çaresizlik/depresyon" ve "kabullenme" şeklinde kategorilere ayrılmıştır. Şema 2'de bu kategori ve kodlar ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

"Tedavi sürecinde gösterilen tepkiler" alt temasının yas aşama modeline göre ilk sırada yer alan kategorisi "inkâr"dır. Araştırmada bu kategori altında frekansı "1" olan yalnızca bir kod tanımlanmıştır. Bu kod ise "yadsıma" olarak adlandırılmıştır. İkinci kategori "öfke/kızgınlık" olmuştur. Bu kategori altında da frekansı "1" olan tek bir kod ortaya çıkmıştır: "Agresiflik". Üçüncü kategori olan "pazarlık" altında ise frekansı "3" olan "Yaratıcı'ya yalvarma" adı ile tek bir kod belirlenmiştir. Bu kod altında hastaların özellikle çocuklarının mürüvvetlerini görebilmeyi bahane ederek Allah'tan ölümü geciktirip uzun yaşam diledikleri görülmüştür.

Dördüncü kategori olan "çaresizlik/depresyon"un, tanı dönemi tepkilerinde olduğu gibi tedavi dönemi tepkileri içinde de toplam kod frekansı ($\Sigma f=9$) ve kod çeşitliliği bakımından en yüksek kategori olduğu görülmektedir (bkz. Şema 2). Bu kategori içinde "kaygı", "korku", "pişmanlık", "üzüntü/ağlama" ve "ümitsizlik" kodları tespit edilmiştir. Bu kodlardan "ümitsizlik (1)" dışında diğer kodların frekansı "2"dir.

"Tedavi sürecinde gösterilen tepkiler" alt temasının son kategorisi ise "kabullenme"dir ve Kübler-Ross yas aşama modeline göre tepkilerin son aşamasıdır. "Kabullenme" kategorisi, tedavi dönemi tepkileri içinde "çaresizlik/depresyon"dan sonra frekans ağırlığı bakımından ikinci sırada yer almıştır. Bu kategori altında "hastalığa uyum ve alışma" ile "kaderi kabullenme" kodları tanımlanmıştır. "Hastalığa uyum ve alışma" koduna ait frekans "4" olarak bulunmuştur. Bu kodun tanımlandığı

hastalarda tedavi döneminde birtakım belirsizliklerin ortadan kalkmasıyla hastalığa uyum sağlandığı anlaşılmaktadır.

Tunç, "tedaviye yönelik tepkiler"i "bilişsel, duygusal, davranışsal ve kişiler arası" tepkiler olarak sınıflandırmıştır. Bunlar arasında "duygusal tepkiler"in diğerlerine göre daha yoğun olduğu dikkat çekmektedir. Duygusal tepkiler içinde yoğunluğun ise öfke ve üzüntü/acı boyutlarında olduğu belirlenmiştir. Bir diğer yoğun tepki ise davranışsal tepkiler arasında tanımlanan "uykusuzluk" olmuştur.⁶⁶⁵

Bu araştırmada ise Tunç'un "duygusal tepkiler" kategorisi ile benzerlik gösteren "çaresizlik/depresyon" toplam kod frekansı bakımından en belirgin kategoridir. Ancak frekans dağılımları "kaygı, korku, pişmanlık ve üzüntü/ağlama" kodları arasında kısmen eşit bir şekilde yayılmıştır. "Tedavi sürecinde gösterilen tepkiler" temasında çaresizlik/depresyon kategorisinden sonra en yoğun kategori "kabullenme" olmuştur. Bu kategoride ise "hastalığa uyum ve alışma" ile "kaderi kabullenme" kodları ortaya çıkmıştır.

Kanser; travmatik bir olay olarak bireyin yaşam bütünlüğünü bozan, kaygı, çökkünlük ve acıya neden olan önemli bir stres kaynağıdır. Travmatik bir olaya maruz kalan bireyin tepkisinde çaresizlik, korku ve dehşet duyguları izlenebilir.⁶⁶⁶

Bir kısım çalışmalar, kansere yönelik en büyük korkunun, hastalığın nüks etmesi olduğunu göstermektedir.⁶⁶⁷ Kanser hastaları için hastalığın nüksetmesi ve ilerlemesine yönelik korku, ciddi bir tehdit unsuru olarak da değerlendirilmektedir.⁶⁶⁸

Kanser hastalarında; ölüm korkusu, kansere yönelik korku ve çaresizlik gibi depresif belirtiler akut stres bozukluğuyla ilişkilendirilmiştir. Bu bozukluğa bağlı olarak uyuşukluk, dalgınlık, duygusal tepkisizlik, uyku bozukluğu, irritabilite, odaklanma güçlüğü, tekrarlayan düşünceler vb. belirtiler de görülebilmektedir. Hastanın önemli bir travmaya maruz kaldığını gösteren akut stres bozukluğu, kanserde en hızlı gelişen ve kısa sürede (30 gün içinde) ortadan kalkabilen bir ruhsal bozukluktur. Diğer taraftan akut stres bozukluğunun hastalarda toplumsal ve mesleki alanlarda işlev kaybına ve

⁶⁶⁵ Tunç, *Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa çıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi İle Psiko-Sosyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi*, s. 138.

⁶⁶⁶ Tokgöz vd., "Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim", ss. 51-61.

⁶⁶⁷ Fukui vd., "A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma", ss. 1026-36.

⁶⁶⁸ Bağ, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

sosyal destek kaynaklarını harekete geçirme yetisinde bozulmaya da yol açabileceği belirtilmiştir.⁶⁶⁹

Hastaların yaşamın anlamına ilişkin sorgulamaları ve hastalığa yapılan nedensel açıklama arayışının neticesinde bulunan yanıtlarla birlikte korku ve kaygıların azalması, olumsuz duyguların kontrolü gibi pek çok faktör hastalığı kabullenme sürecine geçişi hızlandırır. Kabullenme sürecinde hastaların güç kaynaklarını aktive etme çabası da ortaya çıkar.⁶⁷⁰

Sonuç olarak tedavi döneminde hastalığa gösterilen tepkiler de yine tanı döneminde olduğu gibi tek tip değildir. Hastalar insani olarak kısa sürede çoklu duygu geçişleri yaşayabilmektedirler. Döneme (tanı, tedavi, sağkalım dönemleri) bağlı olarak kansere karşı gösterilen tepki ya da duygunun kaynağı değişebilmektedir.

Hastalarda tanı ve tedavi dönemi tepkilerine ilişkin bulgular birlikte incelendiğinde birtakım farklılıklar olduğu dikkat çekmektedir. Öncelikle tedavi dönemi tepkilerinin toplam frekans ağırlığının tanı dönemine göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (bkz. Şema 1 ve Şema 2). Bu durum tedavi döneminde kansere ilişkin belirsizliklerin genel olarak ortadan kalktığı ve tepkilerin yerini kısmen hastalıkla başa çıkma mücadelesinin aldığı şeklinde yorumlanabilir. İlgili şemalar incelendiğinde tanı döneminde "inkâr" ve "çaresizlik/depresyon" kategorilerinin; tedavi döneminde ise "çaresizlik/depresyon" ile "kabullenme" kategorilerinin baskın olduğu görülecektir. Ancak tedavi dönemi "çaresizlik/depresyon" kategorisinin toplam frekans ağırlığı tanı dönemi "çaresizlik/depresyon" kategorisine göre oldukça düşüktür. Buna göre hastalarda tedaviye bağlı olarak zayıf da olsa birtakım çaresizlik ve depresif duyguların devam ettiği ancak "kabullenme" aşamasına geçişin de belirgin olarak yaşandığı söylenebilir.

Çoğu hastanın tanıyı ilk duyduğunda vermiş olduğu tepki, henüz kimliği tanımlanmamış belirsiz bir düşmana karşıdır. Kanser hakkındaki ön bilgiler, hastaların yakın çevresinde kanser vakasının olması ya da kansere ilişkin çeşitli duyular, kanser yaşantısını tecrübe ederek "kanseri tanıma"nın yerine geçememektedir. Bundan dolayı

⁶⁶⁹ Güleç, Büyükkınacı, "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar", ss. 343-67.

⁶⁷⁰ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 68-69.

ilk tepkilerde bilinmeyen bir yolculuğa çıkacak olmanın verdiği bir korku ve kaygı saklıdır. Tedavi döneminde gösterilen tepkilerde ise kimliği belirsiz düşman yoktur, artık. Düşman zayıf ve güçlü yönleriyle tanımlanmış ve düşmanın saldırı taktikleri anlaşılmıştır. Bu dönemdeki kaygının, daha ziyade tedavi sürecinin bir an önce bitmesine ya da tedaviye bağlı birtakım problemlere (bulantı, iştahsızlık, halsizlik, yorgunluk vb.) yönelik olduğu söylenebilir.

1.1.1.3. Tanı ve Tedaviye Bağlı Problemler Temasına İlişkin Tartışma

Birinci nitel alt araştırma sorusu altında "(ii) kanser hastalarının tanı ve tedaviye bağlı olarak yaşamış oldukları problemler nelerdir?" şeklinde yeni bir alt sorusu oluşturulmuştur. Bu alt sorunun cevaplanmasına ilişkin araştırma bulgularında, "tanı ve tedaviye bağlı problemler" adıyla bir tema ortaya çıkmıştır. Bu bölümde ilgili tema kapsamında (ii) nolu araştırma sorusuna ilişkin tartışma ve sonuçlara yer verilmiştir.

Kanser hastaları, tanı döneminden başlayıp tedavi ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde fiziksel ve ruhsal olarak farklı problemlerle karşılaşmaktadırlar. Bu problemlere ilişkin zengin bir literatür vardır. Ancak bu problemler; bireysel olduğu kadar toplumsal ve kültürel unsurlara göre de çeşitlilik ve farklılık gösterebilmektedir.

Mülakata katılan hastaların yaşadıkları problemler üç kategoride toplanmıştır. Bunlar "psiko-sosyal problemler", "fiziksel problemler" ve "fonksiyonel problemler"dir. Şema 3'de bu kategorilere ait kodlar ve bu kodlara ait frekans sayıları parantez içinde gösterilmiştir. "Psiko-sosyal problemler" kategorisinde frekansı en yüksek kodların "duygusal yaklaşımlar" ve "yalıtılmışlık duygusu" ve ardından da "ilgi arayışı" olduğu görülmüştür. "Fiziksel problemler" kategorisinde "halsizlik/yorgunluk" kodu; "fonksiyonel problemler" kategorisinde ise "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" kodu, en yüksek frekansa sahiptir.

Kanser hastalarının yaşamış olduğu problemlere ilişkin literatüre bakıldığında; psikolojik, fiziksel ve fizyolojik sorunlar arasında depresyon, anksiyete, gelecek hakkında belirsizlik, öfke, çaresizlik, umutsuzluk, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma, yorgunluk, enerji kaybı, ağrı, bulantı, kusma, uyku bozukluğu, hormonal değişimler yer almaktadır.⁶⁷¹ Sosyal yaşama ilişkin sorunlar arasında sosyal

⁶⁷¹ Karabulutlu, Yaralı, Karaman, "Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey", ss. 881-90; Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

izolasyon, damgalanma (stigma), sosyal geri çekilme, ekonomik zorluklar, iş yaşamında ve çalışma aktivitesinde düşme vb.⁶⁷²; aile problemleri alanında çocuklara ilişkin problemlerin; fonksiyonel problemler alanında ise en fazla ulaşım ile ilgili problemlerin distres kaynağı olduğu ortaya çıkmıştır.⁶⁷³

Meme kanseri hastalarda mastektomiye bağlı olarak memenin tümüyle ya da kısmen kaybının benlik saygısı, beden imajı ve bütünlüğü üzerinde olumsuz etkileri olduğu, sosyal ve emosyonel sorunlara yol açtığı belirlenmiştir.⁶⁷⁴ Diğer taraftan kemoterapinin yan etkisi olarak alopecia (saç dökülmesi) gibi fiziksel görünümü bozan değişimlerin de hastalarda sosyal geri çekilme ve izolasyona neden olduğu tespit edilmiştir.⁶⁷⁵ Avustralyalı meme kanseri hastalarda yapılan bir çalışmada, hastaların benlik kavramıyla ilişkili olarak fiziksel, bireysel ve sosyal alanlarda çeşitli zorluklar yaşadıkları tespit edilmiştir. Özellikle meme kaybı ve dezonformasyonu yaşayan hastalarda; kaybettikleri organa özlem duyma, kendilerini orantısız hissetme ve çekici bulmama, kilo değişimi ve saç dökülmesiyle başa çıkma gibi problemler nedeniyle olumsuz beden algısı geliştiği belirlenmiştir.⁶⁷⁶

Meme kanserinde ölüm ve hastalığın nüksetmesiyle ilgili korku ve kaygılar ile beden imajının bozulması, kadınlık görünümünde değişme, cinsellik ve çekicilikle ilgili psikolojik problemlerin teşhis ve tedaviden yıllar sonra bile devam ettiği belirlenmiştir.⁶⁷⁷

Masat'ın onkoloji hastalarının yaşamış olduğu psiko-sosyal problemler üzerine yaptığı çalışmada; "Distres Termometresi" alt boyutlarında katılımcıların en fazla problem yaşadıkları alanların, "bedensel problemler ve duygusal problemler"; en az problem yaşadıkları alanların ise "ailesel problemler ve ruhsal/dini problemler" olduğu

⁶⁷² Gümüş, "Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

⁶⁷³ Karabulutlu, Yaralı, Karaman, "Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey", ss. 881-90.

⁶⁷⁴ Gümüş, "Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14; Corina J. G. van den Hurk vd., "Impact of Alopecia and Scalp Cooling on the Well-Being of Breast Cancer Patients", *Psycho-Oncology*, C. 19, S. 7 (2009), ss. 701-9, doi:10.1002/pon.1615; Sharon K. Holmberg vd., "Relationship Issues of Women With Breast Cancer", *Cancer Nursing*, C. 24, S. 1 (2001), ss. 53-60, doi:10.1097/00002820-200102000-00009.

⁶⁷⁵ Holmberg vd., "Relationship Issues of Women With Breast Cancer", ss. 53-60; van den Hurk vd., "Impact of Alopecia and Scalp Cooling on the Well-Being of Breast Cancer Patients", ss. 701-9.

⁶⁷⁶ Beatty vd., "The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer", ss. 331-42.

⁶⁷⁷ M. Reich, A. Lesur, C. Perdrizet-Chevallier, "Depression, Quality of Life and Breast Cancer: A Review of the Literature", *Breast Cancer Research and Treatment*, C. 110, S. 1 (2008), ss. 9-17, doi:10.1007/s10549-007-9706-5.

tespit edilmiştir. Katılımcıların "bedensel problemler" alt boyutunda en fazla sorun yaşadıkları alanın "bitkinlik"; "duygusal problemler" alt boyutunda ise "üzüntü" olduğu ortaya çıkmıştır.⁶⁷⁸

Bu araştırmanın bağlamında kanser hastalarında *psiko-sosyal problemler* kategorisi altında beş kod tanımlanmıştır. Bunlar; "duygusal yaklaşımlar", "yalıtılmışlık duygusu", "ilgi arayışı", "agresif olma" ve "stigma duygusu"dur. "Duygusal yaklaşımlar" ve "yalıtılmışlık duygusu", frekansı en yüksek olan kodlar olmuştur. Literatür bulguları da kanser hastalarının yaşamış olduğu psiko-sosyal problemlerin benzer olduğunu göstermektedir.

Farklı çalışmalarda kanser hastalarının endişe, öfke, üzüntü, hayal kırıklığı gibi duyu durum değişiklikleri ile incinebilirlik duygusunda artış ve yalnızlık gibi psikolojik problemler yaşadığı tespit edilmiştir.⁶⁷⁹ Kanser hastalarında psikolojik uyumsuzluğun ve duyu durum değişikliklerinin belirsizlik, fiziksel fonksiyon yetersizliği, sosyal destek azlığı, yalnızlık vb. faktörlerle de ilişkili olduğu belirlenmiştir.⁶⁸⁰

Tuncay'ın genç kanser hastalarında yaptığı niteliksel çalışmada; hastaların ailelerinde özellikle anne-babalarında kaygı ve üzüntüye yol açmamak için gerçek duyu ve düşüncelerini gizleme durumunda kaldıkları ancak kendilerini içtenlikle ve soğukkanlılıkla dinleyebilecek, açık ve rahat iletişim kurabilecekleri kişilere ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Bu çalışmada bir başka önemli bulgu da hastalar için sosyal çevreden gelen ilgi ve yakınlık her ne kadar ciddi bir ihtiyaç olsa da aşırı hassasiyet içeren davranış ve tutumlardan rahatsızlık duydukları, doğal ve rahatlatıcı tutumlardan ise memnun olduklarıdır. Tuncay'ın çalışmasında kanser hastaları için hastalıklarından dolayı kendilerini "ötekileştirmeyen" yaklaşımların önemli olduğu anlaşılmıştır.⁶⁸¹

⁶⁷⁸ Masat, *Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki*, ss. 73-75.

⁶⁷⁹ Figen Şengün İnan, Besti Üstün, "Meme Kanserinde Tedavi Sonrası Dönemde Biyopsikososyal Değişimler", *The Journal of Breast Health*, C. 9 (2013), ss. 48-51, doi:10.5152/tjbh.2013.03; MI Polinsky, "Functional Status of Long-Term Breast Cancer Survivors: Demonstrating Chronicity", *Health & Social Work*, C. 19, S. 4 (1994), ss. 165-73, doi:10.1093/hsw/19.3.165; Rosedale Mary, "Survivor Loneliness of Women Following Breast Cancer", *Oncology Nursing Forum*, C. 36, S. 2 (2009), ss. 175-83, doi:10.1188/09.ONF.175-183.

⁶⁸⁰ M. A. Weitzner vd., "Relationship between Quality of Life and Mood in Long-Term Survivors of Breast Cancer Treated with Mastectomy", *Supportive Care in Cancer*, C. 5, S. 3 (1997), ss. 241-48, doi:10.1007/s005200050067; Reich, Lesur, Perdrizet-Chevallier, "Depression, Quality of Life and Breast Cancer", ss. 9-17; İnan, Üstün, "Meme Kanserinde Tedavi Sonrası Dönemde Biyopsikososyal Değişimler", ss. 48-51.

⁶⁸¹ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 101-4.

Beatty ve arkadaşlarının Avustralyalı meme kanseri kadın hastalarla yapmış oldukları odak grup çalışmasında, hastaların psikososyal sorun ve ihtiyaçlarına yönelik beş temel alan belirlenmiştir. Bu alanlar; tedavinin yan etkileriyle başa çıkmak, benlik değişimiyle mücadele etmek, stres ve uyum tepkileri, başkalarının yardımcı olmayan düşünce, beklenti ve duygularını idare etmek zorunda kalma, sağkalım ve büyüme ile ilgili konular olmuştur.⁶⁸²

Kanser tanısı alan hastaların emosyonel ve sosyal destek ihtiyaçlarının arttığı bilinmektedir. Ancak bazen hastaların, yakın akraba ve arkadaş çevresinden gerekli desteği alamadığı görülür. Potansiyel destek ağı içinde olan bu çevrenin kanser tanısı alan hastadan uzaklaşmalarının arkasında, kanser ve ölüme yönelik korkularının etkili olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerde şaşkınlık birlikte kanserli hastaya karşı nasıl bir davranış ve tutum içinde olmaları gerektiğine ilişkin kararsızlığın etkisinden de söz edilebilir. Kanserli hasta için aile ve sosyal çevreden gelen gerek damgalama (stigma) gerekse kaçınma ve kararsızlık şeklindeki davranışlar, duygusal açıdan yıkıcı ve yıpratıcı olabilmektedir.⁶⁸³

Kanser tanısıyla birlikte hastaların sosyal ilişkilerde kısıtlanma, sosyal destekte azalma, ayrımcılığa uğrama ve damgalanmaya (stigma) maruz kalması⁶⁸⁴ en önemli sosyal problemler arasında yer almaktadır. Özellikle damgalanma (stigma) korkusu hastalarda, kendini izole etme ya da hastalığını gizleme davranışlarına yol açarak dışarıdan gelebilecek sosyal destek ve yardımı da engellemektedir. Hamilton ve arkadaşları kanser hastalarıyla yapmış oldukları odak grup görüşmesinde bazı hastaların dışlanma korkusuyla sosyal destek kaynaklarından uzaklaştığını, bazı hastaların ise arkadaşları tarafından tümüyle terk edildiklerinde kendilerini sosyal olarak izole edilmiş, incinmiş ve yalnız hissettiklerini belirlemişlerdir.⁶⁸⁵

Arap meme kanseri kadın hastalarla yapılan nitel bir çalışmada; teşhis ve tedaviyi takiben hastaların yaşamış oldukları deneyimler üç tema altında toplanmıştır: (1) kendilerini stigmadan koruma, (2) belirsizliklerle yüzleşme ve dua etme, (3) hayata

⁶⁸² Beatty vd., "The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer", ss. 331-42.

⁶⁸³ Fredette, "Breast Cancer Survivors", ss. 35-46; Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

⁶⁸⁴ İnan, Üstün, "Meme Kanseri Tedavi Sonrası Dönemde Biyopsikososyal Değişimler", ss. 48-51.

⁶⁸⁵ Jill B. Hamilton vd., "Perceptions of Support Among Older African American Cancer Survivors", *Oncology Nursing Forum*, C. 37, S. 4 (2010), ss. 484-93, doi:10.1188/10.ONF.484-493.

devam etme. Ayrıca hastaların izole bir yaşam içine girdikleri bu süreçte, dini ve manevi uygulamaların yanı sıra dua ederek teselli buldukları tespit edilmiştir.⁶⁸⁶

Tuncay, genç kanser hastalarında yaptığı çalışmada; damgalama tutumunun ardında kansere yönelik toplumsal bilgi ve bilinç düzeyinin etkisine işaret eder. Çalışmada yer alan katılımcılardan bazıları toplumun damgalayıcı tutumları nedeniyle duydukları rahatsızlık, üzüntü ve acının yanında kendilerini güçsüz ve çaresiz hissettiklerini de ifade etmişlerdir. Toplumun damgalayıcı tutum ve davranışlarının çalışmaya katılan bazı hastalarda sosyal çevreden kendilerini izole etme ihtiyacını ortaya çıkardığı tespit edilmiştir.⁶⁸⁷

Bu araştırmada hastaların tanı ve tedaviye ilişkin yaşamış oldukları problemler teması altında tanımlanan ikinci kategori ise *fiziksel problemler* olmuştur. Bu kategoride yer alan problemler, hastaların bedensel olarak tanı ve tedaviye bağlı istenmeyen belirti ve bulguları yaşamasıyla ilişkili olarak ele alınmıştır. *Fiziksel problemler* kategorisinde altı alt kod tanımlanmıştır. Bu kodlar; "halsizlik/yorgunluk", "yeme ve sindirim problemleri", "acil servise yatış", "cilt problemleri", "ateş basma" ve "kilo problemleri" olarak adlandırılmıştır. *Fiziksel problemler* kategorisinde yer alan bu kodlar içinde frekansı en yüksek olan kod "halsizlik/yorgunluk" olarak belirlenmiştir, ikinci sırada da "yeme ve sindirim problemleri" gelmiştir. Diğer kodların frekansı ise "1" olmuştur.

Kanserle ilişkili yorgunluk; son yapılan aktiviteye bağlı olmayan ve olağan işlevleri yerine getirmeyi engelleyen, kanser veya kanser tedavisiyle ilişkili stresli, sürekli ve fiziksel, duygusal ve/veya bilişsel boyutlarıyla öznel bir halsizlik veya bitkinlik hissi olarak tanımlanabilir. Kavramsal olarak farklılıklar olmasına rağmen halsizlik, yorgunluk ve bitkinlik arasında ayırım yapılmamıştır. Yorgunluk, kanserli hastalarda en sık görülen yan etkilerden biridir.⁶⁸⁸ Kansere bağlı sürekli yorgunluk nedeniyle günlük yaşam aktivite ve rollerini yerine getirmekte zorlandıkları için

⁶⁸⁶ Ghada Najjar Assaf, Eleanor Holroyd, Violeta Lopez, "Isolation and prayer as means of solace for Arab women with breast cancer: An in-depth interview study", *Psycho-Oncology*, C. 26, S. 11 (2017), ss. 1888-93, doi:10.1002/pon.4402.

⁶⁸⁷ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 107-11.

⁶⁸⁸ Berger vd., "Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015", ss. 1012-39.

hastaların yaşam kaliteleri de düşer. Bu nedenle yorgunluk, kanser hastalarında yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir bileşen olarak kabul edilir.⁶⁸⁹

Tanı ve tedaviye bağlı olarak tüm kanser hastalarının % 78-96'sı, radyoterapi alan hastaların ise % 75-100'ü farklı düzeylerde yorgunluk yaşayabilmektedir. Kanserde yorgunluğa neden olan pek çok fiziksel ve psikolojik faktör olduğu düşünülmektedir. Bunlar arasında depresyon, anksiyete, anemi, artmış sitokin seviyesi, ağrı, enfeksiyonlar, dehidratasyon, yetersiz beslenme, ishal, uyku bozukluğu, yorgunluğa neden olabilecek ilaçların kullanımı, endokrin ve hormonal problemler, immünolojik bozukluklar, antikanser tedavileri (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi) vb. yer almaktadır.⁶⁹⁰

Halsizlik ve yorgunluk, özellikle kemoterapi alan kanser hastalarında sıklıkla rastlanan önemli bir bulgudur. Hastalar için halsizlik ve yorgunluğu önemli kılan, günlük hayatın akışını etkileyerek yaşam kalitesini bozmasıdır. Yorgunluğa bağlı olarak hastalar aynı zamanda sürekli uyuma isteği, yemek pişirme, temizlik, alış-veriş vb. ev içi ve dışı günlük aktiviteleri yerine getirmede zorlanma, bireysel ve sosyal ihtiyaçları karşılamada güçlük çekme gibi problemler yaşadıklarını da bildirmişlerdir.⁶⁹¹

Beatty ve arkadaşlarının Avustralyalı meme kanseri hastalarda yapmış olduğu odak grup çalışmasında; hastalar tedavinin yan etkisi olarak yorgunluk, uykusuzluk, beslenme bozukluğu, lenfödeme bağlı ağrı ve uyuşukluk gibi yaşam kalitesini ve başa çıkma becerisini bozan problemlerini ifade etmişlerdir. Bunlar içinde yorgunluk ve uykusuzluğun frekansının yüksek olduğu belirlenmiştir.⁶⁹²

Ünsal ve arkadaşları tarafından mastektomi uygulanmış ve kemoterapi tedavisi tamamlanmış meme kanserli olgularda, radyoterapi tedavisi (RT) öncesi, RT sonrası ve RT'den 2 ay sonrasında yorgunluk durumu değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre,

⁶⁸⁹ J. U. Rüffer vd., "Fatigue in Long-Term Survivors of Hodgkin's Lymphoma; a Report from the German Hodgkin Lymphoma Study Group (GHSG)", *European Journal of Cancer*, C. 39, S. 15 (2003), ss. 2179-86, doi:10.1016/S0959-8049(03)00545-8.

⁶⁹⁰ P Jacobsen, C Thors, "Fatigue in the Radiation Therapy Patient: Current Management and Investigations", *Seminars in Radiation Oncology*, C. 13, S. 3 (2003), ss. 372-80, doi:10.1016/S1053-4296(03)00021-3; Diclehan Ünsal vd., "Postmastektomi radyoterapi uygulanan meme kanserli olgularda gelişen yorgunluğun derecesi, serum sitokin ve leptin düzeyleri ile ilişkisi: Prospektif değerlendirme", *Türk Onkoloji Dergisi*, C. 22, S. 1 (2007), ss. 1-12.

⁶⁹¹ Gregory A. Curt vd., "Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings From the Fatigue Coalition", *The Oncologist*, C. 5, S. 5 (2000), ss. 353-60, doi:10.1634/theoncologist.5-5-353; Bag, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

⁶⁹² Beatty vd., "The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer", ss. 331-42.

hastalarda RT sonrasında yorgunluk düzeyinin anlamlı olarak arttığı, RT'den sonraki ikinci ayda ise anlamlı olarak azaldığı tespit edilmiştir.⁶⁹³

Özkan ve Akın'ın kemoterapi tedavisi almakta olan hastalarda yapmış oldukları çalışmada; Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nin fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, sosyal fonksiyonlar ve gastrointestinal semptomlar alt boyutları ile uygulamış oldukları yorgunluk ölçeğinin tüm alt boyutları (davranışsal, duygulanım, duygusal ve bilişsel) ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.⁶⁹⁴ Bu bulgular, kanser hastalarında yorgunluğun, tüm boyutları ile yaşam kalitesini düşüren önemli bir semptom olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada tanı ve tedaviye bağlı problemler teması altında oluşturulan üçüncü ve son kategori ise *fonksiyonel problemler* olarak ele alınmıştır. Araştırmada bu kategori altında "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" ile "ibadetleri yerine getirmede zorlanma" kodları ortaya çıkmıştır.

"Fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" kodunda hastaların bireysel ihtiyaçlarını ve günlük aktivitelerini yerine getirmede zorlanmaları nedeniyle bir başkasından yardım ve destek alma durumu söz konusudur.

Fonksiyonel durum; bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi, kendi öz bakımını yapabilmesi, günlük rollerini yerine getirebilmesi gibi sağlık durumundan yaşam kalitesine kadar hayatın farklı alanlarındaki bireysel yeterlilik düzeyini ifade eder. Bunun içinde aile ve sosyal hayata ilişkin rol ve sorumluluklar, kişiler arası ilişkiler, günlük ev işleri, banyo ve kişisel bakım, yemek yapabilme, alış-veriş, eşya taşıyabilme, merdiven çıkabilme, yürüyebilme vb. birçok eylem durumu yer almaktadır.⁶⁹⁵ Ayrıca fonksiyonel yetersizlik, hastalarda iş ve çalışma hayatına da tesir etmektedir. Hastalar iş hayatına yeniden dönüştü; uzun çalışma saatlerine uyum sağlayamama, iş verimliliğinde düşüş, işini kaybetme, erken emeklilik vb. sorunlarla karşılaşmaktadırlar.⁶⁹⁶

⁶⁹³ Ünsal vd., "Postmastektomi radyoterapi uygulanan meme kanserli olgularda gelişen yorgunluğun derecesi, serum sitokin ve leptin düzeyleri ile ilişkisi", ss. 1-12.

⁶⁹⁴ Özkan, Akın, "Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi", ss. 177-92.

⁶⁹⁵ a.yer.

⁶⁹⁶ Ahn vd., "Impact of Breast Cancer Diagnosis and Treatment on Work-Related Life and Factors Affecting Them", ss. 609-16; Boer vd., "Cancer Survivors and Unemployment", ss. 753-62; Bağ, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

Kanserde tedavinin uzun bir zaman dilimine yayılması, tanı ve tedaviye bağlı problemlerin hastaların işlevselliğini kısıtlayarak başkalarına olan bağımlılıklarını arttırması vb. faktörler nedeniyle hastalarda ciddi psikolojik bozukluklar ortaya çıkabilmektedir.⁶⁹⁷ Bunlar arasında başkalarına bağımlı olmanın getirdiği yalnızlık, terk edilmişlik ve desteksiz bırakılma gibi duygulardan⁶⁹⁸ bahsetmek de mümkündür.

Edwards ve arkadaşlarının yapmış olduğu meta-inceleme çalışmasında; kanser kökenli palyatif bakım hastalarının günlük aktiviteleri üzerinde bir miktar kontrol sahibi olmak, aileleriyle ilgilenmek ve yaşamlarıyla ilgili kararlara katılmak istedikleri ortaya çıkmıştır. Hastaların bağımsız kalmak, kendilerine güven duymak ve güçlü irade sahibi olmak gibi içsel güçlerine güvenmek istedikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada kontrolü kaybetme duygusunun hastalarda manevi sıkıntıya yol açabileceği bildirilmiştir.⁶⁹⁹

Hastalarda fiziksel gücün azalması ve zorunlu bağımlılık; değişmiş bir benlik ve beden imajı duygusuna, kendilik değeri ve öneminin sorgulanmasına neden olmaktadır.⁷⁰⁰ Tuncay'ın çalışmasında; katılımcıların hastalıkla birlikte aile içi sorumluluk ve etkinliklerini yerine getirme kapasitelerinde düşüş, ailenin korumacı tutumu nedeniyle hastaların uğraş ve sorumluluklarını kısıtlaması gibi nedenlerle hastalarda öz-yeterlik ve kontrol duygusunda zayıflama, güçsüz hissetme ve aileye yük olma kaygısında artış olduğu belirlenmiştir.⁷⁰¹

Bu araştırmada *fonksiyonel problemler* kategorisinde tanımlanan diğer bir kod da "ibadetleri yerine getirmede zorlanma"dır. Tanı ve tedaviye bağlı problemler nedeniyle dini görev ve ibadetlerin tam olarak yerine getirilememesi ya da aksatılması gibi durumların, hastalar için psikolojik olarak olumsuz etkileri olduğu ve suçluluk duygusuna yol açtığı belirlenmiştir. Pek çok hastanın, özellikle ibadetler konusunda İslam dininin hastalara tanıdığı kolaylıklar hakkında bilgi sahibi olmadığı ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak, bu araştırmada yer alan meme kanseri hastalarının yaşamış olduğu problemlere ilişkin bulgular, yalnızca araştırmanın örneklemini kapsamaktadır. Diğer

⁶⁹⁷ Bağ, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

⁶⁹⁸ Güleç, Büyükkınacı, "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar", ss. 343-67.

⁶⁹⁹ Edwards vd., "Review", ss. 753-70.

⁷⁰⁰ a.yer.

⁷⁰¹ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 99-101.

tarafından tanı ve tedaviye bağlı problemlerin, her hasta için aynı olmadığını söylemek de mümkündür. Hastanın kişiliğine, sosyal destek algısına, sosyo-kültürel ve ekonomik şartlarına, psikolojik durumuna ve dayanıklılığına, hastalık ve tedaviye bağlı semptomlara vb. göre problem algısı değişebilmektedir.

Literatür bulgularıyla da uyumlu olarak bu araştırma, meme kanserli hastaların tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları problemlerin yalnızca fiziksel ya da fonksiyonel boyutta olmadığını aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutları da olduğunu göstermektedir. Bu nedenle araştırmada meme kanseri hastalarının tanı ve tedaviye bağlı olarak yaşamış oldukları problemler, oluşum ve etkileri düşünülerek psiko-sosyal, fiziksel ve fonksiyonel olarak üç alt kategoride incelenmiştir. Ancak bu kategorilerin etki alanları kendileri ile sınırlı değildir ve geniş bir kesişim alanları mevcuttur. Örneğin fiziksel ve fonksiyonel problemler, hastalarda psiko-sosyal problemleri de beraberinde getirmektedir. Ya da psiko-sosyal problemler fiziksel ve fonksiyonel problemleri tetikleyebilmektedir. Bu durum aynı zamanda hastaların yaşam kalitesi ile de doğrudan ilişkili olup problemlerin sıklığı yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Yukarıda verilen literatür çalışmaları da bu durumu teyit eder niteliktedir.

Bu araştırmada psikolojik ve sosyal problemlerin hastalarda karşılıklı yansımaları ve iç içe olması dikkate alınarak "psiko-sosyal" kavramının kullanımı uygun görülmüştür. "Psiko-sosyal problemler" kategorisi altında frekans ağırlığına göre sırasıyla "duygusal yaklaşımlar", "yalıtılmışlık duygusu", "ilgi arayışı", "agresif olma" ve "stigma duygusu" kodları tanımlanmıştır. Hasta anlatılarından yola çıkarak bu kodların, sosyal ilişkilerin psikolojik bir yansıması olduğu düşünülmüştür.

Tedavi sürecinde özellikle de kemoterapi döneminde enfeksiyon riski ve diğer semptomlar nedeniyle hastalar; kendilerini, ailelerinden ve diğer insanlardan izole etmek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle hastaların aile hayatlarında ve sosyal ilişkilerinde birtakım aksamalar olmuştur. Bunlar arasında çocuklarına sarılamamak, aile ile sağlıklı vakit geçirememek, akraba ve arkadaş toplantılarına katılmamak vb. yer almaktadır. Bu durumların hastalar tarafından "sosyal izolasyon" ya da "zorunlu uzaklaşma" şeklinde algılanarak bir tür "engellenmişlik duygusuna" yol açtığı belirlenmiştir.

Hastaların yakın ya da uzak çevreden hastalıkları nedeniyle kendilerine yönelik acıma, üzülmeye, ağlama, aciz ve yetersiz görme vb. duygusal yaklaşım ve tutumlardan da rahatsız oldukları anlaşılmıştır. Kanser hastalarına sosyal çevreden "bir kanserli" olarak incitecek şekilde acıma davranışları gösterilmesi, toplum nezdinde "kansere" yüklenen anlamla ilişkili olarak ele alınmalıdır. Kanserin özellikle doğrudan ölümle ilişkilendirilmesi bu anlamın içindedir. Aynı zamanda bu tür yaklaşımlara hastalar tarafından verilen tepkiler, hastaların da kansere yükledikleri anlamın toplumla benzer olduğunu göstermektedir.

Problemler teması altında ele alınan diğer bir kategori olan "fiziksel problemler"dir. Bu kategori içinde "halsizlik/yorgunluk" ve "yeme ve sindirim problemleri" (bulantı, iştahsızlık, ishal, kabızlık vb.) kodlarının baskın olduğu tespit edilmiştir. Her iki kod da hastaların özellikle kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi süreçlerinde yaşamış oldukları problemleri ifade etmektedir. Kanser tedavilerinin olumsuz yan etkileri olarak ortaya çıkan bu tür problemlerin, hasta anlatılarından bedensel etkilerinin yanında psiko-sosyal ve ekonomik olarak da yansımaları olduğu anlaşılmıştır.

Tanı ve tedaviye bağlı problemler temasının son kategorisi ise "fonksiyonel problemler" olarak tanımlanmıştır. Bu kategorinin baskın kodu "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" olarak belirlenmiştir.

Bu problem koduna yönelik olarak hastalarda, kendi ihtiyaç ve işlerini başkasına bağımlı/muhtaç olmadan yerine getirebilmenin çok önemli olduğu anlaşılmıştır. Hastalık ve tedavi sürecinde gerek kendi özel bakımlarında gerekse günlük işlerinde başkalarına bağımlı olmak, hastalar tarafından ciddi bir stres kaynağı olarak değerlendirilmektedir. Günlük özel ihtiyaçlarında ve rutin ev işlerinde kendine kendine yetebilmek hasta için oldukça önemlidir. Conway, bütün zorluklara rağmen bir işi yapmanın ya da iyi bir şeye katkı sağlamanın bireyin mutluluğu ve yaşam doyumu için önemli olduğunu ima eder. "Yapılan bir işi doyurucu kılan şey, omuzlarınıza binen onca ağır sorumluluğa rağmen onu sizin yapmış olmanızdır ve bunun sonucunda ortaya çıkan pek çok iyi şeyde sizin katkınız bulunmasıdır."⁷⁰²

⁷⁰² David Conway, *Classical Liberalism: The Unvanquished Ideal*, New York: St Martin's Press, 1955, s. 48; (akt.) Zygmunt Bauman, *Akışkan Modernite*, çev. Sinan Okan Çavuş, 4. b., İstanbul: Can Yayınları, 2019, s. 46.

Kanser gibi ciddi hastalıklarda tedavi süreci, rutin hayat düzeni ve alışkanlıkları üzerinde bozucu bir etkiye sahiptir. Hasta olmayan bireyler için de hayat rutini içindeki değişimler endişe ve kaygıya yol açabilmektedir. Giddens, "hem sosyal pratiklerde hem de insanın kendini anlamasında alışkanlıkların çok önemli olduğunu"⁷⁰³ ifade eder. Sennett'a göre de "sürdürülebilir rutinlerin ve alışkanlıkların olmadığı, anlık dürtüler ve kısa süren eylemlerle geçen bir hayat hayal etmek, gerçekten de akıldan yoksun bir hayat hayal etmektir."⁷⁰⁴

1.1.2. Hastalığa Karşı Yapılan Atıflar Temasına İlişkin Tartışma

Araştırmanın birinci nitel alt sorusu kapsamında "(iii) kanser hastalarının hastalığa yönelik yapmış oldukları atıflar nelerdir?" şeklinde ifade edilen soruya ilişkin "hastalığa yapılan atıflar" başlığıyla bir tema oluşturulmuştur. Bu bölümde ilgili tema çerçevesinde, (iii) nolu alt araştırma sorusuna ilişkin tartışma ve sonuçlara yer verilmiştir.

"Hastalığa yapılan atıflar" teması altında "bireysel faktörler", "yaşam biçimi" ve "dini atıflar" adıyla üç kategori belirlenmiştir. Bunlar içinde toplam frekans ağırlığı en yüksek olan kategori "dini atıflar" olmuştur. Sonrasında ise "bireysel faktörler" gelmiştir (bkz. Şema 4). Bu durum katılımcıların kansere ilişkin yapmış oldukları atıfların ve yüklemelerin öncelikle dini çerçevede olduğunu sonrasında ise bireysel faktörler ve yaşam biçimiyle ilişkili tutulduğunu göstermektedir.

"Bireysel faktörler" kategorisi, Şema 5'e göre dört koddan oluşmaktadır. Bunlar arasında "üzüntü ve stres" ve "genetik/ırsi faktörler" kodlarına ait frekans sayılarının diğerlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Frekans sayıları "1" olan diğer iki kod ise "ihmalkârlık" ile "aşırı hassasiyet ve duyarlılık" olmuştur.

"Yaşam biçimi" kategorisinde "sigara vb. zararlı alışkanlıklar"ın kod frekansını diğer kodlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca frekans sayıları "1" olan "sağlıksız beslenme" ve "zorlu yaşam koşulları" da hastaların yapmış oldukları diğer atıflardır.

⁷⁰³ Bauman, *Akışkan Modernite*, s. 48.

⁷⁰⁴ Richard Sennett, *The Corrosion of Character: The Consequences of Work in the New Capitalism*, New York: W. W. Norton&Co., t.y., s. 44; (akt.) Bauman, *Akışkan Modernite*, s. 49.

Araştırmada "dini atıflar" kategorisinde yedi farklı kod belirlenmiştir. Bu kodlar; "imtihan", "Allah'ın sevdiği bir kul olma", "Allah'tan gelen bir uyarı", "dua/beddua", "manevi derecenin yükselmesi", "takdir-i ilahi" ve "Allah'tan gelen bir hediye" olarak adlandırılmıştır. "Dini atıflar" içinde frekans ağırlığı bakımından "imtihan" ve "Allah'ın sevdiği bir kul olma" kodlarına yapılan atıflar ilk iki sırada gelmiştir. Bu durum genel olarak hastalığa yapılan dini atıfların bu iki faktör etrafında yoğunlaştığını göstermektedir.

Araştırmanın örnekleme bağlamında ortaya çıkna bu bulgular yükleme kuramı çerçevesinde analiz edilmeye çalışılmıştır. İnsanın kendisiyle ve diğer insanlarla ilgili olarak yaşamış olduğu fiziksel ve sosyal olaylarla ilgili yapmış olduğu nedensel açıklamalar, "yükleme (atıf) kuramı" çerçevesinde ele alınır.⁷⁰⁵ İnsan, gerek kendi yaşadığı gerekse çevresinde yaşanan olayları anlama, neden ve sebepler yükleyerek açıklama çabası içindedir. Herhangi bir olayı açıklamak için "yetenek"ten "virüs"e kadar çok çeşitli faktörlere yükleme yapılabilir.⁷⁰⁶ İnsanlarda yükleme sürecini motive eden üç temel faktör üzerinde durulmuştur: (1) dünyadaki olayları anlamlı olarak algılama ihtiyacı ve/veya isteği, (2) olayları tahmin ve kontrol etme ihtiyacı ve/veya isteği, (3) benlik kavramını ve benlik saygısını koruma, sürdürme ve güçlendirme ihtiyacı ve/veya isteği.⁷⁰⁷

Tüm yükleme (atıf) kuramları, "neden?" sorusuna bir cevap bulmak için insanların deneyimlerini anlamlandırmaya, tanık oldukları olayların nedenlerini anlamaya çalıştıkları varsayımıyla başlar.⁷⁰⁸ Yükleme kuramı, doğası gereği öncelikle bilişseldir. Anlamak için yaşadığı dünyaya ilişkin nedensel açıklamalar yapmanın insan için temel bir eğilim olduğunu varsayar.⁷⁰⁹

⁷⁰⁵ Fritz Heider, *The Psychology of Interpersonal Relations*, New York: John Wiley & Sons Inc., 1958; Harold H. Kelley, "Attribution Theory in Social Psychology", *Nebraska Symposium on Motivation*, ed. D. Levin, Lincoln: University of Nebraska Press, 1967, C. 15, ss. 192-237; Kelly G. Shaver, *An Introduction to Attribution Processes*, Cambridge: M.A. Winthrop, 1975; Harold H. Kelley, John L. Michela, "Attribution Theory and Research", *Annual Review of Psychology*, C. 31, S. 1 (1980), ss. 457-501, doi:10.1146/annurev.ps.31.020180.002325; Recep Yaparel, "Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler", *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, S. 8 (1994), ss. 275-99.

⁷⁰⁶ Yaparel, "Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler", ss. 275-99.

⁷⁰⁷ Spilka, Shaver, Kirkpatrick, "A General Attribution Theory for the Psychology of Religion", ss. 1-20.

⁷⁰⁸ a.yer.

⁷⁰⁹ Bernard Spilka, Greg Schmidt, "General Attribution Theory for the Psychology of Religion: The Influence of Event-Character on Attributions to God", *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 22, S. 4 (1983), ss. 326-34, doi:10.2307/1385771.

Kanser gibi stres ve tehdit algısı yüksek olaylarda "anlam arayışı" anahtar rolü üstlenmektedir.⁷¹⁰ Anlam arayışı, bir krizin neden ortaya çıktığını ve etkisinin ne olduğunu anlama ihtiyacını içerir. Anlamanın ele alınma yollarından biri de nedensel atıflardır. Yükleme (atıf) kuramı⁷¹¹, hayatı tehdit edici veya dramatik bir olaydan sonra insanların çevrelerini anlamak, tahmin etmek ve kontrol etmek için atıflarda bulunacağını savunur. Bir olayın nedenini anlayarak, kişi aynı zamanda olayın önemini ve yaşamı hakkında neyi sembolize ettiğini anlamaya başlayabilir.⁷¹²

Diğer taraftan geniş çerçeveli bir anlam sistemi olarak dinler; insana varoluşun, acının, ölümün vb. anlamı hakkında nedensel izahlar sunar. Ancak nedensel açıklamalar için dini inançlar, her kişi ve durum için referans kaynağı olmayabilir. Dindar insanların dahi her olayı, dini kavram ve terimlerle açıklama çabası olmadığını söylemek mümkündür.⁷¹³ Dini inançlar, herhangi bir trajik olaya ilişkin nedensel bir açıklamalar sunarak anlam sisteminin devamlılığını sağlarlar. Anlam sisteminin devamlılığının korunmasında üç temel unsurdan söz edilir. Bunlar; "gelecekteki olayların katlanılır ve kontrol edilebilir olacaklarına ilişkin duyulan güven", "yaşanan olayın olumsuz sonuçlarının yanında olumlu yönlerinin de aranıp bulunması", "yaşanan olayın 'bir planın parçası' olup tesadüfe bağlı olmadığına ilişkin inanç". Bu üç unsur çerçevesinde dini inancı olan bir kişi başına gelen olaylarla ilgili "Tanrı, bu olayın üstesinden gelebileceğimi bildiği için bana bunu verdi", "Tanrı, bana iyi bir ders vermek istedi", "bu olay, muhakkak Tanrı'nın bir planının parçası olarak benim başıma geldi" şeklinde açıklamalarda bulunacaktır. Kişinin anlamlı ve düzenli bir dünyada yaşadığına ilişkin bu tür açıklamaların olayın stresini azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir.⁷¹⁴

Çeşitli kazalar nedeniyle omurilik zedelenmesi geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada ortaya çıkan bulgular, hastaların kazanın nedenlerine ilişkin Tanrı'nın bir hikmeti ve planı olduğu yönündeki ifadelerinde kontrol edilebilir bir dünyaya duyulan

⁷¹⁰ Richard G. Tedeschi, Lawrence G. Calhoun, "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence", *Psychological Inquiry*, C. 15, S. 1 (2004), ss. 1-18, doi:10.1207/s15327965pli1501_01; Moreno, Stanton, "Personal Growth During the Experience of Advanced Cancer", ss. 421-30.

⁷¹¹ Heider, *The Psychology of Interpersonal Relations*; Kelley, "Attribution Theory in Social Psychology", ss. 192-237.

⁷¹² Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

⁷¹³ Yaparel, "Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler", ss. 275-99.

⁷¹⁴ Suzanne Thompson, "Will It Hurt Less if I Can Control It? A Complex Answer to a Simple Question", *Psychological Bulletin*, C. 90, S. 1 (1981), ss. 89-101, doi:10.1037/0033-2909.90.1.89; Yaparel, "Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler", ss. 275-99.

ihtiyaçtan çok düzenli ve anlamlı bir dünyaya duyulan ihtiyacın öne çıktığı belirlenmiştir.⁷¹⁵

Nedensel açıklamaların, aynı anda trajik bir yaşantıya anlam verme ya da kişiye kontrol duygusu kazandırma gibi birden fazla işlevi olabilir.⁷¹⁶ Dolayısıyla yükleme faaliyeti, bireyin olumlu sonuçların olasılığını artırmak ve olumsuz sonuçlardan kaçınmak için olaylar ve yaşantılar üzerinde etkili kontrol sağlama girişiminin bir parçası olarak değerlendirilebilir.⁷¹⁷

Bu araştırmada katılımcıların kansere yönelik başta dini atıflar olmak üzere aynı anda birden fazla faktöre atıf yaptığı ortaya çıkmıştır. İlgili literatürde de benzer şekilde birden fazla faktöre atıf yapıldığını gösteren çalışmalar vardır.

Spilka ve arkadaşları, dini ve doğal anlam-inanç sistemlerinin genellikle bir kişinin dünya görüşünde eşzamanlı olarak var olduğunu ve belirli bir durumda bir olayın dini mi yoksa dini olmayan bir açıklamasının mı yapılacağını öngören belirli faktörlerin tanımlanabileceğini ileri sürmektedir. Bu faktörler; yükleme yapan kişinin özellikleri, yükleme yapan kişinin bağlamı, olayın özellikleri ve olayın bağlamı şeklinde dört kategori altında sıralanmıştır.⁷¹⁸

Konuya ilişkin bir çalışmada da kansere yakalanma nedeni olarak hastaların birden fazla faktör sıraladığı gösterilmiştir. Bu hastaların % 41'i kanser olma nedenini, genel stres veya belirli bir stres türüne (sorunlu evlilik, boşanma vb.) bağlamıştır. Dolayısıyla stres unsuru, nedensel açıklamalarda ilk sırada yer almıştır. Hastaların % 32'si doğum kontrol haplarını, östrojen takviyesi vb. ilaçları, çeşitli kanserojenleri ve çevresel faktörleri (çöplüğe, nükleer test sahasına ve bakır madenine yakın ikamet etmek vb.); % 26'sı genetik faktörleri; % 17'si diyet türünü (protein ve yağ ağırlıklı beslenme); % 10'u göğse darbe almayı (otomobil kazası, düşme, çarpma vb.) kanserden sorumlu tutmuştur.⁷¹⁹

⁷¹⁵ Ronnie J. Bulman, Camille B. Wortman, "Attributions of blame and coping in the", *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 35, S. 5 (1977), ss. 351-63, doi:10.1037/0022-3514.35.5.351.

⁷¹⁶ Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

⁷¹⁷ Spilka, Shaver, Kirkpatrick, "A General Attribution Theory for the Psychology of Religion", ss. 1-20.

⁷¹⁸ Bernard Spilka, Phillip Shaver, Lee A. Kirkpatrick, "A General Attribution Theory for the Psychology of Religion", ss. 1-20.

⁷¹⁹ Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

Bazı çalışmalar; kaza, hastalık, trajik olay ve kriz durumlarında Tanrı, kader gibi dini ve tabiatüstü yüklemelerin daha fazla yapıldığını göstermektedir.⁷²⁰ Bu araştırmada "dini atıflar" kategorisinin diğer kategorilere nazaran toplam frekans ağırlığının daha fazla olması literatür bulgularıyla da örtüşmektedir.

Yaparel tarafından örneklem grubunu ilahiyat fakültesi öğrencilerinin (n=139) oluşturduğu bir çalışmada öğrencilere kişisel, tıbbi ve olumsuz bir olayı içeren kısa bir hikâye verilmiştir. Bu hikâye sonunda öğrenciler, farazi olarak kendilerine kanser teşhisi konduğunu varsaymışlardır. Öğrencilerden, söz konusu durumun nedeni olarak likert tipi bir ölçekte gösterilen faktörlerin (kişilik özellikleri, çevrede bulunan diğer insanlar, kader, dini inançlar, Allah, kader) ne ölçüde katkıda bulunduğuna ilişkin işaretleme yapmaları istenmiştir. Analiz bulgularına göre öğrencilerin en fazla "Allah"a yükleme yaptığı ve ardından da "kader" ve "kişilik özellikleri"nin geldiği, sonrasında ise "çevrede bulunan diğer insanlar", "dini inançlar" ve "talih" şeklinde sıralandığı belirlenmiştir.⁷²¹

Çiftçi, kanser hastalarında başa çıkmada dinin rolü üzerine yapmış olduğu çalışmasında hastalığı açıklama ve anlamada "dini içerikli, bilimsel içerikli ve hem dini hem de bilimsel içerikli" olmak üzere üç ayrı kategori belirlemiştir. Hastaların imtihan, takdir-i İlahi, ceza, ders ve uyarı kavramları etrafında dini referanslara; stres, genetik ve çernobil (radyasyon) kavramlarıyla da bilimsel içerikli atıf yaptığı belirlenmiştir.⁷²²

Çufta'nın kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada; hastaların kansere yönelik üç tür açıklama tarzında bulunduğu ve bunların "dini içerikli", "çevresel" ve "hem dini hem de bilimsel" içerikli açıklamalar olduğu belirlenmiştir. Dini içerikli açıklamalarda "uyarı, kader, imtihan ve ceza"; çevresel açıklamalarda "stres, savaş, kimyasal gıdalar", hem dini hem de bilimsel içerikli açıklamalarda "stresli yaşam olaylarıyla birlikte kader, kimyasal gıdalar ve savaşın etkisi" faktörlerine atıf yapılmıştır.⁷²³ Alaloul ve arkadaşlarının Arap kanser hastalarında yapmış olduğu nitel bir çalışmada da

⁷²⁰ GJ. Metalsky, Lyn Y Abramson, "Attributional Styles: Toward a Framework for Conceptualization and Assessment.", *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*, ed. P. C. Kendall, S. D. Hollon, New York: Academic Press, 1980; Dale T. Miller, Michael Ross, "Self-Serving Biases in the Attribution of Causality: Fact or Fiction?", *Psychological Bulletin*, C. 82, S. 2 (1975), ss. 213-25, doi:10.1037/h0076486; Bulman, Wortman, "Attributions of blame and coping in the", ss. 351-63; Yaparel, "Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler", ss. 275-99.

⁷²¹ Yaparel, "Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler", ss. 275-99.

⁷²² Çiftçi, *Hastalıklarla Başa Çıkmada Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği*, s. 45.

⁷²³ Çufta, *Kanser Hastalığı ile Başa Çıkmada Dini İnanç ve Tutumların Rolü: Kosova Örneği*, s. 83.

katılımcılar hastalığı, Allah'ın bir gazabı olarak değil de günahlarına kefarete olarak görmüşlerdir.⁷²⁴

Tuncay'ın genç kanser hastalarıyla yaptığı bir çalışmada; hastalığı Allah'tan gelen bir imtihan olarak gören bireyler, tedaviyi de ruhsal bir arınma ve gelişme süreci olarak değerlendirmişlerdir. Hastalığı bir ceza olarak gören bireylerin ise duygusal anlamda daha fazla suçluluk yaşadıkları belirlenmiştir. Hastalarda kanseri kabullenme, iyileşmeye olan inanç ve umudu korumada Allah'a olan bağlılığın güçlü bir etkisi olduğu bulunmuştur. Böylece birey, kontrolü dışındaki durumlarda Allah'a ve O'nun kendisi hakkındaki hükmüne teslim olarak kontrol kaybı nedeniyle ortaya çıkabilecek kaygıyı da hafifletmiş olacaktır.⁷²⁵

Dini inancı yüksek olan kanser hastalarında emosyonel distresin daha düşük olduğu ve bu hastaların kansere yakalanmalarını Tanrı'nın iradesine atfettikleri belirlenmiştir. Böylece hastalığı sadece değiştiremedikleri için değil, aynı zamanda kendileri için neyin en iyi olduğunu bilen ve her şeye kadir bir güç tarafından planlandığına inandıkları için de daha rahat oldukları düşünülmüştür.⁷²⁶

Sonuç olarak bu araştırmada "hastalığa yapılan atıflar" temasının; "bireysel faktörler", "yaşam biçimi" ve "dini atıflar" şeklinde üç kategoriye ayrıldığı ve hastaların kansere ilişkin nedensel açıklamalarda "dini atıflar"a daha fazla yöneldiği belirlenmiştir. "Bireysel faktörler" kategorisinde "üzüntü ve stres" ile "genetik/ırsi faktörler"; "yaşam biçimi" kategorisinde "sigara vb. zararlı alışkanlıklar"; "dini atıflar" kategorisinde ise "imtihan" ve "Allah'ın sevdiği bir kul olma" kodlarının frekans ağırlıklarının diğer kodlardan yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların kanser hastalığına yakalanma nedenlerini hem dünyevi hem de dini çerçevede açıkladıkları görülmüştür. İhmalkârlık, sağlıksız beslenme, stres, zor yaşam koşulları gibi faktörlerle birlikte imtihan, takdir gibi dini açıklamalarda da bulunmuşlardır. Hastalar kanser olmalarını dini atıflar dışında, genel olarak yaşadıkları

⁷²⁴ Fawwaz Alaloul vd., "Spirituality in Arab Muslim Hematopoietic Stem Cell Transplantation Survivors: A Qualitative Approach", *Cancer Nursing*, C. 39, S. 5 (2016), ss. E39-47, doi:10.1097/NCC.0000000000000312.

⁷²⁵ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 84-85.

⁷²⁶ Bovero A. vd., "Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice", *European Journal of Cancer Care*, C. 25, S. 6 (2015), ss. 961-69, doi:10.1111/ecc.12360; Judith Hills vd., "Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation", *Journal of Palliative Medicine*, C. 8, S. 4 (2005), ss. 782-88, doi:10.1089/jpm.2005.8.782; Edwards vd., "Review", ss. 753-70.

stres, sıkıntı ve çeşitli problemlere bağlamışlardır. Onlara göre kanserin oluşumunda bir takım somut ve görünür faktörler vardır. Ancak bazı hastalar tüm bu somut faktörlerin ve kanserin bir imtihan, bir takdir, bir uyarı ve Allah'ın sevdiği kullarına verdiği bir lütf olduğunu da dile getirmişlerdir. Kanserinin nedenleri üzerine yapılan yüklemelerde aynı hasta tarafından dini atıflar yanında sağlıksız ve stresli yaşam koşulları gibi unsurlara da atıf yapılması, bir olay ya da olguya yönelik çok boyutlu değerlendirmelerin bir sonucu olarak ele alınabilir. Kanser gibi travmatik pek çok olayda insan zihninin ilk anda hayatının merkezinde ne yer alıyorsa ona göre bir anlamlandırma yaptığı düşünülebilir. Birey, olayın ilk şokunu atlattığında ve olaya ilişkin vukufiyeti arttığında ise merkezden çevreye doğru kendi anlam dünyasında yer alan diğer unsurlar devreye girer. Böylece alternatif atıflarla travmanın yükü, tek bir merkezde tutulmayarak azaltılır ve anlam çerçevesi genişletilir.

1.1.3. Travma Sonrası Gelişim Temasına İlişkin Tartışma

Araştırmanın birinci nitel alt sorusu altında yer verilen (iv) nolu alt araştırma sorusu "kansere hastalarının tanı sonrası kendilerine ve dışı yönelik yaşamış oldukları değişimler nelerdir?" şeklinde ifade edilmiştir. Bu alt araştırma sorusuna bağlı olarak "travma sonrası gelişim" adıyla bir tema oluşturulmuştur. Bu bölümde ilgili tema kapsamında (iv) nolu alt soruya ilişkin tartışma ve sonuçlara yer verilmiştir.

Meme kanserinde kitlenin durumuna göre cerrahi müdahale, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi yöntemleri ardışık olarak ya da yalnızca birisi uygulanabilir. Bu tedavi yöntemlerinin uygulama sırası değişebilir. Bu araştırmanın nitel çalışma grubunu oluşturan katılımcıların büyük bir çoğunluğu, cerrahi müdahale sonrası kemoterapi tedavisi tamamlanmış ve radyoterapi tedavi sürecine geçmiş hastalardır. Bu hastalarda, tanı üzerinden yaklaşık 5-6 ay geçmiş olduğu tespit edilmiştir. Bu süre de kanser tanısında ilk travmanın etkisini değerlendirmek açısından yeterli bir süre olarak düşünülmüştür. Dolayısıyla araştırmanın örneklem grubunun, tanı sonrası "travma sonrası gelişim"i değerlendirebilmek için uygun bir aşamada bulunduğu kabul edilmiştir.

Bu çalışmada "travma sonrası gelişim" teması altında "kendilik algısında gelişim", "kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim", "hayatın değerini anlama" ve "manevi gelişim" olmak üzere dört temel kategori tanımlanmıştır (bkz. Şema 8). Daha

sonra bu kategoriler altında da kodlar oluşturulmuştur. "*Kendilik algısında gelişim*" kategorisi altında frekans ağırlığı en yüksek iki kodun; "olgunlaşma/güçlenme" ve "bencilleşme/katılma" olduğu tespit edilmiştir (bkz. Şema 9). "*Kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim*" kategorisinde "insanlara olumlu yaklaşma" kodunun toplam frekans ağırlığının, en yüksek olduğu ve bu kod içinde de frekans yoğunluğunun "şefkatli ve merhametli olma" ile "iyilik ve yardımı çoğaltma" alt kodlarında toplandığı belirlenmiştir (bkz. Şema 10). "*Hayatın değerini anlama*" kategorisinde ise "sağlık davranışlarında değişim" kodunun frekans ağırlığı bakımından daha yüksek olduğu bulunmuştur (bkz. Şema 11). "*Manevi gelişim*" kategorisinde ise frekans yoğunluğunun "Allah'a yakınlaşma", kodunda toplandığı tespit edilmiştir (bkz. Şema 12).

Travmatik olaylardan kaynaklanan olası olumlu sonuçları araştırmaya öncülük eden Tedeschi ve Calhoun; kişinin yaşamdaki temel varsayımlarının parçalanmasının ve kendi savunmasızlığının farkına varmasının "travma sonrası gelişim" olarak adlandırılan bir kendi kendine olgunlaşma sürecini tetikleyebileceğini ileri sürmüşlerdir.⁷²⁷ Literatürde "travma sonrası gelişim" kavramı yerine ruhsal gelişim, bireysel gelişim, fayda bulma ve anlam oluşturma gibi kavramların da tercih edildiği görülmektedir.⁷²⁸

Ölümün gerçekliği ve yaşam arasında kalan pek çok hasta için kanser, aynı zamanda varoluşsal bir tehdit olup hastalarda genel olarak yaşamın anlamını sorgulamaya yol açar. Bu süreçte birey; hastalığın neden onun başına geldiğini, bu hastalığı hak edip etmediğini, yakın bir zamanda ölümün kendisine gelip gelmeyeceğini vb. sorgulamalarda bulunur. Kanser tanısıyla mevcut anlam dünyası yıkılan birey için bu sorgulamalar, yaşamın kontrolünü yeniden sağlayabilmek ve yeni bir anlam inşa edebilmek için önemlidir. Kanserde anlam arayışı, kansere anlam yükleme çabası olarak da kabul edilmektedir. Bu süreç sonunda bireyin bir anlama ulaşabilmesi ve kendisinde pozitif değişiklikler yaşaması "travma sonrası gelişim"i beraberinde getirir.⁷²⁹

⁷²⁷ Richard Tedeschi, Lawrence G. Calhoun, "Posttraumatic growth: conceptual issues", *Positive Changes in the Aftermath of Crisis*, ed. Richard Tedeschi, Crystal L. Park, Lawrence G. Calhoun, Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers, 1998, ss. 1-22; Casellas-Grau Anna, Ochoa Cristian, Ruini Chiara, "Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: A systematic and critical review", *Psycho-Oncology*, C. 26, S. 12 (2017), ss. 2007-18, doi:10.1002/pon.4426.

⁷²⁸ Moreno, Stanton, "Personal Growth During the Experience of Advanced Cancer", ss. 421-30; Vicki S. Helgeson, Kerry A. Reynolds, Patricia L. Tomich, "A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, C. 74, S. 5 (2006), ss. 797-816.

⁷²⁹ Bag, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

Kanser gibi trajik yaşantılarda anlam arayışı, olayın merkezinde yer alır. Anlam arayışı, yalnızca olayın neden kendi başına geldiğini değil, aynı zamanda kişinin kendi yaşamı için ne anlama geldiğini anlamayı da içerir.⁷³⁰ Anlam, insanın deneyim ve davranışının anlaşılabilmesi için oldukça önemlidir. Anlam oluşturma; büyük stres oluşturan yas, kanser ve çeşitli travmatik olaylarda düzelme ve olaya uyum sağlamada merkezi bir role sahiptir. Bu tür stresli olayların, bireyin anlam duygusunu bozacağını ve yeni bir anlam oluşturma sürecini başlatacağını savunan anlam inşa modelleri, aynı zamanda bireyin stresli olaydan kurtuluşuna yönelik de çeşitli yaklaşımlar sunar.⁷³¹

Kansere uyum sürecinde hastalarda, benlik gelişimi ve benlik saygısını geri kazanma çabası sözkonusudur. Kanser ve farklı travmatik olayları araştıran araştırmacılar, bu tür olayların benlik saygısını düşürebileceğini ortaya çıkarmışlardır. Olaylar meşru bir şekilde bireyin kontrolü dışındaki dış güçlere atfedilse de genellikle benlik saygısında ani bir düşüşe neden olmaktadır. Bununla birlikte, böyle bir düşüş yaşadıktan sonra birçok kişinin benlik saygısını geri kazanmak için bilişsel bir çaba gösterdiği belirlenmiştir.⁷³²

Pek çok çalışma, kanserin travmatik doğasına rağmen hastalarda tanı ve tedaviyi takiben olumlu değişimler olduğunu bildirmektedir.⁷³³ Literatürde bu değişim alanları manevi gelişim, yaşamda anlam bulma, kişiler arası ilişkilerde güçlenme, empati yeteneği kazanma vb. olarak geçmektedir.⁷³⁴

Kanser deneyimi her ne kadar üzücü ve yıkıcı olsa da, hem araştırma hem de klinik topluluklarda, kanser deneyiminde genellikle hastaların olumlu veya yararlı olarak gördüğü yönlerin olduğu konusunda artan bir farkındalık vardır. Birçok çalışma hastalarda; gelişmiş kişisel kaynaklar, gelişmiş amaç duygusu, daha fazla maneviyat,

⁷³⁰ Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

⁷³¹ Crystal L. Park, Login S. George, "Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches", *Journal of Positive Psychology*, C. 8, S. 6 (2013), ss. 483-504, doi:10.1080/17439760.2013.830762.

⁷³² Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

⁷³³ Ana Cristina Paredes, M. Graça Pereira, "Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients", *Journal of Religion & Health*, C. 57, S. 5 (2018), ss. 1606-17; Matthew J. Cordova vd., "Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth", *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, C. 14, S. 4 (2007), ss. 308-19, doi:10.1007/s10880-007-9083-6.

⁷³⁴ İnan, Üstün, "Meme Kanseri Tedavi Sonrası Dönemde Biyopsikososyal Değişimler", ss. 48-51; Lynette M. Gibson, Constance Smith Hendricks, "Integrative Review of Spirituality in African American Breast Cancer Survivors", *The ABNF Journal: Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, Inc*, C. 17, S. 2 (2006), ss. 67-72; Mary, "Survivor Loneliness of Women Following Breast Cancer", ss. 175-83.

başkalarıyla daha yakın ilişkiler ve yaşam önceliklerindeki değişiklikler gibi sonuçlar bildirmektedir.⁷³⁵

İleri evre yumurtalık kanseri olan kadın hastalarla yapılan nitel bir araştırmada hastalar; tanıya ait ilk şoku atlattıktan sonra mevcut ana odaklanarak değerlerini ve önceliklerini yeniden gözden geçirerek kanser deneyiminden anlam bulduklarını, hayatın ve yakınlarının değerini yeniden anladıklarını ifade etmişlerdir.⁷³⁶

Avustralyalı meme kanseri hastalarda yapılan nitel bir çalışmada da kanser ve tedavisine bağlı güçlüklerin hastalarda büyümeye yönelik birtakım spesifik faydaları olduğu bulunmuştur. Katılımcı ifadelerinden ortaya çıkan büyüme alanları arasında; hayatın değerini anlama, yeni bir bakış açısı kazanma, içsel bir güç duygusu ve başa çıkma yeteneği, kendilerine daha fazla öncelik vermeyi öğrenme, mola verme ve bazı ilişkileri iyileştirme çabası yer almıştır.⁷³⁷

Tuncay'ın kanser hastalarında yaptığı niteliksel yaklaşımlı çalışmada, kanser deneyimi sonrasında katılımcıların; kendini olgunlaştırma, yaşamı anlamlı ve değerli görme, ailesel ve çevresel ilişkileri yeniden gözden geçirerek ilişkilerini olumlu yönde geliştirme, sağlığın kıymetini anlama ve tinsel alanda gelişime yönelik değişimler yaşadıkları belirlenmiştir.⁷³⁸

Bu araştırmada "travma sonrası gelişim" temasına ait kategoriler tek tek incelendiğinde ise "*kendilik algısında gelişim*" kategorisi altında üç kodun ortaya çıktığı görülecektir. Bunlar; "bencilleşme/katılma", "olgunlaşma/güçlenme" ve "kendine yönelme"dir (bkz. Şema 9). Hastalar, yaşamış oldukları tanı ve tedavi sürecini kendileri için bir olgunlaşma ve güçlenme faktörü olarak değerlendirmişlerdir. Tedecshi ve Calhoun, bu gelişim alanı için "kendini algılamada olumlu değişiklik" tanımlamasında bulunur. Bu araştırmada "kendilik algısında gelişim" kategorisi altında literatürden

⁷³⁵ Kenya R. Urcuyo vd., "Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being", *Psychology & Health*, C. 20, S. 2 (2005), ss. 175-92, doi:10.1080/08870440512331317634; Annette L. Stanton vd., "Randomized, Controlled Trial of Written Emotional Expression and Benefit Finding in Breast Cancer Patients", *Journal of Clinical Oncology*, C. 20, S. 20 (2002), ss. 4160-68, doi:10.1200/JCO.2002.08.521; Samuel M. Y. Ho, Cecilia L. W. Chan, Rainbow T. H. Ho, "Posttraumatic Growth in Chinese Cancer Survivors", *Psycho-Oncology*, C. 13, S. 6 (2004), ss. 377-89, doi:10.1002/pon.758.

⁷³⁶ Anne M. Reb, "Transforming the Death Sentence: Elements of Hope in Women With Advanced Ovarian Cancer", *Oncology Nursing Forum*, C. 34, S. 6 (2007), ss. E70-81, doi:10.1188/07.ONF.E70-E81.

⁷³⁷ Beatty vd., "The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer", ss. 331-42.

⁷³⁸ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 82-86.

farklı olarak olumsuz bir durumu çağrıştıran "bencilleşme/katılaşıma" kodu oluşturulmuştur.

Kanser sürecinde yakın çevresinden gerekli ilgi ve yakınlığı göremeyen bazı hastalar, kendilerinde bencilleşme ve içlerine çekilme şeklinde yeni tutumlar gözlemişlerdir. Bu hastaların bir kısmı hastalık öncesi dönemde oldukça verici ve yardımsever olduklarını ancak hastalık sonrası, yardımseverlik duygularında azalma ve benmerkezci tutumlarında ise artma olduğunu belirtmiştir. Bundan dolayı üzüntü duyduklarını da ifade etmektedirler. Görüşmelerin ilerleyen sürecinde hastalarda bir an önce iyileşerek başkalarına bağımlı olmadan hayatlarını sürdürme ve hastalık öncesi hayata dönme arzusunun baskın olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun hastaların kendilerine daha fazla özen göstermesine ve diğergamlık duygularının bastırılmasına yol açtığı düşünülebilir. Yani kendi fiziksel ve ruhsal sağlığına öncelik vererek bir an önce iyileşmek için çevresel duyarlılığı kısıtlama davranışı olarak adlandırılabilir. Diğer taraftan da hastalık ve tedavi sürecine bağlı yan etkiler, hastaların fiziksel aktivitelerini kısıtlayarak özgeci davranışlar sergilenmesine engel olmaktadır. Daha önce yaptıkları bir uygulama ve davranışı yerine getirememek, hastalar tarafından o davranışa ilişkin duygunun kaybolması ya da azalması olarak yorumlanmaktadır.

Burada kanser deneyiminden anlam bulma çabasının iki yönüne vurgu yapmak mümkündür. Bunlardan ilki neden kanser olduğu sorusuna cevap veren bir nedensel analiz, diğeri ise kanser tarafından tetiklenen ve ona atfedilen değişikliklerle kişinin hayatını daha tatmin edici çizgilerle yeniden yapılandırmak için tutum ve önceliklerini gözden geçirmesidir.⁷³⁹

Tedeschi ve Calhoun'a göre travmatik yaşantılar, bireyin özgüvenini ve özyeterliliğini arttırdığı gibi kendini daha güçlü hissetmesini sağlayarak zorlukları iddialı bir şekilde ele alma olasılığını da etkilemektedir. Bu durum ise gelecekteki travmalar için bireyi daha hazırlıklı kılmaktadır.⁷⁴⁰

Taylor'ın çalışmasında hastaların yarısından fazlası kanserin, hayatlarını yeniden değerlendirmelerine yol açan önemli bir deneyim olduğunu ifade etmişlerdir. Kanser

⁷³⁹ Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

⁷⁴⁰ Tedeschi, Calhoun, "The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma", ss. 455-71.

deneyiminden anlam bulmanın; hayata karşı yeni bir tutum geliştirme, bilgelik kazanma, kendilik tecrübesi ya da kendilik değişimi alanlarında olduğu belirlenmiştir.⁷⁴¹

Fallah ve arkadaşlarının İranlı meme kanseri hastalarda yaptığı çalışmada "kişisel güçlenme", manevi gelişim alanından sonra ikinci en büyük gelişim alanı olarak belirlenmiştir. Hastalar, kanser deneyiminin kişisel güçlerini artırmada önemli bir faktör olduğunu ve kanserin üstesinden gelmenin özgüvenlerini, dayanıklılıklarını, problem çözme ve olumlu düşünme becerilerini artırdığını ifade etmişlerdir. Ayrıca bu gelişmenin, hayattaki hedeflerine ulaşma umutlarını artırmalarına yardımcı olduğunu da belirtmişlerdir. Yine bu çalışmada maneviyatın, kişisel gelişim için yeterli enerjiyi sağlayan özel bir konuma sahip olduğu da anlaşılmıştır.⁷⁴²

Bu araştırmada "*kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim*" kategorisinde ise iki temel kod tanımlanmıştır. Bu kodlar, "insanlara olumlu yaklaşma" ve "değer odaklı yapıcı ilişkiler" olarak adlandırılmıştır (bkz. Şema 10). "İnsanlara olumlu yaklaşma" kodunun toplam frekans ağırlığı, diğer koda göre çok yüksek olup yeniden beş alt koda ayrılmıştır: "Şefkatli ve merhametli olma", "iyilik ve yardımı çoğaltma", "anlayışlı ve empatik olma", "önyargılardan uzaklaşma" ve "affedici olma". Bu alt kodlar içinde frekans büyüklüğü bakımından ilk iki sırada, "şefkatli ve merhametli olma" ile "iyilik ve yardımı çoğaltma" alt kodları yer almaktadır.

Ruhsal bir gelişimin emaresi olarak kabul edilen affedici ve altruistik davranışların, literatürde fiziksel ve ruhsal olarak da olumlu sonuçları olduğu gösterilmektedir. Affetmenin, altruistik davranışın (şefkat, nezaket, başkalarına yardım etme arzusu) bir tezahürü olduğu ve bağışıklık veya kardiyovasküler sistem üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir. Affedici olmamanın ise önemli düzeyde daha yüksek kalp atış hızı ve kan basıncı değişikliklerine neden olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, affedici olmayan tepkilerin (kin tutma vb.) kronikleşmesi durumunda sağlığı tehdit eden olası bir mekanizma olduğunu gösterirken, affedici tepkilerin sağlığı geliştirebileceğini göstermektedir. Affetmenin, allostatik yükü azaltarak dolaylı yoldan stresi de düşürebileceği belirlenmiştir.⁷⁴³

⁷⁴¹ Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

⁷⁴² Rahele Fallah vd., "Post-traumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Qualitative Phenomenological Study", *Middle East Journal of Cancer*, C. 3, S. 2 & 3 (2012), ss. 35-44.

⁷⁴³ Kathleen A. Lawler vd., "A Change of Heart: Cardiovascular Correlates of Forgiveness in Response to Interpersonal Conflict", *Journal of Behavioral Medicine*, C. 26, S. 5 (2003), ss. 373-93,

Kronik fiziksel ağrıları olan kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastalar altruistik ve kontrol grubu olmak üzere rastgele ikiye ayrılmıştır. Altruistik grupta yer alan hastalara yedi gün boyunca oda arkadaşlarının ve diğer hastaların yararına olacak (oda temizliği, arkadaşları için diyet programı hazırlama gibi) bireysel ve grup faaliyetlerini içeren görevler verilmiştir. Kontrol grubuna ise daha pasif görevler (bir çalışmaya dinleyici olarak katılma gibi) verilmiştir. Yedi günlük periyotta altruistik grubun ağrı düzeyinde, kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüş olduğu belirlenmiştir. Altruistik davranışlar, başkalarının iyiliğini amaçladığında ağrı algısındaki azalmanın daha güçlü olduğu bulunmuştur.⁷⁴⁴

Kanser hastalarında "kişilerarası ilişkiler" alanında altruistik davranışların sıklığına dikkat çeken bir literatür inceleme çalışmasında; kanser deneyimi sonrasında hastaların başkalarına karşı daha merhametli olduğu; kendileriyle aynı kadere sahip olan hastalara karşı kendilerini daha şefkatli ve anlayışlı hissettikleri, onlar için farkındalık yaratmayı, destek ve yardımda bulunmayı istedikleri; toplum için faydalı bir şeyler yapmanın çabası içinde oldukları belirlenmiştir.⁷⁴⁵

Bu araştırmada "*travma sonrası gelişim*" teması altında "*kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim*" alanının toplam frekans ağırlığı bakımından en büyük kategori olduğu belirlenmiştir. Yani araştırmaya katılan hastalarda, en belirgin gelişim "*kişilerarası ilişkiler*" alanında olmuştur. İkinci sırada ise "*manevi gelişim*" alanı yer almaktadır. Literatürde de benzer bulguları taşıyan çalışmalar mevcuttur.

Cordova ve arkadaşları tarafından meme kanseri hastalarda yapılan bir çalışmada; kişilerarası ilişkiler, hayatın değerini anlama ve manevi gelişim alanlarında, daha yüksek düzeyde "*travma sonrası gelişim*" olduğu tespit edilmiştir.⁷⁴⁶

doi:10.1023/A:1025771716686; Charlotte van Oyen Witvliet, Thomas E. Ludwig, Kelly L. Vander Laan, "Granting Forgiveness or Harboring Grudges: Implications for Emotion, Physiology, and Health", *Psychological Science*, C. 12, S. 2 (2001), ss. 117-23, doi:10.1111/1467-9280.00320.

⁷⁴⁴ Yilu Wang vd., "Altruistic Behaviors Relieve Physical Pain", *Proceedings of the National Academy of Sciences*, C. 117, S. 2 (2020), ss. 950-58, doi:10.1073/pnas.1911861117.

⁷⁴⁵ Jianxia Zhai, Jennifer Newton, Beverley Copnell, "Posttraumatic Growth Experiences and Its Contextual Factors in Women with Breast Cancer: An Integrative Review", *Health Care for Women International*, C. 40, S. 5 (2019), ss. 554-80, doi:10.1080/07399332.2019.1578360.

⁷⁴⁶ M. J. Cordova vd., "Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study", *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, C. 20, S. 3 (2001), ss. 176-85.

Kanser hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada, kanserle birlikte hastaların hayattaki önceliklerinin de değiştiği ortaya çıkmıştır. Katılımcılar; ev işleri, küçük tartışmalar ve diğer insanların sorunlarının içinde yer alma gibi günlük sıradan işlerden uzaklaşarak eş, çocuk ve arkadaşlarla olan ilişkilerine ve hayattan zevk almalarını sağlayacak kişisel hedef ve planlarına daha fazla öncelik verdiklerini belirtmişlerdir.⁷⁴⁷

İranlı kanser hastalarıyla travma sonrası gelişim üzerine yapılan bir başka çalışma ise "manevi değişimler" ve "kişilerarası ilişkiler" alanlarında hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bildirmektedir.⁷⁴⁸

Bu araştırmada "*hayatın değerini anlama*" kategorisinde (bkz. Şema 11) katılımcılarda kanser tanısı sonrası hayata ilişkin bir farkındalık hissi ya da daha iyi ve sağlıklı bir hayat için davranış değişikliği olup olmadığı incelenmiştir. Bu kategoride iki farklı kod tanımlanmıştır. Bunlar "sağlık davranışlarında değişim" ve "hayata/tabiiata ilişkin farkındalık"tır.

Olumlu sağlık davranışlarında artış gibi "travma sonrası gelişim" teması altında yer alan bazı unsurların aynı zamanda hastalar tarafından bir başa çıkma unsuru olarak da kullanıldığı söylenebilir. Çünkü hastalar tarafından sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz, sigara vb. zararlı alışkanlıkları terk etme gibi davranışlara yönelme, kanseri yenerek en kısa sürede iyileşme amacı da taşımaktadır. Ancak bazı çalışmalarda bu sonuca ilişkin farklı bir değerlendirme yapılmaktadır. Kanser hastalarında tanı sonrası sağlığın daha büyük bir anlam ve değer kazandığı, hastaların kendi sağlıklarına ilişkin sorumluluk alma bilincinin arttığı ve olumlu sağlık davranışlarında gelişim yaşandığı belirtilmektedir. Bu nedenle bir kısım araştırmacılar, yenilenen sağlık bilinci ve davranışlarının adaptif başa çıkma ya da hastalığa uyum biçimlerinden çok "travma sonrası gelişim"in bir tezahürü olarak görülmesi gerektiğini savunmaktadırlar.⁷⁴⁹

Kanser teşhisi ve tedavisini takip eden süreç, oldukça stresli olup pek çok hastada tedavinin yan etkilerine bağlı olarak fiziksel ve psikososyal (kilo değişimi, fiziksel görünümde bozulma, yorgunluk, enerji kaybı, sinirlilik, ağrı, olumsuz duygular

⁷⁴⁷ Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

⁷⁴⁸ Mehdi Heidarzadeh vd., "Posttraumatic Growth and its Dimensions in Patients with Cancer", *Middle East Journal of Cancer*, C. 5, S. 1 (2014), ss. 23-29.

⁷⁴⁹ Zhai, Newton, Copnell, "Posttraumatic Growth Experiences and Its Contextual Factors in Women with Breast Cancer", ss. 554-80.

vb.) problemler görülmektedir. Bu süreç, hastaların tedavinin yan etkileriyle başa çıkabilmeleri için sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi artırma gibi yaşam tarzı değişikliklerine gitmesini gerekli kılmaktadır.⁷⁵⁰

Taylor'ın çalışmasında, kanser tanısı sonrası hastaların % 17'si hayatlarında olumsuz yönde değişiklikler olduğunu, % 53'ü ise olumlu değişiklikler olduğunu bildirmiştir. Bazı hastaların hem nüks olasılığını azaltmak hem de hastalığı kontrol edebilmek amacıyla yaşamlarında birtakım değişikliklere gittikleri belirlenmiştir. Örneklemin % 49'u kanser krizinden bu yana diyetlerine genellikle taze meyve ve sebzeleri eklediklerini, kırmızı et ve yağları ise azalttıklarını bildirmişlerdir. Bir kısmı ise doğum kontrol hapları veya östrojen takviyelerini kaldırdıklarını ifade etmişlerdir.⁷⁵¹

Bu araştırmada "travma sonrası gelişim" teması altında ele alınan "*manevi gelişim*" kategorisinde "Allah'a yakınlaşma", "dünyalık istekleri azaltma", "maneviyata/dini inanca yönelme", "hikmet arama", "terbiye olma" ve "hayatın anlamını bulma" adıyla altı kod belirlenmiştir (bkz. Şema 12). Bu kategoride "Allah'a yakınlaşma", frekans sayısı en yüksek olan kod olmuştur. Kanser ve tedavisine bağlı olarak yaşanan bu zorlu süreçte hastalar, doğrudan ya da dolaylı olarak Allah'a yakınlık duygularında artış olduğunu belirtmişlerdir.

Çiftçi'nin kanser hastalarında yapmış olduğu nitel çalışmada kanser teşhisi sonrası katılımcıların %80'e yakını "dini duygu ve düşüncelerinde" olumlu yönde bir gelişim olduğunu beyan etmiştir.⁷⁵²

Tokgöz ve arkadaşları, ruhsal gelişim belirtileri içinde yer alan "Allah'a olan inancım arttı" maddesi için hastaların % 80'inin "bana çok uyuyor" cevabını işaretlediklerini belirlemişlerdir. Farklı çalışmalarda da kanser hastalarının % 65-90'ının tanı sonrası daha fazla dua ettikleri ve hastaların dini inançlarında artış olduğu yönünde bulgular tespit edilmiştir.⁷⁵³

Koenig, Tanrı'nın kişinin yaşamı için bir amacı ve planı olduğuna inanmanın ve bu plan zor deneyimlere ve sıkıntılara maruz kalmayı gerektirse dahi Tanrı'ya

⁷⁵⁰ Angela J. Fong vd., "Changes in Social Support Predict Emotional Well-being in Breast Cancer Survivors", *Psycho-Oncology*, C. 26, S. 5 (2017), ss. 664-71, doi:10.1002/pon.4064.

⁷⁵¹ Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

⁷⁵² Çiftçi, *Hastalıklarla Başa Çıkma Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği*, s. 69.

⁷⁵³ Tokgöz vd., "Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim", ss. 51-61.

güvenmenin dini inancın temeli olduğunu ifade eder. Bu amaca inanmanın ise kişisel ve manevi gelişimi teşvik ettiği belirtilmektedir.⁷⁵⁴

Din ve maneviyat; dünya görüşü, başa çıkma ve anlamın inşasında etkin bir faktör olduğu gibi sağlıklı bir travma sonrası gelişimin de önemli bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir.⁷⁵⁵ Dolayısıyla travmatik bir olayı anlamlandırmaya yardımcı olan din ve maneviyatın, travmatik bir olaydan kurtulmaya da yardımcı olması beklenen bir sonuç olarak kabul edilmektedir.⁷⁵⁶ Bu bağlamda ilgili literatür, kanser hastalarında "travma sonrası gelişim" alanı ile din ve maneviyat arasındaki ilişkilere yönelik önemli bulgular sunmaktadır.

Paredes ve arkadaşları, kanser hastalarında yüksek düzeyde maneviyatın travma sonrası gelişimi yordayan önemli bir faktör olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca bu çalışmada "travma sonrası gelişim" ile "hastalıkla başa çıkmada dini ve manevi tutumlar" arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar ortaya çıkmıştır.⁷⁵⁷

Park ve arkadaşlarının kanser hastalarında yaptığı bir çalışmada; yapısal bir denklem modeliyle dini ve seküler başa çıkma yöntemlerinin her ikisinin de stresle ilişkili büyümeyi öngördüğü ancak ilerleyen süreçte dini başa çıkmanın, seküler yöntemlere göre stresle ilişkili büyümenin çok daha güçlü bir öngörücüsü olduğu bulunmuştur.⁷⁵⁸ Yine bazı araştırma bulguları, kanser hastalarında dini başa çıkma, kabullenme ve pozitif yeniden yorumlama gibi adaptif başa çıkma yöntemlerinin, travma sonrası gelişim ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir.⁷⁵⁹

⁷⁵⁴ Harold G Koenig, *Aging and God: Spiritual Pathways to Mental Health in Midlife and Later Years*, New York: Haworth Pastoral Press, 1994; (akt.) Krause, "Gratitude Toward God, Stress, and Health in Late Life", ss. 163-83.

⁷⁵⁵ Jo-Ann Vis, Heather Marie Boynton, "Spirituality and Transcendent Meaning Making: Possibilities for Enhancing Posttraumatic Growth", *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, C. 27, S. 1-2 (2008), ss. 69-86.

⁷⁵⁶ Susan Cadell, Cheryl Regehr, David Hemsworth, "Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model", *American Journal of Orthopsychiatry*, C. 73, S. 3 (2003), ss. 279-87, doi:10.1037/002-9432.73.3.279; Vis, Boynton, "Spirituality and Transcendent Meaning Making", ss. 69-86.

⁷⁵⁷ Paredes, Pereira, "Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients", ss. 1606-17.

⁷⁵⁸ Crystal L. Park, Donald Edmondson, Thomas O. Blank, "Religious and Non-Religious Pathways to Stress-Related Growth in Cancer Survivors", *APPLIED PSYCHOLOGY-HEALTH AND WELL BEING*, C. 1, S. 3 (2009), ss. 321-35.

⁷⁵⁹ S. Leloirain, A. Bonnaud-Antignac, A. Florin, "Long Term Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Prevalence, Predictors and Relationships with Psychological Health", *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, C. 17, S. 1 (2010), ss. 14-22, doi:10.1007/s10880-009-9183-6; Suzanne C. Lechner vd., "Curvilinear Associations between Benefit Finding and Psychosocial Adjustment to Breast Cancer", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, C. 74, S. 5 (2006), ss. 828-40, doi:10.1037/0022-006X.74.5.828; Urcuyo vd., "Finding benefit in breast cancer", 2005, ss. 175-92; Laura S. Porter vd., "Predicting Negative Mood State and Personal Growth in African American and White Long-Term Breast Cancer Survivors", *Annals of Behavioral Medicine*, C. 31, S. 3 (2006), ss. 195-204, doi:10.1207/s15324796abm3103_1.

Kemoterapi tedavisi görmekte olan meme kanseri kadın hastalarda maneviyat (spiritualite), distres ve travma sonrası gelişimin incelendiği bir çalışmada, maneviyatın daha fazla travma sonrası gelişim ve hastalığa uyumla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada genç yaş, hastalık nüksü ve yüksek düzeyde maneviyatın travma sonrası gelişimin önemli yordayıcıları olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle de maneviyatın, meme kanserli hastalarda müdahalenin bir parçası olması gerektiği vurgulanmıştır.⁷⁶⁰

Urcuyo ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada da kanser deneyiminden fayda sağlama (travma sonrası gelişim) ile dini başa çıkma, aktif başa çıkma, olumlu yeniden yorumlama ve yaşam kalitesi değişkenleri arasında pozitif bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Diğer taraftan deneyimden fayda sağlama ile distres ve depresyon faktörleri arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.⁷⁶¹ Bu bulgular travma sonrası gelişimin bir çok faktörden etkilenen bir olgu olduğunu göstermektedir.

Meme kanseri kadın hastalarla yapılan nitel bir çalışmada, hastalardan "teşhisten bu yana davranış, ilişki ve yaşam hedeflerinde yapmış oldukları değişiklikleri" açıklamaları istenmiştir. Çalışmada hastalar, "Tanrı'ya yüksek düzeyde bağlılık" ve "Tanrı'ya düşük düzeyde bağlılık" algısı olanlar şeklinde iki gruba ayrılmıştır. "Tanrı'ya yüksek düzeyde bağlılık" algısı olan hastalar, genel olarak ilişkisel ve özgeci (altruistik) yaşam tarzı değişiklikleri bildirmişlerdir. Bu değişimlerin odak noktasında da aile, arkadaşlar, diğer insanlar ve meme kanseri teşhisi konan diğer hastaların olduğu belirlenmiştir. "Tanrı'ya düşük düzeyde bağlılık" algısı olan hastalar ise daha çok kendileriyle ilgili benmerkezci tutumlar ve yaşam tarzı değişiklikleri bildirmişlerdir. Bunlar arasında stresten uzaklaşma, egzersiz yapma, sağlıklı beslenme, kendilerini mutlu edecek hobiler edinme vb. yer almıştır.⁷⁶²

Literatürde kanser hastalarında travma sonrası gelişimi etkileyen faktörlere ilişkin bulguların bir kısmı ruh sağlığı ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiye yöneliktir.⁷⁶³ Pek çok çalışma travma sonrası gelişimin, daha düşük distres ve depresyon

⁷⁶⁰ Paredes, Pereira, "Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients", ss. 1606-17.

⁷⁶¹ Urcuyo vd., "Finding benefit in breast cancer", 2005, ss. 175-92.

⁷⁶² Schreiber, Edward, "Image of God, Religion, Spirituality, and Life Changes in Breast Cancer Survivors", ss. 612-22.

⁷⁶³ Paredes, Pereira, "Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients", ss. 1606-17; Tanja Zoellner, Andreas Maercker, "Posttraumatic Growth in Clinical Psychology — A Critical Review and Introduction of a Two Component Model", *Clinical Psychology Review*, C. 26, S. 5 (2006), ss. 626-53, doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008.

ile daha iyi bir ruh sağlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmektedir.⁷⁶⁴ Kanserde travma sonrası gelişimin psikolojik ve klinik ilişkileri üzerine 72 çalışmanın dahil edildiği bir inceleme çalışmasında travma sonrası gelişimin depresyon ve anksiyete bulguları ile ters orantılı ancak iyimserlik, umut, spritüalite ve anlam bulma ile doğru orantılı olduğu belirlenmiştir.⁷⁶⁵ Farklı araştırma bulguları da travma sonrası gelişimin (ya da fayda bulma, büyüme gibi diğer adlandırmalarla) çeşitli yaşam olaylarına yanıt olarak sosyal destek, başa çıkma, olumlu yeniden değerlendirme, problem çözme, anlam oluşturma, duygusal yanıt, iyimserlik, olumlu yeniden çerçeveleme, aktif başa çıkma ve daha fazla yaşam doyumu ile ilişkili olduğunu göstermektedir.⁷⁶⁶ Geniş kapsamlı bir literatür inceleme çalışmasında da meme kanserli hastalarda travma sonrası büyümeyi etkileyen faktörler; bireysel özellikler, hastalık faktörleri, bilişsel süreçler, başa çıkma stratejileri, sosyal destek, din/maneviyat, bedenin rolü ve fiziksel aktiviteler olarak belirlenmiştir.⁷⁶⁷

Sonuç olarak bu araştırmada, katılımcıların "*travma sonrası gelişim*" teması altında "*kendilik algısında gelişim*", "*kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim*", "*hayatın değerini anlama*" ve "*manevi gelişim*" olmak üzere dört temel kategoride gelişim gösterdiği belirlenmiştir. Bunlar içinde toplam frekans ağırlığı en yüksek olan kategori "*kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim* ($\Sigma f=28$)" olmuştur. İkinci sırada ise "*manevi gelişim* ($\Sigma f=14$)" kategorisi yer almıştır. "*Kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim*" kategorisinde "insanlara olumlu yaklaşma" kodu ise "travma sonrası gelişim" teması içinde en yüksek frekans ağırlığına sahip kod olmuştur. Bu koda ait alt kodlar içinde ise "şefkatli ve merhametli olma" alt kodunun en yüksek frekansa sahip olduğu ardından da "iyilik ve yardımı çoğaltma" ile "anlayışlı ve empatik olma" alt kodlarının geldiği belirlenmiştir.

⁷⁶⁴ Helgeson, Reynolds, Tomich, "A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth", ss. 797-816; Lelorain, Bonnaud-Antignac, Florin, "Long Term Posttraumatic Growth After Breast Cancer", ss. 14-22; Kenya R. Urcuyo vd., "Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being", *Psychology & Health*, C. 20, S. 2 (2005), ss. 175-92, doi:10.1080/08870440512331317634.

⁷⁶⁵ Casellas-Grau Anna, Ochoa Cristian, Ruini Chiara, "Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer", ss. 2007-18.

⁷⁶⁶ Terry Lynn Gall, Claire Charbonneau, Peggy Florack, "The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer", *Psychology & Health*, C. 26, S. 3 (2011), ss. 287-305.

⁷⁶⁷ Zhai, Newton, Copnell, "Posttraumatic Growth Experiences and Its Contextual Factors in Women with Breast Cancer", ss. 554-80.

"Kendilik algısında gelişim" kategorisinde hastaların kendilerini daha güçlü hissettikleri ve hayata karşı daha olgun baktıkları ortaya çıkmıştır.

"Travma sonrası gelişim" temasında "kişilerarası ilişkiler" kategorisi altında hastaların insanlara daha samimi, içten, merhametli ve olumlu duygular besledikleri aynı zamanda sosyal ilişkilerinde de daha yapıcı, hoşgörülü ve anlayışlı olmaya özen gösterdikleri belirlenmiştir.

"Hayatın değerini anlama" kategorisinde hastaların tanı sonrası "sağlık davranışlarında değişim" ve "hayata/tabiiata ilişkin farkındalık" alanlarında gelişim yaşadığı belirlenmiştir. Hastalar, daha uzun ve sağlıklı yaşam için sağlığa zararlı alışkanlıkları terk ettiklerini, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitelere özen gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca bazı hastalarda doğaya karşı (hayattaki ve doğadaki güzellikleri idrak edebilme, çeşitliliği, doğuşu, yenilenmeyi görebilme vb.) bir farkındalık duygusunun gelişmiş olduğu da söylenebilir.

"*Manevi gelişim*" alanında katılımcılarda, Allah'a güçlü bir bağlılık ve yakınlık hissi ile dini/manevi yönelimlerde artış olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bazı hastalarda aşırı alış-veriş, gereksiz eşya biriktirme gibi eğilimleri terk etme, dünyanın fani olduğunu anlama, dünya malından uzaklaşma ve kurtuluşun imanda olduğunu idrak etme gibi anlayış ve davranışlar geliştiği tespit edilmiştir.

Kısaca, bu araştırmaya katılan hastaların "travma sonrası gelişim"de "kişilerarası ilişkiler" ile "manevi gelişim" alanlarında daha fazla gelişim yaşadığı; bu alanlar içinde de diğer insanlara karşı daha fazla "şefkatli ve merhametli olma", "iyilik ve yardımı çoğaltma", "anlayışlı ve empatik olma" gibi duygu ve davranışlar yoluyla bireysel ve sosyal ilişkilerde gelişme yaşadıkları; "Allah'a yakınlaşma" yoluyla da Allah ile olan bağlarını ve ilişkilerini güçlendirdiklerini söylemek mümkündür.

1.1.4. Hastalıkla Başa Çıkma Temasına İlişkin Tartışma

Araştırmanın birinci nitel alt sorusu kapsamında belirlenen (v) nolu alt araştırma sorusu "kanser hastalarının hastalıkla başa çıkmak için destek aldıkları uygulama ve kaynaklar nelerdir?" şeklinde ifade edilmiş ve "*hastalıkla başa çıkma*" teması altında incelenmiştir. Bu bölümde ilgili tema kapsamında (v) nolu alt araştırma sorusuna ilişkin tartışma ve sonuçlara yer verilmiştir.

"Hastalıkla başa çıkma" teması altında dört kategori tanımlanmıştır. Bu kategoriler; "aktif başa çıkma", "pasif başa çıkma", "dini başa çıkma" ve "başa çıkmada sosyal destek" olarak adlandırılmıştır (bkz. Şema 13). "Aktif başa çıkma" kategorisinde frekans ağırlığı "umut", "açık havada/doğada vakit geçirme", "tedavi olmanın gereklerini yapma" ve "kararlı yaklaşım" kodlarında toplanmıştır (bkz. Şema 14). "Pasif başa çıkma" kategorisinde en belirgin kod, "kıyaslama" olmuştur (bkz. Şema 15). "Dini başa çıkma" kategorisinde "Allah'a sığınma", "dua" ve "şükür" kodlarının, frekansı en yüksek kodlar olduğu bulunmuştur (bkz. Şema 16). "Başa çıkmada sosyal destek" kategorisinde "güçlü sosyal destek" kodu ve bu kod içinde "aile/eş" ve "yakın çevre/arkadaş" desteğine ilişkin alt kodlarda yoğunlaşma olduğu belirlenmiştir (bkz. Şema 17).

Lazarus ve Folkman tarafından başa çıkma, "zorluk olarak değerlendirilen ve kişinin kaynaklarını aşan durumlarda belirli iç ve/veya dış ihtiyaçlarını kontrol altında tutmak için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar" olarak tanımlanmıştır.⁷⁶⁸ Bu tanımda "değişkenliğe" vurgu yapılması dikkat çekicidir. Çünkü stres ve tehdit algısı yüksek yaşam olaylarıyla karşılaşma, statik ve üniter değil bilakis dinamik ve gelişen bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Bu tür olaylarda bireyler, çelişkili duygular ve ruh halleri içinde olabilirler. İlgili sürecin her aşamasında bireysel farklılıklara bağlı olarak başa çıkma stratejileri de farklılaşabilir. Genel olarak stresli olaylarda problem çözme ve duygu odaklı başa çıkma stillerinin her ikisinin de aynı anda kullanıldığı ya da kombinasyonları şeklinde bir kullanım olduğu belirlenmiştir.⁷⁶⁹ Folkman ve Lazarus'a göre bu iki başa çıkma stili altında da çok sayıda spesifik kategoriler yer almaktadır. Örneğin, problem odaklı başa çıkma stili altında bilgi arama, yardım almaya çalışma, eylemi engelleme ve doğrudan eyleme geçme davranışları spesifik kategoriler olarak tanımlanmıştır. Duygu odaklı başa çıkma stili altında ise mizah arama, kaçınma, uzaklaşma, kadercilik, suçlama (ötekini ya da kendisini), yansıtma, kuruntu gibi spesifik alt kategoriler sıralanmıştır.⁷⁷⁰

⁷⁶⁸ Lazarus, Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*, s. 141.

⁷⁶⁹ S. Folkman, R. S. Lazarus, "If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping during Three Stages of a College Examination", *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 48, S. 1 (1985), ss. 150-70, doi:10.1037//0022-3514.48.1.150.

⁷⁷⁰ Susan Folkman, Richard S. Lazarus, "An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample", *Journal of Health and Social Behavior*, C. 21, S. 3 (1980), ss. 219-39, doi:10.2307/2136617.

Kanser hastalarında başa çıkma stilleri ve başa çıkmanın ilişkili olduğu faktörlere yönelik geniş bir literatür vardır. Bu araştırmada ortaya çıkan başa çıkma bulgularının ilgili literatür bulgularıyla benzerlikler gösterdiği tespit edilmiştir.

Kanser stresi ile başa çıkmada; kanserin türü, süresi, yaşanan semptomlar, hastalığın gidişatı, tedaviye yanıt, daha önceki hastalık ve krizlere uyum sağlama derecesi, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon düzeyi, kişilik özellikleri, gelişim aşaması, kansere yüklenen anlam, dini ve kültürel tutumlar, duygusal ve sosyal desteğin varlığı gibi çok sayıda faktörün etkisinden söz etmek mümkündür.⁷⁷¹

Frank ve Roesch, kanser hastalarında başa çıkmaya yönelik yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında kişinin kanseri yorumlama biçiminin başa çıkma stratejisi ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Buna göre kanseri bir tehdit olarak değerlendiren hastaların daha çok problem odaklı başa çıkmayı; kanseri bir acı/kayıp olarak değerlendirenlerin kaçınmacı başa çıkma stratejisini; meydan okuma olarak değerlendirenlerin ise hem problem odaklı hem de kaçınmacı başa çıkma stratejisini kullandıkları belirlenmiştir.⁷⁷² Meydan okuma; zorlukların üstesinden gelinebileceği, acı ve kaybın olası sonuçlar olmasına rağmen kaçınılmaz olmadıkları ve önlenebileceklerinin anlaşılması anlamına gelir. Folkman ve Lazarus, meydan okuma ve tehdit değerlendirmelerinin ileriye yönelik değerlendirmeler olduğunu, acı veya kayıp değerlendirmesinin ise sonuca dayalı bir değerlendirme olduğunu öne sürmektedir.⁷⁷³

Konuya ilişkin literatür incelendiğinde, bu araştırmadan elde edilen bulgularla benzer çalışma bulgularına rastlanmıştır. Meme kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada tanı ve tedavi dönemi başa çıkma stratejileri arasında "dini açıklamalarda bulunma", "olumlu yeniden yorumlama", "iyimser bekleyiş" , "düşünsel uzaklaşma" ve "espri" kategorileri yer almıştır.⁷⁷⁴

Tuncay'ın çalışmasında genç kanser hastalarının bazıları; tedavi sürecinde dikkati başka yöne çekme amacıyla zihinsel meşguliyetleri arttıran uğraşlar ve hobiler edindiklerini, mizah içerikli filmler izlediklerini bildirmişlerdir. Hastaların bir kısmı ise

⁷⁷¹ Güleç, Büyükkınacı, "Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar", ss. 343-67.

⁷⁷² Heather M. Franks, Scott C. Roesch, "Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis", *Psycho-Oncology*, C. 15, S. 12 (2006), ss. 1027-37, doi:10.1002/pon.1043.

⁷⁷³ Folkman, Lazarus, "If It Changes It Must Be a Process", ss. 150-70; Franks, Roesch, "Appraisals and coping in people living with cancer", ss. 1027-37.

⁷⁷⁴ Tunç, *Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa çıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi İle Psiko-Sosyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi*, s. 147.

sağlıklı iken yapmış oldukları günlük rutin ve meşguliyetleri devam ettirdiklerine ifade etmişlerdir.⁷⁷⁵

Karabulutlu ve arkadaşları kanser hastalarının "stresle başa çıkma stratejilerini" belirlemek üzere yapmış oldukları çalışmada, hastaların başa çıkma yöntemleri arasında ilk sırada "sosyal destek arama" stratejisinin geldiğini sonrasında ise problem çözme ve kaçınma stratejilerinin geldiğini tespit etmişlerdir.⁷⁷⁶

Henderson ve arkadaşlarının Afrika-Amerikalı meme kanseri kadın hastalarla yapmış oldukları odak grup çalışmasında hastaların en fazla kullandıkları başa çıkma stratejileri; dua ve maneviyat, pozitif tutumlar, aile desteği, sağlık uzmanları tarafından bilgilendirilme, Afrika-Amerikalı destek grupları, hareketlilik/aktivite, yaşama isteği (özellikle küçük çocukları ve ailesi için) olarak belirlenmiştir.⁷⁷⁷

Carver ve arkadaşları erken evre meme kanseri kadın hastalarda başa çıkmada en fazla "kabullenme", "pozitif yeniden yorumlama" ve "dini başa çıkma" yöntemlerinin kullanıldığı, en az ise "inkâr" ve "davranışsal geri çekilme" yöntemlerine başvurulduğu ortaya çıkmıştır. Yine bu çalışmada başa çıkmanın "kabullenme" ve "mizah" boyutlarının ileriye yönelik düşük distresin önemli yordayıcıları olduğu bulunmuştur.⁷⁷⁸

Yazgan'ın kemoterapi alan kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada; şifa aramak amacıyla hastaların % 82,8'inde namaz kılma ve dua etme, % 14,5'inde aktara gitme, % 12,8'inde kutsal su (zemzem) içme, % 9,8'inde adak ve kurban adama, % 5,5'inde türbe ziyareti, diğerlerinde ise hocaya gitme, kurşun döktürme, muska kullanma, nazarlık kullanma gibi davranış ve tutumlara yönelme olduğu bulgulanmıştır.⁷⁷⁹ Yüksel'in onkolojik cerrahi geçiren kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada da stresle başetmek için katılımcıların % 96,6'sının her gün dua ettiği, % 55,9'unun her gün ibadet ettiği, % 39,7'sinin haftada bir alış-veriş yaptığı, % 30,9'unun her gün ve % 43,6'sının haftada bir aile ve arkadaşlarıyla bir araya geldiği, % 47,1'inin her gün müzik dinlediği,

⁷⁷⁵ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 71-72.

⁷⁷⁶ Karabulutlu vd., "Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer", ss. 296-302.

⁷⁷⁷ Phyllis D. Henderson vd., "African American Women Coping With Breast Cancer: A Qualitative Analysis", *Oncology Nursing Forum*, C. 30, S. 4 (2007), ss. 641-47, doi:10.1188/03.ONF.641-647.

⁷⁷⁸ C. S. Carver vd., "How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress: A Study of Women with Early Stage Breast Cancer", *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 65, S. 2 (1993), ss. 375-90, doi:10.1037//0022-3514.65.2.375.

⁷⁷⁹ Yazgan, *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi*, s. 48.

% 43,6'sının her gün yemek yaptığı, % 11,8'inin haftada bir spor yaptığı belirlenmiştir.⁷⁸⁰

Ćufta'nın Kosovalı kanser hastalarında yaptığı çalışmada "hastalıkla başa çıkmayı olanaklı kılan unsurlar" içinde hastaların "% 32,5'i dua, 5 25'i pozitif psikolojiye sahip olma, % 22,5'i Allah'a olan inanç, % 12,5'i ilerleyen teknoloji, % 5'i ise aile ve yakın çevrenin desteğini" bildirmiştir. Yine bu çalışmada hastaların % 90'ı tarafından "kansere başa çıkma sürecinde ibadetlerin ve duanın, sığınak işlevi gördüğü" tespit edilmiştir.⁷⁸¹

Bu araştırmada "*hastalıkla başa çıkma*" teması gerek kod sayısı ve gerekse toplam frekans sayısı bakımından en büyük tema olmuştur. Bu nedenle "*hastalıkla başa çıkma*" temasına ait kategorilerin ilgili başlıklar altında ayrı ayrı tartışılması uygun görülmüştür.

a. Aktif Başa Çıkma

"*Aktif başa çıkma*" kategorisi, bu araştırmada "*hastalıkla başa çıkma*" teması altında "*dini başa çıkma*" kategorisinden sonra ikinci büyük kategori olarak ortaya çıkmıştır. Bu durum, hastalarda "*aktif başa çıkma*" stilinin etkili bir başa çıkma aracı olduğunu göstermektedir.

"*Aktif başa çıkma*" kategorisi altında tanımlanan kod sayısı "10" olmuştur (bkz. Şema 14). Bu kategori altında yer alan kodlar; "umut", "açık havada/doğada vakit geçirme", "tedavi olmanın gereklerini yapma", "kararlı yaklaşım", "günlük hayatı sürdürme", "sağlıklı yaşam ve beslenme", "yürüyüş ve aktivite", "toprakla uğraşma", "müzik dinleme" ve "hobiler" olmuştur. Tanımlanan bu kodlar içinde "umut", "açık havada/doğada vakit geçirme" ve "tedavi olmanın gereklerini yapma" kodları frekans ağırlığı bakımından ilk üç sırada yer almıştır.

"*Aktif başa çıkma*" kategorisinin frekans ağırlığı en yüksek kodu olan "umut", kanserde etkili bir mücadele yöntemi olarak kabul edilmektedir. Kanser için gerekli olan umut prognozu da olumlu yönde etkilemektedir. Literatür, kanser hastalarında umudun hastalıkla başa çıkma, hastalığa uyum sağlama, hastalığa bağlı

⁷⁸⁰ Yüksel, *Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastaların Spiritualite ve Umut Durumlarının Belirlenmesi*, s. 24.

⁷⁸¹ Ćufta, *Kanser Hastalığı ile Başa Çıkma Dini İnanç ve Tutumların Rolü: Kosova Örneği*, ss. 105-15.

stresi azaltma ve motivasyonu arttırmada önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda umudun, kanser hastalarında daha iyi bir yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁷⁸²

İleri evre yumurtalık kanseri kadın hastalarla yapılan nitel bir araştırmada hastalar umudu; normale dönme, kendileri için anlamlı faaliyetlere katılma ve hastalıktan kurtulma becerisiyle ilişkili ve zamanla değişen dinamik bir duygu olarak tanımlamışlardır. Umudun, ileri evre kanser hastaları için ölüm hükmünü dönüştürmenin bir koşulu olduğu ve anlam bulmada anahtar bir rol oynadığı düşünülmektedir.⁷⁸³

Umut, bir yönüyle hayata iyimser bakıştır.⁷⁸⁴ Kanser hastalarında umut, iyileşeceğine olan inanç ve iyimserlik duygusu, hastalıkla başa çıkmada tinsel ve psikolojik olarak önemli bir güç kaynağı olarak görülmektedir. Ancak literatür, umut duygusunun birtakım değişkenlerden de etkilendiğini göstermektedir. Aile, sosyal çevre ve sağlık profesyonellerinden gelen desteğin de umudu arttıran faktörler olduğu bildirilmiştir. Kanser tanı ve tedavisine bağlı semptomlar ve fiziksel görünümdeki bozulmalar ortadan kalkıp iyileşme süreci başladığında, hastalarda umut duygusunun daha da güçlendiği tespit edilmiştir.⁷⁸⁵

Fadıloğlu ve arkadaşları, 29-39 yaş arası kanser hastalarında ileri yaş grubundaki hastalara göre umutsuzluk düzeyinin daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Yine bu çalışmada umutsuzluk düzeyi ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında negatif; çaresiz yaklaşım arasında ise pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu durum hastalarda umutsuzluk arttıkça kendine güven ve iyimserliğin azaldığı, çaresizlik duygusunun ise arttığı şeklinde yorumlanmıştır.⁷⁸⁶

Bazı araştırmalar da din ve umut duygusu arasındaki ilişkiye yönelik bulgular ortaya koymaktadır. Herth'in kemoterapi tedavisi almakta olan kanser hastalarında da yapmış olduğu çalışmada; umut ve başa çıkma düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir

⁷⁸² Çiçek Fadıloğlu vd., "Meme Kanserli Kadınlarda Umutsuzluk Düzeyi ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişki", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, C. 22, S. 2 (2006), ss. 147-60.

⁷⁸³ Reb, "Transforming the Death Sentence", ss. E70-81.

⁷⁸⁴ Urcuyo vd., "Finding benefit in breast cancer", 2005, ss. 175-92.

⁷⁸⁵ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 87-88.

⁷⁸⁶ Fadıloğlu vd., "Meme Kanserli Kadınlarda Umutsuzluk Düzeyi ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişki", ss. 147-60.

ilişki bulunmuştur. Ayrıca umut ile dini inancın gücü ve aile rolü sorumluluklarını yerine getirme arasında da pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki çıkmıştır.⁷⁸⁷ Zarzycka ve arkadaşları, Polonyalı kadın kanser hastalarında dini teselli ve umut duygusu arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulmuştur. Yine bu çalışmada umut ve kaygı arasında da negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.⁷⁸⁸

Bu araştırmada "açık hava/doğada vakit geçirme" kodu, "*aktif başa çıkma*" kategorisinde frekans sayısı bakımından ikinci sırada yer almıştır. Bu kodun tanımlandığı hastaların, açık havada ya da doğada vakit geçirme, yürüyüş yapma vb. etkinlikleri sıklıkla yaptıkları belirlenmiştir. "*Aktif başa çıkma*" kategorisinde "açık hava/doğada vakit geçirme" koduyla ilişkili olarak "yürüyüş ve aktivite" ve "toprakla uğraşma" kodları da tanımlanmıştır. Bu kodlar altında hastaların, daha sağlıklı kalabilmek ve tedaviye bağlı gelişen bazı yan etkileri hafifletebilmek amacıyla düzenli yürüyüş ve egzersizler yaptıkları; çiçek yetiştirme, meyve-sebze dikme gibi doğaya ve toprağa yönelik faaliyetlerde buldukları belirlenmiştir.

"Açık hava/doğada vakit geçirme", "yürüyüş ve aktivite" ve "toprakla uğraşma" gibi doğaya ve dış ortama yönelik aktiviteler ile park, bahçe gibi açık havada ya da doğal ortamlarda vakit geçirmenin, hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağladığı anlaşılmaktadır. Araştırmalar, bir park ya da orman gibi doğal alanlarda bulunmanın fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bu etkilerin obezite, kronik hastalık ve akıl sağlığı olmak üzere üç ana alanda olduğu gösterilmiştir. Yine ormanlık alanlarda bulunmanın kalp, akciğer ve cilt sağlığı yanında bilişsel işlevler için de faydaları vardır.⁷⁸⁹

Araştırmalar, doğayla bağlantıyı içeren (bahçeyle uğraşmak, açık havada egzersiz yapmak, parkta yürümek vb.) her türlü aktivitenin hatta sadece dışarıda bulunmanın dahi insan vücudundaki fizyolojik tepkileri uyardığını, ruh halini iyileştirdiği ve stres hormonu yoğunluğunu düşürdüğünü göstermektedir.⁷⁹⁰ Doğada

⁷⁸⁷ K. A. Herth, "The Relationship between Level of Hope and Level of Coping Response and Other Variables in Patients with Cancer", *Oncology Nursing Forum*, C. 16, S. 1 (1989), ss. 67-72.

⁷⁸⁸ Zarzycka vd., "Religious comfort and anxiety in women with cancer", ss. 1829-35.

⁷⁸⁹ "Studies Suggest Human Wilderness Connection Has Psychological Roots, Could Reduce Disease Risk", (10.11.2020), <https://medicalxpress.com/news/2020-11-human-wilderness-connectionhaspsychological-roots-disease.html>.

⁷⁹⁰ "Getting outside is good for physical and mental health, say experts", (10.11.2020), <https://medicalxpress.com/news/2020-03-good-physical-mental-health-experts.html>.

vakit geçirmenin yüksek düzeyde stres, anksiyete ve depresyonu önlemede etkili olabileceği belirtilmektedir. Yakın zamanlı bir araştırmada doğal ortamda 10 dakika kadar kısa bir süre içinde dahi bulunmanın; katılımcıların kendilerini daha mutlu hissetmelerini sağladığı gibi fiziksel ve zihinsel stresin azalmasına da yardımcı olabileceği bulunmuştur.⁷⁹¹

Berman ve arkadaşları; doğa ile basit ve kısa etkileşimlerin bilişsel kontrolde belirgin artışlar sağlayabileceğini göstermişlerdir.⁷⁹² Bir başka çalışmada da benzer şekilde doğal ortamlarda yürüyüşün daha fazla yenilenme deneyimleri ve bilişsel fonksiyonlarda daha kalıcı ilerlemeyle ilişkili olduğu bulunmuştur.⁷⁹³

Yaşları 71 ile 98 arasında değişen yaşlı bir popülasyonda yapılan çalışmada; bahçe ortamında yapılan uygulamalarda kortizol seviyesinin, iç mekan uygulamalarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, doğal ortamda bulunmanın stres düzeyini azalttığı şeklinde yorumlanmıştır.⁷⁹⁴

Doğada vakit geçirmenin psikolojik ve fizyolojik etkileri üzerine yapılan bir başka çalışmada da yorgunluk bozukluğu tanısı alan kadın hastalarda orman ortamında bulunmanın, şehre kıyasla önemli ölçüde daha onarıcı, olumlu ruh halini ve dikkat kapasitesini daha artırıcı olduğu bulunmuştur. Ayrıca hastalarda kalp atış hızında ve diyastolik kan basıncında düşme olduğu gözlenmiştir.⁷⁹⁵

Kanser hastalarında doğa temelli müdahalelerin etkilerini inceleyen araştırmalar, bu tür müdahalelerin hastalıkla ilgili güçlükleri hafifleterek olumlu etkiler sağladığını göstermektedir. Bunlar arasında doğa manzarası seyretme, doğaya ilişkin bir sanat eserine bakma, açık havada yürüme ve dinlenme, ormanlık alanda vakit geçirme, ev bahçeciliği, yapılandırılmış bahçecilik programları, açık havada macera, doğal ortamlarda inziva vb. sayılabilir. Bir meta-sentez çalışmasında; kanser hastalarında

⁷⁹¹ "Spending Time in Nature Reduces Stress, Research Finds", (11.11.2020), <https://medicalxpress.com/news/2020-02-nature-stress.html>.

⁷⁹² Marc G. Berman, John Jonides, Stephen Kaplan, "The Cognitive Benefits of Interacting With Nature", *Psychological Science*, C. 19, S. 12 (2008), ss. 1207-12, doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02225.x.

⁷⁹³ Christopher J. Gidlow vd., "Where to Put Your Best Foot Forward: Psycho-Physiological Responses to Walking in Natural and Urban Environments", *Journal of Environmental Psychology*, C. 45 (2016), ss. 22-29, doi:10.1016/j.jenvp.2015.11.003.

⁷⁹⁴ Susan Rodiek, "Influence of an Outdoor Garden on Mood and Stress in Older Persons", *Journal of Therapeutic Horticulture*, C. 13 (2002), ss. 13-21.

⁷⁹⁵ Elisabet Sonntag-Öström vd., "Restorative Effects of Visits to Urban and Forest Environments in Patients with Exhaustion Disorder", *Urban Forestry & Urban Greening*, C. 13, S. 2 (2014), ss. 344-54, doi:10.1016/j.ufug.2013.12.007.

doğanın duygusal olarak canlandırıcı ve başa çıkmayı kolaylaştırıcı etkisine dikkat çekilmiş, ayrıca "günlük tanı ve tedavi deneyimlerinin dışında" farklı bir ilgi arayışını karşıladığı belirlenmiştir. Bu çalışmada kanser hastaları için dış dünyanın, özellikle de doğa ile temasın farklı şekillerde destekleyici olarak etkisi ortaya çıkmıştır. Duygusal ve psikolojik sağlığı dönüştürmeye ve genel olarak hayata dair daha iyimser bir bakış açısı oluşturmaya yardımcı olduğu tespit edilmiştir.⁷⁹⁶ Park, bahçe gibi doğal ortamlar aynı zamanda hastaların arkadaşları ve ailesiyle bir araya gelmesinde ve sosyal ilişkilerini sürdürmesinde de bir platform işlevi görmektedir.⁷⁹⁷

Manevi bakımın yeşil bir doğa ortamında etkisini inceleyen bir çalışmada kanser hastalarına; on iki hafta boyunca haftada bir kez olmak üzere "orman terapisi, hortikültürel terapi, yoga meditasyonu, destek grup terapisini" içeren entegre bir program uygulanmıştır. Program sonunda yaşam kalitesinin fonksiyonel iyilik hali ve manevi iyilik halinde iyileşme ile kansere bağlı yorgunlukta azalma olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada kentsel yeşil alanda entegre tıp uygulamalarının kanser hastalarının manevi iyilik halini artırdığı gösterilmiştir.⁷⁹⁸

Meme kanseri hastalarda iyileşme ve şifa için terapötik alanların etkisini anlamak üzere yapılan nitel bir çalışmada; beden, ev, topluluk ve doğayı içeren günlük ve sıra dışı dört iyileşme ortamı belirlenmiştir. Katılımcılar, doğanın duygusal ve psikolojik sağlığı olumlu yönde dönüştürme yeteneğine sahip olduğunu ve iyileşmelerine katkıda bulunduğunu ifade etmişlerdir.⁷⁹⁹

İsveç'te 2355 katılımcıdan oluşan kanser hastalarından oluşan bir örnekleme doğanın başa çıkmadaki etkisi üzerine yapılan çalışmada; katılımcıların % 68'i "doğa, hastalıklarınızla baş edebilmeniz için önemli bir kaynak olmuştur" faktörüne; % 66'sı "doğal müzik (kuş cıvıltıları ve rüzgar) dinleme" faktörüne; % 63'ü "dışarıda yürümek veya aktivitelerde bulunmak manevi bir his verir" faktörlerine ait "büyük ölçüde/oldukça büyük ölçüde, hastalık sırasında/sonrasında stresli, üzgün veya

⁷⁹⁶ Sarah Blaschke, "The Role of Nature in Cancer Patients' Lives: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis", *BMC Cancer*, C. 17, S. 1 (2017), s. 370, doi:10.1186/s12885-017-3366-6.

⁷⁹⁷ Colleen K. Spees vd., "Health Behaviors and Perceptions of Cancer Survivors Harvesting at an Urban Garden", *American Journal of Health Behavior*, C. 39, S. 2 (2015), ss. 257-66, doi:10.5993/AJHB.39.2.12.

⁷⁹⁸ Maiko Nakau vd., "Spiritual Care of Cancer Patients by Integrated Medicine in Urban Green Space: A Pilot Study", *EXPLORE*, C. 9, S. 2 (2013), ss. 87-90, doi:10.1016/j.explore.2012.12.002.

⁷⁹⁹ Jennifer English, Kathi Wilson, Sue Keller-Olaman, "Health, Healing and Recovery: Therapeutic Landscapes and the Everyday Lives of Breast Cancer Survivors", *Social Science & Medicine*, C. 67, S. 1 (2008), ss. 68-78, doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.043.

depresyonda hissettiklerinde kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olur" ifadesini seçmiştir. Bu geniş katılımlı çalışmanın sonucu, kanser hastalarında önemli bir başa çıkma yöntemi olarak doğanın rolünü göstermiştir.⁸⁰⁰

"*Aktif başa çıkma*" kategorisinin üçüncü büyük kodu "tedavi olmanın gereklerini yapma" olmuştur. Frekans büyüklüğü bakımından bu kodun ardından "kararlı yaklaşım" kodu gelmiştir. Birbiriyle ilişkili olan bu iki kod hastalarda, kanserle mücadele azminin bir göstergesi olarak da kabul edilebilir. Bu kodlar altında hastaların, kanserle başa çıkmaya ilişkin zihinsel ve davranışsal bir hazırlıkta buldukları, kanseri yenebilmek amacıyla gerekli tedavileri kabul ettikleri ve tedavinin zorluklarına katlandıkları anlaşılmıştır. "Tedavi olmanın gereklerini yapma" ve "kararlı yaklaşım" kodlarında aynı zamanda bir kontrol duygusunun da saklı olduğu düşünülmüştür. Hastalar, gerekli tedavileri alarak hastalığın kontrolünü ve bu zorlu süreçte kararlı bir duruş sergileyerek kendi kontrollerini sağlayabileceklerdir. "*Aktif başa çıkma*" kategorisine dâhil edilen kodlardan birisi de "günlük hayatı sürdürme" olmuştur. Bu kod altında hastalar için tanı öncesi dönemde, günlük hayata ait birtakım rutinleri sürdürebilmenin önemli olduğu anlaşılmıştır. Hastalarda "günlük hayatı sürdürme", hastalığın fiziksel olarak olumsuz etkilerinin bastırılarak kontrol altında tutulma çabasıyla açıklanabilir.

Kanser gibi hayatı tehdit edici hastalık ve olaylarda, kişinin bedeni ve genel olarak hayatı üzerindeki kontrol hissi, kolaylıkla zayıflayabilmektedir.⁸⁰¹ Ancak kontrol kaybı duygusunun ardından kontrolü yeniden kazanma çabası kendini gösterir.⁸⁰² Kanser hastalarında aktif çabalar (bireysel uygulamalar, tedavi vb.) sonucunda hastalığın kontrol edilebileceğine olan inancın, hastalığa uyum ve hastalıkla başa çıkma yeteneğini arttırdığı yönünde bulgular vardır. Bu tür durumlarda tehdit edici olayı yönetmek veya tekrar olmasını önlemek için kontrol duygusu kazanmanın, uyum sürecine ve başa çıkmaya olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.⁸⁰³

Taylor'ın yapmış olduğu çalışmada, pek çok kanser hastası, kanserin geri gelmesini kişisel olarak engelleyebileceklerine inanarak kontrol sorununa çözüm

⁸⁰⁰ Fereshteh Ahmadi, Nader Ahmadi, "Nature as the Most Important Coping Strategy Among Cancer Patients: A Swedish Survey", *Journal of Religion and Health*, C. 54, S. 4 (2015), ss. 1177-90, doi:10.1007/s10943-013-9810-2.

⁸⁰¹ Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

⁸⁰² Reb, "Transforming the Death Sentence", ss. E70-81.

⁸⁰³ Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

bulmuş gibi görünmektedir. Görüşme yapılan hastaların üçte ikisinin, kanserlerinin seyri ve/veya nüksü üzerinde bir miktar kontrol sahibi olduklarına ve % 37'sinin çok fazla kontrole sahip olduğuna inandıkları tespit edilmiştir. Geri kalan yüzdenin ise kişisel olarak kanser üzerinde kontrolleri olmamasına rağmen, doktor tarafından veya devam eden tedavilerle kontrol edilebileceğine inandıkları belirlenmiştir. Hem hastanın kendi kanserini kontrol edebileceği inancı hem de hekimin veya tedavinin onu kontrol edebileceği inancı ile genel hastalığa pozitif uyum arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların çoğunda kontrol çabalarının zihinsel olduğu ve olumlu bir tutumun, kanser nüksünü engelleyeceğine dair bir inanç olduğu saptanmıştır. Yine hastaların önemli bir kısmı, belirli psikolojik kontrol teknikleri kullanarak kanserlerini kontrol altına almaya çalışmıştır. Bu teknikler; meditasyon, hayal etme, kendi kendine hipnoz, pozitif düşünme veya tüm bu tekniklerin bir kombinasyonunu içermektedir.⁸⁰⁴

Bu araştırmada "*aktif başa çıkma*" kategorisine dâhil edilen diğer kodlar ise "sağlıklı yaşam ve beslenme", "müzik dinleme" ve "hobiler" olarak tanımlanmıştır. Bu tür aktivitelerin hastalar için hastalığa uyum ve başa çıkmada etkili bir motivasyon olduğu düşünülmektedir.

Tuncay'ın genç kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada; katılımcıların iyileşme sürecini hızlandırma, tanı ve tedavinin yan etkileriyle daha kolay başa çıkabilme amacıyla sağlıklı beslenme, özel diyet programlarını takip etme, alternatif tıbbi yönelme, spor yapma gibi alışkanlık ve davranışlar içinde buldukları belirlenmiştir.⁸⁰⁵

Kanser hastalarında müzik müdahalesinin etkileri üzerine yapılan bir literatür inceleme çalışmasında; müziğin anksiyete, depresyon, ağrı, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu gibi nabız, solunum hızı, kan basıncı değerlerinde de küçük düşümlere neden olduğu tespit edilmiştir.⁸⁰⁶

b. Pasif Başa Çıkma

"*Hastalıkla başa çıkma*" temasının diğer bir kategorisi "*pasif başa çıkma*" olmuştur. Bu kategoride frekans sayısı en büyük olan "kıyaslama" kodu ile birlikte

⁸⁰⁴ a.yer.

⁸⁰⁵ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 116-18.

⁸⁰⁶ Bradt vd., "Music Interventions for Improving Psychological and Physical Outcomes in Cancer Patients".

toplam dört kod belirlenmiştir. Diğer kodlar ise "mizah", "umursamama" ve "kaçma"dır (bkz. Şema 15).

"Pasif başa çıkma" kategorisinin en belirgin kodu olan "kıyaslama"da hastaların, kendilerini diğer hastalarla karşılaştırma ve kıyaslama yoluna gittikleri belirlenmiştir. Hastalar, kendilerinden daha kötü durumda olan hastaları gördükçe onlardan etkilenmekte ancak bu hastalıkta yalnız olmadıklarını anladıkça da kanseri kabullenmeleri kolaylaşmaktadır. Dolayısıyla "kıyaslama"nın başa çıkmayı kolaylaştıran bir unsur olduğu söylenebilir.

Taylor'ın kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmasında da hastaların, benzer hastalarla aşağı doğru bir karşılaştırma yaptıkları, kendilerini şanslı ya da onlardan daha şanssız şeklinde tanımladıkları belirlenmiştir. Aşağı doğru karşılaştırmaların tehlide karşı, bir tür kendini koruma ve benlik saygısını artırma işlevi gördüğü düşünülmektedir. Sosyal karşılaştırmalarda hastaların boyut seçimine özen gösterdiği belirlenmiştir. Taylor'ın çalışmasında meme kanseri kadın hastalardan; lumpektomi (meme koruyucu cerrahi) olanlar, mastektomi (memenin kısmen ya da tamamen alınması) olanlara göre kendilerini daha olumlu değerlendirmiştir. Yaşlı hastalar, genç hastalara göre kendilerini daha iyi gördüklerini; evli hastalar ise bekâr hastalara acıdıklarını ifade etmişlerdir. En kötü durumda olan hastaların dahi ölmedikleri ya da acı çekmedikleri için teselli oldukları belirlenmiştir. Diğer taraftan bazı hastaların, prognoz, kanser tutulumu vb. açılardan fiziksel olarak kendilerinden daha kötü fakat başa çıkmada kendilerinden daha iyi durumdaki hastalarla karşılaştırma yaptıkları da ortaya çıkmıştır. Hastalar açısındanbu tür karşılaştırmaların; öğretici, motive edici ve kendi kendini geliştirmede davranış modellemesi için ilham verici olduğudüşünülmektedir.⁸⁰⁷

"*Pasif başa çıkma*" kategorisinde dikkat çeken bir başka kod da "umursamama" olmuştur. Bu kodun tanımlandığı katılımcılar, hastalığı kafaya takmadıklarını ve umursamadıklarını ifade etmişlerdir. "Kaçma" kodu altında ise hastaların kendilerini üzen ve strese sokan kişi, olgu, olay vb. durumlardan fiziksel olarak uzaklaşma eğiliminde oldukları tespit edilmiştir.

⁸⁰⁷ Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

Karakartal'ın yapmış olduğu nitel çalışmada da bazı hastalar, kendilerini sıkıntı ve strese sokacak kişilerden uzaklaşma ve kaçma davranışında bulduklarını ifade etmişlerdir.⁸⁰⁸ Kanser sürecinde hastalar, kendilerine faydası olmayan bilakis düşünce ve davranışlarıyla üzüntü veren ilişkilerden kaçınmaktadırlar. Özellikle duygusal ve sosyal anlamda destek ve yardımı olabilecek hassas ve duyarlı kişilerle yakın olmayı tercih etmektedirler.⁸⁰⁹

"*Pasif başa çıkma*" kategorisinde yer alan "mizah" kodunun da hastalar için önemli bir başa çıkma aracı olduğunu söylemek mümkündür.

Edwards ve arkadaşlarının palyatif bakım hastalarına ilişkin yapmış olduğu meta-inceleme çalışmasında; hastalarda pozitif kalmanın, çöküşü yavaşlatmak için önemli bir strateji ve ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Hastaların hoşnut edici düşüncelere ve başkalarının gülümsemelerine ihtiyacı olduğu, mizah ve gülmenin onları canlandırdığı ortaya çıkmıştır.⁸¹⁰

Tunç'un meme kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada da tanı ve tedavi dönemi başa çıkma stratejileri arasında "düşünsel uzaklaşma" ve "espri" kategorileri tanımlanmıştır.⁸¹¹ İlgili kategorilerin bu araştırmada "*pasif başa çıkma*" kategorisinde tanımlanan "kaçma", "umursamama" ve "mizah" kodlarına karşılık geldiği söylenebilir. Bu durum kanser hastaları için başa çıkmada benzer tutum ve davranışların olduğu şeklinde yorumlanabilir.

c. Dini Başa Çıkma

Bu araştırmada "*dini başa çıkma*" kategorisi, "hastalıkla başa çıkma (HBÇ)" temasının kod sayısı ve frekans ağırlığı bakımından en büyük kategorisi olarak yerini almıştır. İlgili kategoride ise frekansı en yüksek olan ilk üç kod "Allah'a sığınma", "dua" ve "şükür" olmuştur (bkz. Şema 16). Diğer kodlar; "ibadet etme", "dini içerikli rüyalar", "sabır", "Kur'an ve dini içerikli eserler okuma", "tespih ve zikir", "dini sohbet dinleme",

⁸⁰⁸ Karakartal, "Kanser Tanısı Almış Hastaların Ruh Sağlıkları İle Kişisel Yardım ve Destekleri", ss. 583-99.

⁸⁰⁹ Beatty vd., "The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer", ss. 331-42.

⁸¹⁰ Edwards vd., "Review", ss. 753-70.

⁸¹¹ Tunç, *Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa Çıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi İle Psiko-Sosyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi*, s. 147.

"kadere rıza gösterme", "sadaka/ikram", "tövbe" ve "şifa duası talebi" olarak tanımlanmıştır.

Dini/manevi başa çıkma, bir bireyin stresli bir yaşam olayı karşısında bir destek veya anlam oluşturma kaynağı olarak yöneldiği daha yüksek bir güce (genel olarak Tanrı) olan veya bağlı olduğu dini inancıyla ilişkili belirli bilişsel ve davranışsal stratejiler olarak tanımlanabilir.⁸¹² Hem Carver hem de Folkman ve Lazarus, dini başa çıkmanın pasif ve duygu odaklı bir başa çıkma olmayıp bilakis aktif ve problem odaklı bir başa çıkma olduğu yönünde ittifak ederler.⁸¹³

Bu araştırma bağlamında "dini başa çıkma" kategorisi kod bazında incelendiğinde, "*Allah'a sığınma*" kodunun, frekans ağırlığı en yüksek kod olduğubelirlenmiştir. Bu kodun tanımlandığı hastalar, tanı ve tedavi döneminin zorlukları karşısında Allah'a sığınıp güvendiklerini ve O'ndan yardım talep ettiklerini ifade etmişlerdir.

İslam inancında, insanın Allah ile bağı, her düşünce ve her duyguyu kapsar. Müslüman, Allah'ın yakınlık ve kontrolünün daima üzerinde olduğunu hisseder. Allah, inananların yardımcısı ve koruyucusudur; kendisine inanıp etslim olanların kalbine huzur, emniyet ve güven verir.⁸¹⁴ İslam'da Allah ile insan arasındaki ilişkinin anlamını belirleyen "hayatı Allah ile birlikte yaşamak"tır. Bu ilişkide insanın yapması gereken Allah'ı sevmesi, O'na bağlanması ve O'na sığınmasıdır.⁸¹⁵ Allah'ın yardım edeceğine inanmanın, Allah'a güvenmenin ve yardımı sadece Allah'tan dilemenin sıkıntıyı azalttığı düşünülmektedir.⁸¹⁶ Dolayısıyla bu araştırmada "dini başa çıkma" kategorisinde en belirgin kodun "*Allah'a sığınma*" olması bu çerçevede değerlendirilmelidir.

Tanrı'nın yardımına güvenmek, özellikle kanser gibi ölümlü yüzleştiren hastalıklarda, güçlü bir başa çıkma kaynağı olarak kabul edilir. Kronik hastalıklarda

⁸¹² Andrew P. Tix, Patricia A. Frazier, "The Use of Religious Coping during Stressful Life Events: Main Effects, Moderation, and Mediation", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, C. 66, S. 2 (1998), ss. 411-22, doi:10.1037//0022-006x.66.2.411; Gall, Bilodeau, "The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer", ss. 103-17.

⁸¹³ Lazarus, Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*; Charles S. Carver, "You Want to Measure Coping but Your Protocol' Too Long: Consider the Brief Cope", *International Journal of Behavioral Medicine*, C. 4, S. 1 (1997), ss. 92-100, doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6.

⁸¹⁴ Muhammed Kutub, *İnsan Psikolojisi Üzerine Etüdler*, Ankara: İşaret Yayınları, 1987, s. 298.

⁸¹⁵ Akif Hayta, *Allah'a Bağlanmak: Bağlanma Kuramı ve Tanrı Tasavvuru İlişkisi*, İstanbul: Onto Yayınları, 2017, ss. 134-37.

⁸¹⁶ Karabulutlu, Yaralı, Karaman, "Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey", ss. 881-90.

maneviyat ve Tanrı'nın yardımına güvenme; hastalığa uyum, benlik saygısı, duygusal rahatlık, anlam, amaç ve umut duyguları üzerinde olumlu etkileri olan içsel kaynaklar olarak değerlendirilmektedir.⁸¹⁷ Bir çalışma, hastalarda Tanrı'yı sevmenin ve O'nun tarafından sevildiğini hissetmenin sağlık algısı üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir.⁸¹⁸

Alaloul ve arkadaşlarının Müslüman kanser hastalarında yapmış olduğu nitel araştırma bulgularına göre başa çıkmada üç temel alan ortaya çıkmıştır: (1) Hastalığa, Allah'a olan inanç çerçevesinde bakma, (2) dini/manevi kaynakların kullanımı, (3) aile ve toplum desteği. Bu alanlardan ilkinde hastaların, her şeyin Allah'ın kontrolünde olduğuna ve kendilerini iyileştirebilecek tek güç sahibinin de Allah olduğuna inandıkları belirlenmiştir. Her şeyin sahibi ve hamisi olan Allah'ın onların acılarını dindireceği, onlara yardım edeceği ve kalplerine huzur vereceğine olan inancın, hastalara umut verdiği gözlenmiştir. Hastalar için Allah'a olan inanç, hastalık tecrübesini anlamlandırmada ve hastalıkla başa çıkmada yol gösterici olmuştur.⁸¹⁹

Literatür bulguları, pek çok kanser hastası için kanserle başa çıkmada Tanrı'ya yönelmenin merkezi bir konumda bulunduğunu göstermektedir. Gibson ve Hendrics'in meme kanseri hastalarda spiritualite literatürünü inceledikleri çalışmalarında; içerik analizi yapılarak manevi (spiritüel) temalar oluşturulmuş ve maneviyatın başa çıkmada önemli bir güç olduğu belirlenmiştir. Maneviyatla ilgili temalar arasında ise Tanrı'nın şifa verici ve her şeye hakim olduğu, Tanrı'nın karar vermeye yardımcı olduğu ve Tanrı'ya yakınlık hissetme alanları tanımlanmıştır.⁸²⁰ Lackey ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, Afrika-Amerikalı kanser hastaları maneviyatı, Tanrı'ya iman etmek olarak tanımlamışlar ve maneviyatlarının hastalık deneyiminde kendilerine destek olduğunu da belirtmişlerdir.⁸²¹

Tuncay'ın çalışmasında, katılımcılar genel olarak kanser sürecinde Allah'a olan inanç ve bağlılıklarının arttığını ve çokça dua ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu zorlu ve

⁸¹⁷ Ingela C. Thuné-Boyle vd., "Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature", *Social Science & Medicine*, C. 63, S. 1 (2006), ss. 151-64, doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.055.

⁸¹⁸ Jeff Levin, "God, Love, and Health: Findings from a Clinical Study", *Review of Religious Research*, C. 42, S. 3 (2001), ss. 277-93, doi:10.2307/3512570.

⁸¹⁹ Alaloul vd., "Spirituality in Arab Muslim Hematopoietic Stem Cell Transplantation Survivors", ss. E39-47.

⁸²⁰ Gibson, Hendricks, "Integrative Review of Spirituality in African American Breast Cancer Survivors", ss. 67-72.

⁸²¹ N. R. Lackey, M. F. Gates, G. Brown, "African American Women's Experiences with the Initial Discovery, Diagnosis, and Treatment of Breast Cancer", *Oncology Nursing Forum*, C. 28, S. 3 (2001), ss. 519-27.

acı veren süreçte Allah'a olan inancın ve duanın hastalarda; ölüm korkusunu hafiflettiği, kaygıyı azalttığı, tahammül gücünü arttırdığı, kanserle başa çıkmaya yardımcı olduğu, psikolojik ve duygusal olarak rahatlama sağladığı belirlenmiştir.⁸²² Çiftçi tarafından yapılan araştırmada da hastalıkla "başa çıkmayı olanaklı kılan unsurlar" başlığı altında sırasıyla "Allah'a olan inanç, kişisel azim ve direnç, dua ve ibadetler, tıbbi tedavi, aile ve akrabaların desteği" olarak beş unsur tanımlanmıştır.⁸²³

Onkoloji hastalarında yapılan bir başka çalışmada da manevi yönelimde en yüksek puanların "Yüce bir güç tarafından korunduğumu hissedirim" ve "İlahi bir varlık tarafından sevildiğimi hissedirim" maddelerine ait olduğu bulunmuştur.⁸²⁴

Bu araştırmada "*dini başa çıkma*" kategorisinin frekans sayısına göre ikinci en büyük kodu "*dua*" olmuştur. Katılımcı açıklamalarından sadece kendileri tarafından yapılan duanın değil, dinin sosyal destek fonksiyonuyla da ilişkili olarak aile ve yakın çevrenin de kendileri için dua etmesinin önemli bir motivasyon olduğu anlaşılmıştır. Bu araştırmada kanserle mücadelede hastalar için dua etmenin oldukça etkili bir başa çıkma stili olduğu belirlenmiştir. "*Dini başa çıkma*" kategorisinde ayrıca "ibadet etme", "Kur'an ve dini içerikli eserler okuma", "tespih ve zikir" ve "dini sohbet dinleme" kodları da tanımlanmıştır. Ancak bu kodların frekansları, "dua" koduna göre daha düşüktür (bkz. Şema 16). İlgili kodlar altında hastaların, duanın yanında namaz kılma, Kur'ân okuma, tesbih ve zikir çekme vb. dinî uygulamalarla da Allah'tan yardım istedikleri ve hastalıkla başa çıkmaya çalıştıkları belirlenmiştir. Dua, tüm dini geleneklerde varolan ve İlâhi Olan'a evrensel bir yöneliştir. Bu nedenle literatür bulguları, kanser hastalarında duanın en sık kullanılan bir başa çıkma yöntemi olduğunu göstermektedir. Farklı Müslüman kültürlerde hastaların başa çıkmada duanın yanısıra namaz kılma, Kur'an okuma, tesbih ve zikir çekme gibi dini uygulamalara da yöneldikleri gösterilmiştir. Literatürde başa çıkmaya ilişkin yer alan bu bulgular, araştırmanın bulgularıyla da örtüşmektedir.

Çiftçi'nin çalışmasında dua ve ibadetlere ilişkin bulgulara göre katılımcıların % 75'i dua ve ibadetlerin ilgili süreçte kendileri için bir "sığınak" olduğunu kabul

⁸²² Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 89-92.

⁸²³ Çiftçi, *Hastalıklarla Başa Çıkmada Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği*, s. 63.

⁸²⁴ Masat, *Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki*, s. 51.

etmişlerdir.⁸²⁵ Masat ve Güner'in kanser hastalarında yaptığı iki ayrı çalışmada da katılımcıların tıbbi tedaviler dışında şifa bulmak için yapmış oldukları uygulamalar arasında ilk sırada, dua gelmiştir.⁸²⁶

Amerika'da 2002'de yapılan Ulusal Sağlık Araştırması'nda, 2262 kanser hastasından oluşan katılımcıların % 68,5'i kendi sağlıkları için dua ettiklerini bildirmiştir. Yine dua eden bu grubun % 72'si sağlık durumlarını iyi ya da çok iyi olarak tanımlamıştır.⁸²⁷

Rezaei ve arkadaşları tarafından, kemoterapi alan İranlı kanser hastalarında duanın, önemli bir başa çıkma unsuru olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada uygulanan dua ölçeği (toplam) ve alt boyutlarda (dua aktivitesi, dua tecrübesi ve duaya yönelik tutum) katılımcıların puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. En yüksek puan ortalamalarının; "dua aktivitesi" alt boyutunda "Tanrı'dan karar vermede rehberlik etmesini isteme"; "dua tecrübesi" alt boyutunda "Tanrı'nın güçlü varlığını hissetme"; "duaya yönelik tutum" alt boyutunda ise "Tanrı'nın beni himaye ettiğini biliyorum" maddesine ait olduğu belirlenmiştir.⁸²⁸

Henderson ve arkadaşlarının odak grup görüşmesi yöntemiyle yapmış oldukları çalışmada meme kanseri hastalar, duanın hastalığın (teşhis, tedavi, iyileşme) her aşamasıyla başa çıkmalarında etkili bir yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir.⁸²⁹

Shaheen ve arkadaşlarının Müslüman kanser örnekleminde yaptığı çalışmada katılımcıların % 91,4'ü Allah'ın varlığını açıkça hissettiklerini ifade etmiştir. Yine bu çalışmada hastaların % 61,4'ünün sıklıkla/çok sık dua ettiği, % 71,4'ünün Kur'an veya dini içerikli kitaplar okuduğu belirlenmiştir.⁸³⁰

⁸²⁵ Çiftçi, *Hastalıklarla Başa Çıkmada Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği*, s. 71.

⁸²⁶ Masat, *Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki*; Simge Güner, *Meme Kanseri Cerrahisi Uygulanacak Hastaların Sosyal Destek Algısı, Manevi Yönelim ve Umut Düzeyleri*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2020.

⁸²⁷ Louie E. Ross vd., "Prayer and Self-Reported Health Among Cancer Survivors in the United States, National Health Interview Survey, 2002", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, C. 14, S. 8 (2008), ss. 931-38, doi:10.1089/acm.2007.0788.

⁸²⁸ Mahboubeh Rezaei vd., "Prayer in Iranian Cancer Patients Undergoing Chemotherapy", *Complementary Therapies in Clinical Practice*, C. 14, S. 2 (2008), ss. 90-97, doi:10.1016/j.ctcp.2008.01.001.

⁸²⁹ Henderson vd., "African American Women Coping With Breast Cancer", ss. 641-47.

⁸³⁰ Mahmoud Shaheen Al Ahwal vd., "Religious Beliefs, Practices, and Health in Colorectal Cancer Patients in Saudi Arabia", *Psycho-Oncology*, C. 25, S. 3 (2016), ss. 292-99, doi:10.1002/pon.3845.

Alaloul ve arkadaşlarının Müslüman Arap kanser örneğinde yapmış olduğu nitel araştırmada; katılımcıların, onları koruyan ve ihtiyaçlarını gideren Allah ile bağlarını güçlendirebilmek için birtakım dini pratiklere başvurdukları belirlenmiştir. Bu başa çıkma yaklaşımında; ibadetin önemi, dua etme, Kur'an okuma ve dinleme olmak üzere üç başa çıkma stratejisi öne çıkmıştır.⁸³¹ Arap meme kanseri kadın hastalarla yapılan nitel bir çalışmada da teşhis ve tedavi sonrası hastaların, genel olarak dini ve manevi uygulamaları içeren uzlete çekilme ve dua etmede teselli buldukları belirlenmiştir.⁸³²

Bu araştırmada "*dini başa çıkma*" kategorisinin frekans ağırlığı bakımından üçüncü büyük kodu "*şükür*" olmuştur. Hastaların ifadelerinde sıklıkla hallerine şükrettikleri tespit edilmiştir. Bu araştırmada şükretmenin, dini başa çıkmada önemli bir unsur olduğu ortaya çıkmıştır. Hastalarda şükretme sıklığının yüksek olmasında, toplum nezdinde "Allah'a şükürler olsun" ya da "çok şükür" gibi sözlü ifadelerin kalıp olarak yerleşmiş olmasının etkisini düşünmek mümkündür. Diğer taraftan kendileriyle görüşme yapılan hastaların bir kısmının şükretmenin; bir kulluk görevi, bir ibadet ve bir emir olduğunun bilinci içinde oldukları gözlenmiştir.

"Şükür" kelimesi "övmek, methetmek, müteşekkir olmak, ödüllendirmek, iyiliğe karşı dua etmek, nankör olmamak, iyilik bilmek, minnettarlık" gibi anlamlar taşır. Herhangi bir iyilikten dolayı duyulan hoşnutluk ve minnettarlık, insanın halinden dolayı duymuş olduğu memnuniyet durumu da bir şükürdür. Bu kavrama ilişkin tüm anlamların özeti ise yine "şükür" ile aynı kökten gelen ve günlük yaşamda çok sık kullanılan "teşekkür" kelimesinde saklıdır. Kısaca şükür, "kişinin insanlara, doğaya ve Allah'a karşı yaptığı en geniş anlamda bir teşekkür etme hâlidir."⁸³³ Şükür, aynı zamanda insanı Allah'a yaklaştıran dini bir duygudur.⁸³⁴

İslâm'da şükür kavramıyla imana atıf* yapılır. Kur'an ayetlerinde Allah; "insanların kalplerinde derin bir minnettarlık hissi uyandırmayı amaçlar" ve O'nun

⁸³¹ Alaloul vd., "Spirituality in Arab Muslim Hematopoietic Stem Cell Transplantation Survivors", ss. E39-47.

⁸³² Assaf, Holroyd, Lopez, "Isolation and prayer as means of solace for Arab women with breast cancer", ss. 1888-93.

⁸³³ Hayati Hökekleli, *Psikoloji, Din ve Eğitim Yönüyle İnsani Değerler*, İstanbul: Dem Yayınları, 2013, s. 141.

⁸³⁴ Gülüşan Göcen, *Şükür ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması*, (Doktora Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012, s. 247.

* Bkz. Bakara 2/152; Neml 27/40; İbrahim 14/7.

sonsuz lütuf, kerem ve merhamet sahibi bir İlah olduğunu* beyan eder. Kur'an'da pek çok ayette, Allah'ın kullarına karşı çok lütuf sahibi olduğu konusunda önemli bir vurgu vardır. Kendisine bahşedilen sayısız nimetlerin karşılığı olarak insandan beklenen ise içtenlikle Allah'a yönelerek şükürünü* yerine getirmesidir.⁸³⁵ İslâm'da şükretmek, kul olmanın* gereğidir. Şükretmek insanın, Allah ile bağına güçlendirir. Bu bağ, aynı zamanda insanın Allah'ın yaratmış olduğu herşeyde hikmet, iyilik ve güzelliği görmesini; kendisine verilen nimetleri paylaşmayı; hayata, diğer insanlara ve varlıklara sevgi, iyilik, cömertlik, yardım ve minnettarlık içinde olmayı ve kendisinin acizliğini hissederek Allah'a övgü ve şükür içinde olmayı gerektirir.⁸³⁶

Şükür, sadece İslâm'da değil Yahudilik, Hristiyanlık, Budizm ve Hinduizm'in yanı sıra pek çok toplum ve kültürde yeri olan önemli bir ahlâki erdem olarak kabul edilir. Bu durumda şükürün dini, ahlaki, felsefi, sosyal ve psikolojik boyutlarıyla evrensel bir kavram olduğunu söylemek mümkündür.⁸³⁷

Emmons, McCullough ve Tsang tarafından şükür; bir duygu, bir tutum, ahlaki bir erdem, bir alışkanlık, bir kişilik özelliği ve bir başa çıkma tepkisi olarak kavramsallaştırılmıştır.⁸³⁸

Şükür ve minnettarlık; olumlu psikolojik ve toplumsal etkileri nedeniyle son yıllarda bilimsel araştırmaların da önemli bir konusu haline gelmiştir. İlgili literatürde son 10 yılda ciddi bir artış olduğu ve araştırmaların, genel olarak şükretmenin psiko-sosyal etkilerine yoğunlaştığı göze çarpmaktadır.

Amerikan Kanser Topluluğu'nun büyük bir kanser örneğinde (n=5149) yaptığı araştırmada; hastalarda kanserin pozitif etkilerine ilişkin şükür ve yaşama duyulan minnettarlığın en sık onaylanan temalar olduğu belirlenmiştir.⁸³⁹

* Bkz. Secde 3/2/7-9; Yunus 10/60; Yasin 36/71-73; Şûrâ 42/32-33.

* Bkz. Bakara 2/158; İsrâ 17/19; İnsân 76/22.

⁸³⁵ Toshihiko Izutsu, *Ku'anda Dini ve Ahlâki Kavramlar*, çev. Selahattin Ayaz, İstanbul: Pınar Yayınları, 2013, ss. 306-7.

* Bkz. Bakara 2/172.

⁸³⁶ Hökelekli, *Psikoloji, Din ve Eğitim Yönüyle İnsani Değerler*, ss. 154-55.

⁸³⁷ Giacomo Bono, Robert A. Emmons, Michael E. McCullough, "Gratitude in Practice and the Practice of Gratitude", *Positive Psychology in Practice*, ed. Stephen Joseph, P. Alex Linley, New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd, 2004, ss. 464-65, doi:10.1002/9780470939338.ch29.

⁸³⁸ Emmons, McCullough, "Counting Blessings versus Burdens", ss. 377-89.

⁸³⁹ Gail Adorno vd., "Positive aspects of having had cancer: A mixed-methods analysis of responses from the American Cancer Society Study of Cancer Survivors-II (SCS-II)", *Psycho-Oncology*, C. 27, S. 5 (2018), ss. 1412-25, doi:10.1002/pon.4484.

Göcen, çalışmasında dini yönelim düzeyi arttıkça şükür ve takdir etme düzeyinin de arttığını; yine şükür ve takdir etme ile psikolojik iyi olma hali arasında olumlu ilişkiler olduğunu bulmuştur.⁸⁴⁰ Ayten ve arkadaşlarının hasta, hasta yakınları ve hastane çalışanlarından oluşan örnekleme yapmış olduğu çalışmada; şükür ve hayat memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.⁸⁴¹ Farklı kültür ve örneklemlerde yapılan çalışmalarda; Allah'a olan şükür duygusu arttıkça mutluluk, yaşam doyumu ve psikolojik iyilik halinin de arttığı⁸⁴²; çok şükreden bireylerin empati, bağışlama, yardım etme gibi prososyal davranış ve özellikleri ile dini/manevi yönelimlerinde artış olduğu; kıskançlık ve materyalist tutumlara yönelimlerinin ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.⁸⁴³ Yine şükretmenin olumlu duyguları artırdığı ve bağışıklık sistemini güçlendirdiği⁸⁴⁴; hayatlarını şükrederek geçiren bireylerin daha mutlu olduğu ve psikolojik sorunlara daha az maruz kaldığı yönünde bulgular vardır.⁸⁴⁵

Meme kanseri hastalarda yapılan bir çalışmada; şükür düzeyi yüksek hastaların daha fazla travma sonrası büyüme ve daha düşük semptom gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada, şükür ile travma sonrası büyümenin tüm alanları ve psikolojik iyilik halinin "başkalarıyla olumlu ilişkiler" boyutu arasında pozitif; şükür ile anksiyete, depresyon ve düşmanlık-sinirlilik arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur.⁸⁴⁶ Meme kanseri hastalarla yapılan bir başka çalışmada da katılımcılardan iki hafta boyunca her gün şükretme nedenlerine ilişkin günlük bir liste oluşturmaları istenmiştir. Uygulama sonrasında müdahale grubunda yer alan hastaların, kontrol

⁸⁴⁰ Göcen, *Şükür ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması*, s. 292.

⁸⁴¹ Ali Ayten vd., "Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Amprik Bir Araştırma", *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, C. 12, S. 2 (2012), ss. 45-79.

⁸⁴² Naser Aghababaei, Agata Blachnio, Masoume Aminikhoo, "The relations of gratitude to religiosity, well-being, and personality", *Mental Health, Religion & Culture*, C. 21, S. 4 (2018), ss. 408-17.

⁸⁴³ Michael E. McCullough, Robert A. Emmons, Jo-Ann Tsang, "The Grateful Disposition: A Conceptual and Empirical Topography", *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 82, S. 1 (2002), ss. 112-27, doi:10.1037//0022-3514.82.1.112.

⁸⁴⁴ "An Old Take On New Gratitude", (05.12.2020), <https://thriveglobal.com/stories/an-old-take-on-new-gratitude/>.

⁸⁴⁵ "Consciously training our sense of gratitude is good for mental health", (05.12.2020), <https://medicalxpress.com/news/2020-05-consciously-gratitude-good-mental-health.html>.

⁸⁴⁶ Chiara Ruini, Francesca Vescovelli, "The Role of Gratitude in Breast Cancer: Its Relationships with Post-traumatic Growth, Psychological Well-Being and Distress", *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, C. 14, S. 1 (2013), s. 263, doi:10.1007/s10902-012-9330-x.

grubuna göre şükür, sosyal destek algısı, adaptif başa çıkma, benlik saygısı, iyimserlik ve hastalığı kabullenme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁸⁴⁷

Emmons ve McCullough'ın nöromüsküler rahatsızlığı olan hastalarla yapmış olduğu şükür duygusunu uyandırmaya yönelik bir müdahale çalışması sonrasında; katılımcılarda yaşam doyumu, iyimserlik, olumlu duygulanım, uyku miktarı ve kalitesi düzeyinde artış tespit edilmiştir.⁸⁴⁸ Online bir toplulukla yapılan şükür günlüğü tutma uygulaması sonucunda katılımcıların stres düzeyinde düşüş, şükür ve sosyal destek algılarında ise anlamlı bir gelişme olduğu belirlenmiştir.⁸⁴⁹ Kardiyovasküler sağlık değişkenleri ve şükür arasındaki ilişkilere odaklanan bir literatür inceleme çalışmasında da genel olarak şükretmenin düşük düzeyde inflamasyon değerleri, diyastolik kan basıncı, kalp hızı ve azalmış hemoglobin seviyeleriyle ilişkili olarak kardiyovasküler sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkilediği ortaya çıkmıştır.⁸⁵⁰

Koenig ve arkadaşlarının major depresyon tanılı klinik hastalarla yaptığı çalışmada; şükür ile depresif belirtiler arasında negatif, minnettarlık ile yaşamın amacı, iyimserlik ve cömertlik arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.⁸⁵¹ Yaşlı yetişkinlerden oluşan bir örnekleme de kadınlarda şükretmenin erkeklere nazaran daha yüksek olduğu ve Tanrı'ya karşı şükür içinde olmanın, potansiyel olarak strese karşı tampon görevi gördüğü belirlenmiştir.⁸⁵²

Bu araştırmada "*dini başa çıkma*" kategorisi altında tanımlanan diğer önemli bir kod da "*sabır*" olmuştur. Bu kod bağlamında hastaların, tanı ve tedavinin zorluklarına katlanarak mücadele etmeye çalıştıkları belirlenmiştir. Burada sabretmenin pasif bir başa çıkma değil, bilakis kanseri yenmeye yönelik yapılacak her türlü tıbbi tedaviyi azimle sürdürme çabası olduğu görülmüştür.

⁸⁴⁷ Joanna Sztachańska, Izabela Krejtz, John B. Nezlek, "Using a Gratitude Intervention to Improve the Lives of Women With Breast Cancer: A Daily Diary Study", *Frontiers in Psychology*, C. 10 (2019), doi:10.3389/fpsyg.2019.01365.

⁸⁴⁸ Emmons, McCullough, "Counting Blessings versus Burdens", ss. 377-89.

⁸⁴⁹ Mary Jo Kreitzer vd., "Outcomes of a Gratitude Practice in an Online Community of Caring", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, C. 25, S. 4 (2019), ss. 385-91, doi:10.1089/acm.2018.0460.

⁸⁵⁰ Lakeshia Cousin vd., "Effect of gratitude on cardiovascular health outcomes: a state-of-the-science review", *The Journal of Positive Psychology*, 2020, ss. 1-8, doi:10.1080/17439760.2020.1716054.

⁸⁵¹ Harold G. Koenig vd., "Religious Involvement Is Associated with Greater Purpose, Optimism, Generosity and Gratitude in Persons with Major Depression and Chronic Medical Illness", *Journal of Psychosomatic Research*, C. 77, S. 2 (2014), ss. 135-43, doi:10.1016/j.jpsychores.2014.05.002.

⁸⁵² Krause, "Gratitude Toward God, Stress, and Health in Late Life", ss. 163-83.

Sabır, yaşamın zorluklarıyla mücadele etmede ve bireyin süreci doğru olarak yönetmesinde etkili bir başa çıkma yöntemidir. Dini başa çıkmanın önemli bir aracı olarak sabır; travmatik olayla karşılaşma anından başlayarak anlamlandırma ve çözüme kadar olayın her aşamasında aktif bir rol oynar. Sabır; umut, iyimserlik ve kararlılığın sürdürülmesinde de etkili bir faktördür. Sabır bağlamında yapılan çalışmalar, sabır ve psikolojik iyi oluş düzeyi arasında olumlu ilişkiler olduğunu göstermektedir.⁸⁵³

Kur'an'da sabırla ilgili çok sayıda ayet vardır. Bu ayetlerde sabredenler övülmekte ve Allah'ın sabredenlerle beraber olduğu[♦], Allah'ın sabredenleri sevdiği[♦], sabredene mükâfatlarının hesapsız ödeneceği[♦], buyurulmaktadır. Bu ayetlerden sabırla, Allah'ın sevgisine ve sonsuz mükâfata erişilebileceği anlaşılmaktadır. İslam'da en güzel vasıflardan biri kabul edilen sabır vasıtasıyla bir Müslüman, Allah'a yaklaşabileceğine ve böylece gerçek huzura ulaşabileceğine inanır. Kuran'daki bazı ayetler, Müslümanları sabırla ve azimle dua etmeye, korku ve kayıpla karşılaştıklarında Allah'tan yardım istemeye teşvik eder.⁸⁵⁴ Nitekim bu konudaki ayet şöyledir: "Ey iman edenler, sabırla ve namazla (Allah'tan) yardım dileyin. Gerçekten Allah, sabredenlerle beraberdir."[♦]

Kur'an'da sabırla ilgili ayetlerden yola çıkarak sabrın, kuru bir tahammülden öte manevi bir boyutu olduğu, müslümanlar için bu kavramda Allah'ın emrine itaat, ibadet ve dua anlamının saklı olduğunu söylemek mümkündür.

İnanan insanlar için din; "acılarıyla baş edebilmek, yaşadıkları olayları anlamlandırmak, sevgi, sabır, hoşgörü, affetme, gibi evrensel değerleri hayatlarında uygulamak, hayatlarının anlamını keşfetmek" için önemli bir kaynaktır.⁸⁵⁵

⁸⁵³ Mebrure Doğan, *Sabır Psikolojisi: Pozitif Psikoloji Bağlamında Bir Araştırma*, İstanbul: Çamlıca Yayınları, 2016, ss. 414-16.

♦ Bkz. Bakara 2/153.

♦ Bkz. Al-i İmran 3/146.

♦ Bkz. Zümer 39/10.

⁸⁵⁴ Nur Rizky Puspitasari, Siti Qodariah, "Correlation between Patience and Coping Strategy of Mothers with Autistic Children", *International Journal of Social Science and Humanity*, C. 6, S. 12 (2016), ss. 919-22, doi:10.18178/ijssh.2016.V6.773.

♦Bakara 2/153.

⁸⁵⁵ Öznur Özdoğan, "İnsan-Kutsal Kitap İlişkisi", *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 41, S. 1 (2000), ss. 293-308, doi:10.1501/Ilhfak_0000000513.

Sabır konusunu ele alan çalışmalar; özellikle dinî/manevî bağlamda sabrın etkili bir başa çıkma aracı olduğunu göstermektedir. Ayrıca nicel araştırmaların bir kısmı sabrın yaşam doyumu ile fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki etkilerine odaklanmıştır.

Özdoğan'ın "insan-kutsal kitap" ilişkisi bağlamında yapmış olduğu çalışmada, bir katılımcı; Kur'an-ı Kerim'de sabırla ilgili ayetlerden etkilendiğini, sabır ve ümidin ayrılmaz bir parça olduğunu, "bütün şerleri hayreylemek için sabırla Allah'a sığındığını ve Kur'an'ın bu konuda kendisine büyük bir yol gösterici olduğunu" ifade etmiştir.⁸⁵⁶

Farklı örneklerde yapılan çalışmalarda sabırlı bireylerin; daha az duygusal zorluk yaşadıkları ve bilişsel olarak daha esnek oldukları⁸⁵⁷; daha yüksek düzeyde yaşam doyumu ve daha düşük düzeyde depresyon, anksiyete ve psikolojik işlev bozukluğu yaşadıkları⁸⁵⁸ belirlenmiştir. Eliüşük'ün çalışmasında; "sabrın alt boyutları ile yumuşak başlılık, deneyime açıklık ve sorumluluk arasında pozitif yönde anlamlı ilişki, duygusal dengesizlik ile negatif yönde anlamlı ilişki" olduğu belirlenmiştir. Yine bu çalışmada "dışa dönüklük ile sabrın alt boyutlarından olan yaşamzorluklarında sabır" arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.⁸⁵⁹ Kronik hastalığı olan yaşlılarda yapılan nitel bir çalışmada katılımcılar; acı ve ızdırabın üstesinden gelmeyi bir yetenek olarak gördüklerini, yaşlılık ve hastalığa uyum sağlamalarında sabır ve Tanrı'ya olan inançlarının etkili olduğunu ifade etmişlerdir.⁸⁶⁰ Kardiyovasküler rahatsızlığı olan hastalarda yapılan bir çalışmada da sabırlı olmanın ağrının etkisini hafiflettiği belirlenmiştir.⁸⁶¹

Yavuz'un hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmada; katılımcıların kullanmış olduğu dini başa çıkma yöntemleri arasında ilk sırada sabır ve şükür (37,6) yer almıştır. Sonrasında ise "dua (%33,1), yakınların desteği (% 22,7), ibadetlere yönelme (% 3,3) ve

⁸⁵⁶ a.yer.

⁸⁵⁷ Gülden Gökçen, Coşkun Arslan, Zeliha Traş, "Examining the Relationship Between Patience, Emotion Regulation Difficulty and Cognitive Flexibility", *European Journal of Education Studies*, C. 7, S. 7 (2020), ss. 131-52.

⁸⁵⁸ Naser Aghababaei, Mohammad Taghi Tabik, "Patience and Mental Health in Iranian Students", *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, C. 9, S. 3 (2015), doi:10.17795/ijpbs-1252.

⁸⁵⁹ Ayşe Eliüşük, *Sabır Eğiliminin Öz-Belirleme Öz-Anlayış ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi*, (Doktora Tezi), Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2014.

⁸⁶⁰ Parkhide Hassani vd., "A Phenomenological Study on Resilience of the Elderly Suffering from Chronic Disease: A Qualitative Study", *Psychology Research and Behavior Management*, C. Volume 10 (2017), ss. 59-67, doi:10.2147/PRBM.S121336.

⁸⁶¹ Leila Sadat Azizi Ziabari vd., "Patience mediates the relationship between mindfulness and pain in patients with cardiovascular diseases", *Mental Health, Religion & Culture*, C. 22, S. 3 (2019), ss. 319-29, doi:10.1080/13674676.2019.1622518.

hayra yorma (% 3,3)" gelmiştir. Ayrıca bu çalışmada, sabır ve yaşam memnuniyeti arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁸⁶²

Kanser hastaları tarafından da "sabır, moral ve sevgi" kanserle mücadelenin önemli unsurları olarak görülmektedir.⁸⁶³ Kurt, kanser hastalarında manevi değerlerin rolü üzerine yaptığı çalışmasında; hastaların iyileşme sürecinde "inanç, sabır, şükür, affetme ve hoşgörü" gibi manevi değerlerle güçlendirilmiş bir desteğin önemli olduğunu vurgulamaktadır.⁸⁶⁴ Meme kanseri hastalarda yapılan bir başka çalışmada da sabrın dayanma gücünü ve yaşam memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir.⁸⁶⁵

Müslüman kanser hastalarıyla yapılan bir araştırmada başa çıkma yaklaşımında hastaların kullandığı dört alt strateji ortaya çıkmıştır. Bunlardan birincisi; Allah'a olan samimi inanç, hastalık ve dert için en iyi şifa kaynağı olarak değerlendirilmiştir. İkincisi; kadere iman, üçüncüsü; hastalığı bela olarak görmemek ve dördüncüsü; sabır olmuştur. Yine bu araştırmada katılımcıların bir kısmı, Allah'ın sabredenleri hem bu dünyada hem de ahirette ödüllendireceğine ilişkin inançlarını ifade etmişlerdir.⁸⁶⁶

Bu araştırmada "*dini başa çıkma*" kategorisinin belirgin kodlarından birisi de "*dini içerikli rüyalar*" olmuştur. "Dini içerikli rüyalar" kodu, bu araştırmanın farklı bir bulgusu olarak kabul edilmiştir. Bu kodun tanımlandığı hastalar, görmüş oldukları bazı rüyaların onlar için öneminden bahsetmişlerdir. Hastaların görmüş oldukları rüyaların dini içerikli ve hastalıkla başa çıkmada onlara umut ve destek olduğu anlaşılmıştır. Rüyalarda Müslüman bir toplumun kutsallık atfettiği kişi, mekan, olay vb. unsurların yer alması da dikkat çekici bir özellik olmuştur.

Rüya, evrensel bir insan deneyimi olarak kabul edilir. Araştırmalar, rüyanın uyanık yaşamdan gelen etkinlikler, düşünceler ve duygularla ilişkili olarak yapılandırıldığını göstermektedir. Rüyalar, uyku sırasında ortaya çıkan zihinsel/duygusal imgeler ve temsiller anlamına gelebilir. Literatür, rüya görmenin işlevleriyle ilgili çeşitli teorilere işaret eder. Nörobilişsel modeller, genellikle rüya

⁸⁶² Tuğba Yavuz, *Hemodiyaliz Hastalarında Sabır ve Yaşam Memnuniyeti İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2020.

⁸⁶³ "Sabır, moral, sevgi kanseri yendi", *Denizli Muhabir / Denizli Haberleri / Son Dakika Denizli Haberleri*, (02.12.2020), <https://www.denizlimuhabir.com/sabir-moral-sevgi-kanseri-yendi/9536/>.

⁸⁶⁴ Kurt, *Kanserli Hastaların İyileşmesinde Manevi Değerlerin Rolü*.

⁸⁶⁵ Sheida Sharifi Saki, "Relationship of Patience and Self- Compassion with Depression in Patients with Breast Cancer", *Iranian Journal of Breast Disease*, C. 11, S. 2 (2018), ss. 36-45, doi:10.30699/acadpub.ijbd..11.2.36.

⁸⁶⁶ Alaloul vd., "Spirituality in Arab Muslim Hematopoietic Stem Cell Transplantation Survivors", ss. E39-47.

imgesinin rastlantısallığını ve rüya içeriğinin epifenomenal ve işlevsel olmayan doğasına vurgu yapar. Psikolojik teoriler ise rüyaları, bireyin yaşamın zorluklarıyla psikolojik olarak başa çıkma ve esenliğini teşvik etmede etkili bir yol olarak görmektedir. Bu nedenle rüya görmenin, entelektüel veya duygusal problemleri çözmek ve yaşamda karşılaşılan problemlerle başa çıkmak için uyum sağlamada önemli bir rolü vardır.⁸⁶⁷

Jung'un rüya teorisinde rüyalar, bilinç düzeyinde yer alan istek ve arzulardan bağımsız olarak ortaya çıkarlar. Kişiliğin dengelenmesinde ve bireyselliğin teşvik edilmesine yönelik unsurlar içerirler. Rüyaların içerdiği semboller, bir işaret değil gerçek semboller olarak değerlendirilir ve aşkın bir fonksiyonları vardır.⁸⁶⁸ Jung, rüyaları yaşamsal olayların bir uzantısı olarak görmemektedir. Rüyalar, uykuya bağlı olarak ortaya çıkan psişik bir etkinin sonucudur.⁸⁶⁹

Rüyalar, hastaların bastırdıkları veya kabul etmeye karşı direndikleri düşüncelerini ifade etmeye yardımcı olabilir. Hatta bilincin bir parçası haline gelerek farkındalığı arttırabilir ve potansiyel olarak da hastaların yaşamları üzerinde derin bir etkiye sahip olabilir.⁸⁷⁰

Kanser hastalarıyla yapılan nitel bir çalışmada; hastaların otobiyografik anlatımları üzerinden hastalıkla ilgili deneyim ve psikososyal uyum mekanizmaları tahlil edilmiştir. Görüşmelerin analizi sonucunda hastalarda başa çıkmaya ilişkin altı kategori belirlenmiştir: Bireysel diyet, önemli görülen kişilerle çatışma, sebat etme cesareti, aile desteği, dramatik aile olayları ve rüyalar. Bu çalışmada katılımcılar için "rüyalar" kategorisinin önemli bir başa çıkma kaynağı olduğu belirlenmiştir. Rüyalar, diğer tüm öznel temsiller gibi hem problem odaklı hem de duygu odaklı başa çıkmanın başlangıcı olabilir. Diğer taraftan rüyalar, bireyin problemle doğrudan ilgilenmediği ve duygularını değiştirmeye çalışmadığı zihinsel bir aktiviteyi ifade eder. Bazen rüyalar,

⁸⁶⁷ Andreas Nordin, Pär Bjälkebring, "Measuring Counterintuitiveness in Supernatural Agent Dream Imagery", *Frontiers in Psychology*, C. 10 (2019), ss. 1-15.

⁸⁶⁸ Murat Ukray, *Jung Psikolojisi*, Ankara: Yason Yayınları, 2016, s. 94.

⁸⁶⁹ Carl Gustav Jung, *İnsan Ruhuna Yöneliş: Bilinçaltı ve İşlevsel Yapısı*, çev. Engin Büyükinal, Ankara: Say Yayınları, 2018, s. 173.

⁸⁷⁰ Ann Goelitz, "Nurturing Life with Dreams: Therapeutic Dream Work with Cancer Patients", *Clinical Social Work Journal*, C. 29, S. 4 (2001), ss. 375-85, doi:10.1023/A:1012219314370.

olumlu duyguları veya dürtüleri de harekete geçirir. En önemlisi de kişinin rüyalarını yorumlamasıyla rüyalar işlevsel bir karakter kazanır.⁸⁷¹

Uzun süre yoğun bakımda kalan hastalarda iyileşmek için gereken iç gücü ve iradeyi teşvik eden faktörlerin incelendiği bir nitel çalışmada; iki ana tema ile bunlara bağlı alt temalar tespit edilmiştir. Bu temalardan ikinci ana tema "yaşam kıvılcımı nasıl ateşlenir ve korunur" olarak belirlenmiştir. Bu tema altında "pratik çözümler, önceki yaşam deneyimlerinden gelen başa çıkma becerileri", "kışkırtıcı ve ilham verici deneyimler" ve "iradeyi harekete geçiren açık rüya deneyimleri" tanımlanmıştır. Bu çalışmada, rüya deneyimlerinin bireysel anlamı yanında şifa potansiyeli taşıdığı da belirtilmiştir.⁸⁷²

Terminal dönem hastalarıyla yapılan anlam merkezli bir rüya çalışması; rüyaların, hastaların çoğunluğunda ölüm süreciyle uzlaşma, anlam krizleriyle yüzleşme ve içgörü kazanmada etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca hastaların rüyalara dayalı somut eylemlerde bulunabilecekleri ve bu eylemlerin daha çok kişisel ilişkilerle ilgili tamamlanmamış işleri çözmeye yönelik olduğu tespit edilmiştir.⁸⁷³

Bu araştırmada "*dini başa çıkma*" kategorisinin bir başka kodu ise "*kadere rıza gösterme*" olarak adlandırılmıştır. Bu kodun tanımlandığı hastaların, hastalığı kader çerçevesinde yorumladıkları ve mevcut durumlarını kabullenmiş oldukları gözlenmiştir. Ancak bu kod için pasif bir boyun eğme durumu olarak bir değerlendirme yapılamaz. Çünkü bu araştırmanın örneklem grubu, kanser tedavisi görmekte olan ve tedaviye ilişkin her türlü uygulamayı kabul eden hastalardan oluşmaktadır. Dolayısıyla burada yer alan hastaların, tedavi ve uygulamada kendileri için gerekeni yaptıktan sonra kadere teslim olma durumu söz konusudur.

Literatürde yer alan bir kısım çalışmalarda kadercı tutumlar, pasif bir başa çıkma yöntemi olarak ele alınmış ve negatif yönde değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda kaderciliğin din ve maneviyatla olan pozitif ilişkisine de dikkat çekilmiştir.

⁸⁷¹ Viktoria Heine vd., "From Life-Threatening Experiences to Ideas of Rescue: Coping with 'Trajectories of Suffering' in Adult Acute Leukaemia Survivors", *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, C. 15, S. 2 (2013), ss. 107-16, doi:10.4081/ripppo.2012.115.

⁸⁷² Ingeborg Alexandersen vd., "'Never in My Mind to Give up!' A Qualitative Study of Long-Term Intensive Care Patients' Inner Strength and Willpower-Promoting and Challenging Aspects", *Journal of Clinical Nursing*, C. 28, S. 21-22 (2019), ss. 3991-4003, doi:10.1111/jocn.14980.

⁸⁷³ Scott T. Wright vd., "Meaning-Centered Dream Work with Hospice Patients: A Pilot Study", *Palliative and Supportive Care*, C. 13, S. 5 (2015), ss. 1193-1211, doi:10.1017/S1478951514001072.

Cotton ve arkadaşlarının kanser hastalarından oluşan bir örneklem grubunda yapmış olduğu çalışmada spiritüel iyilik hali ile "mücadele ruhu" ve "kadercilik" arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada "kadercilik" ve "yaşam kalitesi" arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olması nedeniyle yazarlar tarafından "kadercilik" in burada pasif bir boyun eğme olmadığı düşünülmüştür. Bilakis kanseri kabul ve hastalığa uyumu sağlayan önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir.⁸⁷⁴

Bu araştırmada "*dini başa çıkma*" kategorisi içinde yer alan bir başka kod ise "*sadaka/ikram*" olmuştur. İlgili kodun tanımlandığı hastaların çeşitli şekillerde sadaka, ikram, yardım etme vb. davranışlarda buldukları belirlenmiştir.

Kanser hastalarında, travma sonrası gelişimin bir yansıması olarak başkalarına merhamet ve şefkat gösterme, iyilik yapma, yardım etme ve destek olma gibi altruistik davranışlarda artış olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur.⁸⁷⁵ Ancak bu araştırmada "*sadaka/ikram*" kodu, bir "*dini başa çıkma*" stili olarak tanımlanmıştır. Bunun nedeni ise İslâm Peygamberi'nin (sas), sadakayla ilgili "*sadaka, Rabbin öfkesini söndürür ve kötü ölümü bertaraf eder*"[♦]; "*sadaka belâyı def eder ve ömrü uzatır*"[♦] hadisleri olmuştur. Müslüman Türk toplumunda, bu hadislerde geçtiği üzere başa gelen ya da gelmesi muhtemel olan belâ ve sıkıntıların sadaka vererek bertaraf edilebileceği düşüncesi yerleşmiştir. Bu nedenle araştırmaya katılan hastalarda sadaka verme, ikramda bulunma ve çeşitli şekillerde insanlara yardım etme davranışlarının ardında sıkıntıdan kurtulma ve esenliğe kavuşma arzusunun saklı olduğunu söylemek mümkündür.

Diğer taraftan İslâm, müminlerden diğer insanlara ve her türlü varlığa iyilikte bulunmayı emreder. Dolayısıyla hastaların sadaka vb. davranışlarını yalnızca pragmatist bir arzu olarak görmek de uygun olmayacaktır. Burada hastalar, samimi bir niyetle

⁸⁷⁴ Cotton vd., "Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer", ss. 429-38.

⁸⁷⁵ Perihan Güner Küçükkaya, "An Exploratory Study of Positive Life Changes in Turkish Women Diagnosed with Breast Cancer", *European Journal of Oncology Nursing*, C. 14, S. 2 (2010), ss. 166-73, doi:10.1016/j.ejon.2009.10.002; Esmat Mehrabi vd., "Post-Traumatic Growth: A Qualitative Analysis of Experiences Regarding Positive Psychological Changes among Iranian Women with Breast Cancer", *Electronic Physician*, C. 7, S. 5 (2015), ss. 1239-46, doi:10.14661/1239; Chung-Ching Chio vd., "The lived experiences of spiritual suffering and the healing process among Taiwanese patients with terminal cancer", *Journal of Clinical Nursing*, C. 17, S. 6 (2008), ss. 735-43, doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01854.x.

♦ Tirmizi, Zekât 28, (664).

♦ Heysemi, Mecmaü'z-Zevaid, III/63

Allah'a yakınlaşmak ve O'nun rızasını kazanmak amacıyla da hayır ve iyilik yapmaya yönelmiş olabilirler. Konuyla ilgili bazı ayetlerde Allah'ın kendi yolunda ve rızası için iyilik yapanları; bollukta da darlıkta da sahip oldukları güzel şeylerden infak edenleri ve güzel davranışta bulunanları sevdiği, övdüğü ve onlara rahmetiyle muamele edeceği[♦]; onların mükâfatlarının ahirette büyük ve hesapsız olacağı[♦]; yapılan her iyiliğin katlanarak sevabının verileceği[♦] bildirilmektedir. Kur'an'da bazı ayetlerde de musibetlere sabır, iyilik ve infakta bulunmak aynı ayet içinde geçmektedir: "Onlar öyle kimselerdir ki Allah anıldığında kalpleri titrer, başlarına gelen musibetlere sabrederler, namazlarını özenle kılarlar ve kendilerine verdiğimiz rızıklardan Allah yolunda harcarlar"[♦], "bu dünyada iyilik yapanlar, iyilik bulacaklardır. Allah'ın arzı geniştir. Sabredenlere mükâfatları hesapsız verilecektir."[♦]

Yukarıda geçen ayet ve hadisler herhangi bir musibet, hastalık ve sıkıntıyı bertaraf edebilmek için bir Müslümanın Allah'a yönelmesini, sabretmesini, iyilik/yardımda bulunmasını ve sadaka vermesinin anlamını açıklayıcı mahiyettedir. Sadaka verme, iyilik yapma ve yardım etme gibi davranışların dinî/manevî boyutları dışında bireysel ve toplumsal boyutta da önemli yansımaları ve etkileri vardır.

Mevcut araştırmalar; yardımsever duygular ve yardım etme davranışı ile iyilik/esenlik hali ve sağlık arasında güçlü ilişkiler olduğunu göstermektedir.⁸⁷⁶ Amerika'da elli yaş ve üstü, kanser ve çeşitli kronik rahatsızlığı olan büyük bir yetişkin örnekleminde (n=12.998) dört yıllık boylamsal bir çalışmanın bulguları, toplum yararına gönüllü çalışmalara katılmanın önemini göstermektedir. Bu çalışmada yılda yüz saat ve üzeri gönüllü faaliyetlerde yer almanın; düşük mortalite düzeyi ve fiziksel fonksiyon yetersizliği, daha yüksek fiziksel aktivite ve daha iyi psikososyal sonuçlar (daha yüksek düzeyde pozitif etki, iyimserlik ve yaşam amacı; daha düşük düzeyde depresif belirtiler, umutsuzluk, yalnızlık) ile ilişkili olduğu bulunmuştur.⁸⁷⁷

[♦] Bkz. Bakara 2/195, Ankebût 29/69, A'râf 7/56.

[♦] Bkz. Zümer 39/10, Nahl 16/30, Fâtır 35/29.

[♦] Bkz. Nisâ 4/40.

[♦] Hac 22/35.

[♦] Zümer 39/10.

⁸⁷⁶ Stephen G. Post, "Altruism, Happiness, and Health: It's Good to Be Good", *International Journal of Behavioral Medicine*, C. 12, S. 2 (2005), ss. 66-77, doi:10.1207/s15327558ijbm1202_4.

⁸⁷⁷ Eric S. Kim vd., "Volunteering and Subsequent Health and Well-Being in Older Adults: An Outcome-Wide Longitudinal Approach", *American Journal of Preventive Medicine*, C. 59, S. 2 (2020), ss. 176-86, doi:10.1016/j.amepre.2020.03.004.

Bir başka araştırmada da altruistik davranışların insanlarda acı verici duyguları hafifletebileceğine dair tutarlı davranışsal ve n3ronal kanıtlar bulunmuştur. Toplumsal fayda amaçlayan ve karşılığında bir Şey beklemeden yapılan g3n3ll3 yardımı, stresi azalttığı, depresyonu hafiflettiği, bilişsel bozulma riskini de d3ř3rebileceği g3sterilmiştir. Ayrıca beynin ağrıya tepki veren b3lgelerinin altruistik davranışlarla devre dışı bırakıldığı y3n3nde bulgular vardır. Kronik ağrıdan muzdarip kanser hastalarının da ihtiyaçı olanlara g3n3ll3 olarak vakit ayırdıklarında ağrıda bir azalma yaşadıkları tespit edilmiştir.⁸⁷⁸

Bu araştırmada "*dini başa çıkkma*" kategorisinde tanımlanan kodlardan birisi de "*t3vbe*" olmuştur. Bu kod, frekansı d3ř3k olmasına rağmen hastalar için 3nemi dikkate alınmıştır. "*T3vbe*" kodunun tanımlandığı hastaların, 3zellikle tanı ve tedavi d3nemi içinde hastalığa ilişkin olumsuz s3ylemlerine y3nelik bir pişmanlık içinde oldukları ve Allah'tan bağışlanma talep ettikleri ortaya çıkmıştır. Bu durumun ise hastalarda manev3 bir kaygı ve 3z3nt3ye sebep olduğu g3zlenmiştir. Hastalar, t3vbe ederek ve Allah'tan bağışlanma dileyerek bu kaygıdan kurtulmaya çalışmaktadırlar. Literat3rde de benzer Şekilde bağışlanma ve affedilme duygusunun hastalar için 3nemi olduğunu g3steren bulgular vardır.

Kanser k3kenli palyatif bakım hastalarında maneviyat 3zerine yapılan bir meta-inceleme çalışmasında; kendilerini 3l3me yakın hisseden hastaların huzur bulmak için uzlaşmaya, affedilmeye ve affetmeye ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların Tanrı ile aralarını d3zeltmek ve yakınlarına yaklaşmak istedikleri, geçmişi ve yaşamlarını g3zden geçirme ihtiyaçı duydukları, olayların neden olduğunu anlamaya ve b3t3nl3đe ulaşmaya çalıştıkları da tespit edilmiştir.⁸⁷⁹ Kanser hastalarında din/maneviyat ve Tanrı'ya g3venme 3zerine yapılan bir çalışmada da hastalarda Tanrı'ya g3ven duygusunun zayıf olması ile Tanrı'nın acımasız olduğuna ve Tanrı tarafından affedilmeyeceğine inanmanın dini kaynaklardan yararlanmayı engellediği belirtilmiştir.⁸⁸⁰

⁸⁷⁸ Wang vd., "Altruistic Behaviors Relieve Physical Pain", ss. 950-58; "Helping others can be beneficial, study says", (06.12.2020), <https://www.chinadaily.com.cn/a/202001/07/WS5e13dfa7a310cf3e35582db0.html>.

⁸⁷⁹ Edwards vd., "Review", ss. 753-70.

⁸⁸⁰ Zarzycka vd., "Religious comfort and anxiety in women with cancer", ss. 1829-35.

Bu araştırmada "*dini başa çıkma*" kategorisinin en son ve frekansı en düşük kodu olarak tanımlanan "*şıfa duası talebi*" kodu altında ise hastaların şıfa bulmak amacıyla yakınlarından ya da bir hocadan kendileri için dua, sure ve ayetlerle okunma isteğinde buldukları belirlenmiştir.

Kanser hastalarıyla Türkiye rnekleminde yapılan çalışmalar, bu araştırmada olduğu gibi tıbbi tedavinin yanında şıfa bulmak için hocaya gitme davranışının çok sık olmadığını fakat bazı çalışmalarda çok da düşük olmadığını göstermektedir. Aşağıda yer alan yakın zamanlı yapılmış iki çalışmanın bulguları bu bağlamda dikkat çekicidir.

Masat tarafından onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar üzerine yapılan bir çalışmada; tıbbi tedavi yanında şıfa bulmak için hastaların % 88,2'sinin dua ettiği, % 25,6'sının namaz kıldığı, % 12,8'inin kurban adadığı, % 6,2'sinin hocaya gittiği, % 4,4'ünün aktara gittiği, % 3,7'sinin türbe ziyareti yaptığı, yaklaşık % 2'sinin de kurşun dktrdğ ve nazarlık kullandığı tespit edilmiştir.⁸⁸¹ Güner'in cerrahi öncesi meme kanseri hastalarda yapmış olduğu çalışmada; tıbbi tedavi dışında şıfa bulmak için hastaların % 97,2'sinin dua ettiği, % 24,8'inin namaz kıldığı, % 22'sinin kutsal su (zemzem) içtiği, % 17'sinin kurban adadığı, % 14,2'sinin aktara gittiği, % 1,4'ünün muska ve nazarlık kullandığı ve % 0,7'sinin hocaya gittiği ortaya çıkmıştır.⁸⁸²

d. Başa ıkmada Sosyal Destek

"Hastalıkla başa çıkma" temasının son kategorisi ise "*başa çıkmada sosyal destek*" olarak tanımlanmıştır. Bu kategori içinde "*güçlü sosyal destek*" ve "*zayıf sosyal destek*" olmak üzere iki temel kod oluşturulmuştur. Bu kodlar içinde "güçlü sosyal destek" in toplam frekans sayısı bakımından belirgin bir ağırlığa sahip olduğu, "zayıf sosyal destek" kodunun ise frekansının oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir (bkz. şema 17). "Güçlü sosyal destek" kodu yeniden üç alt koda ayrılmıştır. Bu kodlar; "aile/eş", "yakın evre/arkadaş" ve "doktor/sağlık personeli" olarak adlandırılmıştır. "*Başa çıkmada sosyal destek*" kategorisinin, frekans ağırlığının "aile/eş" ve "yakın evre/arkadaş" desteğine ilişkin bu iki alt koda toplandığı ortaya çıkmıştır. Bu kategori

⁸⁸¹ Masat, *Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa ıkma Tarzları Arasındaki İlişki*, s. 49.

⁸⁸² Güner, *Meme Kanseri Cerrahisi Uygulanacak Hastaların Sosyal Destek Algısı, Manevi Yönelim ve Umut Düzeyleri*, s. 33.

içinde "zayıf sosyal destek" kodu ise "yıpratıcı aile ilişkileri" ve "eşini terk etme" şeklinde iki alt koda ayrılarak incelenmiştir.

Bu bulgular, araştırmada yer alan hastalar için "aile/eş" desteğinin yanısıra kanserle başa çıkmada, "yakın çevre/arkadaş"tan alınan desteğin de etkili bir başa çıkma ve motivasyon kaynağı olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan bu araştırma bağlamında "güçlü sosyal destek" kodunun frekans ağırlığının oldukça güçlü, "zayıf sosyal destek" kodunun ise oldukça zayıf çıkması, araştırmaya katılan hastaların sosyal destek algılarının olumlu ve yüksek olduğunu göstermektedir.

"Güçlü sosyal destek" kodunun bir alt kodu olarak tanımlanan "doktor/sağlık personeli"nden gelen desteğin de önemli olduğu anlaşılmıştır. Doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin hastaya yakınlık göstermesi, motive edici söz ve davranışlarda bulunması hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağlayan etkili bir destek türü olarak değerlendirilmiştir.

Literatür bulguları da benzer şekilde kanserle başa çıkmada sosyal destek ağı içinde aile, yakın arkadaş ve hastaların içinde buldukları gruplardan gelen desteğin önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Tunç'un çalışmasında da tanı ve tedavi dönemi içinde sıralama değişse de psiko-sosyal kaynaklar içinde "eş, anne-baba, kardeşler, akrabalar, çocuklar, arkadaşlar" yer almıştır.⁸⁸³ Çiftçi'nin kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada da "hastalıkla başa çıkmayı olanaklı kılan unsurlar" başlığı altında tanımlanan beş unsurdan birisi de "aile ve akrabaların desteği" olmuştur.⁸⁸⁴

Tuncay'ın genç kanser hastalarında yaptığı çalışmada, hastalarla birlikte aile üyelerinin de hastalıktan etkilendiği, birtakım ciddi değişimler yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmada yer alan katılımcıların aile bağlarının oldukça güçlü olduğu, bu durumun ise hastalıkla başa çıkma becerisine katkıda bulunduğu gibi hastalarda iyileşme istek ve motivasyonunu da arttırdığı ortaya çıkmıştır.⁸⁸⁵

⁸⁸³ Tunç, *Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa çıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi İle Psiko-Sosyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi*, s. 158.

⁸⁸⁴ Çiftçi, *Hastalıklarla Başa Çıkmada Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği*, s. 63.

⁸⁸⁵ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 96-97.

Müslüman Arap kanser hastalarında yapılan nitel bir araştırmada; katılımcılar için sosyal desteğin, güçlükleri ve stresi azaltmada etkili bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmada hastalar; arkadaş, aile ve diğer kanser hastaları gibi çeşitli birey ve gruplardan destek almanın oldukça önemli olduğunu ifade etmişlerdir.⁸⁸⁶ İngiltere örnekleminde yapılan bir çalışmada kanser hastalarının destek ağları aile, arkadaş, bakım uzmanları, herhangi biri ile konuşma ve komşular olarak belirlenmiştir.⁸⁸⁷

Literatürde yer alan bazı araştırma bulguları, bu araştırmanın bulgularıyla uyumlu olarak kanser hastalarında doktor ve sağlık personelinin gelen desteğin önemli olduğunu göstermektedir. Konuyla ilgili bir çalışmada, kanser hastalarında korku ve kaygının azalmasında sağlık profesyonellerinin ve personelinin tutum ve davranışlarının etkili olduğu belirlenmiştir. Doktor ve tedavi ekibi tarafından hastanın bir "nesne" olarak değil, bir "özne" olarak kabul edilmesinin önemli olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca sağlık ekibinin samimi ve cesaretlendirici konuşmaları, hastaya karşı "birey" olarak değer verici bir üslup ve ifade kullanılması, hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirme yapılması gibi tutum ve davranışların; hastalar için kansere uyum ve başa çıkmayı kolaylaştırmada etkili olduğu ortaya çıkmıştır.⁸⁸⁸ McIlmurray ve arkadaşları tarafından örneklem grubunu meme, kolorektal, lenfoma ve akciğer kanserli hastaların oluşturduğu bir çalışmada; "sağlık çalışanları", "bilgi" ve "destek ağları" kanser hastalarının psiko-sosyal ihtiyaçları arasında en çok ihtiyaç duyulan alanlar olarak belirlenmiştir.⁸⁸⁹

Avustralyalı meme kanseri hastalarının ihtiyaçlarına ilişkin, "psikolojik sağlık için aile ve arkadaşlar ile tedavi ekibinden içten destek görme, destek gruplarına ve profesyonel danışmanlık hizmetlerine erişim"; "günlük aktiviteler ve seyahat gibi pratik ve fiziksel ihtiyaçların karşılanması"; "kendileri ve aileleri için bilgi ihtiyaçlarının karşılanması" şeklinde üç temel kategori alanı belirlenmiştir.⁸⁹⁰

⁸⁸⁶ Alaloul vd., "Spirituality in Arab Muslim Hematopoietic Stem Cell Transplantation Survivors", ss. E39-47.

⁸⁸⁷ M. B. McIlmurray vd., "The Psychosocial Needs of Cancer Patients: Findings from an Observational Study", *European Journal of Cancer Care*, C. 10, S. 4 (2001), ss. 261-69, doi:10.1046/j.1365-2354.2001.00280.x.

⁸⁸⁸ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 114-16.

⁸⁸⁹ McIlmurray vd., "The Psychosocial Needs of Cancer Patients", ss. 261-69.

⁸⁹⁰ Jane C. A. Raupach, Janet E. Hiller, "Information and Support for Women Following the Primary Treatment of Breast Cancer", *Health Expectations*, C. 5, S. 4 (2002), ss. 289-301, doi:10.1046/j.1369-6513.2002.00191.x; Shirley Connell, Carla Patterson, Beth Newman, "Issues and Concerns of Young Australian Women with Breast Cancer", *Supportive Care in Cancer*, C. 14, S. 5 (2006), ss. 419-26, doi:10.1007/s00520-005-0003-8; B. Thewes

Literatür sosyal destek ve farklı değişkenler arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar da bulunmaktadır. Shaheen ve arkadaşlarının Müslüman kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada; dindarlık ile sosyal ağın genişliği ve destekle ilgili doyum arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁸⁹¹ Kanser hastalarında sosyal destek ve travma sonrası gelişim ilişkisini ele alan çalışmalarda genel olarak bu iki değişken arasında pozitif korelasyon olduğu yönünde bulgular vardır.⁸⁹²

Araştırmalar sosyal destek algısının, hastaların olumlu yönere odaklanmasına yardımcı olduğu ve kontrol duygusunu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bununla birlikte, aile veya arkadaşlarla destekleyici olmayan etkileşimlerin distrese neden olduğu da ortaya çıkmıştır. Yakın çevreden alınan sosyal destek algısının, hastalık semptomlarını ve hayatın diğer alanlarını yönetme ile daha umutlu olmaya etki eden önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir.⁸⁹³

Kanseri hastalarında yapılan çalışmalarda nicelik ve nitelik olarak azalan sosyal desteğin; depresyon, stres⁸⁹⁴, negatif duygulanım,⁸⁹⁵ anksiyete ve yalnızlık⁸⁹⁶ düzeylerini arttırdığı; psiko-sosyal destek düzeyinin artmasının ise psikolojik ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesine yol açtığı⁸⁹⁷ gösterilmiştir.

Palyatif bakım altındaki kanser hastalarıyla ilgili bir meta-incelemede; hastaların birçoğu aile içi ve diğer sosyal rolleri yerine getiremedikleri için aile tarafından dışlanmış ve kendilerini işe yaramaz hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu durumla ilişkili olarak terk edilme, reddedilme, uzaklaşma ve ihmal edilme duygularının hastalarda distrese neden olduğu belirlenmiştir.⁸⁹⁸

vd., "The Psychosocial Needs of Breast Cancer Survivors; A Qualitative Study of the Shared and Unique Needs of Younger versus Older Survivors", *Psycho-Oncology*, C. 13, S. 3 (2004), ss. 177-89, doi:10.1002/pon.710; Beatty vd., "The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer", ss. 331-42.

⁸⁹¹ Shaheen Al Ahwal vd., "Religious Beliefs, Practices, and Health in Colorectal Cancer Patients in Saudi Arabia", ss. 292-99.

⁸⁹² Moreno, Stanton, "Personal Growth During the Experience of Advanced Cancer", ss. 421-30.

⁸⁹³ Reb, "Transforming the Death Sentence", ss. E70-81.

⁸⁹⁴ Fong vd., "Changes in Social Support Predict Emotional Well-being in Breast Cancer Survivors", ss. 664-71; Karakartal, "Kanser Tanısı Almış Hastaların Ruh Sağlıkları İle Kişisel Yardım ve Destekleri", ss. 583-99; Dilan Polat, *Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Kadınlarda Sosyal Destek, Yalnızlık ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019, s. 66.

⁸⁹⁵ Fong vd., "Changes in Social Support Predict Emotional Well-being in Breast Cancer Survivors", ss. 664-71.

⁸⁹⁶ Polat, *Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Kadınlarda Sosyal Destek, Yalnızlık ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*, s. 66.

⁸⁹⁷ Karakartal, "Kanser Tanısı Almış Hastaların Ruh Sağlıkları İle Kişisel Yardım ve Destekleri", ss. 583-99.

⁸⁹⁸ Edwards vd., "Review", ss. 753-70.

Sonuç olarak, bu araştırmada "hastalıkla başa çıkma" teması altında "*aktif başa çıkma*", "*pasif başa çıkma*", "*dini başa çıkma*" ve "*başa çıkma*da sosyal destek" adıyla dört kategori ortaya çıkmıştır (bkz. şema 13). Bu araştırmanın katılım grubunda yer alan hastaların başa çıkma

en fazla "*dini başa çıkma*" yöntemlerini kullandıkları, ikinci sırada ise "*aktif başa çıkma*" yöntemlerinin geldiği belirlenmiştir. "*Pasif başa çıkma*" yöntemlerinin bu iki yönteme göre daha az kullanıldığı belirlenmiştir. "*Aktif başa çıkma*" kategorisinde en belirgin kodların; "umut", "açık havada/doğada vakit geçirme", "tedavi olmanın gereklerini yapma" ve "kararlı yaklaşım" olduğu ortaya çıkmıştır (bkz. şema 14). "Umut" kodu, hastalar için mücadele etme ve başa çıkma gücünü harekete geçiren, motive eden bir unsur olarak düşünülmesi nedeniyle özellikle "*aktif başa çıkma*" kategorisine dâhil edilmiştir. Aktif başa çıkma kategorisinde hastaların "umut" etmenin merkezde olduğu bir mücadele sergilediği görülmektedir. Bu durumun ise hastalığa uyum ve tedavinin gereklerini yerine getirmeyi de kolaylaştırdığı söylenebilir. Bunun dışında doğayı hissedebilmenin, toprakla uğraşmanın, günlük hayatı sürdürebilmenin, sevilen etkinlik ve hobilerin hastalar için önemli olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca aktif başa çıkma içinde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitelere zen gösterme de yer almıştır.

"*Pasif başa çıkma*" kategorisinin en belirgin kodu "kıyaslama" olmuştur. Bu kategoride frekans ağırlıkları eşit olan diğer üç kod da "mizah", "umursamama" ve "kaçma" olmuştur (bkz. şema 15).

"*Dini başa çıkma*" kategorisinin en belirgin ilk üç kodu "Allah'a sığınma", "dua" ve "şükür" olarak tespit edilmiştir. Diğer belirgin kodlar ise "ibadet etme", "dini içerikli rüyalar", "sabır" ve "Kur'an ve dini içerikli eserler okuma" olmuştur (bkz. şema 16).

"*Dini başa çıkma*" kategorisinde hastaların, tanı ve tedavi döneminin zorlukları karşısında en sık yönelimlerin "Allah'a sığınma", dua etme, şükretme, sabretme, ibadet etme, Kur'an-ı Kerim okuma, zikir ve tesbihatta bulunma gibi uygulamalar etrafında şekillenmesi, Allah ile ilişki ve yakınlık kurma isteğinin göstergesi olarak kabul edilebilir. İslam'ın temel kaynakları olan ayet ve hadislerde sıkıntı ve musibetlerde namaz, dua, sabır ve şükürle Allah'tan yardım istenilmesi tavsiye edildiği gibi Allah'ın

şükreden ve sabreden kullarıyla beraber olduğu da bildirilmektedir.* İlgili âyet ve hadislerde geçen sabır, şükür, hamd vb. kavramlara ait, toplum nezdinde kalıplaşmış ifadelerin de belli durumları açıklamak için sıklıkla kullanıldığı belirlenmiştir. Ayrıca bu kalıplar; özlü söz, beyit, atasözü ve deyim olarak da halkın sözlü ifade araçlarına dönüşmüştür. Bunlar arasında "Allah'ın dediği olur", "Mevlâ, neylerse güzel eyler", "sabreden derviş, muradına ermiş", "Allah'a şükür", "çok şükür", "hamdolsun" vb. sayılabilir.

"Allah'a sığınma" duygusunun, bu araştırmada dini başa çıkmanın merkezinde olması müslümanın iman esaslarıyla da örtüşen bir sonuçtur. İslâm'da imanın ilk esası "Allah'a iman" etmektir. Aynı zamanda bir müslüman için kulluk bilinci, "Allah'ın her şeye kâdir"* olduğunu bilmekle başlar. Çünkü kendisi acizdir ve gücü sınırlı bir varlıktır. Allah ise her şeye gücü yeten, "mutlak güç ve hikmet sahibidir"* . "O, mülkün sahibidir, eksiklikten münezzehtir, esenlik verendir, emniyete kavuşturandır, gözetip koruyandır"* . Dolayısıyla bir müslüman, Allah'ın sevgisini ve hoşnutluğunu kazanmak için O'na yönelir, O'ndan ister, O'na sığınır, her türlü sıkıntısını O'na arz eder.

Bu araştırmada "dini içerikli rüyalar" kodu, "*dini başa çıkma*" kategorisine ait farklı bir bulgu olarak ortaya çıkmıştır. "Dini içerikli rüyalar" kodu altında hastaların görmüş oldukları rüyalardan etkilendikleri, güç ve destek aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca aradan zaman geçtiği halde rüyalarını unutmamaları ve ayrıntıları hatırlamaları da hastalar için, ilgili rüyaların önemini göstermektedir. Bahsi geçen rüyalar; Hz. Peygamber (sas), cami, namaz gibi dinî motifler içermesi nedeniyle "*dini başa çıkma*" kategorisine dâhil edilmiştir.

"*Başta çıkmada sosyal destek*" kategorisinin iki temel kodu arasında en belirgin kod "güçlü sosyal destek" olmuştur. Diğer kod ise "zayıf sosyal destek" adıyla tanımlanmıştır. Hastaların "güçlü sosyal destek" algısının oldukça yüksek olduğu ve "aile/eş", "yakın çevre/arkadaş" ve "doktor/sağlık personeli"nden oluşan bir destek ağı olduğu belirlenmiştir (bkz. Şema 17). Bu ağ içinde hastalar tarafından "aile/eş" desteği kadar komşu ve samimi arkadaşlardan oluşan "yakın çevre/arkadaş" desteğinin de

* Not: Konuyla ilgili ayetlere, "dini başa çıkma" kategorisine ait tartışma ve sonuç bölümünde yer verilmiştir.

♦ Bkz. Haşr 59/6, Nahl 16/77, Enfâl 8/41, Mâide 5/40, Bakara 2/148

♦ Haşr 59/22, 24.

♦ Haşr 59/23.

ağırlıklı olarak hissedildiği tespit edilmiştir. "Zayıf sosyal destek" kodunun, bu araştırmada frekansı düşük olmasına rağmen hastalar üzerindeki etkisi büyüktür. Bu kod altında hastaların aile ve yakınları tarafından sözlü şiddete uğradıkları, psikolojik mobinge maruz kaldıkları ve değersiz hissettirildikleri anlaşılmıştır.

Hastalarla yapılan mülakatlarda başa çıkmada kullanılan yöntem ve etkinliklerin; hastaların yaşına, eğitim düzeyine, sosyo-ekonomik durumuna, yaşadığı ortama (köy-şehir) vb. göre değiştiği gözlenmiştir. Örneğin, köyde yaşayan bir hasta için meyve-sebze yetiştirmek etkili bir başa çıkma uygulaması iken şehirde yaşayan bir kişi ise evde çiçek yetiştirmek, parkta yürüyüş yapmak vb. etkinliklere dönüşebilmektedir. Diğer taraftan eğitim düzeyi daha yüksek katılımcılarda başa çıkma uygulamaları, sanatsal nitelikli hobiler edinme şeklinde olabilmektedir. Ayrıca bir hasta için kanserle başa çıkmada hangi tür etkinliklerin kullanılacağını belirleyen faktörün, hastalık öncesi dönemde yapılan ve sıklıkla kullanılan yöntem ve uygulamalarla yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Hastaların başa çıkmada genelde zevk aldıkları önceki etkinlik ve uygulamalara yöneldikleri gözlenmiştir. Çünkü kanser yaşantısı, zihinsel ve bedensel olarak yıpratıcı ve yorucu bir süreçtir. Bu süreçle başa çıkmada yeni kaynak ve araç arayışı hastanın zihinsel ve bedensel yorgunluğunu arttıracaktır. Bilinenin ve tecrübe edilenin, bu bilinmez sürece aktarılması hastayı rahatlatıcak ve başa çıkmayı kolaylaştıracaktır. Ancak buradaki sorun, hastanın mevcut başa çıkma kaynaklarını açığa çıkarıp çıkaramayacağıdır. Mevcut başa çıkma kaynaklarını aktive edemeyen hastaların, kanser sürecini ağır ve zorlu geçirmesi muhtemeldir.

Araştırmada, hastaların genel olarak birden fazla başa çıkma yöntemi kullandığı tespit edilmiştir. Hasta eğer aldığı tedaviden dolayı halsiz ve yorgunsa dua etme, zikir çekme ya da insanlardan uzaklaşma ve kaçma gibi; eğer halsiz ve bitkin değilse yürüyüş ve aktivite gibi başa çıkma stillerine yönelmektedir. Diğer taraftan bu araştırma bağlamında "*dini başa çıkma*" kategorisinde "Allah'a sığınma"; "*aktif başa çıkma*" kategorisinde "umut" ve "kararlı yaklaşım"; "*başa çıkmada sosyal destek*" kategorisinde "güçlü sosyal destek" başa çıkmayı güçlendiren, motive eden ve sürdüren başa çıkma stilleri olarak kabul edilebilir. Bu durumda başa çıkma, bir sistem olarak düşünüldüğünde sistemi çalıştıran ve işleyişini sağlayan üç temel boyut ve bunlar arasındaki ilişkilerden söz etmek mümkündür. Bunlar; birey-Yaratıcı ilişkisi, birey-kendilik ilişkisi ve birey-toplum ilişkisi. Yalnızca kanser bağlamında değil tüm yaşam

deneyimlerinde bu üç ilişki mevcuttur. Bireyin ağırlık verdiği ilişki türü, başa çıkmanın yönünü de belirler. Ancak sağlıklı bir başa çıkma, üç ilişki boyutunun da az ya da çok aktive edilmesine bağlıdır. Aktive edemeyen hastalarda kansere uyum sağlamada ve süreci yönetmede daha fazla problem ortaya çıkabilir. Bu tür hastalar için psikososyal destek ve manevi destek birimlerine önemli görevler düşmektedir.

1.2. İkinci Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma

Araştırmanın bu bölümünde, "*din ve maneviyatın, kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecindeki etkisi nedir?*" şeklinde ifade edilen ikinci alt araştırma sorusuna ilişkin tartışma ve sonuçlar ele alınmıştır.

İkinci nitel alt araştırma sorusuna yanıt bulmak amacıyla, MAXQDA 20 programının map özelliğinden faydalanılarak kodlar arası bir ilişki ve kesişim şeması ortaya çıkarılmıştır. Kodlar arası ilişki ve kesişim şeması (bkz. Şema 18), kanser deneyiminin ne kadar dinamik ve kompleks bir yapısı olduğunu göstermektedir. Bu kesişim şeması, aynı zamanda araştırmanın birinci alt probleminin özeti mahiyetinde de okunabilir.

Kesişim şemasının merkezinde "Allah'a sığınma" kodunun yer alması da oldukça mânidar olmuştur. Bu durum, hastalarda en büyük güç ve güven kaynağı olarak "Allah'a sığınma"nın merkezde olduğu yani "birey-Yaratıcı" ilişkisi bağlamında bir başa çıkmanın varlığını göstermektedir. "Şema 18" incelendiğinde hastalarda, "Allah'a sığınma" kodunun; "dini başa çıkma" kategorisinin diğer büyük kodları olan "dua", "şükür" ve "sabır" ile doğrudan bağlantılı; yine "aktif başa çıkma" kategorisinin en belirgin kodları olan "tedavi olmanın gereklerini yapma" ve "kararlı yaklaşım" ile doğrudan, "umut" ile dolaylı yoldan bağlantı halinde olduğu görülmektedir. "Allah'a sığınma", aynı zamanda "hastalığa yapılan atıflar" temasının "dini atıflar" kategorisinin en büyük kodu olan "imtihan" ile de doğrudan ilişkilidir. Araştırma bağlamında bu durum, "Allah'a sığınma"nın, hem aktif başa çıkmanın hem de hastalığa yapılan atıfların da belirleyicisi olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Şema 18'den bu araştırma bağlamında dua, şükür, sabır, imtihan gibi dinî kavramların kendi içinde bir bütünlüğü olduğu ve doğrudan Allah'a sığınma ve güvenmenin bir yansıması olduğu çıkarımını yapmak da mümkündür. Doğanay, hayatın zorluklarıyla başetmede dini inanç ve sabrı ele aldığı çalışmasında; analiz ettiği örnek

vakalarda bireylerin öncelikle "Allah'a inanma, güvenme, dünya hayatının geçiciliği, imtihan, kadere rıza, teslimiyet ve tevekkül ederek" başa çıkmaya çalıştığını tespit etmiştir. Çalışmada ayrıca dini başa çıkma stratejilerinde "dinî metinlerden beslenen 'teselli' anlayışının" etkisine vurgu yapılmıştır.⁸⁹⁹

Dinî bir inanca sahip olan insanların, karşılaştıkları sorunların Tanrı'nın kendilerini güçlendirme ve büyümelerine yardım etme planının bir parçası olduğuna inandıklarında herhangi bir zorluk ve güçlükle karşılaştıklarında Tanrı'ya şükrettikleri ve minnettarlık hissettikleri bildirilmektedir. Tanrı'ya karşı şükür duygusunun derinden ve içtenlikle hissedilmesi durumunda stresin zararlı etkilerinin de muhtemelen azalacağı düşünülmektedir. Bu şekilde bakıldığında, Tanrı'ya olan minnettarlık ve şükür duygusunun, büyük yaşam olaylarının olumsuz etkileriyle başa çıkmadaki etkisi anlaşılabilir olacaktır.⁹⁰⁰

Şema 18 bağlamında aktif başa çıkma ve dini başa çıkma yöntemleri arasındaki kesişim ve ilişkiler, literatürde yer alan araştırma bulgularıyla da değerlendirilebilir.

Park ve arkadaşları kanser hastalarında; daha fazla aktif başa çıkmanın, daha fazla dini başa çıkmayı öngördüğünü belirlemiştirler.⁹⁰¹ İleri evre kanser hastalarında yapılan bir çalışmada da "anlam/huzur" bulma ile başa çıkmanın kabullenme, aktif başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve plan yapma alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişkiler olduğu tespit edilmiştir.⁹⁰²

Şemada "Allah'a sığınma", "şükür" ve "tedavi olmanın gereklerini yapma" arasında da bir üçgen olduğu görülmektedir. Bu üçgenin oluşumu, hastaların tedavi olma imkânı verdiği için Allah'a şükretmeleri ve yine O'nun izniyle şifa bulacaklarını inanmaları şeklinde açıklanabilir. Emmons ve McCullough, şükretmenin; memnuniyet, mutluluk, gurur ve umut duygularını beslediğine işaret eder.⁹⁰³ Bu durumda şükür

⁸⁹⁹ Süleyman Doğanay, *Psikolojik Açıdan Hayatın Zorlukları Karşısında Dini İnanç ve Sabır: Nitel Bir Çalışma*, (Doktora Tezi), Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.

⁹⁰⁰ Krause, "Gratitude Toward God, Stress, and Health in Late Life", ss. 163-83.

⁹⁰¹ Park, Edmondson, Blank, "Religious and Non-Religious Pathways to Stress-Related Growth in Cancer Survivors", ss. 321-35.

⁹⁰² Andrea Bovero vd., "The Spirituality in End-of-Life Cancer Patients, in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study", *Journal of Religion and Health*, C. 58, S. 6 (2019), ss. 2144-60, doi:10.1007/s10943-019-00849-z.

⁹⁰³ Emmons, McCullough, "Counting Blessings versus Burdens", ss. 377-89.

duygusunun da şifa bulma umudunu tetikleyerek tedavi olmanın gereklerini yapmada etkili olduğu söylenebilir.

Yine Şema 18'de "Allah'a sığınma", "kararlı yaklaşım", "hastalığa uyum ve alışma" ve "umut" kodları arasında kademeli "doğrular" oluşmuştur. Bu durum hastaların, kanserle mücadelede "kararlı bir yaklaşım" sergilemelerinin ana kaynağının "Allah'a sığınma" olduğunu, buradan aldıkları güçle hastalığa uyum sağladıkları ve bu uyumla iyileşmeye olan umutlarının arttığı şeklinde değerlendirilebilir.

Kanser hastalarında yapılan çalışmalar, din ve maneviyatın hastaların yaşam kalitesi, iyilik hali, umut, psikolojik uyum vb. faktörler üzerinde olumlu etkileri olduğunu bunun yanı sıra distres, depresyon, anksiyete, umutsuzluk gibi olumsuz duyguların azalmasına da katkı sağladığını göstermektedir.⁹⁰⁴ Kanser, kalp ve aids hastalarından oluşan bir örnekleme yapılan çalışmada; katılımcılar din/maneviyatın yaşamlarını yönlendirdiğini ve belirlediğini, kararlarını yönettiğini, yanlış ve doğruyu ayırmalarına destek olduğunu, ayrıca başkalarını sevmelerine ve yardım etmelerine, kendilerini sevmelerine ve iyileştirmelerine de yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir.⁹⁰⁵

Araştırmalar, umut duygusunun başa çıkmada önemli olduğunu, umutsuzluğun ise başa çıkmayı engelleyen bir faktör olduğunu göstermektedir. Öz ve arkadaşlarının ruh sağlığı birimine başvuru yapan onkoloji hastalarında yapmış oldukları çalışmada; hastaların yaşadığı en sık sorunun anksiyete (% 64,7) olduğunu ve hemen arkasından umutsuzluk (% 57,8) ve etkisiz bireysel başa çıkma (% 57,8) sorunlarının geldiği belirlenmiştir. Hastalarda kanserin ölümcül bir hastalık olarak algılanmasının, ölüm korkusunun ve anksiyete oranının yüksek olmasının umutsuzlukla ilişkili olabileceği ifade edilmiştir.⁹⁰⁶ Güner'in meme kanseri hastalarda yaptığı çalışmada da örneklemin manevi yönelim düzeyinin oldukça yüksek olduğu, hastalarda "manevi yönelim ve çok boyutlu sosyal destek algısı arttıkça umut düzeyinin" de arttığı ortaya çıkmıştır.⁹⁰⁷

⁹⁰⁴ Catherine Romero vd., "Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer", *Journal of Behavioral Medicine*, C. 29, S. 1 (2006), ss. 29-36, doi:10.1007/s10865-005-9038-z; Cotton vd., "Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer", ss. 429-38.

⁹⁰⁵ Woods, Ironson, "Religion and Spirituality in the Face of Illness", ss. 393-412.

⁹⁰⁶ Fatma Öz vd., "Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Ruh Sağlığı Birimine Başvuran Kanser Hastalarının Özellikleri ve Sorun Alanları", *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi*, C. 14, S. 1 (2004), ss. 33-40.

⁹⁰⁷ Güner, *Meme Kanseri Cerrahisi Uygulanacak Hastaların Sosyal Destek Algısı, Manevi Yönelim ve Umut Düzeyleri*, s. 47.

Şema 18'in diğeri önemli bir oluşumu; "Allah'a sığınma", "kararlı yaklaşım", "Yaratıcı'ya yalvarma" ve "dua" arasında oluşan deltoid görünümlü şekildir. Bu şekil, hastaların kanser yaşantısının zorluklarıyla başa çıkmada sağlam ve kararlı bir duruş sergileyebilmeleri için Allah'a dua etmeleri ve O'nunla bağlantı halinde olmayı sürdürme istekleri olarak açıklanabilir.

Bu araştırma bağlamında Şema 18'de de görüldüğü gibi "Allah'a sığınma"nın ya da din ve maneviyatın, tedavi olmayı engellemediği bilakis hastalarda şifa bulmak için güçlü bir çaba oluşturduğu gözlenmiştir. Farklı örneklemlerde yapılan bazı çalışma bulguları da bunu teyit etmektedir.

İlerlemiş kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada; dindarlık ile hayatı uzatmak için her türlü çareye başvurmayı istemek arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.⁹⁰⁸ Deneysel bir anti-kanser ajanın Faz 1 çalışmasında gönüllü olarak yer alan ilerlemiş kanser hastalarından oluşan bir grupta yapılan bir çalışmada; katılımcıların maneviyat düzeylerinin oldukça yüksek olduğu ve hem Tanrı'ya hem de tıbbı güvendikleri belirlenmiştir. Hastaların çoğu tarafından "yaşamın, Tanrı'nın kontrolü altında" olduğu ifade edilse de bu durumun onların tıbbı ve hekimlere güvenmelerine engel olmadığı anlaşılmıştır. "Tanrı kanserle ilgili bir şeyler yapmak için seçenekler sunar" diyen bazı katılımcılar, Faz 1 deneyine katılmayı, kendilerine Tanrı tarafından verilmiş bir fırsat olarak görmüşlerdir. Bu deneyde yer alan bir başka katılımcı ise "Tanrı'nın onun hastalığına müdahale etmeden önce, kendisinin hastalıkla mücadelede çalışmasını istediğini" ifade etmiştir. Bu sonuçlar, maneviyatın Faz 1 denemelerine katılan ilerlemiş kanserli hastaların hem gerçekçi hem de umutlu olma yeteneklerinde önemli bir rol oynayabileceğini göstermiştir.⁹⁰⁹

Park ve arkadaşları, genç kanser hastalarında din/maneviyat ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu çalışmada ölçme araçlarından birisi de katılımcıların günlük yaşamda, aşkın olan ile ilişkilerini değerlendiren "Tanrı'nın bana olan sevgisini doğrudan veya başkaları aracılığıyla hissediyorum" gibi maddelerin yer aldığı "günlük manevi deneyimler" ölçeği olmuştur. Çalışma sonunda, "günlük

⁹⁰⁸ Balboni vd., "Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life", ss. 555-60.

⁹⁰⁹ Daugherty vd., "Trusting God and medicine", ss. 135-46.

manevi deneyimler"ın sağlık davranışlarına daha fazla yönelimle, dini çatışmanın ise daha düşük sağlık davranışlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁹¹⁰

Yine şema 18'de "umut", "duygusal yaklaşım" ve "kıyaslama" kodları arasında bir üçgen oluştuğu gözlenmektedir. "Kıyaslama" kodunun tanımlandığı katılımcılar, kendilerinden daha kötü durumdaki hastalarla bir karşılaştırma yapmışlardır. Eğer durumu daha kötü olan hastalarda iyileşme varsa, bu onlar için de bir umut olmuştur. Durumu kötü hastalarda iyileşme yoksa da kendilerinin daha iyi durumda olması, iyileşme için bir umut olmuştur. Görüşme analizlerinde "duygusal yaklaşım" kodu altında, hastaların kanser olmalarından dolayı aile ve sosyal çevrenin acıma, aşırı ilgi ve hassasiyet şeklindeki davranışlarından rahatsızlık duydukları belirlenmiştir. Sosyal çevre tarafından zavallı ve ölümcül bir kişi yerine konulmak, hastaların umutlarını kırmakta ve çaresizliklerini arttırmaktadır. Diğer taraftan bazı hastalarda, çevrenin bu türden olumsuz tepkilerine karşı bir mücadele direncinin; tüm olumsuz söylem ve düşünelere inat olarak büyük bir umut duygusunun ortaya çıktığı da gözlenmiştir.

şema 18'de bir başka üçlü ilişki ağı; dini başa çıkmada "sabır", hastalığa yönelik problemlerde "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" ve sosyal destekte "aile/eş" desteği arasında oluşan üçgendir. Bu ağ; hastaların tanı ve tedaviye bağlı yaşamış oldukları sıkıntılara sabrı ve bu sabrı güçlendiren aile/eş desteğini göstermektedir. Üçgenin bir köşesini oluşturan "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" kodu diğer serbest ucuyla da travma sonrası gelişim temasının kişilerarası ilişkiler alanına ait "değer odaklı yapıcı ilişkiler" koduyla keşişmektedir. Bu keşişim, sosyal desteğin aynı zamanda travma sonrası gelişimle de ilişkili olabileceğini göstermektedir. Literatürde de aile, eş ve yakın çevreden gelen sosyal ve emosyonel desteğin kanser hastalarında travma sonrası gelişimle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

Kanser hastalarında sistematik bir inceleme çalışmasında, travma sonrası bireysel gelişimin; maneviyat, iyimserlik, evlilik, yakın çevreden ve sağlık çalışanlarından gelen sosyal destek gibi psikososyal kaynaklardan önemli düzeyde etkilendiğini ortaya çıkarmıştır.⁹¹¹ Weiss, meme kanseri kadın hastaların eşlerinden

⁹¹⁰ Crystal L. Park vd., "Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: does faith promote a healthier lifestyle?", *J Behav Med*, C. 32 (2009), ss. 582-91, doi:10.1007/s10865-009-9223-6.

⁹¹¹ Moreno, Stanton, "Personal Growth During the Experience of Advanced Cancer", ss. 421-30.

aldıkları sosyal destek algısı yükseldikçe travma sonrası gelişim düzeyinin de arttığını;⁹¹² yine Bozo ve arkadaşlarının Türkiye örneklemini meme kanseri hastalarda yaptığı çalışmada da travma sonrası gelişim ile aileden, arkadaşlardan ve özel bir kişiden alınan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki olduğu;⁹¹³ meme kanseri hastalarda yapılan bir başka çalışmada da yüksek düzeyde travma sonrası gelişim ile yüksek düzeyde maneviyat ve sosyal destek arasında ilişki olduğu bulunmuştur.⁹¹⁴

Meme kanseri hastalarda yapılan diğer çalışmalarda da travma sonrası gelişimin; başa çıkma stratejilerinden, sosyal destek, din ve maneviyattan etkilendiği;⁹¹⁵ sosyal desteğin, travma sonrası gelişimin yordayıcısı olduğu ve öznel iyi oluş halinin de genel sosyal desteğin ve daha düşük düzeyde stresin yordayıcısı olduğu;⁹¹⁶ sosyal destek kalitesindeki düşüşün, yüksek düzeyde depresyon, stres ve olumsuz duygulanımın anlamlı bir yordayıcısı olduğu⁹¹⁷ tespit edilmiştir.

Literatürde kanser hastalarında sosyal destek ve travma sonrası gelişim arasındaki ilişkileri ortaya koyan nicel bulguların, bu araştırmanın nitel temelli bulgusuyla da kısmen örtüştüğü görülmektedir. Bu araştırma bağlamında, Şema 18'de "aile/eş" desteği, "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" ile travma sonrası gelişim temasına ait "değer odaklı yapıcı ilişkiler" kodları arasında ortaya çıkan kesişim; kanserle birlikte günlük işlerini yapmakta zorlanan hastaların, yakınlarının destek ve yardımından duyduğu memnuniyetin bir ifadesi olarak yorumlanabilir. Hastalar, özellikle kemoterapi gibi ağır kanser tedavilerinin yan etkilerine (halsizlik, yorgunluk, bulantı vb.) bağlı olarak günlük bakımlarını ve ev işlerini yapmakta zorluk çekmektedirler. Bu durum hastaların, günlük yaşamlarını sürdürmek için başkalarına bağımlı kalmasına neden olmaktadır. Hem tedavinin yan etkileriyle başa çıkmak hem de

⁹¹² Tzipi Weiss, "Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors", *Journal of Social & Clinical Psychology*, C. 23, S. 5 (2004), ss. 733-46, doi:10.1521/jscp.23.5.733.50750.

⁹¹³ Özlem Bozo, Elçin Gündoğdu, Canan Büyükaşık-Çolak, "The Moderating Role of Different Sources of Perceived Social Support on the Dispositional Optimism— Posttraumatic Growth Relationship in Postoperative Breast Cancer Patients", *Journal of Health Psychology*, C. 14, S. 7 (2009), ss. 1009-20, doi:10.1177/1359105309342295.

⁹¹⁴ Suzanne C. Danhauer vd., "Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer", *PSYCHO-ONCOLOGY*, C. 22, S. 12 (2013), ss. 2676-83.

⁹¹⁵ Zhai, Newton, Copnell, "Posttraumatic Growth Experiences and Its Contextual Factors in Women with Breast Cancer", ss. 554-80.

⁹¹⁶ Meghan H McDonough, Catherine M Sabiston, Carsten Wrosch, "Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress", *Psycho-oncology*, C. 23, S. 1 (2014), ss. 114-20, doi:10.1002/pon.3380.

⁹¹⁷ Fong vd., "Changes in Social Support Predict Emotional Well-being in Breast Cancer Survivors", ss. 664-71.

başkalarına muhtaç olmak hastalarda, problemin büyüklüğünü daha da arttırmaktadır. Diğer taraftan hasta yakınları da bu süreçte hastayla birlikte zorluklar yaşamaktadırlar. Hastaya bakım verenlerin de yaşamları alt üst olmaktadır. Dolayısıyla kanser, her iki taraf için de sabır ve tahammül gerektiren zorlu bir süreçtir. Ancak ailesinin, eşinin ya da arkadaşlarının yanında olduğunu hisseden hastalarda, yakın çevresine karşı değer duygusunun gelişmesi muhtemeldir. Bu aynı zamanda olumlu bir ruh sağlığının da göstergesi sayılabilir. Kendisine verilen destek ve değeri idrak eden hasta, ilişkilerinde daha anlayışlı ve yumuşak olacaktır. Bu bir döngü olarak kendisine bakım verenlere yansiyacak ve tekrar hastaya dönerek kanser sürecinin uyum ve kolaylık içinde atlatılmasını sağlayacaktır.

Sonuç olarak bu araştırmanın ikinci alt problemi bağlamında ortaya çıkan kodlar arası kesişim şemasına göre (bkz. Şema 18) katılımcı hastalarda, dinî ve aktif başa çıkmanın her ikisinin de "Allah'a sığınma" merkezli olduğunu söylemek mümkündür. Bu şemada "Allah'a sığınma" kodunun; "dini başa çıkma" kategorisinin diğer büyük kodları olan "dua", "şükür" ve "sabır" ile doğrudan bağlantılı; yine "aktif başa çıkma" kategorisinin en belirgin kodları olan "tedavi olmanın gereklerini yapma" ve "kararlı yaklaşım" ile doğrudan, "umut" ile de dolaylı yoldan bağlantı halinde olduğu görülmektedir. Buna göre hastalar öncelikle sabır, şükür ve dua ile Allah'a sığınmakta ve sonrasında aktif başa çıkma davranışları sergilemektedirler. Kararlı bir yaklaşımla tedavi olmanın gereklerini yapmanın, hastalarda "umut" duygusunu da harekete geçirdiği ve güçlendirdiği söylenebilir. Kodlar arası bu kesişimler, sözlü ve fiilî dua kapsamında da değerlendirilebilir.

Sözlü dua, insanın hâlini ve çaresizliğini samimi bir şekilde dil ve kalp ile Allah'a arz etmesidir. Fiilî dua ise insanın olmasını arzu ettiği herhangi bir iş ya da giderilmesini istediği herhangi bir ihtiyaç ve sıkıntısı için ön hazırlık yapması, fiilî bir çaba ve davranış içinde olmasıdır.⁹¹⁸ Bu anlamda hastaların, "Allah'a sığınma"yı merkeze alarak sabır ve şükürle dua ederek başa çıkmaları, sözlü duanın bir ifadesidir. Yine "Allah'a sığınma"yı merkeze alarak kararlı bir yaklaşım ve umutla tedavi olma çabaları ise fiilî duanın bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Kesişim şemasının ortaya çıkardığı diğer bir sonuç ise hastalarda tanı ve tedaviye yönelik bir problem olarak

⁹¹⁸ Albayrak, *Gençlerde Dua Psikolojisi: Üniversite Gençlerinin Dua Tutum ve Davranışları*, ss. 62-66.

tanımlanan "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" kodunun "sabır", "aile/eş" desteği ve "değer odaklı yapıcı ilişkiler"le bağlantı halinde olmasıdır. Bu kesişim, kanser yaşantısının zorluk ve problemleri karşısında hastaların eş ve ailelerinden almış olduğu desteğin önemini göstermektedir. Devamında ise bu desteğin, hasta ve ailesi için karşılıklı anlayış ve değer odaklı yapıcı ilişkilere dönüştüğü görülmektedir.

2. DENEYSEL ARAŞTIRMA BULGULARINA İLİŞKİN TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmanın yarı deneysel bulguları, literatür çerçevesinde tartışılmış ve ulaşılan sonuçlara yer verilmiştir.

2.1. Üçüncü Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma

Bu bölümde araştırmanın üçüncü alt sorusu olarak belirlenen "uygulama grubunun oturumlar öncesi ve sonrası fizyolojik belirtiler (**sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız**), **durumluk kaygı** ve oturumlara göre **genel yaşam kalitesi** puanlarında anlamlı bir farklılık var mıdır?" sorusuna yönelik tartışma ve sonuçlara yer verilmiştir.

Araştırma sorusunun çözümüne yönelik ilgili değişkenlere ait istatistiksel analiz sonuçları şöyledir: *Sistolik kan basıncının* oturumlar sonrası genel ortalaması, oturumlar öncesi genel ortalamaya göre daha düşük bulunmuştur (bkz. Tablo 23). Ancak bu durum istatistiksel olarak *anlamlı bir farklılık göstermemiştir* (bkz. Tablo 24).

Diyastolik kan basıncının da oturumlar sonrası genel ortalaması, oturumlar öncesi genel ortalamaya göre daha düşüktür (bkz. Tablo 25). Yapılan ileri istatistiksel analiz bulgularına göre *diyastolik kan basıncı* puanlarında oturumlar öncesi ve sonrası *anlamlı bir farklılık olmadığı* belirlenmiştir (bkz. Tablo 26).

Oturumlar sonrası nabız genel ortalamasının, oturumlar öncesi genel ortalamaya göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (bkz. Tablo 27). Ancak oturumlar öncesi ve oturumlar sonrası nabız değerlerindeki değişimler, istatistiksel olarak *anlamlı bir farklılık göstermemiştir* (bkz. Tablo 28).

Kısaca, "uygulama grubunun fizyolojik belirti değerlerinde (**sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız**), oturumlar öncesi ve sonrasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Örnekleme grubunun oturumlar sonrasında durumluk-kaygı (STAI-I) düzeyi puan ortalamalarında, oturumlar öncesine göre belirgin bir düşüş olduğu belirlenmiştir (bkz. Tablo 29). İstatistiksel olarak da oturumlar öncesi ve sonrası *durumluk-kaygı* düzeyi puan ortalamaları arasında *anlamlı bir farklılık olduğu* bulunmuştur (bkz. Tablo 30).

Örneklemin genel yaşam kalitesi puan ortalamalarında üçüncü oturumla birlikte artış belirlenmiştir (bkz. Grafik 9 ve Tablo 31). Ayrıca *genel yaşam kalitesi* puan ortalamalarında "birinci ve üçüncü", "birinci ve dördüncü", "ikinci ve üçüncü", "ikinci ve dördüncü", "ikinci ve beşinci", "ikinci ve altıncı" oturumlar arasında *anlamlı bir farklılık olduğu* saptanmıştır. Diğer oturumlar arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (bkz. Tablo 32). Bu bulgular, örneklem grubunun, son oturum öncesi "genel yaşam kalitesi" düzeyinin ilk iki oturuma göre artmış olduğunu göstermektedir.

Kan basıncı (tansiyon) ve nabız; egzersiz, açlık-tokluk, susuzluk, enfeksiyon⁹¹⁹, kilo ve duygu durum değişiklikleri, kullanılan ilaçlar, yaşam tarzı, sigara, hava sıcaklığı ve hatta havanın nemi⁹²⁰ gibi bir çok faktörden etkilenmektedir. Kan basıncı; genel olarak sabahın erken saatlerinde daha düşüktür, öğle sonrası ve akşam saatlerinde ise yükselir. Ayrıca kadınlarda menapoz dönemi ve sonrasında da kan basıncının aynı yaştaki erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.⁹²¹ Görüldüğü gibi kan basıncı ve nabız değerlerini etkileyen çok sayıda faktör vardır. Araştırmanın müdahale grubunu oluşturan hastalarla manevi destek oturumları, hastaların günlük tedavilerinin bitiminden sonra yapılmıştır. Oturumlara katılan bazı hastaların, ışın tedavisine bağlı olarak ciltte yanık ve ağrı gibi ciddi yan etkiler yaşadıkları gözlenmiştir. Ayrıca, hastaların teşhis ve tedavileriyle ilgili çeşitli tahlil ve tetkiklerinin devam etmesi, kullanmış oldukları ilaçlar, hastane ortamında hafta sonu hariç her gün ve uzun süre bulunmanın verdiği gerginlik vb. faktörlerin kan basıncı ve nabız değerlerinde değişikliklere yol açabileceği düşünülmüştür. Anlamlılık seviyesinde olmasa da uygulama grubunda yer alan hastalarda, genel olarak oturumlar sonrası kan basıncı ve nabız değerlerinde bir düşüş olmuştur. Hastalar, kanser tedavisine bağlı olarak yaşamış

⁹¹⁹ "Kan Basıncı ve Kalp Hızı Hakkında Yanlış Bilinenler", (10.12.2020), <https://www.muratturfan.com/kan-basinci-ve-kalp-hizi-hakkinda-yanlis-bilinenler>.

⁹²⁰ "Nabız Sayınız Size Mesaj Veriyor Olabilir - Memorial", (10.12.2020), <https://www.memorial.com.tr/saglik-rehberi/nabiz-sayiniz-size-mesaj-veriyor-olabilir>.

⁹²¹ Hemsire.Com, "Tansiyonu (Kan Basıncını) Etkileyen Faktörler", <https://www.hemsire.com/>, (10.12.2020), <https://www.hemsire.com/hemsirelik/tansiyonu-kan-basincini-etkileyen-faktorler-h1108.html>.

oldukları pek çok probleme rağmen manevî destek oturumlarına katılmaktan dolayı mutlu olduklarını ve büyük bir istekle katıldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum ise hastaların genel yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerine olumlu olarak yansımıştır.

Literatürde, dinî/manevî yönelimin, din ve maneviyat merkezli müdahale ve desteğin kan basıncı, nabız, genel yaşam kalitesi ya da diğer bir ifadeyle genel iyilik hali, psikolojik iyilik hali (azalmış kaygı, depresyon, stres vb.) üzerinde olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

Koenig ve arkadaşlarının yaşlı yetişkinlerde dini aktiviteler ile kan basıncı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; sık sık dua eden veya İncil okuyan katılımcılarda (günlük veya daha sık) kan basıncının daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Hem dini ayinlere katılan hem de sık sık İncil okuyan katılımcılar arasında diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya daha yüksek olma olasılığının, dini ayinlere seyrek olarak katılan ve seyrek olarak dua eden veya İncil okuyan katılımcılara oranla % 40 daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.⁹²² Hill ve arkadaşları da dini yönelim düzeyi yüksek olan katılımcılarda nabız hızının ve genel allostatik yükün daha düşük düzeyde olduğunu bulmuşlardır.⁹²³

Kanser hastalarında din/maneviyat ve iyilik hali üzerine mevcut literatür, genel olarak olumlu bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir.⁹²⁴ Bu bulgular, din ve maneviyatın; bireyin distres kaynağını yönetmesine ve iyilik halini etkili bir şekilde geliştirmesine imkân tanıyan bir teselli zemini sunabileceğini göstermektedir. Diğer taraftan dini başa çıkmanın, olumlu ya da olumsuz olmasının da iyilik hali üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğunu da söylemek mümkündür.⁹²⁵

Guilhermo ve arkadaşları tarafından mastektomi geçirmiş meme kanseri hastalara; meditasyon, hayal etmeye rehberlik (manevi varlığını hissetme ve görselleştirme, kalbinin aydınlandığını hissetme, çevresi ve ruhsal varlığıyla bağlantı kurmaya teşvik etme), müzik ve nefes egzersizinden oluşan bir manevi destek müdahalesi yapılmıştır. Birinci ve üçüncü günlerde destek müdahalesi sonrası

⁹²² Koenig vd., "The Relationship between Religious Activities and Blood Pressure in Older Adults", ss. 189-213.

⁹²³ Hill vd., "Religious Attendance and Biological Functioning", ss. 766-85.

⁹²⁴ Judith A. Schreiber, Dorothy Y. Brockopp, "Twenty-Five Years Later—What Do We Know about Religion/Spirituality and Psychological Well-Being among Breast Cancer Survivors? A Systematic Review", *Journal of Cancer Survivorship*, C. 6, S. 1 (2012), ss. 82-94, doi:10.1007/s11764-011-0193-7.

⁹²⁵ Zarzycka vd., "Religious comfort and anxiety in women with cancer", ss. 1829-35.

ölçümlerinde, uygulama grubunda yer alan hastaların nabız değerlerinde, kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüş olduğu belirlenmiştir.⁹²⁶

Endonezyalı meme kanser hastalarda, genel olarak şifa için duayı merkeze alan İslami temelli bir bakım müdahalesinin sonunda katılımcıların manevi iyilik halinde olumlu bir iyileşme olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan katılımcılar; kendilerini zihinsel olarak huzurlu, Tanrı'ya daha yakın, ahiret için manevi olarak daha güçlü ve daha sağlıklı hissettiklerini de ifade etmişlerdir.⁹²⁷ Radyoterapi alan meme kanseri kadın hastalara uygulanan altı seanslık bir manevi terapi uygulamasından sonra yapılan ölçümlerde hastaların genel iyilik hali boyutunda anlamlı bir iyileşme olduğu tespit edilmiştir.⁹²⁸

Sonuç olarak bu araştırma bağlamında uygulama grubunda yer alan kanser hastalarında diyastolik kan basıncı, sistolik kan basıncı ve nabız değerlerinde oturumlar öncesi ve oturumlar sonrası anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak manevî destek programının, hastaların durumluk kaygı ve genel yaşam kalitesi düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir.

2.2. Dördüncü Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma

Bu bölümde, "uygulama ve kontrol grubu hastalarının **dini tutum ölçeği**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? (b) ön test, son test ve izlem testinde gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?" şeklinde ifade edilen araştırmanın dördüncü alt sorusuna ilişkin tartışma ve sonuçlara yer verilmiştir.

2.2.1. Dini Tutum Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulgularına İlişkin Tartışma

Araştırmanın dördüncü alt sorusunun ilk bölümüne (a) ilişkin bulgular şöyledir: Uygulama grubunun (UG) dini tutum ölçeği (Ok-DTÖ) "toplam" ve "duygu" boyutu ön

⁹²⁶ Guilherme vd., "Effect of the 'Spiritual Support' Intervention on Spirituality and the Clinical Parameters of Women Who Have Undergone Mastectomy", s. 26.

⁹²⁷ Maria Komariah, Urai Hatthakit, Nongnut Boonyoung, "Impact of Islam-Based Caring Intervention on Spiritual Well-Being in Muslim Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy", *Religions*, C. 11, S. 7 (2020), ss. 361-73, doi:10.3390/rel11070361.

⁹²⁸ Najmeh Jafari vd., "Spiritual Therapy to Improve the Spiritual Well-Being of Iranian Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, C. 2013 (2013), ss. 1-9, doi:10.1155/2013/353262.

test ve son test puan ortalamaları arasında son test lehine anlamlı bir farklılık ortaya çıkmıştır (bkz. Tablo 35). Diğer boyutlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgulara göre uygulama grubunun son testte, ön testte göre dini tutum (toplam) ve duygu boyutu puan ortalamalarında anlamlı bir yükseliş olduğu söylenebilir.

Uygulama grubunun "Ok-Dini Tutum Ölçeği" ön test ve izlem testinde dini tutum "toplam" ve "davranış" boyutu puan ortalamalarında izlem testi lehine anlamlı bir farklılık saptanmıştır (bkz. Tablo 36). Diğer boyutların ön test ve izlem testi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Bu bulgular, uygulama grubunun izlem testinde ön teste göre dini tutum (toplam) ve davranış alt boyutu puanlarında anlamlı bir artış olduğunu göstermektedir.

Uygulama grubu "Ok-Dini Tutum Ölçeği" toplam ve alt boyutları puan ortalamalarında son test ve izlem testi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yani dini tutum ölçeği son test puanları, izlem testinde kısmen stabil kalmıştır.

Uygulama grubunun son testte dini tutum ölçeği (toplam) ve duygu alt boyutu puanlarında ön teste göre anlamlı bir yükseliş olması manidar kabul edilmiştir. Bu durumun, manevi destek oturumlarında hastalığı anlamlandırmada vurgulanan temalarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Destek oturumlarında İslam'ın temel kaynaklarında (Kur'an-ı Kerim, hadis) hastalarla ilgili yer alan müjdeli haber ve kıssalar paylaşılmıştır. Fiziksel ve duygusal olarak yıpranan ve zorlu bir süreçten geçen hastalarda, Allah'ın yanında sevildiklerini ve değerli olduklarını hissettiren bu tür içeriklerin dini tutumun duygu boyutuna tesir etmesi mümkündür.

Bir diğer önemli bulgu, dini tutum ölçeği davranış boyutu puan ortalamalarının izlem testinde, ön teste göre anlamlı olarak yükselmiş olmasıdır. Bu durumun izlem testinde hastaların fiziksel ve fonksiyonel yaşam kalitesindeki artışla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Manevi destek oturumlarına katılan hastalar genel olarak radyoterapi tedavisinin ilk haftasında olup bir kısmının kemoterapi tedavisinin tamamlanmasının üzerinden çok fazla bir zaman geçmediği için tedaviye bağlı birtakım problemler halen devam etmekteydi. Hastaların bir kısmında ise radyoterapi tedavisine bağlı yanıklar ve farklı yan etkilerin ortaya çıktığı gözlenmiştir. Dolayısıyla hastalar, tedaviye ilişkin bu tür problemler nedeniyle fonksiyonel yeterlilik gerektiren dini ibadetleri yapmakta zorlanmışlardır. Araştırmada izlem testi uygulaması, hastaların tedavilerinin

tamamlanması üzerinden 7-8 hafta geçtikten sonra yapılmıştır. Bu zaman aralığında fonksiyonel yaşam kalitesinde ciddi bir düzelme olması, hastaları namaz vb. dini ibadetlere yönelmeye sevk etmiş olabilir. Diğer taraftan hastaların, İslam'ın hastalık vb. durumlarda ibadetlerin yerien getirilmesine ilişkin getirmiş olduğu kolaylıklar konusunda ya hiç ya da çok az malumat sahibi oldukları tespit edilmiştir.

Kontrol grubunda yer alan hastalarda "Ok-Dini Tutum Ölçeği"nin toplam ve alt boyutlarında ön test, son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Araştırmanın dördüncü alt sorusunun ikinci bölümüne **(b)** ilişkin şu bulgulara ulaşılmıştır:

(b) Uygulama ve kontrol grubunun dini tutum ölçeği ön test puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunun "davranış" boyutu puan ortalamasının, uygulama grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer boyutlarda ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (bkz. Tablo 37).

Dini tutum ölçeği son test bulgularının gruplar arası karşılaştırılması sonucunda uygulama grubunun *dini tutum (toplama)*, *"davranış"* ve *"duygu"* alt boyutlarında puan ortalamalarının, kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer boyutlarda anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır (bkz. Tablo 38). İzlem testinde gruplar arası karşılaştırma yapıldığında, *dini tutum (toplama)* ve *"duygu"* boyutunda uygulama grubunun puan ortalamalarının, kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Diğer boyutlarda ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (bkz. Tablo 39).

Bu araştırma bağlamında dini tutumun, travmatik bir yaşantı olarak kanser sürecinde aktif bir rol oynadığını söylemek mümkündür. Bu durum manevî destek programı sonrası uygulama grubunda yer alan hastaların son test ve izlem testi dini tutum ölçeği puanlarına yansımıştır. Burada özellikle son testte dini tutumun duygu boyutunda anlamlı bir yükseliş olması mânidar bulunmuştur. Yine son test ve izlem testinde UG ve KG karşılaştırmalarında da UG'nin duygu alt boyutu puanları, anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır.

Kanser hastalarına ilişkin kapsamlı bir meta-analiz çalışmasının bulguları da din/maneviyatın duygu boyutunu öne çıkarmaktadır. Bu çalışmada hastalarda en güçlü

ilişkilerin; din/maneviyatın duygusal boyutları (örn. kendinden daha büyük bir güce bağlanma, anlam ve amaç duygusu) ile ruhsal sağlık sonuçları arasında olduğu bulunmuştur. Din/maneviyatın davranışsal boyutları (örn. kilise hizmetine katılım, dua, meditasyon) ile sağlık sonuçları arasında ise daha zayıf ilişkiler tespit edilmiştir. Ayrıca din/maneviyatın bilişsel boyutları (örn. spesifik D/M inançlar, nedensel yüklemeler, Tanrı algısı) ile her bir sağlık alanı (fiziksel, ruhsal, sosyal) arasında da düşük düzeyde fakat anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.⁹²⁹

Bazı çalışmalar da kanser teşhisiyle birlikte hastalarda dini yönelim ve tutumlarda artış olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaların bir kısmında din ve maneviyat, hastalarda psikolojik uyumun sağlanmasında en önemli faktör olarak gösterilmiştir. Bir çalışmada kanserle başa çıkmak için katılımcıların % 50'den fazlasının dua ettiği ve sağlık durumu kötü olanların daha fazla dua ettiği⁹³⁰, bir başka çalışmada ise katılımcıların büyük bir kısmının başa çıkmak için dini inançlarından destek aldıkları⁹³¹ belirlenmiştir.

Meme kanseri hastalarda yapılan korelasyonel çalışmalar, din/maneviyatın hastaların yaşamları üzerinde olumlu etkileri olabileceğini göstermiştir. Bu çalışmaların bir kısmında din/maneviyatın; olumsuz duygu durumlarını, anksiyete, distres, depresyon ve umutsuzluğu azaltmaya ve genel iyilik halini arttırmaya katkı sağladığını;⁹³² artmış yaşam kalitesi, umut, psikolojik iyilik hali, hastalığı kabullenme, tedaviye uyum, anlam inşa etme vb. faktörlerle olumlu ilişkisi olduğunu göstermektedir.⁹³³ Yazgan'ın kemoterapi alan kanser hastalarında sağlıklı kontrol grubu kullanarak yapmış olduğu çalışmada; dini tutum ölçeği genel puan ortalamasının kanser hastası bireylerde, sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.⁹³⁴ Yine Yazgan'ın bu

⁹²⁹ Park vd., "Religion/Spirituality and Health in the Context of Cancer", ss. 3789-94.

⁹³⁰ Ross vd., "Prayer and Self-Reported Health Among Cancer Survivors in the United States, National Health Interview Survey, 2002", ss. 931-38.

⁹³¹ Vallurupalli vd., "The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy", ss. 81-87.

⁹³² Romero vd., "Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer", ss. 29-36; Cotton vd., "Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer", ss. 429-38; Paredes, Pereira, "Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients", ss. 1606-17.

⁹³³ Cheryl L. Holt vd., "Role of religious involvement and spirituality in functioning among African Americans with cancer: testing a mediational model", *Journal of behavioral medicine*, C. 34, S. 6 (2011), ss. 437-48, doi:10.1007/s10865-010-9310-8.

⁹³⁴ Yazgan, *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi*, s. 50.

çalışmasında, kanser hastalarında sağlıklı gruba göre manevî değerlerin daha etkili ve Manevî değerlerde de dini inancın daha etkin olduğu belirlenmiştir.⁹³⁵ Tuncay, genç kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada bireyin güçlenme sürecine katkıda bulunan tinselliği; yaşama ilişkin anlam, değer ve bağlılık attettiği bireysel, çevresel ve aşkınla olan ilişkileri bağlamında içsel bir unsur olarak ele almıştır. Bu çalışmada, hastaların kutsiyet attettikleri Tanrı'ya olan inancın, aile desteğinin ve kendisiyle olan içsel bağın yaşamda anlam bulma ve hastalığa tahammül etmeyi sağlayan tinsel unsurlar olduğu bulunmuştur.⁹³⁶ Bir başka çalışmada ise yaşamda anlam bulma düzeyi yüksek olan kanser hastalarında, içsel dini yönelim düzeyinin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca içsel dini yönelim ile umutsuzluk ve öfke-düşmanlık arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur.⁹³⁷

Delgado-Guay ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kanser hastaları, dindarlık ve maneviyatın kendileri için büyük bir güç ve teselli kaynağı olduğu gibi hastalıkla başa çıkmada da yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir.⁹³⁸ Kanser kökenli palyatif bakım hastalarına ilişkin yapılan bir meta-incelemede mevcut bir dini bağlılığı olan hastalar için dini inançların, güç ve umut kaynağı olduğu açıklanmıştır.⁹³⁹

Fiziksel durumları bozulan ve ilerlemiş hastalığı olan birçok hasta umut arar ve aşkınla bağlantılı olarak kendi ölümlülükleri, yaşamın anlamı ve amacı hakkında sorularla mücadele eder.⁹⁴⁰ Park da kişinin destekleyici ve sevgi dolu yüce bir güç bağlamında dini ve manevî inançlarının, yaşamın anlam ve amacının oluşturulmasında etkili olduğunu ifade eder.⁹⁴¹

Literatür bulguları, kanser hastalarında din/maneviyatın, hem hastalığa bir anlam yükleme hem de birtakım dinî/manevî uygulama ve pratikler yoluyla hastalıkla başa çıkmaya destek olduğunu göstermektedir. Bu yönüyle din/maneviyatı merkeze

⁹³⁵ a.g.e., ss. 109-10.

⁹³⁶ Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, s. 81.

⁹³⁷ M. W. Acklin, E. C. Brown, P. A. Mauger, "The Role of Religious Values in Coping with Cancer", *Journal of Religion and Health*, C. 22, S. 4 (1983), ss. 322-33, doi:10.1007/BF02279928.

⁹³⁸ Delgado-Guay vd., "Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients", ss. 986-94.

⁹³⁹ Edwards vd., "Review", ss. 753-70.

⁹⁴⁰ Balboni vd., "Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer", ss. 445-52; Bovero A. vd., "Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice", ss. 961-69.

⁹⁴¹ Crystal L. Park, "Religiousness/Spirituality and Health: A Meaning Systems Perspective", *Journal of Behavioral Medicine*, C. 30, S. 4 (2007), ss. 319-28, doi:10.1007/s10865-007-9111-x.

alan destekleyici müdahalelerin hastalar için önemi de ortaya çıkmış olmaktadır. Çeşitli araştırmalar da kanser hastalarının dini/manevi inançlarına odaklanarak yapılabilecek müdahalelerin olumlu etkileri ve faydalarına dikkat çekmektedir.⁹⁴²

Kanser hastalarında yapılan bir meta-analiz çalışmasında manevi müdahalelerin; manevi iyilik hali, yaşamın anlamı ve depresyon üzerinde anlamlı fakat orta düzeyde etkileri olduğu belirlenmiştir.⁹⁴³

Radyoterapi tedavisi görmekte olan meme kanseri hastalarda altı seanslık bir manevi terapi uygulamasının ardından yapılan ölçümlerde manevi iyilik hali ölçeğinin üç alt boyutunda (anlam, huzur ve inanç) anlamlı bir yükseliş olduğu belirlenmiştir.⁹⁴⁴ Kanser hastalarında manevi değerlendirme ve müdahaleyi içeren bir çalışma sonunda da "manevi iyilik hali" ölçeğinin inanç alt boyutunda anlamlı bir artış olduğu belirlenmiştir.⁹⁴⁵

Sonuç olarak; bu araştırma, manevî destek uygulamalarının kanser hastalarının dinî/manevî tutum ve yönelimleri üzerinde olumlu etkileri olabileceğini literatür bulgularıyla da uyumlu olarak göstermiştir.

Bu araştırmanın dördüncü alt sorusu bağlamında ortaya çıkan bulgular kısaca özetlendiğinde; uygulama grubunun ön teste göre, son testte *dini tutumun toplam* ve *duygu* alt boyutu puanları; izlem testinde de *dini tutumun toplam* ve *davranış* alt boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Dini tutumun ölçeğinin son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Yani son test ve izlem testi puanları birbirine yakındır. Uygulama ve kontrol grubunun dini tutum ölçeği puanları karşılaştırıldığında ise ön testte KG'nin dini tutum ölçeği *davranış* alt boyutu puanlarının UG'den daha yüksek olduğu; son testte UG'nin *dini tutum (toplam)*, *davranış* ve *duygu* alt boyutlarında puan ortalamalarının KG'den daha yüksek olduğu; izlem testinde ise yine UG'nin *dini tutum (toplam)* ve *duygu* alt boyutunda puan ortalamalarının KG'den daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Uygulama grubunun dini tutum toplam puanları ile son testte *duygu* boyutu puanlarında anlamlı bir yükseliş olması, "manevi destek

⁹⁴² Paredes, Pereira, "Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients", ss. 1606-17.

⁹⁴³ Pok-Ja Oh, Soo Hyun Kim, "The Effects of Spiritual Interventions in Patients With Cancer: A Meta-Analysis", *Oncology Nursing Forum*, C. 41, S. 5 (2014), ss. E290-301, doi:10.1188/14.ONF.E290-E301.

⁹⁴⁴ Jafari vd., "Spiritual Therapy to Improve the Spiritual Well-Being of Iranian Women with Breast Cancer", ss. 1-9.

⁹⁴⁵ Kestenbaum vd., "What Impact Do Chaplains Have?", ss. 707-14.

programının" hastalarda özellikle dini tutumun duygu boyutunu daha fazla etkilemiş olabileceği yönünde yorumlanabilir. Diğer taraftan UG'nin izlem testinde davranış boyutu puanlarında anlamlı bir yükseliş olması da tedavinin yan etkilerine bağlı fonksiyonel ve fiziksel iyileşmeye bağlı olarak dini ibadetleri yerine getirme çabası olarak değerlendirilebilir. Yine kontrol grubu karşılaştırmalarında da uygulama grubunda yer alan hastaların son test ve izlem testlerinde dini tutum ölçeği toplam ve yukarıda belirtilen alt boyutlarda daha yüksek puan ortalamalarına sahip olması "manevî destek programının" hastaların dini tutumları üzerinde kısmi bir etkisi olduğunu göstermektedir.

2.3. Beşinci Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma

Bu bölümde, "uygulama grubu ve kontrol grubu hastalarının **dini başa çıkma ölçeği**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? (b) ön test, son test ve izlem testinde gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?" şeklinde oluşturulan beşinci alt araştırma sorusu çerçevesinde yapılan tartışma ve sonuçlar yer almaktadır.

2.3.1. Dini Başa Çıkma Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulgularına İlişkin Tartışma

Beşinci araştırma sorusunun ilk bölümüne (a) ait bulgular şu şekildedir:

(a) Uygulama grubunun "dini başa çıkma ölçeği"ne ilişkin ön test ve son test bulguları karşılaştırıldığında son testte "*negatif dini başa çıkma*" boyutu puan ortalamalarının, ön teste göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. "Pozitif dini başa çıkma" boyutunda ise son test puan ortalamalarının daha yüksek olduğu fakat bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (bkz. Tablo 41). "Dini başa çıkma ölçeği" ön test ve izlem testi puanları karşılaştırıldığında da benzer bir sonuç çıkmıştır. Uygulama grubunun "*negatif dini başa çıkma*" düzeyinin izlem testinde ön teste göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. "Pozitif dini başa çıkma" boyutunda ön test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (bkz. Tablo 42).

Araştırmada uygulama grubunun "dini başa çıkma ölçeği" son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Uygulama grubunun son test ve izlem testinde ön teste göre "*pozitif dini başa çıkma*" düzeylerinin arttığı, "*negatif dini başa çıkma*" düzeylerinin ise azaldığı belirlenmiştir. Ancak "*pozitif dini başa çıkma*" düzeylerindeki artışın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Kontrol grubuna uygulanan "*dini başa çıkma ölçeği*"nde yalnızca "*pozitif dini başa çıkma*" boyutunun ön test-son test ve ön test-izlem testleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre "*pozitif dini başa çıkma*" puan ortalamalarının ön teste göre son test ve izlem testinde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmış olduğu bulunmuştur. "*Negatif dini başa çıkma*" boyutunda ise anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (bkz. Tablo 43). Kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmadığı halde "*pozitif dini başa çıkma*" düzeyinde ortaya çıkan bu artış önemli bir bulgu olarak kabul edilmiştir.

Aşağıda beşinci araştırma sorusunun ikinci bölümüne **(b)** ait bulgular yer almaktadır:

(b) Uygulama ve kontrol grubunda yer alan hastaların dini başa çıkma düzeylerine ilişkin ön test karşılaştırma puanlarında anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Son test (bkz. Tablo 44) ve izlem testi (bkz. Tablo 45) karşılaştırma puanlarında ise uygulama grubunda yer alan hastalarının "*negatif dini başa çıkma*" düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumda uygulama grubunun kontrol grubuna nazaran son test ve izlem testinde "*negatif dini başa çıkma*" etkinliğini daha az kullandığı söylenebilir. "*Pozitif dini başa çıkma*" boyutunda ise testlere göre gruplar arası anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

"Başa çıkma" ifadesi anlam olarak adaptasyon, yeterlilik, dayanıklılık, yönetme, uyum gibi kelimelerin karşılığı olarak da kullanılabilir.⁹⁴⁶ Kavram olarak ise stresle yakından ilişkilidir. Çünkü başa çıkma, bireyin stresli bir yaşam olayına yanıt olarak dengeyi yeniden sağlamaya çalıştığı bir süreci içerir.⁹⁴⁷ Dinî başa çıkma ise kişinin stresli bir yaşam olayı karşısında bir destek veya anlam oluşturma kaynağı

⁹⁴⁶ Henderson vd., "African American Women Coping With Breast Cancer", ss. 641-47.

⁹⁴⁷ Richard S. Lazarus, "Coping Theory and Research: Past, Present, and Future", *Psychosomatic Medicine*, C. 55, S. 3 (1993), ss. 234-47, doi:10.1097/00006842-199305000-00002; Henderson vd., "African American Women Coping With Breast Cancer", ss. 641-47.

olarak daha yüksek bir güce (genel olarak Tanrı) yönelmesi veya bağlı olduğu dini inancıyla ilişkili belirli bilişsel ve davranışsal stratejiler olarak tanımlanmaktadır.⁹⁴⁸ Dini başa çıkmanın pozitif ve negatif boyutlarından da söz edilmektedir. Pargament ve arkadaşlarına göre "pozitif dinî başa çıkma"; sevgi, şefkat, "İlâhî Olan" ile birlik ve başkalarıyla manevî yakınlık duygularını içermektedir. "Negatif dinî başa çıkma" ya da diğer adıyla manevi çatışma; "İlâhî Olan" ile gergin bir ilişki ve kişinin dini inançlarındaki şüphe ile karakterize edilmektedir.⁹⁴⁹

Kanser gibi bir hastalığın teşhisi, ona bağlı korkular ve yaşamın kendisine yönelik tehdit ile birlikte karmaşık bir dizi sorunu beraberinde getirir. Bunlar arasında tanı ve tedaviden kaynaklanan fiziksel semptomlarla başa çıkmak, hastalıkla başa çıkmaya çalışmak, hastalığın varoluşsal boyutu ile yüzleşmek, kanserden etkilenen aile için endişe duymak vb. pek çok sorun yer alır. Burada yaşam ve ölüme anlam veren teselli edici bir felsefî, dinî/manevî inanç yapısı veya değer arayışı başlar.⁹⁵⁰

Kanserin potansiyel olarak hayatı tehdit eden doğası düşünüldüğünde hastaların, kanserle ve acı ile başa çıkmada dinî ve manevî kaynaklara yönelmesi anlaşılabilir bir durum olarak görülmektedir. Bu nedenle pek çok çalışmada kanser hastaları ve yakınları için kanserle başa çıkmada din ve maneviyatın etkili bir başa çıkma mekanizması olduğu bildirilmektedir.⁹⁵¹ Diğer taraftan dinî başa çıkmanın yaygınlığı genel olarak stres etkeninin türüne, örneklemin özelliklerine ve durumsal faktörlere (örn. hastalık tipi, tanı üzerinden geçen süre, hastalık evresi, remisyon durumu, tedavi dönemi vb.) bağlı olarak değişebilmektedir.⁹⁵² Genel olarak tıbbi rahatsızlıklarda dini başa çıkmanın incelendiği çalışmalar, hastalıkla başa çıkmada dinî/manevî biliş ve aktivitelere yönelme oranının % 34 ve % 86 arasında değiştiğini göstermektedir.⁹⁵³

⁹⁴⁸ Tix, Frazier, "The Use of Religious Coping during Stressful Life Events", ss. 411-22; Gall, Bilodeau, "The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer", ss. 103-17.

⁹⁴⁹ Pargament, Feuille, Burdzy, "The Brief RCOPE", ss. 51-76.

⁹⁵⁰ Holland, "History of Psycho-Oncology", ss. 206-21.

⁹⁵¹ Andrew J. Weaver, Kevin J. Flannelly, "The Role of Religion/Spirituality for Cancer Patients and Their Caregivers", *Southern Medical Journal*, C. 97, S. 12 (2004), ss. 1210-14, doi:10.1097/01.SMJ.0000146492.27650.1C.

⁹⁵² Bernard Spilka, Phillip Shaver, Lee A. Kirkpatrick, "A General Attribution Theory for the Psychology of Religion", ss. 1-20.

⁹⁵³ Thuné-Boyle vd., "Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer?", ss. 151-64; Hana Ayele vd., "Religious Activity Improves Life Satisfaction for Some Physicians and Older Patients", *Journal of the American Geriatrics Society*, C. 47, S. 4 (1999), ss. 453-55, doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb07238.x; Harold G. Koenig, "Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older

Bu araştırmada uygulama grubunun "*negatif dini başa çıkma*" düzeylerinde anlamlı bir azalma olurken "*pozitif dini başa çıkma*" düzeylerindeki artışın anlamlılık seviyesinde olmaması hastalarda, tanıyla birlikte "*pozitif dini başa çıkma*" stillerinin daha fazla kullanılmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Nitekim kontrol grubu karşılaştırmalarında da "*pozitif dini başa çıkma*" düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum, hem uygulama hem de kontrol grubunda yer alan hastalarda "*pozitif dini başa çıkma*"nın sıklıkla ve etkili bir şekilde kullanıldığını göstermektedir. Literatürde de kanser hastalarında "*pozitif dinî başa çıkma*"nın daha etkili bir başa çıkma stili olduğunu gösteren bulgular mevcuttur.

ufta'nın Kosovalı kanser hastalarında yaptığı çalışmada; örneklemin % 95'inin pozitif dini başa çıkma tarzını kullandığı ve bu grupta pozitif dini başa çıkma tarzları içinde hastaların % 65'inin işbirlikçi başa çıkma, % 20'sinin kişisel yönelimli başa çıkma, % 15'inin ise erteleyici yönelimli başa çıkmayı kullandığı belirlenmiştir.⁹⁵⁴

Karabulutlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kanser hastalarından oluşan örnekleme pozitif dini başa çıkma puanlarının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışmada distres yaşamayan hastalarda pozitif dini başa çıkma puanlarının yüksek olduğu ve pozitif dini başa çıkma ile distres (toplam) düzeyi arasında negatif bir korelasyon olduğu belirlenmiştir.⁹⁵⁵

Bazı literatür bulguları, kanser hastalarında dinî başa çıkmanın hastalığın dönemlerine göre değişebileceğini göstermektedir. Bir çalışmada meme kanseri kadın hastalarda başa çıkma, hastalığa uyum ve maneviyata ilişkin, tanıdan hemen sonra ve tanıdan altı ay sonra olmak üzere kanser tanısı almayan kontrol grubu ile karşılaştırmalı bir ölüm yapılmıştır. Tanıdan hemen sonra yapılan ilk ölümlerde meme kanseri hastalarda; uyum duygusu, maneviyat ve pozitif dini başa çıkma puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak meme kanseri hastalarda, tanıdan altı ay sonra yapılan ölümlerde; uyum duygusu, maneviyat ve pozitif dini başa

adults", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, C. 13, S. 4 (1998), ss. 213-24, doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199804)13:4<213::AID-GPS755>3.0.CO;2-5.

⁹⁵⁴ ufta, *Kanser Hastalığı ile Başa ıkma Dini İnanç ve Tutumların Rolü: Kosova rneği*, ss. 79-80.

⁹⁵⁵ Karabulutlu, Yaralı, Karaman, "Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey", ss. 881-90.

çıkma puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu ortaya çıkmıştır.⁹⁵⁶ Gall ve arkadaşları da meme kanseri hastalarda tanıyı öğrendikleri ilk hafta içinde (ilk tanı dönemi) ve tanıdan üç, altı ve on iki ay sonra pozitif ve negatif dini başa çıkma düzeylerini belirlemeye yönelik boylamsal bir çalışma yapmışlardır. Hastalarda tanıdan altı ay sonraki ölçümlerde, tanıdan üç ay sonraki ölçümlere göre pozitif dinî/manevî başa çıkma ölçeğinin "olumlu yeniden değerlendirme" alt boyutu puanlarında anlamlı bir yükselme olduğu bulunmuştur.⁹⁵⁷

Konuya ilişkin literatür; "pozitif dinî başa çıkma"nın olumlu ruh hali, iyimserlik, daha iyi yaşam kalitesi, yaşam doyumu vb. değişkenlerle ilişkili olduğunu gösterirken "negatif dinî başa çıkma"nın ise daha kötü psikolojik sağlık, daha düşük yaşam kalitesi vb. ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Koenig ve arkadaşlarının hastanede yatarak tedavi gören yaşlı hasta örnekleminde yaptığı çalışmada; negatif dini başa çıkma stillerinin (Tanrı'nın cezalandırıcı olarak yeniden değerlendirilmesi, manevi hoşnutsuzluk, şeytani güçlere atıf vb.) daha kötü fiziksel sağlık ve yaşam kalitesinin yanında daha yüksek düzeyde depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur. Pozitif dini başa çıkma stillerinin ise (Tanrı'nın iyiliksever olarak değerlendirilmesi, Tanrı ile işbirliği, Tanrı ile bağlantı kurma, din adamlarından/kilise üyelerinden destek alma ve başkalarına dini yardım sağlama) daha iyi zihinsel sağlıkla ilişkili olduğu belirlenmiştir.⁹⁵⁸

Meme kanseri hastalarda yapılan çalışmalarda, manevî destek (Tanrı'dan ve diğer insanlardan) arayışına yönelik olumlu dinî/mânevî başa çıkmanın daha büyük iyimserlik ve kontrol duygusuyla ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Manevi hoşnutsuzluğu içeren olumsuz dinî/mânevî başa çıkma stillerinin (Tanrı'ya öfke vb.) ve yalvarmanın (bir mucize için dua etme vb.) ise daha fazla distres ve daha düşük yaşam doyumu ile

⁹⁵⁶ Camelia Rohani vd., "Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design", *Health and Quality of Life Outcomes*, C. 13, S. 40 (2015), ss. 1-14, doi:10.1186/s12955-015-0229-1.

⁹⁵⁷ Gall, Bilodeau, "The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer", ss. 103-17.

⁹⁵⁸ H. G. Koenig, K. I. Pargament, J. Nielsen, "Religious Coping and Health Status in Medically Ill Hospitalized Older Adults", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, C. 186, S. 9 (1998), ss. 513-21, doi:10.1097/00005053-199809000-00001.

ilişkili olduğu tespit edilmiştir.⁹⁵⁹ Negatif dini başa çıkmanın bir tarzı olarak kabul edilen "manevî çatışma" ile yaşam kalitesi ve yaşam doyumu arasında ise ters yönlü ve anlamlı ilişkiler olduğu gösterilmiştir.⁹⁶⁰ Meme kanseri hastalarda yapılan bir başka çalışmada da negatif dinî başa çıkma ve depresif duygudurum halinin zamanla etkileşime girdiği ortaya çıkmıştır. Ön tanıda negatif dinî başa çıkmanın, hastalarda teşhisten sonraki 3 ayda daha yüksek bir depresif ruh hali yaşanmasına yol açabileceği belirlenmiştir.⁹⁶¹

Başka bir çalışmada, dini başa çıkmada daha aktif teslimiyet gösteren kanser hastalarının, daha büyük bir öz-yeterlik duygusu ve daha yüksek seviyelerde işlevsel, sosyal ve duygusal iyilik hali yaşadıkları bildirilmiştir. Aksine, pasif bir şekilde yalvarıcı bir tutum içinde olan hastaların duygusal iyilik hali düzeyinin de daha düşük olduğu bulunmuştur.⁹⁶² İşbirlikçi dini başa çıkma tarzını benimseyen kanser hastalarında ise öz-yeterlik ve özerklik duygusu, aktivite düzeyi, destek arama eğilimi ve kabullenme tutumunun daha yüksek düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır.⁹⁶³

Pozitif dinî/manevî başa çıkmanın kanser hastalarında olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Ancak olumsuz dinî başa çıkmanın daha yüksek düzeyde duygusal distres, depresyon, intihar düşüncesi, daha az travma sonrası büyüme, tedaviye daha az bağlılık daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁹⁶⁴ Kanser hastalarında dini başa çıkmaya ilişkin bir inceleme çalışmasında, 17 çalışmadan yedisinde dini başa çıkmanın olumlu, üçünde ise olumsuz etkileri olduğuna yönelik bulgular elde edilmiştir. Diğer yedi çalışmada da anlamlı bir sonuç bulunamadığı rapor edilmiştir.⁹⁶⁵

⁹⁵⁹ Terry Lynn Gall, Rosa Maria Miguez de Renart, Bonnie Boonstra, "Religious Resources in Long-Term Adjustment to Breast Cancer", *Journal of Psychosocial Oncology*, C. 18, S. 2 (2000), ss. 21-37, doi:10.1300/J077v18n02_02.

⁹⁶⁰ Manning-Walsh, "Spiritual Struggle", ss. 120-40.

⁹⁶¹ Gall, Bilodeau, "The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer", ss. 103-17.

⁹⁶² John E. Pérez, Amy Rex Smith, "Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer", *Journal of behavioral medicine*, C. 38, S. 2 (2015), ss. 183-93, doi:10.1007/s10865-014-9593-2.

⁹⁶³ Raymond C. Nairn, Thomas V. Merluzzi, "The role of religious coping in adjustment to cancer", *Psycho-Oncology*, C. 12, S. 5 (2003), ss. 428-41, doi:10.1002/pon.654.

⁹⁶⁴ Gall, Bilodeau, "The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer", ss. 103-17.

⁹⁶⁵ Thuné-Boyle vd., "Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer?", ss. 151-64.

Psikolojik, sosyal, ruhsal ve varoluşsal boyutlarıyla yaşamı ve geleceği tehdit eden kanseri anlamlandırabilmek, kanser hastası için ciddi bir krizdir. Yaşamı alt üst eden krizlerle başa çıkmayı anlayabilmek için çok sayıda kavramsal çerçeve ve model geliştirilmiştir. Bu modellerin bir kısmı kanser gibi önemli hastalık ve kayıplarla başa çıkmada "anlam arama ve bulma"nın önemli bir rol üstlendiğini savunur. Dinî/manevî inançların başa çıkmaya katkısı, "anlam oluşturma" bağlamında daha iyi anlaşılabilir.⁹⁶⁶ Buna göre din ve maneviyat merkezli müdahale programlarının "anlam oluşturma" sürecine katkı sağlayarak olumlu dinî başa çıkmaya katkı sağladığı düşünülebilir. Kestenbaum ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da bu iddiayı teyit eder niteliktedir. Bu çalışma, kanser hastalarında "manevi değerlendirme ve müdahale modeli" çerçevesinde yapılan uygulama sonrasında, pozitif dini başa çıkma düzeyinde ciddi bir artış olduğunu göstermektedir.⁹⁶⁷

Araştırmalar, "pozitif dinî başa çıkma"nın kişisel kaynakları ve sosyal destek ağını aktive etmeye yardımcı olduğu gibi travmatik yaşantıdan anlam ve fayda bulmaya da yardımcı olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, araştırmanın uygulama grubunu oluşturan hastalarda, "pozitif dinî başa çıkma"nın düzeyinde düşme olmaması "manevî destek programı"ndan da etkin bir şekilde faydalanmalarını sağlamıştır. Bu faydanın ise "negatif dinî başa çıkma" düzeyinde azalmaya da neden olduğu düşünülmüştür.

Sonuç olarak bu çalışmada uygulama grubunun "*negatif dini başa çıkma*" düzeyinin son test ve izlem testlerinde, ön teste göre anlamlı olarak azalmış olduğu; "*pozitif dini başa çıkma*" düzeyinin de arttığı ancak bu artışın anlamlılık seviyesinde olmadığı belirlenmiştir. Uygulama (UG) ve kontrol grubu (KG) karşılaştırıldığında ise son test ve izlem testlerinde UG'nin "*negatif dini başa çıkma*" düzeyinin KG'ye göre anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. "*Pozitif dini başa çıkma*" düzeyinde gruplar arası bir farklılık bulunmamıştır.

Kısaca Uygulama grubunun son test ve izlem testlerinde "*negatif dini başa çıkma*" düzeylerinde önemli bir düşüş olduğu ve kontrol grubuna göre "*negatif dini başa çıkma*" etkinliklerine daha az yöneldikleri belirlenmiştir. Bu nedenle "manevî destek

⁹⁶⁶ Holland, "History of Psycho-Oncology", ss. 206-21.

⁹⁶⁷ Kestenbaum vd., "What Impact Do Chaplains Have?", ss. 707-14.

programı"nın uygulama grubunda yer alan hastaların dinî başa çıkma düzeylerine olumlu yönde katkı sağladığını söylemek mümkündür.

2.4. Altıncı Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma

Bu bölümde, "uygulama ve kontrol grubu hastalarının **Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? (b) ön test, son test ve izlem testi gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?" şeklinde belirlenen altıncı araştırma sorusuna ilişkin tartışma ve sonuçlara yer verilmiştir.

2.4.1. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulgularına İlişkin Tartışma

Araştırmanın altıncı sorusunun ilk bölümüne (a) ilişkin aşağıda yer alan bulgulara ulaşılmıştır:

(a) Uygulama grubunun "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" ön test-son test, ön test-izlem testi puanları karşılaştırıldığında "durumluk kaygı" ve "sürekli kaygı" düzeylerinin son test (bkz. Tablo 47) ve izlem testinde (bkz. Tablo 48) ön teste göre anlamlı bir şekilde düşmüş olduğu belirlenmiştir.

Uygulama grubu "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Kontrol grubunun "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" testler arası karşılaştırma bulgularında ise yalnızca "durumluluk kaygı" son test ve izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Buna göre kontrol grubunun "durumluk kaygı" düzeyi izlem testinde son teste göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (bkz. Tablo 49). Diğer testler arasında ve "sürekli kaygı" düzeyi boyutunda anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır.

Araştırmanın altıncı sorusunun ikinci bölümüne (b) yönelik ortaya çıkan bulgular ise şöyledir:

(b) Uygulama ve kontrol grubu, "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" ön test bulguları karşılaştırıldığında uygulama grubunun "sürekli kaygı" düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (bkz. Tablo 50).

"Durumluk kaygı" düzeyi puan ortalamasında ise anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Uygulama ve kontrol grubunun "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" son test puanları karşılaştırmasında ise uygulama grubunun "durumluk kaygı" düzeyinin kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir (bkz. Tablo 51). Sürekli kaygı düzeyi son test puanlarında ise anlamlı bir farklılaşma ortaya çıkmamıştır.

Her iki grubun "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" izlem testi sonuçları karşılaştırıldığında uygulama grubunun "durumluluk kaygı" düzeyi izlem testi puan ortalamalarının kontrol grubuna nazaran anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur (bkz. Tablo 52). "Sürekli Kaygı Envanteri" izlem testi sonuçlarında ise anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir.

Kanser hastalarında en sık karşılaşılan ruhsal bozukluklar arasında depresyon ve kaygı bulunmaktadır. Bu süreçte yaşanan kaygı ve depresyon, diğer fiziksel ve fizyolojik problemlerin şiddetini arttırarak hastaların yaşam kalitesini ve tedaviye uyumu önemli düzeyde düşürmektedir.⁹⁶⁸ Genel kanser örneğinde yapılan çalışmalar depresyon ve kaygı bozukluğunun yüksekliğine işaret etmektedir. Seven ve arkadaşlarının kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların % 88,7'sinde depresif, % 38'inde ise anksiyete belirtileri,⁹⁶⁹ Karabulutlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da hastaların % 81,3'ünde depresyon ve % 61,5'inde anksiyete bulgulanmıştır.⁹⁷⁰ Jadoon ve arkadaşlarının Pakistanlı kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada ise kesme puanı üzerinde olan anksiyete ve depresyon oranı % 66 olarak belirlenmiştir.⁹⁷¹

Meme kanserinde ise kaygı bozukluğuna bağlı prevalansın % 18 ile % 30 arasında değişebileceği tespit edilmiştir. Bu hastalarda kaygı bozukluğu, belirsizliğe

⁹⁶⁸ Seven vd., "Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi", ss. 219-24.

⁹⁶⁹ a.yer.

⁹⁷⁰ Karabulutlu vd., "Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer", ss. 296-302.

⁹⁷¹ Nauman A. Jadoon vd., "Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study", *BMC Cancer*, C. 10, S. 1 (2010), s. 594, doi:10.1186/1471-2407-10-594.

tahammül edememek ile yakından ilişkilidir.⁹⁷² Diğer taraftan kadınlık imajı ile bütünleşen bir organa yönelik kanser teşhisinin ve ağır tedavi sürecinin önemli bir stres kaynağı olduğu da düşünülmektedir. Özellikle mastektomi uygulanan hastalar, daha fazla stres ve kaygı yaşayabilmektedir. Fredalos ve arkadaşları tarafından meme kanseri hastalarda yapılan bir çalışmada, yaklaşık olarak örnekleme yer alan her 3 hastadan 1'inde depresyon ya da anksiyete bozukluğu tespit edilmiştir.⁹⁷³

Bazı araştırmalar kanser hastalarında kaygının ömür boyu devam ettiğini, bazı araştırmalar ise belirli dönemlerde (tanı ve tedavi gibi) daha yoğun olduğunu, sonrasında ise düştüğünü göstermektedir. Yıldırım ve arkadaşları, meme kanserli kadın hastalarda cerrahi tedavi öncesi, cerrahi tedavi sonrası ilk 1-3 ay ve sonraki 9-12 ay arasında 3 kez anksiyete ve depresyon ölçümü gerçekleştirmişlerdir. Ancak anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında dönemlere göre anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. Hastaların anksiyete ve depresyon risklerinin tanı döneminden itibaren yüksek olduğu ve bu riskin tedavi sonrası birinci yılda da devam ettiği belirlenmiştir.⁹⁷⁴ Ünsal ve arkadaşları tarafından kemoterapi tedavisi tamamlanmış mastektomili meme kanseri olgularda yapılan çalışmada da radyoterapi tedavisinin bitiminden sonraki ikinci ayda hastaların anksiyete düzeylerinde anlamlı bir düşüş tespit edilmiştir.⁹⁷⁵

Diğer taraftan kanser hastalarında kaygıya yol açan ve kaygıyla ilişkili faktörler de önemlidir. Meme kanseri hastalarda yapılan çeşitli çalışmalarda; Spiegel, hastaların % 80'inde ölüm kaygısı ve kanserin tekrarlayacağına ilişkin kaygı olduğunu,⁹⁷⁶ Çelik ve arkadaşları, radyoterapi tedavisi tamamlanmış ve takipte olan hastalarda uyku güçlüğü, duygusal durum, yorgunluk ve beden imajı ile kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak

⁹⁷² Eva Mazzotti vd., "Predictors of Existential and Religious Well-Being among Cancer Patients", *Supportive Care in Cancer*, C. 19, S. 12 (2011), ss. 1931-37, doi:10.1007/s00520-010-1033-4.

⁹⁷³ Evangelos C. Fradelos vd., "Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients", *Contemporary Oncology*, C. 22, S. 3 (2018), ss. 172-77, doi:10.5114/wo.2018.78947.

⁹⁷⁴ Nazmiye KOCAMAN Yıldırım vd., "Meme Kanserli Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları", *The Anxiety, Depression and Quality of Life of Breast Cancer Patients Before and After Treatment: The Results of One Year Prospective Study.*, C. 46, S. 4 (2009), ss. 175-81.

⁹⁷⁵ Ünsal vd., "Postmastektomi radyoterapi uygulanan meme kanserli olgularda gelişen yorgunluğun derecesi, serum sitokin ve leptin düzeyleri ile ilişkisi", ss. 1-12.

⁹⁷⁶ D Spiegel, "Psychosocial Aspects of Breast Cancer Treatment", *Seminars in Oncology*, C. 24, S. 1 Suppl 1 (1997), ss. 36-47.

anlamli bir ilişki olduğunu,⁹⁷⁷ bir başka çalışmada ise kaygı düzeyi ile yaşam kalitesinin uyku sorunu, emosyonel durum, yorgunluk ve beden imajı alt boyutları arasında anlamli bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Karakoyun ve arkadaşları, meme kanseri hastalarda kaygı düzeyini etkileyen parametreleri; hastaların önemli kontrollerinde eşlerinin kendilerine eşlik etmemesi ve sorunlarını paylaşabilecekleri bir kişinin varlığı olarak belirlemişlerdir.⁹⁷⁸ Meme kanseri hastalarda kaygı ve kaygı bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıkların öfke, düşük benlik saygısı ve düşük duygusal destek ile ilgili olduğu da bildirilmektedir.⁹⁷⁹

Kanser tedavisinde kullanılan ilaçların sinir sistemi üzerindeki yan etkilerine bağlı olarak da kaygı bozukluklarının ortaya çıkabileceği belirlenmiştir. Kontrol grubuyla karşılaştırmalı yapılan bir çalışma, meme kanseri hastaların konsantrasyon, hafıza ve düşünmeyle ilgili yaşadıkları bilişsel problemler ile depresyon ve anksiyete arasında güçlü bir korelasyon olduğu bulgulanmıştır. Meme kanseri hastalarda ortaya çıkan bu bulgular, kemoterapiye bağlı merkezi sinir sistemi toksisitesinin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.⁹⁸⁰

Literatür kaygının kanser hastaları için tanı ve tedavi sürecinin yanı sıra başa çıkmayı da etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Tunç, yapmış olduğu çalışmada, kaygı ile duygu odaklı başa çıkma arasında pozitif, problem odaklı başa çıkma ile de negatif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir.⁹⁸¹ Karabulutlu ve arkadaşları da kaçınma odaklı başa çıkma ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönlü anlamli bir ilişki olduğunu bulmuşlardır.⁹⁸²

Kansere ilişkin literatür, din ve maneviyatın hastalarda kaygıyı düşüren önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. İlgili literatürde diğer önemli bir bulgu ise din ve

⁹⁷⁷ Omur Karakoyun-Celik vd., "Depression and Anxiety Levels in Woman under Follow-up for Breast Cancer: Relationship to Coping with Cancer and Quality of Life", *Medical Oncology*, C. 27, S. 1 (2010), ss. 108-13, doi:10.1007/s12032-009-9181-4.

⁹⁷⁸ a.yer.

⁹⁷⁹ Reich, Lesur, Perdrizet-Chevallier, "Depression, Quality of Life and Breast Cancer", ss. 9-17.

⁹⁸⁰ Ganz, "Cognitive Dysfunction Following Adjuvant Treatment of Breast Cancer", ss. 182-83; van Dam Fs vd., "Impairment of Cognitive Function in Women Receiving Adjuvant Treatment for High-Risk Breast Cancer: High-Dose versus Standard-Dose Chemotherapy", *Journal of the National Cancer Institute*, J Natl Cancer Inst, 02.04.1998, doi:10.1093/jnci/90.3.210.

⁹⁸¹ Tunç, *Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa ıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi İle Psiko-Sosyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi*, s. 124.

⁹⁸² Karabulutlu vd., "Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer", ss. 296-302.

maneviyat ile çaresizlik/umutsuzluk arasında negatif yönlü ilişkiler olmasındır.⁹⁸³ Kanser tanısı üzerinden 6-18 ay geçmiş hastalarla yapılan bir çalışmada katılımcıların % 79,3'ü hastalık sürecinde dinî ve manevî inançlarından destek aldıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada maneviyat ile hastane anksiyete ve depresyon skalası (HAD) arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur.⁹⁸⁴ İleri evre kanser hastalarında yapılan bir çalışmada da yaşam kalitesi ölçeğinin "anlam/huzur" alt boyutu ile anksiyete, depresyon, davranışsal kopukluk arasında negatif yönlü ilişkiler olduğu belirlenmiştir.⁹⁸⁵ Masat'ın onkoloji hastalarında yapmış olduğu çalışmada, "manevi yönelim ölçeği" ve "distres termometresi" toplam puanları arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.⁹⁸⁶ Polonyalı kanser hastası kadın hastalarla yapılan bir çalışmada da dinî teselli ile anksiyete arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada dini inançlarında daha fazla teselli bulan hastaların, umut duygularının daha güçlü ve kaygı duygularının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.⁹⁸⁷

Bir kişi için kanser tanısı almak; aile, iş ve sosyal yaşamı tehdit eden pek çok unsuru içinde barındırması nedeniyle başlı başına bir kaygı kaynağı olarak görülebilir. Kanserle birlikte fiziksel ve ruhsal yaşamı bozulan hastalar sağlıklı iken üstlenmiş oldukları bireysel, ailevî, toplumsal görev ve sorumluluklarını tam olarak yerine getiremezler. Ayrıca tanı ve tedaviye bağlı fiziksel ve psikolojik birtakım problemler nedeniyle hastalar, meslek ve iş yaşamlarını sürdürmekte zorluk yaşarlar. Bu durum hasta ve ailesi için geçim sıkıntısına ve ekonomik sorunlara yol açar. Dolayısıyla kanser tanısı alan hastalarda kaygıya yol açan iki temel alandan bahsedilebilir: Yaşamsal kaygılar ve varoluşsal kaygı. Ancak bu iki kaygı arasında, karşılıklı etkileşim halinde güçlü bir bağ olduğunu söylemek de mümkündür. Kanser tanısı ile tüm yaşam düzeni bozulan hasta, kendisini ölümün kıyısında gibi hissedebilir. Burada yaşama ve ölüme ilişkin varoluşsal sorgulama ve kaygılar başlar.⁹⁸⁸

⁹⁸³ Cotton vd., "Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer", ss. 429-38.

⁹⁸⁴ Luzia Travado vd., "Do Spirituality and Faith Make a Difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group", *Palliative and Supportive Care*, C. 8, S. 4 (2010), ss. 405-13, doi:10.1017/S147895151000026X.

⁹⁸⁵ Bovero vd., "The Spirituality in End-of-Life Cancer Patients, in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies and the Daily Spiritual Experiences", ss. 2144-60.

⁹⁸⁶ Masat, *Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki*, s. 80.

⁹⁸⁷ Zarzycka vd., "Religious comfort and anxiety in women with cancer", ss. 1829-35.

⁹⁸⁸ Bag, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

Kanser hastalarında nüks korkusu da yaşamsal kaygıları ve varoluşsal kaygıları tetikleyebilir. Bazı araştırmalar, kanser hastalarında nüks kaygısının ömür boyu devam ettiğini göstermektedir.⁹⁸⁹ Nitel bir çalışmada hayatta kalmaya ilişkin belirsizlik ve yeniden nüks durumu hastalar tarafından "oynamak için bir oyunu beklemek" şeklinde ifade edilmiştir.⁹⁹⁰ Hastalığın nüksetmesi durumu, hastalar tarafından yeni ve ıstıraplı bir sürecin habercisi olarak yorumlanmaktadır. Diğer taraftan hastalar, kanserin nüksetmesi ile ölüme yakınlaşma arasında da bir bağ kurabilmektedirler. Burada nüks korkusu bazı hastalarda ölüm kaygısına dönüşerek psikopatolojik bir hal alabilmektedir.

Bir kanser hastası için varoluşsal kaygıların ortaya çıkmasında kanserle birlikte önceki yaşama ilişkin önemli addedilen değerlerin, rutinlerin, alışkanlıkların önemini yitirmesiyle her şeyin anlamsız olduğu düşüncesine kapılmak, kanseri ölümcül bir hastalık olarak algılamak ve ölümlle yüzleşmek zorunda kalmak gibi faktörlerin etkisinden bahsedilebilir.⁹⁹¹ Varoluşsal kaygıların odağında "ben kimim?", "benim bugüne kadar yaşantımda oluşturduğum değerler, ilkeler neler?", "yaşam hedeflerim nelerdi?", "ben bu yaşantının neresinde varım?", "yaşadığım bu durumun anlamı ne?", "neden ben?", "bunu hak etmek ve yaşamak için ben ne yaptım?", "Tanrı beni cezalandırıyor mu?" vb. sorgulamalar vardır.⁹⁹² Kanser gibi travmatik olaylarda, birey için yaşamdaki doğal akış yavaşlar ya da durma noktasına gelir. Yaşamın ve ölümün gerçekliği fark edildiğinde kaygı süreci başlar. Diğer taraftan kaygıyla birlikte hastalık, yaşam ve ölüme dair bir anlam arayışı başlar.⁹⁹³

Cicarelli, ölümü bir yok oluş olarak düşünenlerin daha fazla ölüm kaygısı yaşadığını tespit etmiştir.⁹⁹⁴ Ölüm kaygısı ile ölüme verilen anlam arasında bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir. Buna göre ölüme olumlu bir anlam yükleme ve öteki dünyanın varlığına inanmanın ölüm kaygısını azalttığı belirlenmiştir. Diğer taraftan

⁹⁸⁹ a.yer.

⁹⁹⁰ Beatty vd., "The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer", ss. 331-42.

⁹⁹¹ Saliha Hallaç, Fatma Öz, "Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C. 3, S. 4 (2011), ss. 595-610, doi:10.5455/cap.20110326; Fatma İnci, Fatma Öz, "Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, C. 10, S. 4 (2009), ss. 253-60.

⁹⁹² Hallaç, Öz, "Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı", ss. 595-610; Bağ, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

⁹⁹³ Hallaç, Öz, "Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı", ss. 595-610.

⁹⁹⁴ Victor G. Cicirelli, "Personal meanings of death in relation to fear of death", *Death Studies*, C. 22, S. 8 (1998), ss. 713-33, doi:10.1080/074811898201236.

ölümü mutlak bir son olarak görmek ya da öteki dünyada ceza çekeceği düşüncesi de ölüm kaygısını arttıran faktörler arasında gösterilmiştir.⁹⁹⁵

Ölüm kaygısının Tanrı inancı olan insanlarda daha düşük olabileceği düşünülmektedir. Çünkü bir dine inanan insan, bu dünyada çekilen ıstırap ve acıların karşılığı olarak öteki dünyada "cennet"e gireceğine inanır. Böylece bu dünyada çekmiş olduğu ıstırap ve acılar bir anlam kazanmış olur. Kübler-Ross, ölümden sonraki hayata inanma ve inanmamanın insan doğası üzerindeki etkisini şöyle özetler: "Bu dünyada çekilen acıların bir anlamı olduğuna ve ölümden sonracennette ödüllendirileceğimize olan inanç, bir ümit ve amaç vaat eder. Toplumun inkârı ise bir ümit ve amaç sunmak bir yana, yalnız ve yalnızca kaygılarımızı arttırır, yıkıcılığımıza ve saldırganlığımıza katkıda bulunur."⁹⁹⁶

Sonuç olarak; bu araştırmada "manevî destek programı"nın uygulama grubunda yer alan hastaların kaygı düzeyleri üzerinde etkili olduğu; hastalarda ön teste göre "*durumluk kaygı*" ve "*sürekli kaygı*" düzeylerinde son test ve izlem testinde anlamlı bir düşüş olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arası karşılatırmada ise uygulama grubunun "*durumluk kaygı*" düzeyinin, son test ve izlem testinde anlamlı olarak kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak "*sürekli kaygı*" düzeyleri arasında uygulama ve kontrol grubu arasında bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum her iki grubun da "*sürekli kaygı*" düzeylerinin birbirine yakın olduğunu göstermiştir. Burada uygulama ve kontrol grubunda yer alan hastaların, hastanede izole bir halde olmadıklarını, tedaviye geldikleri zaman aralığı dışında normal günlük hayatlarına ve sosyal ilişkilerine devam ettiklerini belirtmek gerekir. Dolayısıyla hastalar, tedavi dışındaki günlük yaşamlarında kaygıyla ilgili olumlu ya da olumsuz pek çok olay ve durumla karşılaşmaktadırlar. Bu bağlamda kontrol grubunda yer alan hastaların kaygı düzeylerini azalmasında sosyal destek ağlarından gelebilecek olumlu desteğin etkisi düşünülebilir. Özetle uygulama grubunun "*durumluk kaygı*" ve "*sürekli kaygı*" düzeylerinin son test ve izlem testinde daha düşük olması "manevî destek programı"nın hastaların kaygı düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

⁹⁹⁵ İnci, Öz, "Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi", ss. 253-60.

⁹⁹⁶ Kübler-Ross, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, ss. 37-38.

2.5. Yedinci Araştırma Sorusuna İlişkin Tartışma

Bu bölümde, "uygulama grubu ve kontrol grubu hastalarının **yaşam kalitesi ölçeği**; (a) ön test-son test, ön test-izlem testi ve son test-izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır? (b) ön test, son test ve izlem testi gruplar arası karşılaştırma puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?" olarak belirlenen araştırmanın yedinci alt sorusuna ilişkin tartışma ve sonuçlara yer verilmiştir.

2.5.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test, Son Test ve İzlem Testi Bulgularına İlişkin Tartışma

Aşağıda yedinci araştırma sorusunun ilk bölümüne (a) ilişkin bulguların özeti verilmiştir:

(a) Uygulama grubunun "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği"ne ilişkin ön test-son test karşılaştırma bulguları; "fonksiyonel" boyut, "semptom skalası" ve "genel yaşam kalitesi" boyutunda anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir. Buna göre, son testte uygulama grubunun bütün alt boyutları (fonksiyonel boyut, semptom skalası ve genel yaşam kalitesi) ile yaşam kalitesi düzeyinde, ön teste göre anlamlı bir iyileşme olduğu belirlenmiştir (bkz. Tablo 54).

Uygulama grubuna uygulanan "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ön test-izlem testi ve son test- izlem testi puanları arasında anlamlı bir farklılaşma ortaya çıkmamıştır.

Kontrol grubu "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği"nin "semptom skalası" ve "genel yaşam kalitesi" alt boyutlarında son test-izlem testi arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu, ön test-son test ve ön test-izlem testi arasında ise anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir (bkz. Tablo 55). Son test-izlem testi bulguları, kontrol grubunun yaşam kalitesi düzeyinde "semptom kontrolü" ve "genel yaşam kalitesi" alt boyutlarında son teste göre anlamlı bir iyileşme olduğunu göstermektedir. Fonksiyonel boyutta ise testler arası anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır.

Yedinci alt araştırma sorusunun ikinci bölümüne (b) ait bulguların özeti ise şöyledir:

(b) Uygulama ve kontrol grubu "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ön test puanları bakımından karşılaştırıldığında yalnızca "fonksiyonel skala" alt boyutunda

kontrol grubu lehine anlamlı bir sonuç ortaya çıkmıştır (bkz. Tablo 56). Buna göre kontrol grubunun ön testte "fonksiyonel skala" alt boyutunda yaşam kalitesi düzeyinin uygulama grubuna göre daha yüksektir. Diğer boyutlarda anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır.

Uygulama ve kontrol grubunun "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği"ne ilişkin son test bulguları karşılaştırıldığında; son testte "genel yaşam kalitesi" alt boyutunda uygulama grubunun kontrol grubuna göre yaşam kalitesi düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (bkz. Tablo 57). Diğer boyutlarda anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir.

Uygulama ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeği izlem testi bulgularının karşılaştırılmasında ise yalnızca "genel yaşam kalitesi" alt boyutunda anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir. Son testte olduğu gibi izlem testinde de "genel yaşam kalitesi" alt boyutunda uygulama grubunun kontrol grubuna göre yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (bkz. Tablo 58). Diğer boyutlarda anlamlı bir sonuç çıkmamıştır.

Kanserde yaşam kalitesi araştırmalarına göre, kanserin türüne bağlı olarak problemler değişse de özellikle tedaviye bağlı yan etkiler nedeniyle hastalar; fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma, işlev kaybı, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yetersizlik vb. sorunlar yaşayabilmektedirler. Bu sorunlar hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.⁹⁹⁷ Meme kanserinde ise hastalar fiziksel, sosyal ve duygusal işlevler dâhil olmak üzere yaşam kalitesinin birçok alanında bozulma ortaya çıkmaktadır. Kanser tedavisi ise yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma, lenfödem, menopoz, cinsel işlev bozukluğu, kısırlık ve fiziksel görünüm ve işleyişte bozulmalara neden olabilmektedir.⁹⁹⁸

Çalışmalar, kanser tedavisi sonrası hastaların yaşam kaliteslerinde genel olarak bir düzelme ve yaşam kalitesi algılarında bir değişme olduğunu göstermektedir. Kemoterapi tedavisi tamamlanmış meme kanserli olgularda yapılan bir çalışmada, radyoterapi tedavisinin (RT) bitiminden sonraki 2. ayda yapılan ölçümlerde RT bitimine

⁹⁹⁷ Bag, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

⁹⁹⁸ Beatty vd., "The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer", ss. 331-42.

göre; global sağlık durumu, yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon ve emosyonel fonksiyon boyutlarında anlamlı bir iyileşme olduğu belirlenmiştir.⁹⁹⁹ Bir başka çalışmada da uzun dönemli sağ kalımlarda özellikle genç meme kanseri hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin daha iyi olduğu ancak lenfödemden yakındıkları ortaya çıkmıştır. Yine uzun dönem sağ kalan hastaların yaşam kalitelerini, sağlıklı gruptan daha iyi değerlendirdikleri gözlenmiştir. Bu durum hastaların, sağlık durumuna göre yaşam kalitesi algılarının değişmesi, hayattaki maddi aşırılık ve isteklerin azalması şeklinde yorumlanmıştır.¹⁰⁰⁰

Hasta örneklemeden oluşan literatürde yaşam kalitesinin; din/maneviyat, fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hali ile ilişkili olduğunu gösteren bulgular mevcuttur.¹⁰⁰¹ Büssing ve arkadaşları, "hastalıkla başa çıkmaya uyum" ve yaşam kalitesini incelemiş oldukları çalışmalarında yaşlı kanser hastalarında "Tanrı'nın yardımına inanmak" boyutu ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir korelasyon olduğunu tespit etmişlerdir.¹⁰⁰²

Kanser hastalarından oluşan Katolik bir örneklem grubu ile yapılan bir çalışmada spiritüel ve dinin inançlarından destek aldığını belirten grubun yaşam kalitesine ilişkin olumlu duygu durumu puan ortalamalarının, spiritüel olmayan gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada spiritüalitenin; yaşam kalitesini ölçme aracında yer alan duygu durumu, iyilik hali, boş zaman aktiviteleri ve sosyal destek algısı ile de pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdiği bulunmuştur.¹⁰⁰³ Bir başka kanser örnekleme grubunda yapılan çalışma da spiritüel iyilik hali ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Yine bu çalışmada yaşam kalitesi ile kadercilik arasında pozitif ve çaresizlik/umutsuzluk arasında ise negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir.¹⁰⁰⁴ Bovero ve arkadaşlarının terminal dönem İtalyan kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada, kaygı ve ağrı ile

⁹⁹⁹ Ünsal vd., "Postmastektomi radyoterapi uygulanan meme kanserli olgularda gelişen yorgunluğun derecesi, serum sitokin ve leptin düzeyleri ile ilişkisi", ss. 1-12.

¹⁰⁰⁰ Bag, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", ss. 109-26.

¹⁰⁰¹ Sulmasy, "A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life", ss. 24-33.

¹⁰⁰² Arndt Büssing vd., "Reliance on God's Help as a Measure of Intrinsic Religiosity in Healthy Elderly and Patients with Chronic Diseases. Correlations with Health-Related Quality of Life?", *Applied Research in Quality of Life*, C. 4, S. 1 (2009), ss. 77-90, doi:10.1007/s11482-009-9068-8.

¹⁰⁰³ Travado vd., "Do Spirituality and Faith Make a Difference?", ss. 405-13.

¹⁰⁰⁴ Cotton vd., "Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer", ss. 429-38.

yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğu, spiritualite ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur.¹⁰⁰⁵

Literatür, kanser hastalarında yaşam kalitesi ve başa çıkma arasında da önemli bir ilişki olduğunu göstermektedir. Olumlu dini başa çıkmanın, daha iyi yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Kanser hastalarında negatif dini başa çıkma düzeyindeki artışın da daha yüksek depresyon, anksiyete, daha kötü fiziksel ve ruhsal sağlık ile daha düşük yaşam doyumu ve yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu gösteren bulgular vardır.¹⁰⁰⁶ İleri evre 170 kanser hastası ile yapılan kesitsel bir çalışmanın bulgularına göre, hastalarda pozitif dini başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullanma ile genel yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu ve bu hastaların yaşam kalitesinin varoluşsal ve destek alanı alt boyutlarında ise yüksek skorlara sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan negatif dini başa çıkma yöntemlerinin daha fazla kullanılması ile düşük yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.¹⁰⁰⁷

Asuzu ve arkadaşlarının Nijeryalı kanser hastalarında yapmış olduğu çalışmada; yaşam kalitesinin fiziksel iyilik hali boyutu ile başa çıkma ölçeği alt boyutlarından davranışsal geri çekilme, planlama ve kendini suçlama arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesinin sosyal/aile iyilik hali ile aktif başa çıkma, duygusal destek, pozitif yeniden yorumlama ve dini başa çıkma alt boyutlarında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışmada fonksiyonel iyilik halinin de başa çıkmanın aktif başa çıkma, araçsal destek ve kabul alt boyutları ile doğrusal bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir.¹⁰⁰⁸

Tarakeshwar ve arkadaşları ileri evre kanser hastalarında; pozitif dini başa çıkma düzeyi arttıkça genel yaşam kalitesi ile yaşam kalitesinin varoluşsal ve destek boyutlarında da artış olduğunu tespit etmişlerdir. Ancak pozitif dini başa çıkma düzeyi artan hastalarda yaşam kalitesinin fiziksel semptomlar boyutunda da artış olduğu

¹⁰⁰⁵Bovero A. vd., "Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice", ss. 961-69.

¹⁰⁰⁶Park vd., "Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine", ss. 39-51.

¹⁰⁰⁷Nalini Tarakeshwar vd., "Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer", *Journal of Palliative Medicine*, C. 9, S. 3 (2006), ss. 646-57, doi:10.1089/jpm.2006.9.646.

¹⁰⁰⁸Chioma Christie Asuzu, Theresa Nchekube Elumelu, "Assessing Cancer Patients' Quality of Life and Coping Mechanisms in Radiotherapy Department of the University College Hospital, Ibadan", *Psycho-Oncology*, C. 22, S. 10 (2013), ss. 2306-12, doi:10.1002/pon.3290.

belirlenmiştir. Ayrıca hastalarda negatif dini başa çıkma kullanımı arttıkça genel yaşam kalitesi ile " varoluşsal ve psikolojik" yaşam kalitesi boyutlarında düşüş olduğu saptanmıştır.¹⁰⁰⁹

Kanser hastalarında kısa süreli psikososyal müdahalelerin de hastaların yaşam kalitesini iyileştirmede etkili sonuçlar verdiği bilinmektedir.¹⁰¹⁰ Chujo ve arkadaşlarının nüks meme kanseri hastalarda yaptığı çalışmada, müdahale grubunun kabızlık, beden algısı, gelecek perspektifi boyutlarında yaşam kalitesi düzeylerinin müdahale yapılmayan gruba göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada hastaların grup müdahalesine katılma nedenleri; rahatlatma ihtiyacı gibi psikolojik faktörler, bilgi edinme, kendileri gibi aynı hastalıktan muzdarip diğer hastalarla konuşma olarak belirlenmiştir.¹⁰¹¹

Jafari ve arkadaşlarının radyoterapi alan meme kanseri kadın hastalarda manevi (spiritüel) terapinin, yaşam kalitesi üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmada; altı haftalık terapi sonrası yapılan ölçümlerde, müdahale grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesine ait genel yaşam kalitesi ve fonksiyonel boyutlarda, terapi öncesi ölçümlere göre anlamlı bir iyileşme olduğu belirlenmiştir.¹⁰¹²

Zamania ve arkadaşlarının meme kanseri hastalarda uyguladıkları 12 seanslık manevi grup terapisinin son test puanlarında; kontrol grubuna göre deney grubunda yer alan hastaların manevi sağlık ile varoluşsal sağlık boyutlarında ve yaşam kalitesi toplam puanlarında anlamlı bir iyileşme olduğu ortaya çıkmıştır.¹⁰¹³

Bu araştırmada yaşam kalitesiyle ilgili bulgulara kısaca bakıldığında; ön teste göre son testte uygulama grubunun yaşam kalitesinin bütün alt boyutlarında (*fonksiyonel boyut, semptom skalası ve genel yaşam kalitesi*) anlamlı bir iyileşme olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada ise uygulama grubunun son test ve

¹⁰⁰⁹Tarakeshwar vd., "Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer", ss. 646-57.

¹⁰¹⁰Fukui vd., "A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma", ss. 1026-36.

¹⁰¹¹Masami Chujo, Junzo Kigawa, Hitoshi Okamura, "Psychological Factors and Characteristics of Recurrent Breast Cancer Patients with or without Psychosocial Group Therapy Intervention", *Yonago Acta Medica*, C. 54 (2011), ss. 65-74.

¹⁰¹²Najmeh Jafari vd., "The Effect of Spiritual Therapy for Improving the Quality of Life of Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial", *Psychology, Health & Medicine*, C. 18, S. 1 (2013), ss. 56-69, doi:10.1080/13548506.2012.679738.

¹⁰¹³Zamania vd., "Effectiveness of Spiritual Group Therapy on Quality of Life and Spiritual Well-Being among Patients with Breast Cancer", ss. 140-44.

izlem testinde yaşam kalitesinin "*genel yaşam kalitesi*" boyutu puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yani uygulama grubunun son test ve izlem testinde "*genel yaşam kalitesi*" düzeyinde, kontrol grubuna göre daha büyük bir iyileşme olmuştur. Sonuç olarak; bu bulgulardan ve literatür bulgularından yola çıkarak din/maneviyat, pozitif dini başa çıkma ve manevî merkezli müdahalelerin kanser hastalarının yaşam kalitesini, olumlu yönde etkilediğini söylemek mümkündür. Bu araştırma bağlamında da uygulama grubunda yer alan hastaların yaşam kalitelerinin arttırılmasında "manevî destek programı"nın önemli bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

SONUÇ

Bu bölümde üç aşamalı olarak planlanan araştırma bulgularının kısa bir özeti ve değerlendirmesi yapıldıktan sonra kanser tanı ve tedavi süreci, bir model çerçevesinde ele alınmıştır.

1.1. Genel Değerlendirme ve Sonuç

Araştırmanın birinci aşaması nicel olup kanser hastalarında din ve maneviyatın; hastalıkla başa çıkma, kaygı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ilişkisel düzeyde tespit etmek amacıyla ana örneklem grubuna (n=150) belli ölçekler uygulanmıştır. Bu aşamaya ilişkin aşağıda ölçek verilerinin analizinden elde edilen korelasyon bulgularına ve sonuçlarına yer verilmiştir.

Dini tutumun (*toplamlar*), *davranış*, *duygu*, *biliş* ve *ilişki* boyutları ile *pozitif dini başa çıkma* arasında pozitif yönde; dini tutum (*toplamlar*), *davranış* ve *duygu* boyutları ile *negatif dini başa çıkma* arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (bkz. Tablo 17).

Dini tutum (*toplamlar*), *davranış* ve *duygu* boyutları ile *durumluk kaygı* (STAI-I) arasında negatif yönlü; dini tutum (*toplamlar*) ve *davranış* boyutları ile *sürekli kaygı* (STAI-II) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (bkz. Tablo 18). Diğer boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna göre örnekleme oluşturan hastalarda dini tutum (*toplamlar*), *davranış* ve *duygu* boyutlarındaki puan ortalaması yükseldikçe kaygı düzeyinin de azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Dini tutum (*toplamlar*) ve *davranış* boyutu ile yaşam kalitesinin fonksiyonel skalası ve genel yaşam kalitesi arasında pozitif yönde; *semptom* skalası arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Dini tutumun *duygu* boyutu ile yaşam kalitesinin genel yaşam kalitesi boyutu arasında ise pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır (bkz. Tablo 19). Buna göre örneklem grubunda dini tutum düzeyi arttıkça, yaşam kalitesi düzeyinin de artmış olduğunu söylemek mümkündür.

Pozitif dini başa çıkma ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı arasında negatif yönde; *negatif dini başa çıkma* ile durumluluk kaygı ve sürekli kaygı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (bkz. Tablo 20). Bu durumda örneklemin pozitif dini başa çıkma düzeyi arttıkça durumluk-sürekli kaygı düzeyi azalmış, negatif dini başa çıkma düzeyi arttıkça da durumluk-sürekli kaygı düzeyi artmıştır.

Pozitif dini başa çıkma ile yaşam kalitesinin semptom skalası arasında negatif yönde, yaşam kalitesinin "genel yaşam kalitesi" boyutu arasında ise pozitif yönde; *negatif dini başa çıkma* ile yaşam kalitesinin "fonksiyonel skala" ve "genel yaşam kalitesi" alt boyutu arasında negatif yönde, semptom skalası arasında ise pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (bkz. Tablo 21). Buna göre örneklem grubunda yer alan hastalarda pozitif dini başa çıkma düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de yükseldiği; negatif dini başa çıkma düzeyi arttıkça da yaşam kalitesinin düştüğü sonucuna ulaşılmıştır.

Durumluk kaygı (STAI-I) düzeyinin ise yaşam kalitesinin fonksiyonel boyutu ve genel yaşam kalitesi ile negatif yönde, yaşam kalitesinin semptom skalası ile pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir. Sürekli kaygının (STAI-II) ise yaşam kalitesinin fonksiyonel skala ve genel yaşamkalitesi alt boyutları ile negatif yönde, semptom skalası ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (bkz. Tablo 22). Bu bulgulara göre örneklem grubunda yer alan hastalarda kaygı düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyi düşmüştür.

Bu *araştırmanın ikinci aşaması* ise nitel olup birinci aşamada yer alan örneklem grubu içinden gönüllü olarak seçilen hastalarla (n=13) yapılan yarı yapılandırılmış mülakatlardan oluşmaktadır. Araştırma soruları kapsamında mülakatların analizi sonucunda "tepkiler, tanı ve tedaviye bağlı problemler, hastalığa yapılan atıflar, travma sonrası gelişim, hastalıkla başa çıkma" adıyla beş tema oluşturulmuştur.

"*Tepkiler*" teması; tanıya karşı gösterilen tepkiler ve tedavi sürecinde gösterilen tepkiler olarak iki alt temaya ayrılmıştır. Tepkiler temasının kodlanmasında Kübler-Ross'un yas modeli esas alınmıştır. Kategorilerin adlandırılması modelde yer alan aşamalara göre yapılmıştır. Bu aşamalara göre belirlenen kategoriler; "inkâr", "öfke/kızgınlık", "pazarlık", "çaresizlik/depresyon" ve "kabullenme" olmuştur.

Araştırmada "tanıya karşı gösterilen tepkiler" teması altında kod sayısı ve frekans ağırlığı bakımından en baskın kategorinin "çaresizlik/depresyon" olduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların tanıya karşı göstermiş olduğu tepkiler, bu kategoride yoğunlaşmıştır. Frekans ağırlığı bakımından düşük de olsa ikinci sırada yer alan kategori "inkâr" olmuştur. Tanı dönemi tepkilerinden "çaresizlik/depresyon" kategorisi içinde en belirgin kod "korku" (kansere yönelik korku ve acı çekerek ölme korkusu) olmuştur. Tedavi dönemi tepkilerinde de frekans ağırlığı en fazla olan kategori yine "çaresizlik/depresyon" olmuştur. İkinci sırada da "kabullenme" kategorisi gelmiştir. "Çaresizlik/depresyon" kategorisi içinde öne çıkan belirgin bir kod olmamış ancak "kaygı", "korku" "pişmanlık", "üzüntü/ağlama" ve "ümitsizlik" kodlarında frekans dağılımının hemen hemen eşit olduğu tespit edilmiştir. Tanı ve tedavi döneminin her ikisinde de hastalarda kaygının, çocuklarına yönelik olduğu ancak tedavi döneminde bu kaygının frekansının düştüğü belirlenmiştir. Tanı döneminde yüksek olan korkunun, tedavi döneminde frekansının daha düşük olması yani kansere yönelik korkunun ve ölüm korkusunun azalmasının, hastalarda kaygının da düşmesine neden olduğu yönünde bir çıkarım yapılmıştır. Yine tedavi döneminin ikinci büyük frekans ağırlığına sahip olan "kabullenme" kategorisinde, "hastalığa uyum ve alışma"nın en belirgin kod olması da (bkz. Şema 1 ve Şema 2) korku ve kaygının azalmasıyla örtüşen bir bulgu olarak yorumlanmıştır.

Nitel araştırmanın ikinci teması olan "*tanı ve tedaviye bağlı problemler*" üç kategori altında toplanmıştır. Bunlar "psiko-sosyal problemler", "fiziksel problemler" ve "fonksiyonel problemler"dir. "Psiko-sosyal problemler" kategorisinde frekansı en yüksek kodların "duygusal yaklaşımlar", "yalıtılmışlık duygusu" ve ardından da "ilgi arayışı" olduğu görülmüştür. "Fiziksel problemler" kategorisinde "halsizlik/yorgunluk" kodu; "fonksiyonel problemler" kategorisinde ise "fonksiyonel yetersizlik ve bağımlılık" kodunun en yüksek frekansa sahip kodlar olduğu tespit edilmiştir (bkz. Şema 3). Bu üç temel kategori arasında birbirini tetikleyen bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür. Buna göre hastalarda halsizlik ve yorgunluk, fonksiyonel yetersizliğe ve günlük yaşamı sürdürmede başkalarına bağımlı olmaya neden olabilmektedir. Bu durum ise hastalarda sosyal destek bağlamında daha fazla ilgi arayışı ya da kendilerini izole edilmiş hissetme gibi psiko-sosyal problemlere yol açabilmektedir.

Üçüncü tema olan "*hastalığa yapılan atıflar*" altında; "bireysel faktörler", "yaşam biçimi" ve "dini atıflar" adıyla üç kategori belirlenmiştir (bkz. Şema 4). Bunlar içinde "dini atıflar" kategorisi, toplam frekans ağırlığı en yüksek kategori olarak bulunmuştur. İkinci sırada ise "bireysel faktörler" gelmiştir. Bu bulgu, araştırma bağlamında kansere ilişkin yapılan atıfların öncelikle dinî çerçevede olduğunu sonrasında ise bireysel faktörler ve yaşam biçimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. "Dini atıflar"da "imtihan" ve "Allah'ın sevdiği bir kul olma" kodlarına yapılan atıflar ilk iki sırada gelmiştir. "Bireysel faktörler" kategorisinde "üzüntü ve stres" ve "genetik/irsi faktörler" kodlarının frekansı diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. "Yaşam biçimi" kategorisinde ise "sigara vb. zararlı alışkanlıklar"a daha fazla atıf yapılmıştır.

Bu araştırmada dördüncü tema olarak belirlenen "*travma sonrası gelişim*" teması altında; "kendilik algısında gelişim", "kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim", "hayatın değerini anlama" ve "manevi gelişim" olmak üzere dört temel kategori tanımlanmıştır (bkz. Şema 8). Araştırma bağlamında bu dört kategoriden "kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim" ve sonrasında ise "manevi gelişim" alanında toplam frekans sayıları nedeniyle daha fazla gelişim yaşandığını söylemek mümkündür. "Kendilik algısında gelişim" kategorisi altında frekans ağırlığı en yüksek iki kodun; "olgunlaşma/güçlenme" ve "bencilleşme/katılaşma" olduğu bulunmuştur (bkz. Şema 9). "Kişilerarası ilişkilerde yaşanan gelişim" kategorisinde ise "insanlara olumlu yaklaşma" kodunun toplam frekans ağırlığı en yüksektir. Bu kodun alt kodlara ayrılmasıyla frekans yoğunluğunun, "şefkatli ve merhametli olma" ile "iyilik ve yardımı çoğaltma" alt kodlarında toplandığı belirlenmiştir (bkz. Şema 10). "Hayatın değerini anlama" kategorisinde ise frekans yoğunluğu "sağlık davranışlarında değişim" kodunda toplanmıştır (bkz. Şema 11). "Manevi gelişim" kategorisinde ise frekans ağırlığının, "Allah'a yakınlaşma" kodunda toplandığı tespit edilmiştir (bkz. Şema 12).

Nitel araştırmanın beşinci ve son teması olan "*hastalıkla başa çıkma*" teması altında dört kategori tanımlanmıştır. Bu kategoriler; "aktif başa çıkma", "pasif başa çıkma", "dini başa çıkma" ve "başa çıkmada sosyal destek" olarak adlandırılmıştır (bkz. Şema 13). Bu kategoriler içinde frekans ağırlığı bakımından değerlendirildiğinde hastaların en fazla "dini başa çıkma"ya yöneldiği ve ardından da "aktif başa çıkma" etkinliklerine yöneldiği söylenebilir. "Aktif başa çıkma" kategorisinde frekans ağırlığı bakımından "umut", "açık havada/doğada vakit geçirme", "tedavi olmanın gereklerini

yapma" ve "kararlı yaklaşım" tarzının en belirgin kodlar olduğu bulunmuştur (bkz. Şema 14). "Pasif başa çıkma" kategorisinde en belirgin kod, "kıyaslama" olmuştur (bkz. Şema 15). "Dini başa çıkma" kategorisinde ise "Allah'a sığınma", "dua" ve "şükür" kodlarının, frekansı en yüksek kodlar olduğu; diğer belirgin kodlar ise "ibadet etme", "dini içerikli rüyalar", "sabır", "Kur'an ve dini içerikli eserler okuma" olarak tespit edilmiştir (bkz. Şema 16). "Dini başa çıkma" kategorisinin en farklı bulgusu, "dini içerikli rüyalar" olmuştur. Bu rüyalar, toplumda dinî ve kutsal (cami, namaz, dua vb.) sayılan unsurlar taşıdığı; hastalara güç ve rahatlık verdiği için "dini başa çıkma" kategorisine dâhil edilmiştir. "Başa çıkmada sosyal destek" kategorisinde frekans ağırlığının "güçlü sosyal destek"te toplandığı ve bu kod içinde de en belirgin alt kodların "aile/eş" ve "yakın çevre/arkadaş" desteği olduğu belirlenmiştir (bkz. Şema 17).

Bu araştırmada, nitel verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan kodlar arasındaki ilişki ve kesişim ağını tespit edebilmek amacıyla MAXQDA 20 programının "map" özelliği kullanılarak bir kesişim şeması oluşturulmuştur (bkz. Şema 18). Bu şemada "Allah'a sığınma" kodu merkezde ve çok sayıda kodla kesişim halinde bulunmuştur. Bu bulgu, hastalarda en büyük güç ve güven kaynağı olarak "Allah'a sığınma"nın merkezde olduğu bir başa çıkmanın var olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Şemada, "Allah'a sığınma" kodunun; "dini başa çıkma" kategorisinin diğer büyük kodları olan "dua", "şükür" ve "sabır" ile doğrudan bağlantılı; yine "aktif başa çıkma" kategorisinin en belirgin kodları olan "tedavi olmanın gereklerini yapma" ve "kararlı yaklaşım" ile doğrudan, "umut" ile dolaylı yoldan bağlantı halinde olduğu belirlenmiştir. "Allah'a sığınma" kodunun, aynı zamanda "hastalığa yapılan atıflar" temasının "dini atıflar" kategorisinin en büyük kodu olan "imtihan" ile de doğrudan kesiştiği görülmüştür. Araştırma bağlamında bu durum, "Allah'a sığınma"nın, hem aktif başa çıkmanın hem de hastalığa yapılan atıfların da belirleyicisi olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.

Müslüman Türk toplumunda başa gelen travmatik olaylarda Allah'ın takdiri, kader, imtihan, hikmet vb. kavramlara yükleme yaparak açıklama çabasında "her şeyin kudreti'ni elinde tutan", "her işi hikmetli olan" Yüce Allah'a sığınarak teslim olma hali vardır. Bu durum ise bir müslümana rahatlık ve huzur duygusu verir. Aynı zamanda inanan kişi, başına gelen sıkıntı ve musibetlere sabreder, iyi hallerine de şükrederse Allah katında derecesinin yükseleceğine inanır. Müslümanlar için sabır hali pasif bir

bekleyiş değildir. Sabretmenin içinde aktif bir mücadelenin yanında dua ve tevekkül de vardır. Aynı zamanda sabırda, bir umut gizlidir. "Sabreden derviş muradına ermiş" atasözü, müslüman Türk toplumunun sabır anlayışını özetler ve sabırdaki gizli umudu yansıtır.

Bu araştırmanın birinci aşamasından elde edilen nicel bulgular; dini tutum ve dini başa çıkmanın hastaların kaygı ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermiştir. Araştırmanın ikinci aşamasından gelen nitel bulgular ise hastaların kansere ilişkin tepki, problem, travma sonrası gelişim ve yüklemelerinde dinî ve manevî unsurların önemli bir yeri olduğunu ortaya koymuştur. Din ve maneviyatın kanser sürecinde en belirgin alanı ise başa çıkma olmuştur. Nitel verilerin analizinden elde edilen bulgular, bu araştırma bağlamında hastaların başa çıkma kaynak ve araçlarını ortaya çıkarmıştır. Hastaların başa çıkmada en fazla dini başa çıkma kaynaklarına yöneldiği ancak hastalarda birden fazla başa çıkma tarzının olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan dini başa çıkmanın "Allah'a sığınma", "dua", "şükür", "sabır" gibi kodları ile aktif başa çıkmanın "umut", "kararlı yaklaşım", "tedavi olmanın gereklerini yapma" gibi önemli kodlarıyla bir kesişim ağı oluşturması, başa çıkma kaynakları arasındaki etkileşimi göstermektedir. Ağın merkezinde "Allah'a sığınma"nın bulunması ise hastalarda başa çıkmadaki güç kaynağını işaret etmektedir. Dolayısıyla bu bulgular, araştırmanın nitel ana sorusu olarak belirlenen "*kanser hastalarında tanı ve tedavi sürecinin anlamlandırılması ve deneyimlenmesi nasıldır?*" sorusuna yanıt niteliğinde olup din ve maneviyatın kanser sürecindeki etkisini ve önemini göstermektedir.

Bu bulgulardan yola çıkarak kanser hastalarında manevî temelli müdahalelere ilişkin literatür taramasından ve bu araştırmanın pilot çalışma verilerinden de yararlanılarak "hastalar için manevî destek programı" hazırlanmıştır. Özellikle araştırmanın ikinci aşamasından elde edilen başa çıkmaya ilişkin bulgular; kanser hastalarında din ve maneviyat merkezli bir müdahale programının içerik ve temalarının neler olabileceğine ilişkin önemli ipuçları vermiştir. Bunlar arasında dini başa çıkma bulgularından; hastalar için Allah'a güvenmenin ve sığınmanın yani O'nunla ilişkinin önemi ve bu ilişkide duanın etkili bir vasıta olduğu tespit edilmiştir. Yine araştırma bağlamında, başa çıkmada sabır ve şükür gibi manevi değerlerle Kur'an okuma/dinleme, ibadet etme gibi dinî uygulamalara daha fazla yönelim olduğu ortaya çıkmıştır. Elde edilen bu bulgulardan istifade edilerek "manevi destek programı"nın içeriği

oluşturulmuştur. Araştırmanın üçüncü aşaması, hazırlanan "manevî destek programı"nın test edilmesine yönelik uygulama sürecini içermektedir.

Bu *araştırmanın üçüncü aşaması*, "yarı deneysel desen" olarak tasarlanmış ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan uygulama grubu (n=7) ile altı oturumluk "manevî destek programı" yapılmıştır. Ayrıca kendilerine herhangi bir müdahalenin yapılmadığı, yalnızca ilgili ölçme araçlarının bulunduğu formu dolduran bir "kontrol grubu" (n=7) oluşturulmuştur. Uygulama grubunda yer alan hastalara, her oturum öncesi; diyastolik kan basıncı, sistolik kan basıncı, nabız değerleri, durumluk kaygı ve genel yaşam kalitesi ölçümü yapılmıştır. Bu gruba yine her oturum sonrasında da diyastolik kan basıncı, sistolik kan basıncı, nabız değerleri ve durumluk kaygı ölçümü yapılmıştır. Yine uygulama ve kontrol grubunda yer alan hastalara birinci oturum öncesi ön test, altıncı oturum sonrası son test ve altıncı oturumdan yaklaşık 1-1,5 ay sonra da izlem testi uygulanmıştır. Her iki gruptaki hastalara ön test, son test ve izlem testinde; dini tutum, dini başa çıkma, durumluk-sürekli kaygı ve yaşam kalitesi ölçümleri yapılmıştır.

Bu araştırmada uygulama grubunda yer alan kanser hastalarının diyastolik kan basıncı, sistolik kan basıncı ve nabız değerlerinin oturumlar öncesi ve oturumlar sonrası ölçüm değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak manevî destek müdahalesi oturumlarının, hastaların durumluk kaygı ve genel yaşam kalitesi üzerinde anlamlılık seviyesinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir (bkz. Tablo 30 ve Tablo 33).

Uygulama ve kontrol grubuna ilişkin ön test, son test ve izlem testinden elde edilen sonuçlar ise aşağıda verilmiştir.

Bu araştırmada uygulama grubununön testte göre, son testte *dini tutumun toplam* ve *duygu* alt boyutu puanları; izlem testinde de *dini tutumun toplam* ve *davranış* alt boyutu puanları anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır (bkz. Tablo 35 ve Tablo 36). Gruplar arası karşılaştırmada ise ön testte kontrol grubunun (KG) dini tutum ölçeği *davranış* alt boyutu puanları, uygulama grubundan (UG) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (bkz. Tablo 37). Son testte UG'nin *dini tutum (toplam)*, *davranış* ve *duygu* alt boyutlarında puan ortalamalarının KG'den daha yüksek olduğu (bkz. Tablo 34); izlem testinde ise yine UG'nin *dini tutum (toplam)* ve *duygu* alt boyutunda puan ortalamalarının KG'den daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (bkz. Tablo 39). Uygulama

grubunun ön teste göre son testte duygu boyutu puanlarında ve yine kontrol grubuna göre son test ve izlem testinde duygu boyutu puanlarında anlamlı bir yükseliş olması "manevi destek programının" hastalarda özellikle dini tutumun duygu boyutunu daha fazla etkilediği şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmada uygulama grubunun "*negatif dini başa çıkma*" düzeyinin son test ve izlem testlerinde, ön teste göre anlamlı olarak azalmış olduğu; "*pozitif dini başa çıkma*" düzeyinin de arttığı ancak bu artışın anlamlılık seviyesinde olmadığı belirlenmiştir (bkz. Tablo 41 ve Tablo 42). Gruplar arası karşılaştırmada ise son test ve izlem testlerinde uygulama grubunun "*negatif dini başa çıkma*" düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (bkz. Tablo 44 ve Tablo 45). Bu bulgulara göre "manevî destek programı"nın uygulama grubunda yer alan hastaların "*negatif dini başa çıkma*" etkinliklerini azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu araştırmada "manevî destek programı"nın uygulama grubunda yer alan hastaların kaygı düzeyleri üzerinde de etkili olduğu belirlenmiştir. Uygulama grubunda yer alan hastalarda ön teste göre "*durumluk kaygı*" ve "*sürekli kaygı*" düzeylerinde son test ve izlem testinde anlamlı bir düşüş olduğu belirlenmiştir (bkz. Tablo 47 ve Tablo 48). Gruplar arası karşılaştırmada ise uygulama grubunun "*durumluk kaygı*" düzeyinin, son test ve izlem testinde anlamlı olarak kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (bkz. Tablo 51 ve Tablo 52). Ancak "*sürekli kaygı*" düzeyleri arasında uygulama ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmanın deneysel aşamasına ilişkin yaşam kalitesiyle ilgili bulgulara bakıldığında ise ön teste göre son testte uygulama grubunun, yaşam kalitesinin bütün alt boyutlarında (*fonksiyonel boyut, semptom skalası ve genel yaşam kalitesi*) anlamlı bir iyileşme gösterdiği belirlenmiştir (bkz. Tablo 54). Gruplar arası karşılaştırmada ise uygulama grubunun son test ve izlem testinde yaşam kalitesinin "*genel yaşam kalitesi*" boyutu puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (bkz. Tablo 57 ve Tablo 58). Yani uygulama grubunun son test ve izlem testinde "*genel yaşam kalitesi*" düzeyinde, kontrol grubuna göre daha fazla iyileşme olmuştur. Dolayısıyla araştırma bağlamında, uygulama grubunda yer alan hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında "manevî destek programı"nın etkisinden bahsetmek mümkündür.

Grafiklerde (Grafik 10, 11, 12, 13,14 vs.) genel olarak uygulama grubunun (dini tutum, dini başa çıkma, kaygı, yaşam kalitesi düzeylerinde) son test puanlarında bir iyileşme olduğu ancak izlem testlerinde küçük düşüşler olduğu görülmektedir. Fakat izlem testi puanlarının da genel olarak ön test puanlarından daha yüksek olduğunu da vurgulamak gerekir. Burada dikkati çeken durum son test puanlarındaki iyileşmenin izlem testlerinde bir miktar düşmesidir. Son test puanları "manevî destek programı"nın son oturumunun bitimine aittir. Burada programın hastalar üzerindeki etkisi ve kalıcılığı henüz devam etmektedir. Diğer taraftan programın son oturumunda hastaların bir kısmının tedavisinin (kemoterapi ve radyoterapi) tamamlanmış bir kısmının ise tamamlanmasına az bir süre kaldığını da belirtmek gerekir. Tedavi sürecine ilişkin bu durumun, hastaların ruh hali üzerinde olumlu etkisi olduğu ve bunun ölçme araçlarına da yansıdığı söylenebilir. Ancak benzer bir durumun kontrol grubunda olmaması da dikkat çekicidir. Dolayısıyla son test puanlarındaki bu durum, "manevî destek programı"nın olumlu bir etkisi olarak açıklanabilir. Uygulama grubuna son testten yaklaşık 1-1,5 ay sonra izlem testi yapılmıştır. Bu süre içinde küçük tutum değişikliklerinin olması normal karşılanmalıdır. Aynı zamanda izlem testi puan ortalamalarında ön testlere göre genel bir iyileşme olması "manevî destek programı"nın etkisinin halen devam ettiğinin işareti olarak da görülebilir. Bir diğer nokta ise meme kanserinde hastalığın seyrine göre kemoterapi ve radyoterapi tedavisi sonrası "hedefe yönelik tedavi" adı altında ek bir tedavi uygulanmaktadır. İzlem testi döneminde, uygulama grubunda yer alan hastaların bir kısmının da bu tedavi süreci içinde olduğu bilinmektedir. Kemoterapiye benzer şekilde belli aralıklarla ve damardan alınan bu tedavinin kemoterapi gibi ciddi yan etkileri yoktur. Ancak hedefe yönelik bu ek tedavi ve doktor kontrolü altında hastaneye geliş-gidiş sıklıklarının devam etmesi nedeniyle hastalarda kansere ilişkin "hiç bitmeyecek" algısı oluşabilmektedir. Dolayısıyla izlem testlerindeki düşüşler, bu durumun olumsuz bir yansıması olarak düşünülebilir.

Bu araştırmada manevi destek programının, grup düzeyinde uygulanmasının da etkili bir yöntem olduğu anlaşılmıştır. Grup içinde hastaların deneyim ve problemlerini, duygu ve düşüncelerini paylaşmalarının güçlü bir destek ağı oluşturduğu gözlenmiştir. Ancak burada katılımcı hastaların sosyal iletişime açık olmalarının da etkisi olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla manevi desteğin, bireysel ya da grup bağlamında uygulanmasında hastanın kişisel özellik ve tercihleri önemlidir.

Sonuç olarak Müslüman Türk örnekleminde oluşan kanser hastalarında gerçekleştirilen bu çalışmanın farklı aşamalarından elde edilen bulgular, din ve maneviyatın bireylerin manevî, psikolojik ve fiziksel iyilik halleriniolumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Araştırmanın nitel bulguları; hastalığa yönelik atıflar, travma sonrası gelişim ve başa çıkma alanlarında din ve maneviyatın merkezi bir konumda olduğunu; katılımcıların “dini” ve “dinî olmayan” gibi bir ayrım gözetmeden aynı anda birden fazla nedensel açıklamalara ve başa çıkma stillerine başvurduklarını göstermiştir. Manevi destek programının ise araştırma bağlamında kanser hastalarının farklı boyut ve düzeylerde dini tutum, dini başa çıkma, kaygı ve yaşam kalitelerini olumlu bir şekilde etkilediği belirlenmiştir.

Son olarak bu araştırma, kanser hastalarına yönelik manevi destek/danışma müdahalelerinin onların deneyimlerini, ihtiyaç ve problemlerini ortaya koyan nicel ve nitel verilerden istifade edilerek planlanmasının önemini ortaya koymuştur.

1.2. Kanser Tanı ve Tedavi Sürecinin Bazı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi

Bu araştırma bağlamında ortaya çıkan bir başka önemli sonuç ise kanser hastası bir bireyin hastalık öncesi dönemine ait birtakım tutumlarının, kişisel ve sosyal özelliklerinin kanser sürecindeki tutum, tepki ve problemlerin de belirleyicisi olduğudur. Böyle bir sonuca varmada konuya ilişkin literatür, araştırmanın ikinci aşamasına ait nitel verilerin analizi, hasta anlatıları ve araştırmacı gözlemleri etkili olmuştur. Aşağıda yer alan şekil, bu sonucun görselleştirilmiş halini temsil etmektedir.

Şekli oluşturan unsurlara ait hasta anlatılarına dayalı yorumlamalarda, bu araştırmanın nitel örneklem grubunu oluşturan katılımcıların kod isimleri ve yaşları parantez içinde verilmiştir.

Şekil 13'de yer alan unsurlar kısaca incelendiğinde; bireyin hastalık öncesi dönemde "hayatının merkezinde olan değer/ler"le ilişkisinin hastalığa yönelik tepkilerinde etkili olduğunu söylemek mümkündür. Bu araştırmanın nitel örneklem grubunu oluşturan hastalar arasında küçük yaşta çocuğu olanlar için "hayatının merkezinde olan değer"in annelik olduğu anlaşılmıştır. Dolayısıyla bu hastaların (K-1/36, K-3/40, K-9/31) tepkilerinde çocuklarına yönelik kaygının baskın olduğu

belirlenmiştir. "Hayatının merkezinde olan değer/ler"in meslek yaşamına ya da aile geçimine yönelik olduğu hastalarda ise bu tepki değişebilir.

Depresyona eğilimli olma, mücadelecilik olma, psikolojik sağlamlık gibi gibi kişiye has özellikler ile sosyodemografik faktörlerin kanserle başa çıkmada etkisi olabileceği düşünülmektedir. Örneğin; kanser hastalarında bazı araştırma bulguları umutsuzluğun¹⁰¹⁴, distresin¹⁰¹⁵, travma sonrası gelişimin¹⁰¹⁶ yaşla ilişkili olduğunu göstermektedir. Yine yaşlı kanser hastalarında fiziksel fonksiyonlarda daha fazla gerileme¹⁰¹⁷ olduğu ve buna bağlı olarak problem alanlarının daha fazla olacağı söylenebilir. Bir başka çalışmada da meme kanseri evli kadın hastaların daha fazla distres yaşadıkları ortaya çıkmıştır.¹⁰¹⁸ Ayrıca kanser hastalarında büyük şehirde veya kırsalda yaşamaya bağlı olarak damgalanma (stigma) algısı da değişebilmektedir.¹⁰¹⁹

Hastalık öncesi dönemde aile ve arkadaş, komşu, akraba gibi sosyal çevreyle olan sağlıklı ilişkiler, hastalık döneminde de belirgin olarak kendini gösterebilir. Bu araştırmanın nitel bölümünde hastaların aile ve sosyal çevrelerinin desteğine ilişkin olumlu ve olumsuz algılarının hastalık öncesi dönemle bağlantılı olduğu gözlenmiştir. Örneğin katılımcılardan birinin (K-4/51) hastalık öncesi dönemde eşi ve ailesiyle yaşadığı problemlerin, hastalık döneminde de devam etmesine bağlı olarak hastanın psikososyal destek ihtiyacını arttırdığı anlaşılmıştır. Diğer taraftan hastalık öncesi dönemde sıcak eş, arkadaş ve komşuluk ilişkileri olan hastaların (K-5/61, K-9/31, K-10/65, K-12/42) bu ilişkilere bağlı destek algısının, hastalık döneminde daha da artarak güçlü bir şekilde devam ettiği belirlenmiştir.

¹⁰¹⁴Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

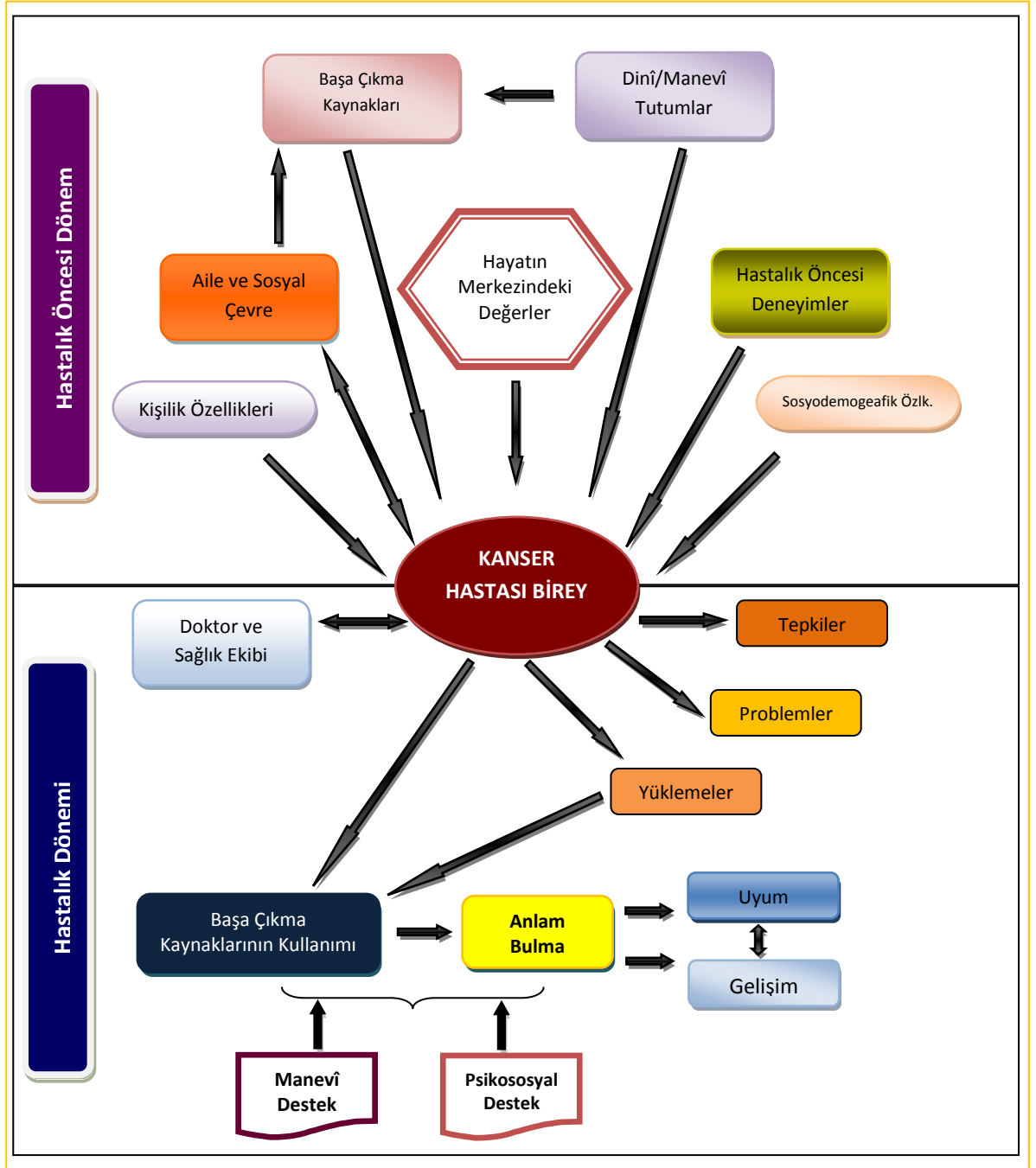
¹⁰¹⁵Azize Atlı Özbaşı, *Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008, s. 41.

¹⁰¹⁶Moreno, Stanton, "Personal Growth During the Experience of Advanced Cancer", ss. 421-30.

¹⁰¹⁷Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

¹⁰¹⁸Özbaşı, *Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi*, s. 42.

¹⁰¹⁹Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, s. 107.



Şekil 13. Kanserde Hastalık Öncesi ve Hastalık Dönemi Değişkenleri

Bu araştırmada "hastalık öncesi deneyimler" ifadesi ile kanser hakkında bilgi sahibi olma, ailede ve yakın çevrede kanser vakasının olması ya da hastanın daha önce travmatik bir yaşantıya sahip olması kastedilmiştir. Araştırmada kendileriyle görüşme yapılan bazı katılımcılar (K-8/52, K-12/42, K-13/45) hastalık öncesi dönemde, kanser hastası yakınlarıyla yaşamış oldukları deneyimlerini paylaşmışlardır. Bu deneyimleri, kendi kanser yaşantılarına aktaran hastaların başa çıkmada daha başarılı ve daha uyumlu

oldukları gözlenmiştir. Ayrıca bu hastalarda kansere yönelik yaşanabilecekleri ve sürecin işleyişini bilmenin, belirsizliği azaltma yönünde etkisi olabileceği de tespit edilmiştir. Diğer taraftan hastalık öncesi döneme ait acı ve olumsuz deneyimler, hastalığa yönelik algı ve tutumları da olumsuz bir yöne çekebilmektedir. Bir hasta (K-7/65) kanser hastası bir akrabasının ızdırabına şahit olduğunu ve acı çekerek vefat ettiğini ifade etmiştir. Bu deneyime bağlı olarak hasta, acı çekerek ölmekten korktuğunu belirtmiştir. Bunun dışında hastalık öncesi dönemde farklı travmatik yaşantıları olan hastalarda, travma sonrası gelişimin ya da stresin kanser yaşantısına aktarılması da mümkündür. Araştırma bağlamında kendisiyle görüşme yapılan bir hasta (K-11/38), kanser tanısı almaktan dolayı çok fazla sarsıntı yaşamadığını, daha önce de oğlunun kalbinin delik olması nedeniyle bu tür durumlara hazırlıklı olduğunu ifade etmiştir.

Hastalık öncesi dönemde var olan dini tutumlar, hastalık döneminde de devam edebilmektedir. Yalnız davranış boyutunda, tanı ve tedavinin yan etkilerine bağlı olarak azalma olabilmektedir. Allah'tan yardım isteme ve yönelme anlamında ilişkiyi temsil eden dua etme ve duygu boyutlarında ise artma olabilmektedir. Kanser sürecinde din ve maneviyatın önemli bir başa çıkma kaynağı olmasının, hastaların kanser öncesi dini tutumlarıyla yakından ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Kendisiyle görüşme yapılan bir hasta (K-11/38), önceden sık sık Kur'an okuduğunu ve namazlarına dikkat ettiğini, hastalık döneminde de aynı şekilde yapmaya çalıştığını ifade etmiştir. Diğer başa çıkma kaynaklarının kullanımında da benzer bir durum söz konusudur. Hastalar, hastalık öncesi dönemde rahatlamak için yapmış oldukları uygulama ve etkinlikleri genel olarak sürdürme eğilimindedirler. Bir hasta (K-8/52) kanser öncesi edinmiş olduğu bir hobiye, hastalık döneminde de devam ettirerek başa çıkmaya çalışmaktadır.

Araştırmada hastalığa yapılan yüklemelerle (atıf) başa çıkma kaynaklarının kullanımı arasında da bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Örneğin, kansere yakalanmasını sigara vb. zararlı alışkanlıklarına bağlayan bir hastanın (K-12/42), başa çıkmada yürüyüş ve sağlık davranışlarına ağırlık verdiği belirlenmiştir. Yine dini atıflarda daha fazla bulunan hastaların, dini başa çıkma etkinliklerine yöneliminin de daha sık olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu araştırmada hastalığa yapılan yüklemelerde imtihan, takdir gibi dini atıfların çokluğu dikkat çekmiştir. İlgili söylemler, genel olarak toplumda olumsuz olay ve

durumları açıklamak için kalıplaşmış sözlü ifadelerdir. Bu araştırmanın nitel aşamasında, hastaların tanı dönemi tepkileri içinde "inkâr" tepkisinin daha az yaşanmış olması, imtihan bağlamında da açıklanabilir. İslam inancına göre insan, bu dünyaya imtihan için gönderilmiştir. Dolayısıyla Müslüman, her an bir imtihan içinde olduğunu ve daha büyük sıkıntılar ve problemlerle ansızın yüzleşebileceğini de bilir. Bu ihtimal, herhangi bir sıkıntı durumunda kısmi de olsa bireyin ani tepki vermesinin önüne geçebilir.

Hastaların yapmış oldukları açıklamalar, doktor ve sağlık personelinin tutum ve davranışlarının da kanser sürecini etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada, doktor ve yardımcı sağlık personelinin kendileriyle kurmuş olduğu olumlu iletişim nedeniyle bazı hastalarda (K-9/31; K-3/40), kansere yönelik korku ve kaygının azalmış olduğu anlaşılmıştır.

Özetle kanser hastaları; hastalık öncesi dönemde var olan başa çıkma kaynakları, dinî/manevî tutumları, hastalık öncesi deneyimleri, aile ve sosyal çevreyle olan ilişkileri, kişilik özellikleri ve hayatlarının merkezinde var olan değerlerle birlikte hastalık dönemine girerler. Bu faktörlerin birey üzerindeki bütüncül etkisine bağlı olarak kansere yönelik tepkiler, problem algısı, kansere yapılan yüklemeler ve başa çıkma becerisi ortaya çıkar. Başa çıkma kaynaklarını harekete geçirerek kullanan hastaların sonuçta anlama ulaşması, hastalığa uyum sağlaması ve kanser deneyiminden güçlenerek çıkması beklenir. Başa çıkma kaynaklarını harekete geçirmede zorlanan ya da başaramayan hastaların özel müdahalelerle desteklenmesi gerekmektedir. Bir hastanın hangi tür desteğe ihtiyacı olduğu ise disiplinlerarası (doktor, hemşire, psikolog, sosyal destek uzmanı, manevi danışman) bir onkoloji ekibinin değerlendirme ve görüşleri çerçevesinde belirlenmelidir.

ÖNERİLER

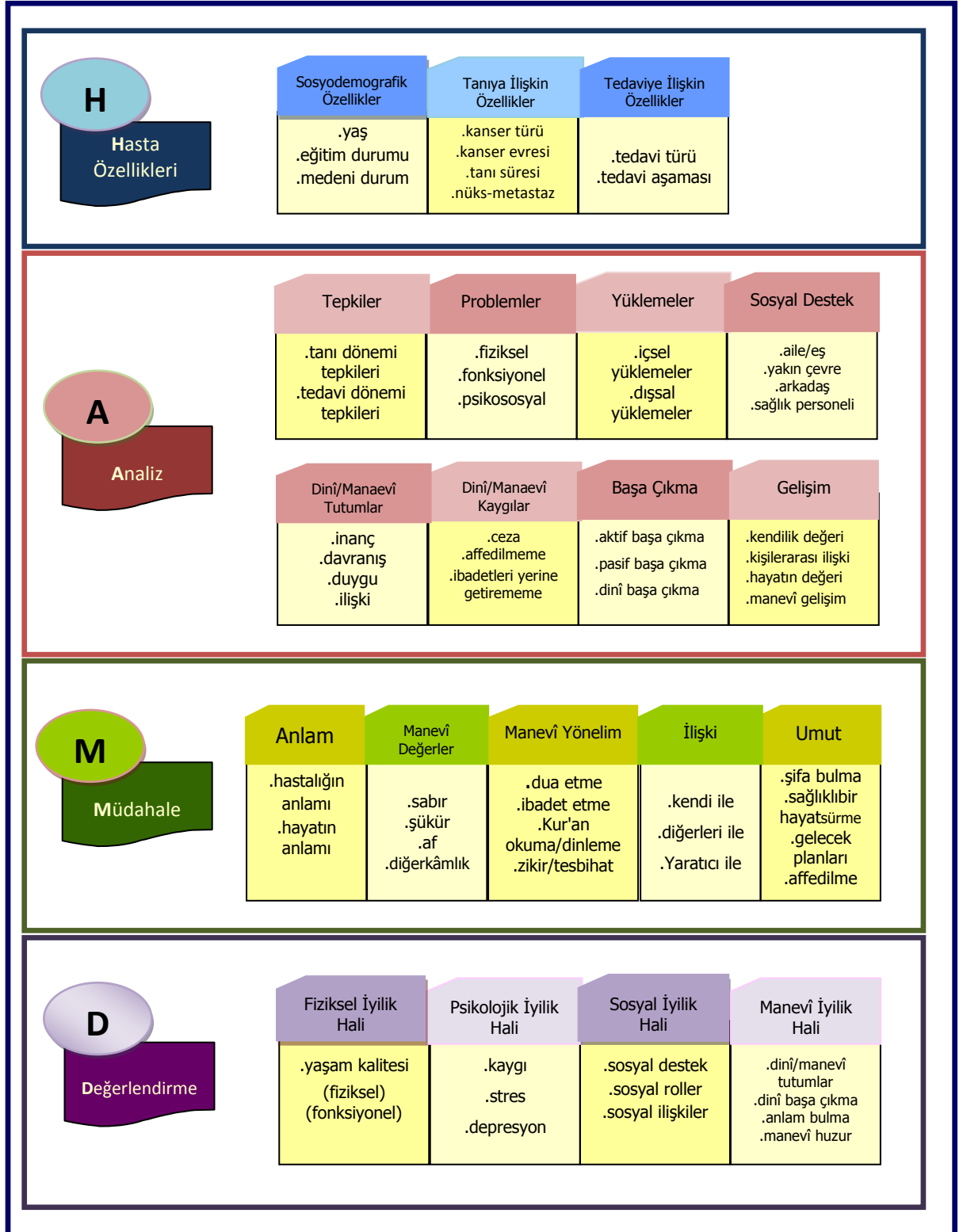
Bu bölümde araştırma ve literatür bulguları çerçevesinde kanser hastalarında manevi destek uygulamalarına yönelik bir model önerisine ve araştırmanın sonuçları çerçevesinde genel önerilere yer verilmiştir.

1.1. Kanser Hastalarında Manevi Destek Uygulamalarına Yönelik Bir Model Önerisi

Bu bölümde, araştırmanın karma desen ana sorusu olarak belirlenen "kanser hastalarından elde edilen nicel ve nitel veriler, kanser hastaları için manevi destek programı geliştirilmesine nasıl yardımcı olur?" sorusuna yanıt niteliğinde bir model denemesinde bulunulmuştur.

Araştırmadan elde edilen nicel ve nitel bulgular ve sonuçlar çerçevesinde araştırmanın aşamalarını da gözeterek kanser hastalarında manevî destek uygulamalarına yönelik bir model ortaya çıkarılmıştır. Model, Müslüman Türk örnekleme bağlamında tasarlanmıştır. Modele "kanser *hastaları için manevî destek*" ifadesinde yer alan "**hastaları**" kelimesinin ilk iki harfi, "**manevî**"nin ve "**destek**" kelimelerinin ise ilk harfleri kullanılarak kısaca "**HAMD**" modeli adı verilmiştir (bkz. Şekil 14). Daha sonra "**HAMD**" kelimesinde yer alan harfler, modeli oluşturan aşamalara göre yeniden adlandırılmıştır. Buna göre (**H**): "**Hastaya ait özellikler**", (**A**): "**Analiz**", (**M**): "**Müdahale**" ve (**D**): "**Değerlendirme**" olarak açıklanmıştır.

HAMD modeli, manevi destek talebiyle ya da yönlendirmesiyle gelen hastanın öncelikle kişisel ve tanı/tedaviye ilişkin genel bilgilerinin alınmasıyla başlar. Dolayısıyla ilk aşama olan (**H**), "**Hastaya ait özellikler**"in belirlenmesini içerir. İkinci aşama olan (**A**); hastalığa yönelik tepki, problem ve tutumların "**Analiz**" edildiği yani hastanın kendini açmasının amaçlandığı aşamadır. Üçüncü aşama olan (**M**); manevî desteği içeren "**Müdahale**" aşamasıdır. Dördüncü aşama olan (**D**) ise manevî desteğe bağlı olarak hasta üzerindeki değişimlerin incelendiği "**Değerlendirme**" aşamasıdır.



Şekil 14. Kanser Hastaları İçin HAMD Modeli

(H): HASTAYA AİT ÖZELLİKLER

Bu aşama, hastanın "hasta" kimliğiyle tanışma aşamasıdır. Hastanın sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi vb.), kanser tanısıyla ilgili bilgileri (kansere türü, tanı üzerinden geçen süre, kanser evresi, nüks ya da metastaz durumu vb.), tedavisine ilişkin bilgileri (tedavi türü, tedavinin devam edip etmediği, devam ediyorsa hangi aşamada olduğu vb.) tespit edilir.

Manevî destek programı planlamasında sosyodemografik özelliklere, sosyokültürel ve eğitim farklılıklarına dikkat edilmesi önemlidir. Örneğin eğitim düzeyi daha yüksek hastaların sorgulamalarının daha felsefi ve derin olması muhtemeldir. Geleneksel değerlerin halen geçerliliğini koruduğu sosyal kesimden gelen hastaların ihtiyaç ve sorgulamaları ise daha yalın olabilir. Yine genç yaşta kanser olma ve yaşama ilişkin istek ve beklentiler arasındaki gerginlik nedeniyle yaşı daha genç olan hastaların, daha agresif olması muhtemeldir. Yaşı ilerlemiş kanser hastalarının ise istek, beklenti ve sorgulamalarının merkezinde manevî olarak daha huzurlu bir yaşam, af duygusu ve ahirete daha iyi hazırlanma kaygısı yer alabilir. Dolayısıyla etkili bir manevî destek programı, hastaların diğer özelliklerini yanında sosyodemografik özelliklerini de dikkate almalıdır.

Müslüman Türk örnekleme bağlamında yapılan bazı çalışmalar;¹⁰²⁰ cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi sosyodemografik faktörlerle dini tutumlar ve dindarlık arasındaki ilişkilere ait bazı ipuçları vermektedir. Manevî destek ihtiyacının da hastaların dinle olan bağlarıyla yakından ilişkili olabileceği düşünüldüğünde, manevî destek planlamasında bu faktörlerin etkisi daha iyi anlaşılabilir.

¹⁰²⁰Asım Yapıcı, “Yeni Bir Dindarlık Ölçeği ve Üniversiteli Gençlerin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyi”, *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 6, S. 1 (2006), ss. 66-116; Asım Yapıcı, “Cinsiyete Göre Farklılaşan Dindarlıklar Ve Kadınlarda Dinsel Yaşamın Farklı Görüntüleri”, *Dini Araştırmalar*, C. 19, S. 49 (2016), ss. 131-61, doi:10.15745/da.268813; Mustafa Koç, *Yetişkinlik Döneminde Dindarlık ile Benlik Kavramı Değişkenleri Arasındaki İlişki*, (Doktora Tezi), Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008; Fatma Şengül, *Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006; Hülya Güven, *Depresyon ve Dindarlık İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008; Ruvéyda Eftal Aydemir, *Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi: İlk Yetişkinlik Dönemi*, (Yüksek Lisans Tezi), Samsun: Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008; Nurten Kınter, *Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi*, (Doktora Tezi), Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008; Ferdi Kıracı, *Dindarlık Eğilimi, Varoluşsal Kaygı ve Psikolojik Sağlık*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007; Ali Ayten vd., “Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Ampirik Bir Araştırma”, *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, C. 12, S. 2 (2012), ss. 45-79; Göcen, *Şükür ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması*; Kurt, *Meme Kanseri Hastalarında Ağrı ve Uzun Kaybına (mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık ile İlişkisi*.

Hastanın tanısıyla ilgili bilgiler de müdahale planlaması için gereklidir. Farklı kanser türlerine göre spesifik problem alanları vardır. Örneğin, bu sorunlar meme kanseri hastalarda koltuk altı lenf bezlerinin alınmasına bağlı olarak kolda lenfödem oluşması, mastektomiye (memenin kısmen veya tamamen alınması) bağlı olarak beden imajıyla ilgili sorunlar¹⁰²¹; akciğer kanseri hastalarda nefes darlığı¹⁰²² olabilmektedir. Tanıyla ilgili bir başka özellik ise evredir. İleri evre kanser hastalarında nüks korkusu daha fazladır. Yine hastalığı nüksetmiş ya da metastaz yapmış hastalarda ölüm korkusu daha fazla olabilmektedir. Kanser en zorlu aşamalarından birisi de kemoterapi tedavisidir. Gerek tedavi sürecinde gerekse kemoterapinin tamamlanmasından sonra uzun bir süre yan etkileri devam etmekte ve bazı hastalarda kalıcı olabilmektedir. Radyoterapi tedavisinin de yan etkileri olmasına rağmen hastaları, kemoterapi kadar sarsmamaktadır. Tüm tedavilerini tamamlayıp kontrol sürecine geçen hastalar ise sağkalım dönemine girmiş olup normal yaşamlarına dönmeye başlamışlardır. Dolayısıyla tedavi ve sağkalımın problem ve ihtiyaç alanları da farklılaşmaktadır. Özellikle kemoterapi tedavisinde hastalar için en önemli problem, fiziksel ve fonksiyonel boyuttadır. Hasta ağrı, bulantı, halsizlik vs. olmadan günlük yaşamını sürdürebilmek ister. Sağkalım döneminde ise nüks korkusu baskındır.

Dolayısıyla manevî destek müdahalesi öncesinde tanı ve tedaviye ilişkin bilgiler, hastanın yaşamış olduğu ya da ilerleyen süreçte yaşayabileceği problemlerin daha kolay anlaşılmasını sağlar. Diğer taraftan yaşadığı problemlerin anlaşıldığını hisseden bir hasta, kendisini daha kolay açacaktır. Bir manevî destek uzmanı, aynı zamanda hastanın manevî kaygılarıyla tanı ve tedavi süreci arasındaki olası ilişkileri de görebilmelidir. Örneğin, bu araştırmanın nitel aşamasında meme kanseri bazı hastaların, lenfödem ve kemoterapinin yan etkileri nedeniyle abdest almakta ve namaz kılmakta zorlandıkları belirlenmiştir. Bu hastaların, ibadetlerini tam olarak yerine getiremedikleri için suçluluk ve günah duygusu yaşadıkları gözlenmiştir.

¹⁰²¹Inan, Üstün, “Meme Kanserinde Tedavi Sonrası Dönemde Biyopsikososyal Değişimler”, ss. 48-51.

¹⁰²²Prof Dr Mustafa Özdoğan, “Akciğer kanserinde solunum sorunları ile başa çıkma: Pulmoner Rehabilitasyon”, *Prof. Dr. Mustafa Özdoğan*, (21.12.2020), <https://www.drozdogan.com/akciger-kanserinde-solunum-sorunlari-ile-basa-cikma-pulmoner-rehabilitasyon/>.

(A): ANALİZ

Modelin ikinci aşaması olan analizde, açık uçlu sorularla hastanın kendisini açması hedeflenir. Bu sorular hastanın bulunduğu kanser aşamasına göre değişebilir. Kanserde üç temel aşama tanımlanır. Bunlar, hastanın tanı almasıyla başlayan "akut sağ kalım aşaması"; tedavinin bitmesiyle iyileşme sürecinin başladığı "uzun süreli sağ kalım aşaması" ve hastalığın nüksetme riskinin en aza indiği "kalıcı sağ kalım aşaması"dır.¹⁰²³ Akut sağ kalım aşaması, yeni tanı ve tedavi dönemlerine göre farklılıklar taşıdığı gibi tedavi aşaması da kemoterapi, radyoterapi, hedefe yönelik tedavi dönemlerine göre farklılaşan problemleri içerir. Bu nedenle kanser aşamasına göre hastaya yöneltilen sorular değişebilir. Örneğin, tanı ya da tedavi dönemindeki bir hastanın kansere yönelik tepkilerinin bilinmesi önemlidir. Fakat tedavisi tamamlanan ve uzun süreli sağ kalım aşamasına geçmiş bir hastanın problem alanları, tepkiler etrafında şekillenmeyebilir. Yine yeni tanı almış bir hastaya travma sonrası gelişim/stres alanıyla ilgili sorular yöneltilmemelidir. Çünkü hasta, yeni tanı aldığı için anlamlandırma süreci henüz başlamamış ya da yeni başlamış olabilir.

Analiz aşamasında, kanser aşamasına göre hastaya yöneltilen sorular neticesinde hastanın kansere ve tedavisine göstermiş olduğu tepkiler, yaşadığı problemler, hastalığa yapmış olduğu yüklemeler tespit edilir. Yine bu aşamada hastanın dinî/manevî tutumları, başa çıkma stilleri, başa çıkmasında din/maneviyatın rolü ve sosyal destek algısı belirlenmeye çalışılır. Bu aşamada hastanın dinî/manevî kaygılarının da tespit edilmesi gereklidir. Bu araştırmanın nitel aşamasında kanser hastalarının dinî/manevî kaygılarına ilişkin özel bir soru yöneltilmemiştir. Ancak hastaların açıklamalarından bu kaygıların; Allah'ın kendilerini günahları nedeniyle cezalandırması, tanı ve tedavinin yan etkileri nedeniyle ibadetlerini yapamadıkları için suçluluk duyma, Allah tarafından affedilmeme, kendilerini bağışlanmaya layık görmeme etrafında şekillendiği gözlenmiştir.

Hastanın tepkilerinde din ve maneviyat alanıyla ilgili unsurlar yer alabilir. Araştırmalar, kanser tanısı almanın varoluşsal boyutuna dikkat çekmektedir. Tanı dönemi tepkilerinde "neden ben?" sorusunun ortaya çıktığı ve hastaların mevcut anlam

¹⁰²³İnan, Üstün, "Meme Kanserinde Tedavi Sonrası Dönemde Biyopsikososyal Değişimler", ss. 48-51.

sisteminde çökmeler olabileceği belirtilmektedir.¹⁰²⁴ Dolayısıyla yeni tanı almış bir hastaya yönelik "manevî destek müdahalesi"nin planlanmasında hastanın tepkilerinin analiz edilmesi gereklidir.

Kanser hastalarında genel olarak yoğun problemler, tedavi döneminde ortaya çıkar. Yeni tanı alan kanser hastası için en büyük problem belirsizlik olabilir. Neler yaşayacağını, sürecin nasıl ilerleyeceğini, yeniden sağlığına kavuşma durumunu bilemeyen hasta, belirsizlik duygusuna kapılabilir. Ancak belirsizlik duygusu, sadece tanı dönemi ile sınırlı olmayıp tedavi ve sağ kalım dönemine de yayılabilir. Literatürde kanser hastalarında belirsizliğin; kaygı, depresyon, psikolojik uyumda azalma, korku, kontrol kaybı, ölüme yönelik varoluşsal kaygılarla ilişkisine dikkat çekilmektedir.¹⁰²⁵ Belirsizlikle başa çıkmada ise dinî inanç, maneviyat, manevî huzur, yaşam kalitesi, sosyal destek algısı, benlik saygısı, umut gibi faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir.¹⁰²⁶

Kanser hastalarında ortaya çıkan en önemli bir problemlerden birisi de kontrol kaybıdır. Kontrol kaybının üç temel alanı olduğunu söylemek mümkündür. Birincisi; hasta kanser tanısı aldığı anda, hayatının kontrolünü kaybettiğini düşünebilir. İkincisi; cerrahi müdahale sonrasında ve tedavi (kemoterapi, radyoterapi) sürecinde yaşadığı fiziksel ve fonksiyonel sorunlara bağlı olarak bedeninin kontrolünü kaybetmesidir.¹⁰²⁷ Üçüncüsü ise bu ikisinin yansıması olarak ortaya çıkan psikolojik problemlerde zihinsel kontrolü kaybetme durumudur. Burada hastanın yüklemeler yoluyla kontrol kaybını dengeleme çabasının olup olmadığının belirlenmesi önemlidir. Hastanın yüklemelerinde dinî/manevî unsurlarla kontrol kaybı arasındaki ilişki ya da telafi mekanizması irdelenmelidir.

Sonuç olarak manevî destek müdahalesi öncesinde hastanın tanı ve tedaviye yönelik tepkilerinin, problemlerinin, ihtiyaçlarının ele alınması ve bunların dinî ve manevî yaşantıyla ilişkisinin gözden geçirilmesi gerekir.

¹⁰²⁴Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14; Hallaç, Öz, "Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı", ss. 595-610.

¹⁰²⁵Gümüş, "Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

¹⁰²⁶Fatma Öz, "Hastalık Yaşantısında Belirsizlik", *Türk Psikiyatri Dergisi*, C. 12, S. 1 (2001), ss. 61-68.

¹⁰²⁷Beser, Öz, "Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi", ss. 47-58.

(M): MÜDAHALE

Manevî destek müdahalesinin planlanma aşamasında, "analiz" aşamasından elde edilen verilerden yararlanır. Bu müdahale hastanın ihtiyaç ve problemleri çerçevesinde tek bir tema (anlam, sabır, şükür, ilişki vb.) etrafında şekillenebileceği gibi birden fazla temaya ayrılmış oturumlardan da oluşabilir. Hastanın isteğine bağlı olarak manevî destek müdahalesi bireysel ya da grup oturumları şeklinde de olabilir. Özellikle sosyal destek eksikliği yaşayan hastalarda, grup üyeleri arasında ortak özellikler bulunduğu grup oturumlarının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Manevî destek müdahalesinin uygulama yöntemleri, psikoterapi ve danışma yöntemlerinden faydalanmasına rağmen onlara göre daha hareketli ve daha esnekler. Manevî destek de en iyi müdahale bazen dinlemek olabilir. Bu durumda hedef, yalnızca anlamak ve hastanın ıstırabını hissedebilmektir.¹⁰²⁸ Bazen de manevî destek, hastanın yanıt aradığı sorularına tatmin edici cevaplar vermeyi gerektirir. Kimi zaman da hastayla oturup dua etmeyi ya da dinlemeyi içerebilir. Burada önemli olan hastanın kendisini rahat hissetmesini sağlama ve hastaya karşı şefkat, nezaket ve samimiyet gösterebilmektir.¹⁰²⁹ Buradan yola çıkarak kanser hastalarına yönelik planlanan bir manevî destek müdahalesinin, temel danışma yöntemlerinin yanı sıra geniş ve esnek bir uygulama şeklinin olduğu söylenebilir.

Manevî destek müdahalesi öncesinde hastanın problem alanlarına yönelik ve hastayı yormayan kısa maddeli ölçme araçları kullanılarak fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevî iyilik haline yönelik ölçümler yapılmalıdır.

Bu modelde yer alan temalar, kanser hastalarının araştırma bağlamında ortaya çıkan ihtiyaçları, problemleri ve dinî/manevî başa çıkma alanlarına göre belirlenmiştir. Özellikle araştırmanın nitel bölümünde, hastaların kanserle başa çıkmada sıklıkla yönelmiş oldukları dinî/manevî kaynak ve uygulamalar baz alınmıştır.

Anlam bulma: Kanser tanısı almak, hayatın işleyişini bozan ve bu işleyişte aktif olan anlam sistemini ani bir sekteye uğratan ciddi bir krizdir. Hastalarda krize karşı ilk tepkiler; genel olarak Kübler-Ross'un yas aşamaları¹⁰³⁰ olan inkâr, öfke, pazarlık,

¹⁰²⁸Kemal Sayar, *Hayat Teselli Bulmaktır*, 6. b., İstanbul: Timaş Yayınları, 2017, s. 37.

¹⁰²⁹Ok, Gedik, Erşahin, *Hastalar İçin Manevi Bakım*, s. 37.

¹⁰³⁰Kübler-Ross, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*.

çaresizlik, kabullenme çerçevesinde şekillenir. Tepkiler, tanı ve tedavi dönemini kapsayabilir. Tepkilerde hastanın anlam sistemini korumaya yönelik bir çabanın, psikolojik uyumun ve başa çıkmanın saklı olduğu söylenebilir. Ancak tepkilerin beklenenden uzun sürmesi, bu mekanizmaların aktifleşmesini engelleyebilir. Hastanın kabullenme veya uyum aşamasına geçerek yeniden anlam sistemini inşa etmesi, başa çıkma kaynaklarını aktive etmesi gerekir.

Hastanın tanıyı ilk duyduğunda göstermiş olduğu tepki, genel olarak şok ve inkârdır.¹⁰³¹ Bu tepkilerin ardından anlam inşa etme süreci başlar. Anlam inşasında, hastanın tanı öncesi dönemde mevcut anlam sistemi etkilidir. Bu sistemde aradığı cevapları bulamayan ya da bulduğu cevaplardan tatmin olamayan hasta için yeni bir çöküş başlayabilir. Burada manevî ve psikososyal destek devreye girebilir.

Anlam sistemleri, yaşanan travmatik olaya ilişkin nedensel açıklamalar sunarlar. Hastalar, bu açıklamaları kullanarak yüklemeler yapar ve olayın belirsizliğini gidermeye çalışırlar. Yüklemeler, travmatik olayın (kansere) anlamlandırılmasına, gelecekteki sonuçların kontrol altına alınarak kaygının azaltılmasına ve benlik saygısının korunmasına yardım eder. Genellikle insanlar, mevcut anlam sistemi içinde bilişsel olarak en tatmin edici olan, gelecekteki sonuçları en iyi kontrol eden, kendilerine en çok güven veren ve benlik saygılarını destekleyen en iyi açıklamayı tercih ederler.¹⁰³² Ancak travmatik olaya yönelik yüklemeler tek tip değildir. Bu araştırmanın nitel bulgularına göre de bir hastanın kansere yönelik genetik, çevresel, yaşam tarzı ve dinî olarak birden fazla yüklemelerde bulunması mümkündür.

Araştırma bağlamında kanser hastalarında en fazla yüklemelerin dinî çerçevede olduğu belirlenmiştir. Dinî inançlar; hastalık, acı, ölüm vb. olayları açıklamaya ilişkin tatmin edici ve kapsamlı anlam çerçeveleri sunarlar. Bu bağlamda yapılan bir tanımlamada din, "kutsalla ilişkili tarzlarda bir anlam arayışı veya geniş ölçülü bir *anlam sistemi*" olarak ifade edilir. Din ve maneviyat, insanlara kutsalı keşfetme, koruma ve yeniden keşfetme yolunu açar. Bu nedenle din ve maneviyat, "her şeyin derinliğinde bulunan anlamı keşfetmede en büyük güç"tür.¹⁰³³

¹⁰³¹Gümüş, "Meme Kanseriinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

¹⁰³²Ok, Gedik, Erşahin, *Hastalar İçin Manevi Bakım*, s. 29.

¹⁰³³Hökelekli, *Din Psikolojisine Giriş*, s. 60.

Burada analiz aşamasında hastalığa ilişkin yapılan açıklamalar ve yükleme kalıpları hastanın anlamlandırma sistemine ait ipuçları barındırır. Genel olarak dindar hastaların, kendi inanç sistemleri bağlamında dini kavramlar kullanarak daha fazla yükleme yapması beklenir.¹⁰³⁴ Bu araştırma bağlamında da hastaların en fazla dinî yüklemeler yaptığı sonucu ortaya çıkmıştır.

Dinî yüklemelerde en fazla kullanılan kavramların imtihan, kader, takdir-i İlâhî olduğu söylenebilir. Travmatik olayı açıklamada "kalıp ifade" olarak kullanılan bu kavramların içi bazen hasta tarafından doldurulamayabilir. Bu durumda hastanın anlama ulaşma çabası da boşa çıkabilir. Burada manevî destek müdahalesiyle hastanın, yükleme yaptığı kavramlara nüfuz ederek anlama ulaşmasına yardımcı olunması gereklidir.

Hastalık ve hayatın anlamına ilişkin Kur'an ve hadislerde geçen açıklamalardan faydalanılarak da hastanın bakış açısı zenginleştirilebilir. Burada en önemli nokta, iletişimde hastanın kavrayış ve eğitim seviyesine dikkat edilmesidir. Bir manevî danışman/destek uzmanı hastanın kendisini bilgisiz, cahil, yetersiz hissetmesine neden olabilecek karmaşık, felsefî ve soyut ifadelerden kaçınılmalıdır. Hastayla birlikte hastanın kendi kavramları ve yüklemeleri üzerinden yürüyerek anlama ulaşmasını sağlamalıdır. Ancak hastanın farklı açılımlara dair beklenti ve yönelim içinde olduğu anlaşılırsa yeni kavram ve yaklaşımlar kullanılabilir.

Manevî Değerler: Bu bölümde yine hastaya ilişkin analiz aşamasından elde edilen bulgular çerçevesinde bir değer/ler teması belirlenmelidir. Hastanın başa çıkma kaynakları arasında sabır, şükür, af vb. öğelerden hangisi öne çıkıyorsa manevî destek müdahalesi bu tema etrafında şekillenmelidir. Her bir temayla ilgili olarak hastanın geçmiş deneyimlerini, ulaştığı sonuçları, kazanç ya da kayıplarını değerlendirmesi beklenir. Sonrasında ise mevcut duruma aktarabilmesi için destek gerekebilir.

Hasta, değerlendirme yapmakta zorlanıyor ya da ilgili kavramları, "kalıp ifadeler" olarak kullanıp içini dolduramıyorsa ayet, hadis ve dini kıssalar vasıtasıyla kavramlara ilişkin farkındalık oluşturması sağlanır. Burada hastanın talebi olmadıkça vaaz ve nasihatten kaçınılmalıdır. Hastanın eğitim ve kavrayış düzeyine göre kısa ve anlaşılır yazılı metinler verilebilir ya da hazır görsellere ulaşması sağlanabilir. Önemli

¹⁰³⁴Ok, Gedik, Erşahin, *Hastalar İçin Manevi Bakım*, s. 30.

olan hastanın kendi kavrayışı içinde bir anlam oluşturmasıdır. Bu anlam çerçevesinde hastanın, kendisini anlatması ve değerlendirmesi için destekleyici olunmalıdır.

Manevî Yönelim: Literatür ve bu araştırma bağlamında kanser hastalarında manevî yönelimin en somut ifadesinin "dua" olduğu belirlenmiştir.

İnsan, kendisini aciz ve çaresiz hissettiğinde duaya daha fazla yönelir. Böyle durumlarda dua, kişinin rahatlamasını ve kendisini daha güçlü hissetmesini sağlayabilir.¹⁰³⁵ Dua, "tüm varlıkların görülmeyen Yaratıcısı, küllî akıl, mutlak güç, mutlak ilim sahibi olan Allah ile münasebet kurma ve O'na yönelme hâlidir."¹⁰³⁶

Müslüman için duanın vakti ve yeri yoktur; her zaman, her yerde, her hâlde dua edebilir. İslâm'da dua, ibadettir[♦] ve ibadetin özüdür.[♦] Kur'an'da, pek çok ayette mü'minlerin Yüce Allah'a dua etmesi ve dualarına muhakkak karşılık verileceği bildirilir.[♦] Bu konuda bazı ayetler şöyledir; "bana dua edin, duanızı kabul edeyim"[♦]; "en güzel isimler Allah'ındır; bu güzel isimlerle O'na dua edin"[♦]; "Rabbimize yalvara yakara ve gizlice dua edin."[♦]

Dolayısıyla bir müslüman dua ettiğinde Allah'ın, duasına muhakkak karşılık vereceğine inanır. Fıtrî ve tabii bir yöneliş olan "duanın hakikati, kulun derdini Allah'a bildirmesi değil, o derdin dermanının ancak Allah olduğunu bilmesi hâlidir."¹⁰³⁷

Dua, tüm dinî geleneklerde var olan ve yeryüzünün tüm coğrafyalarından yükselen evrensel bir yöneliştir. Aynı zamanda duanın insana anlam kazandıran ve umut veren dönüştürücü bir etkisi vardır.¹⁰³⁸ Dua ve ibadetler, inanan insanın Allah'a olan güven ve bağlılığını dinî vazife şuuru içinde ifâ etmesinin bir göstergesidir. Dua, bir anlamda kulun Allah ile iletişim biçimidir. İnsan, dua ettiğinde Allah'ın kendisini işiteceğini bilir ve ihtiyaçlarına cevap vereceği umudu ve beklentisi içinde olur.

¹⁰³⁵Hayati Hökekleli, *Din Psikolojisi*, Ankara: Diyanet Vakfı Yayınları, 2010, s. 229.

¹⁰³⁶Pierre Marinier, *Dua Üzerine Düşünceler: Psikofizyolojik Sebepleri ve Sonuçları*, çev. Sadık Kılıç, İzmir: Nil Yayınları, 1990, s. 2.

♦ Bkz. Tirmizî, Sünen, 3; İbn Mâce, Sünen, Dua, 1; Ahmed ibn Hanbel, Müsned, IV, 267.

♦ Bkz. Tirmizî, Sünen, Dua, 1.

♦ Bkz. Mü'min 40/65; Bakara 2/186; Şûrâ 42/26.

♦ Mü'min 40/60.

♦ A'râf 7/180.

♦ A'râf 7/ 55.

¹⁰³⁷Albayrak, *Gençlerde Dua Psikolojisi: Üniversite Gençlerinin Dua Tutum ve Davranışları*, ss. 44-45.

¹⁰³⁸a.g.e., s. 55.

Dolayısıyla dua, "bir talep ve yöneliştir."¹⁰³⁹ Dua, dinle ilişkili faaliyetler arasında "en dinî" olanı kabul edilir ve samimiyetle dua eden insan; Allah'a yakınlık, güven ve huzur duyar. Ayrıca dua, bireye yaşamın anlam ve amacına yönelik bir bakış açısı kazandırabilir.¹⁰⁴⁰

Duanın olası etkileri şöyle sıralanır; insan her şeyi bilen Yaratıcı'ya yöneldikçe acizliğinin ve hakikatin farkına varır; dua eden insanda gerilim, endişe ve korku azalır; ümit, huzur ve güven duyguları ortaya çıkar. Yaratıcı ile kurulan bağın verdiği coşkuyla insan, kendini yenilenmiş hisseder; diğer insanlara karşı daha empatik ve diğerkâm olur. Dua, gelebilecek sıkıntılı ve stresli yaşam olaylarına karşı rıza ve teslimiyet içinde olmaya hazırlar.¹⁰⁴¹

"Ne zaman bir endişe, her köşe başında bir felaket bekleyen korku hali ve her sabah uyanırken feci bir akibetin geleceği hissi baş gösterirse Mutlak Olan'a, Allah'a kasten ve kararlı bir yöneliş ihtiyacı doğar. Çok geçmeden, yalvarış, tazarru ve niyet kalbi kaplar ve dua kendiliğinden dile gelir. Enerji ruha akmaya başlar ve ruh uyandığında kaygıya dönük eğilimler de yok olup gider."¹⁰⁴²

Duanın evrensel bir olgu olması nedeniyle farklı kültürlere ait kanser örneklerinde yapılan çalışmalar; duanın genel olarak ilk sırada gelen bir dini başa çıkma unsuru olduğunu göstermektedir¹⁰⁴³. Duanın insanı tamamlayan bir boyut olması¹⁰⁴⁴, fiziksel kayıplar yaşayan kanser hastaları için onu, ruhsal bir bütünleşme kaynağına dönüştürmektedir. Kanser hastalarında dua; korku ve kaygıyı azaltarak, tahammül gücünü arttırarak, psikolojik ve duygusal olarak rahatlama sağlayarak hastalıkla başa çıkmaya yardımcı olur.¹⁰⁴⁵

¹⁰³⁹Hökelekli, *Din Psikolojisi*, ss. 211-13.

¹⁰⁴⁰Loewenthal, *Din Psikolojisi: Kısa Bir Giriş*, ss. 29-31.

¹⁰⁴¹a.g.e., ss. 34-35.

¹⁰⁴²Muhammed Ecmel, "Sûfi Ruhbilimi", *Sufi Psikolojisi: Bilgelik Ruhu, Ruhun Bilgeligi*, ed. Kemal Sayar, İstanbul: Timaş Yayınları, 2012, s. 101.

¹⁰⁴³Tokgöz vd., "Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim", ss. 51-61; Yazgan, *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi*; Yüksel, *Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastaların Spiritualite ve Umut Durumlarının Belirlenmesi*; Ross vd., "Prayer and Self-Reported Health Among Cancer Survivors in the United States, National Health Interview Survey, 2002", ss. 931-38; Henderson vd., "African American Women Coping With Breast Cancer", ss. 641-47.

¹⁰⁴⁴Marinier, *Dua Üzerine Düşünceler: Psikofizyolojik Sebepleri ve Sonuçları*, s. 1.

¹⁰⁴⁵Tuncay, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, ss. 89-92.

Bu araştırmada dua etmenin hastaları rahatlattığı, fakat aile ve yakın çevrenin de onlar için dua ettiğini bilmenin de hastalar için önemli bir motivasyon olduğu anlaşılmıştır. Aynı zamanda bazı hastalar, diğerk hastalar ve derdi olan tüm insanlar için dua ettiklerini belirtmişlerdir.

Dua, hastanın Rabbi'yle başbaşa kaldığı özel bir an olması ve kendi içinde manevî desteğı barındırması nedeniyle doğrudan bir müdahale alanı değildir. Ancak hastalar, kendileriyle birlikte ya da kendilerine özel dua edilmesi talebinde bulunabilirler. Özel dua, zikir/tesbihat içeren metinler isteyebilirler. Nitekim bu araştırmanın yürütülmesi sırasında kendileriyle görüşme yapılan pek çok hasta yeni dualar ve zikirler öğrenmek istediklerini ve bunun için çeşitli kitaplar aldıklarını ve internet sitelerine girdiklerini belirtmişlerdir.

Manevî İlişki: Bu destek teması; hastanın kendisi, sosyal/fiziksel çevresi ve Yaratıcı ile kurmuş olduğu ilişkiye odaklanır. Bu üç tema arasında var olan karşılıklı ilişkiler, "manevî ilişki"nin boyutlarını çizer.

Kanserde hastanın "kendisi ile ilişki"sini etkileyen ilk alan, fiziksel bedenidir. Burada hastanın kendisini görüş ve algılayış biçimi, "kendisi ile ilişki"nin merkezini oluşturur. Kanser tanı ve tedavisi; hastanın bedensel görünümünü etkileyebilir, fiziksel olarak olumsuz değışimlere neden olabilir ve fonksiyonel olarak yaşamını kısıtlayabilir. Bu olumsuzluklara bağılı olarak hasta, bedenini kontrol edemediğı hissine kapılabilir. Kontrol kaybının hastalarda benlik saygısını düşürdüğü ve değersizlik duygusu gibi depresif durumlara neden olduğu belirtilmektedir.¹⁰⁴⁶ Kanser hastalarında bedensel değışimler, beden imajı algısını da bozarak benlik saygısını etkilemektedir.¹⁰⁴⁷

Bedeni üzerinden kendini tanımlamaya çalışan hastalarda; çaresizlik ve değersizlik duygularının yanı sıra bedensel değışimlerden (meme kanserinde mastektomiye bağılı beden bütünlüğünün bozulması, kemoterapiye bağılı saç ve kaşların dökülmesi vb.) dolayı izole olma ve toplumdaki geri çekilme isteğinin daha fazla yaşanması muhtemeldir. Diğerk taraftan hasta, bedeniyle ilgili değışimleri kendini, yok oluşa doğru götüren bir işaret, yani ölüme yakınlaşma olarak da okuyabilir. Hasta,

¹⁰⁴⁶Beser, Öz, "Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi", ss. 47-58.

¹⁰⁴⁷Gümüş, "Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler", ss. 108-14.

kanser tanısına kadar bedeniyle ilgili bu türden bir kontrol kaybı ve bozulma yaşamadıysa kaygı ve korkuları artabilir. Burada hasta, bir anlamda bedeninin yok oluşunu izlemektedir. Ölüme giden yolda, çaresizce kendi yok oluşunu seyreden hastalar vardır. Bu karamsarlık ve çöküntü içinde hastanın kendini araması ve bulması beklenemez.

Bedensel varlığına ilişkin süreklilik arzusu içinde olan ve bedeninin yok oluşuna odaklanan insan, ruhunun derinliklerindeki kendini bulamayarak kendi varlığına körleşme durumuna düşebilir.¹⁰⁴⁸ Bu nedenle ilgili süreçte hastanın dikkatini, ruhun ölümsüzlüğüne ve sonsuzluk arzusunun bedensel değil ruhsal bir arzu olduğuna çekebilmek önemlidir.

Kendi ile iletişimi bozuk olan, kendini değersiz ve amaçsız gören hastanın, diğer insanlara ve Yaratıcı'ya yönelik ilişkisinin de sağlıklı olması düşünülemez. Kendini değersiz bulan hasta, sosyal çevresinin ve Yaratıcısı'nın yanında da değersiz olduğunu düşünecektir. Burada manevî desteğin amacı, hastanın kendi değerini bulmasında ve buna ilişkin bir içgörü kazanmasında yardımcı olmaktır.

Diğer taraftan hastanın içinde bulunduğu durum, ailesinin ve yakınlarının onun için yapmış olduğu fedakârlıkları, koşturmacayı görmesine de engel olabilmektedir. Buna bağlı olarak da hastada yakınları tarafından desteklenmediği şeklinde bir algı oluşmaktadır. Dolayısıyla düşük sosyal destek algısının oluşmasında yalnızca hastanın sosyal çevresi değil, adı üstünde "algı" olarak hastanın duygusal ve bilişsel durumu da etkilidir. Aynı zamanda hastanın karamsarlığı güneşi, gökyüzünü, kuşları, ağaçları, çiçekleri vb. çevresinde akıp giden doğal güzellikleri fark etmesini de engeller. Böyle bir durumda manevî desteğin amacı, hastanın aile ve yakınlarının kendisi için yaptıklarının farkında olmasını ve doğanın akışı içindeki güzellik ve mucizeleri görebilmesini sağlamak olmalıdır. Bunlarla ilgili hastaya küçük ev ödevleri verilebilir.

Kanser tanısı alan hasta, Yaratıcı ile olan ilişkisini ve O'nun yanındaki değerini de sorgulayabilir. Burada kanserin; işlenen günahlar yüzünden bir ceza, bir gazap ya da Allah'ın sevdiği kullarına verdiği bir mükâfat, günahlara keffaret olarak algılanma durumuna göre hastanın Yaratıcı ile olan ilişkisi tespit edilebilir.

¹⁰⁴⁸Sayar, *Hayat Teselli Bulmaktır*, s. 28.

İnsanlar karşılaştıkları sorunların Tanrı'nın kendilerini güçlendirme ve büyümelerine yardım etme planının bir parçası olduğuna inanırlar ise herhangi bir zorluk ve güçlükle karşılaştıklarında muhtemelen Tanrı'ya şükredecek ve minnettarlık hissedeceklerdir. Tanrı'ya karşı bu şükür duygusunun derinden ve içtenlikle hissedilmesi durumunda stresin zararlı etkilerinin muhtemelen azalacağı düşünülmektedir.¹⁰⁴⁹

Stresli bir yaşam olayını hayra yorma ve bunda hikmet arama, psikolojik uyumu kolaylaştırırken; Tanrı'nın güçlerinin yeniden değerlendirilmesi, manevi hoşnutsuzluk ve cezalandırıcı Tanrı algısı gibi olumsuz dini başa çıkma stilleriyumu zorlaştırabilir.¹⁰⁵⁰

Bu durumda manevî destek müdahalesiyle danışanın; hastalığa yüklediği anlamı yeniden gözden geçirmesi, hastalığın gerçekte bir ceza değil, aksine bir lütuf olduğu yönünde bir iç görü kazanması sağlanmalıdır. Ayrıca hastanın, kanser yaşantısından elde ettiği tecrübeler ve olumlu sonuçlara odaklanabilmesi için de destek verilmelidir.

Umut: Umut, genel olarak gelecekle ilgili inanç, güven, özgüven ve iyimserlikle birlikte olumlu duygular arasında yer alır. Umut ve iyimserliğin depresyona karşı koruyucu olduğu ve fiziksel sağlığı olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir.¹⁰⁵¹ İnsanın kendi açısında olumlu olaylara, evrensel ve kalıcı nedenler; olumsuz olaylara ise geçici ve özgül nedenler üretebilmesi "umut sanatı" olarak adlandırılmaktadır.¹⁰⁵²

Korku ve kaygılar, insanın fânilik duygusunun bir yansıması olarak varoluşsal bir boyut taşıdığı gibi umut duygusu da varoluşsal bir boyut taşır. İnsan, varoluşsal umut sayesinde zorluklara tahammül eder ve hayata tutunur.¹⁰⁵³ İnsanlarda genel olarak şimdinin, geçmişten daha iyi olduğuna ve geleceğin de şimdiden daha iyi olacağına ilişkin bir inanç vardır. Hatta insanlar gelecekte daha başarılı olmayı ve kendilerini geliştirmeyi umut ederler.¹⁰⁵⁴

¹⁰⁴⁹Krause, "Gratitude Toward God, Stress, and Health in Late Life", ss. 163-83.

¹⁰⁵⁰Pargament, Koenig, Perez, "The Many Methods of Religious Coping", ss. 519-43.

¹⁰⁵¹Martin E. P. Seligman, *Gerçek Mutluluk*, ed. Ertuğrul Köroğlu, çev. Semra Kunt Akbaş, Ankara: HYB Yayıncılık, 2002, s. 95.

¹⁰⁵²a.g.e., s. 104.

¹⁰⁵³Erol Göka, "Unutulan Umut Psikolojisi", 30.11.2017, <http://www.yenisafak.com/yazarlar/erolgoka/unutulan-umut-psikolojisi-2041260>.

¹⁰⁵⁴Taylor, "Adjustment to threatening events", ss. 1161-73.

Çeşitli çalışmalar, kanser hastalarında din ve maneviyatın iyileşmek için inanç ve umut kaynağı olduğunu¹⁰⁵⁵; umut ile psikolojik sağlamlık¹⁰⁵⁶, travma sonrası gelişim¹⁰⁵⁷, başa çıkma¹⁰⁵⁸ ve azalmış kaygı¹⁰⁵⁹ arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Tedavisi tamamlanan ve iyileşen kanser hastalarının, yeni tanı alan hastalara umut aşılama arzusu¹⁰⁶⁰ içinde olmaları da tanı ve tedavi döneminin kanserde umutsuzluğun tavan yaptığı bir dönem olduğunu düşündürmektedir.

Kanser hastalarında bireysel düzeyde umutla ilgili değişkenler farklı olsa da genel olarak şifa bulma umudu, tedavi sonrası sevdikleriyle sağlıklı bir hayat sürme umudu, gelecek için yapmış olduğu planları gerçekleştirebilme umudundan bahsetmek mümkündür.

Manevî destek müdahalesi sırasında hastanın; hayallerinden, gelecek planlarından, tedavi tamamlandığında ilk yapmak istediği şeylerden bahsetmesi teşvik edilebilir. Hastalarda umudu pekiştirmek amacıyla ayet, hadis ve kıssalardan da faydalanılabilir.

Kur'an'da umudun; Allah'ın rahmeti, bağışlanma, merhamet ve korkuyla birlikte geçtiği görülmektedir. İlgili ayetler bağlamında İslâm'ın müminler için umutsuzluğa düşmeyi yasaklamış olduğu, umut içinde olmayı ise emrettiği anlaşılmaktadır. Konuyla ilgili bazı ayetler şöyledir:

“Allah’ın rahmetinden umudunuzu kesmeyin; çünkü kâfirlere başkası, Allah’ın rahmetinden umudunu kesmez.”♦ “...Allah’ın rahmetinden umut kesmeyin.

¹⁰⁵⁵Nawal A Al Eid vd., “Religiosity, Psychological Resilience, and Mental Health Among Breast Cancer Patients in Kingdom of Saudi Arabia”, *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, C. 14 (2020), ss. 1-13, doi:10.1177/1178223420903054; Zarzycka vd., “Religious comfort and anxiety in women with cancer”, ss. 1829-35.

¹⁰⁵⁶Joao Paulo Consentino Solano vd., “Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients”, *BMC Palliative Care*, C. 15 (2016), s. 70, doi:10.1186/s12904-016-0139-y.

¹⁰⁵⁷Casellas- Grau Anna, Ochoa Cristian, Ruini Chiara, “Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer”, ss. 2007-18.

¹⁰⁵⁸Herth, “The Relationship between Level of Hope and Level of Coping Response and Other Variables in Patients with Cancer”, ss. 67-72.

¹⁰⁵⁹Zarzycka vd., “Religious comfort and anxiety in women with cancer”, ss. 1829-35.

¹⁰⁶⁰Cæcilie Borregaard Myrhøj vd., “The Motivation to Volunteer as a Peer Support Provider to Newly Diagnosed Patients with Acute Leukemia – A Qualitative Interview Study”, *European Journal of Oncology Nursing*, C. 46 (2020), s. 101750, doi:10.1016/j.ejon.2020.101750.

♦Yusuf 12/87.

Çünkü Allah, bütün günahları bağışlar. Şüphesiz ki O, çok bağışlayıcıdır, çok merhamet edicidir”♦ “Hayır işlerinde yarışır, korku ile umut arasında bize dua ederlerdi”♦.

Ancak ayetlerde korku ve umudun bir arada yer almasından dolayı endişeye kapılmamalıdır. "Siyak ve sibak göz önünde bulundurulduğunda, Allah'ın rahmeti nasıl gazabını geçiyor ise umudun da endişeye galebe çalması gerektiğine"i nanılmalıdır.¹⁰⁶¹

Terminal dönem hastalarında ise umut değişkenleri manevî huzura kavuşma, acı çekmeden vefat etme, ahiret hayatında azap çekmeden Cennet'e kavuşmak, Allah'ın affına mazhar olmak şeklinde olabilir. Kanserde terminal dönem, bir anlamda ölüme hazırlıktır ve hassas bir safhadır. Dolayısıyla terminal döneme özgü problem ve ihtiyaçları gözeten nitelikli bir manevî destek/danışmanlık hizmetinin planlanması gereği ortaya çıkmaktadır. Terminal dönem içinde bulunan hastalar, genel olarak yatağa bağımlı olup duygu ve düşüncelerini sözlü olarak aktarmakta zorluk yaşamaktadırlar. Bu nedenle manevî destek müdahalesinin hastayı yormadan kısa telkin ve sözlü açıklamalar şeklinde yapılması daha uygundur. Müdahalede Allah'ın rahmet ve mağfiretinin enginliğinden, sıkıntılara ve hastalığa sabredenlere vaat ettiği mükâfatlardan vb. bahsedilerek hastalarda huzur ve umut duygusunun uyandırılması önemlidir.

(D): DEĞERLENDİRME

Değerlendirme aşaması; manevî destek müdahalesinin hasta üzerinde olumlu ya da olumsuz yönde etkilerinin incelendiği aşamadır. Burada müdahale öncesi yapılan ölçümler, yapıldıysa ara ölçümler ve müdahale sonrası yapılan ölçümlerin karşılaştırması yapılır. Ayrıca müdahalenin etkinliğine ilişkin hastanın görüş ve değerlendirmeleri de alınmalıdır. Bu aşamada onkoloji ekibini oluşturan diğer üyelerin (onkolog, psikolog, sosyal hizmet uzmanı) de değerlendirmeye dâhil olması daha geniş bir perspektif sunması açısından önemlidir.

Değerlendirme aşamasında holistik yaklaşım çerçevesinde hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevî iyilik halini ölçmeye yönelik araçlar kullanılmalıdır. Bu araştırmada fiziksel iyilik halinin ölçülmesinde yaşam kalitesi ölçeği (fiziksel,

♦Zümer 39/53.

♦Enbiya 21/90.

¹⁰⁶¹Göka, “Unutulan Umut Psikolojisi”.

fonksiyonel ve semptom alt boyutları), psikolojik iyilik hali için durumluk-sürekli kaygı envanteri ve manevî iyilik hali için dini tutum ve dini başa çıkma ölçekleri kullanılmıştır. Fakat sosyal iyilik halini ölçmeye yönelik bir araç kullanılmamıştır. Bu araştırmanın nitel bulguları ve literatür¹⁰⁶² çalışmaları kanser hastalarında sosyal iyilik halinin önemli göstergelerinden birisi olan sosyal destek algısının, başa çıkma için önemini göstermektedir. Ancak bu araştırmanın planlama ve probleminin tespiti aşamasında sosyal iyilik halinin ölçümü dikkate alınmamıştır. Bu durum ise araştırmanın önemli bir eksikliği olmuştur.

1.2. İleride Yapılacak Araştırmalara Yönelik Öneriler

Burada Müslüman Türk örnekleme bağlamında yurtiçinde yapılabilecek araştırmalara ilişkin öneriler sıralanmıştır.

Bu araştırma, spesifik bir kanser örnekleminde (meme kanseri) ayaktan tedavi alan (kemoterapi, radyoterapi ve hedefe yönelik tedavi) kanser hastalarıyla yapılmıştır. Bulguların farklı değişkenlerden etkilenmesini en aza indirmek için mümkün olduğunca örneklem grubunun özellikleri kanser türü, cinsiyet ve tedavi değişkenleri bağlamında sınırlandırılmıştır. Üç aşamalı olarak gerçekleştirilen bu araştırmanın ilk aşamasında dini tutumlar ve dini başa çıkmanın hastaların kaygı ve yaşam kalitesine etkileri incelenmiştir. İkinci aşamada hastaların tepkileri, problemleri, hastalığa yönelik atıfları, gelişim ve başa çıkma alanları tespit edilerek manevî destek programı hazırlanmıştır. Dolayısıyla manevî destek müdahalesi için araştırmanın kendi bulgularından faydalanılmıştır. Ancak bu tür çoklu aşamalardan oluşan araştırmalar; örnekleme ulaşma problemi, zaman kısıtlılığı, ortam ve çalışma şartlarının uygunsuzluğu, resmî prosedür vb. nedenlerle her zaman mümkün olmayabilir. Fakat etkili manevî danışmanlık/destek modellerinin oluşturulabilmesi ve hizmetlerinin planlanabilmesi için bu tür araştırma verilerine de ihtiyaç vardır. Yukarıdaki nedenlerden dolayı aşamalı ve karma desen yöntemleriyle araştırmalar yapılamaması manevî danışmanlık/destek

¹⁰⁶² Bkz. Mcillmurray vd., “The Psychosocial Needs of Cancer Patients”, ss. 261-69; Weiss, “Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors”, ss. 733-46; Beatty vd., “The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer”, ss. 331-42; Bozo, Gündoğdu, Büyükaşık-Çolak, “The Moderating Role of Different Sources of Perceived Social Support on the Dispositional Optimism—Posttraumatic Growth Relationship in Postoperative Breast Cancer Patients”, ss. 1009-20; Danhauer vd., “Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer”, ss. 2676-83; Fong vd., “Changes in Social Support Predict Emotional Well- being in Breast Cancer Survivors”, ss. 664-71; Polat, *Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Kadınlarda Sosyal Destek, Yalnızlık ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*.

modellerinin geliştirilmesinin önünde bir engel değildir. Onkoloji alanında din ve maneviyatı ele alan nicel ve nitel çalışmaların verilerinden istifade edilerek işlevsel ve etkili modeller geliştirilebilir. Fakat din psikolojisi, manevî danışmanlık ve sağlık bilimlerinden gelen ilgili çalışmaların toplamına bakıldığında yerli literatürde doyurucu bir seviyeye ulaşamadığı görülmektedir. Buna göre onkoloji alanının disiplinlerarası yönü dikkate alınarak ve kanserin yalnızca tıbbî değil insanî, sosyal ve varoluşsal boyutlarını ele alan çok sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Kanser, doğası gereği varoluşsal bir hastalık olması nedeniyle manevî danışmanlık ve manevî destek hizmetlerinin doğrudan kapsama alanına girmektedir. Kanserın varoluşsal boyutu, hastaların yaşadığı problemlerin büyüklüğü ve problemler arasındaki ilişki ağı düşünüldüğünde onkoloji alanına özgü bir manevî danışmanlık alanının olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Türkiye bağlamında onkoloji manevî danışmanlığı alanının gelişebilmesi için de spesifik düzeyde alan araştırmaları yapılmalıdır. Kanserın doğası ve hastaların dönemlere göre farklılaşan problem ve ihtiyaçları düşünülerek araştırma planları oluşturulmalıdır. Yapılabilecek öncelikli çalışmalardan birisi Müslüman Türk örnekleme bağlamında kanser hastalarında varoluşsal boyutun, din ve maneviyatın neye karşılık geldiğini irdeleyen nitel çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmalardan yola çıkarak kanser örnekleme özgü dindarlık/maneviyat ve dinî başa çıkma ölçeklerinin de geliştirilmesi gereklidir.

Araştırmada Türk kültürüne uyarlaması yapılmış bir dinî başa çıkma ölçeği kullanılmıştır. Ancak araştırmanın örneklem grubu bağlamında, ölçeğe ait bazı boyutlar güvenilirlik düzeyinin altında kalmıştır. Bu sonuç, dinî başa çıkmada kültüre özgü ölçüm araçlarına olan ihtiyacı ortaya koymasından önemlidir.

Yine kanser hastalarının dinî/manevi problemleri, ihtiyaçları, kaygıları, atıfları ve başa çıkma davranışlarını belirlemeye yönelik çok sayıda nitel araştırmaya ihtiyaç vardır.

Bu araştırmada hastaların "dini/manevi kaygılar"ına yönelik özel bir soru yöneltilmemiştir. Ancak hastaların yaşamış oldukları problemler temasında "fonksiyonel problemler" kategorisi altında "ibadetleri yerine getirmekte zorlanma" kodu ortaya çıkmıştır. Bu kod, hastaların tanı ve tedavinin yan etkileri dolayısıyla halsizlik/güçsüzlük, bulantı, ağrı vb. yaşamalarına bağlı olarak özellikle abdest ve

namaz gibi ibadetleri yapmakta zorlanmalarını ifade etmektedir. Ayrıca tümör kitlesinin alınması esnasında koltukaltı lenf bezlerinin de alınmasıyla ortaya çıkan lenfödemin, kolda şişlik ve ağrı yapması nedeniyle hastalarda hareket kabiliyeti de kısıtlanmaktadır. Tanı ve tedavinin olumsuzluklarına bağlı olarak hastalarda "ibadetleri yerine getirmekte zorlanma"nın aynı zamanda suçluluk duygusuna yol açtığı gözlenmiştir. Bazı hastalar, bu durumdan dolayı üzüntü ve kaygılarını ifade etmişlerdir. Diğer taraftan İslam'ın hastalık halinde tanımış olduğu kolaylıklar hakkında hastaların bilgi sahibi olmadığı da anlaşılmıştır. Buna göre hastalarda "ibadetleri yerine getirmekte zorlanma"ya ilişkin tanı ve tedavinin yan etkileri ve bilgi eksikliği olarak iki temel sorun ortaya çıkmaktadır. Bu sorunlar bağlamında kanser hastalarının, dini vecibeler ve ibadetler konusunda İslam dininin hastalara sunmuş olduğu kolaylıklar hakkında da bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Ancak hastaların "dini/manevi kaygılar"ının çok daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle Müslüman Türk kültürü bağlamında bu sorunları spesifik olarak ele alan çalışmalar gereklidir.

Ayrıca Müslüman Türk örnekleme bağlamında kanser hastalarında din ve maneviyatın; başa çıkma, yaşam kalitesi, ruh sağlığı (depresyon, kaygı, stres vb.), travma sonrası stres/gelişim alanları, sosyal destek algıları vb. değişkenlerle ilişkileri ve etkileşimlerini ortaya koyacak çok sayıda nicel araştırmaya ihtiyaç vardır.

Bu araştırmalar; hastaların ihtiyaç ve problemlerinin kanser türüne (meme, genital, akciğer, kolon, lenf vb.), kanserin dönemlerine (tanı, tedavi, sağ kalım, terminal vb.), yaşa (genç, orta yaş, yaşlı) ve cinsiyete göre değişimler gösterdiği dikkate alınarak daha spesifik örneklem gruplarında planlanabilir. Örnek olarak yaşlı meme kanseri hastalar, yaşlı akciğer hastalarında tedavi dönemi, genç genital kanser hastalarında sağkalım vb. verilebilir. Araştırmalardan elde edilen veriler, kanserin farklı türlerine ve dönemlerine göre hastaların dinî/manevî problem ve ihtiyaçlarının tespit edilmesini kolaylaştıracaktır. Böylece onkoloji alanında manevî danışmanlık/destek modellerinin geliştirilmesi ve test edilmesi imkânı ortaya çıkacaktır.

Araştırmanın nitel bulguları arasında; doğada vakit geçirme, yürüyüş ve egzersiz yapma ile çiçek, sebze ve meyve yetiştirme gibi doğaya yönelik aktivitelerin, kanser hastalarının başa çıkma çıkma faaliyetleri arasında önemli bir yeri olduğu belirlenmiştir. Ancak yurtiçi literatürde, kanser hastalarının doğaya yönelik eğilimleri ve manevî iyilik hallerini konu edinen çalışma eksikliği vardır. Bu nedenle gerek din psikolojisi gerekse

manevî danışmanlık alanında ilgili konu çerçevesinde çalışmalar planlanması önerilir. Ayrıca kanser hastalarına yönelik etkili bir manevî destek/danışma hizmeti sunulmasında bu tür etkinliklerin de göz önünde tutulması önemlidir.

Bu araştırmanın yürütülmesi, ilgili sağlık kurumlarının izin ve desteğinin yanında bireysel düzeyde doktor, hemşire gibi sağlık profesyonelleri ile yardımcı sağlık personelinin de desteğiyle gerçekleşmiştir. Ancak araştırmanın planlama ve sonraki aşamalarında akademik tıp camiası içinden bir kesimin, olumsuz yönde tepkileri olmuştur. Bu tepkiler, ilgili kesim tarafından tıbbî ve etik kaygılar olarak dile getirilmiştir. Fakat araştırma ekibinde bu tepkilerin, bahsi geçen kesimin din ve maneviyata yönelik algıları ve önyargılarıyla ilişkili olabileceği kanısı oluşmuştur.

Din ve maneviyatın sağlık üzerindeki olumlu etkilerine ilişkin artan bir bilimsel literatür olmasına rağmen ülkemizde özellikle tıp ve sağlıkla ilgili bazı akademik çevrelerin, bu alanı görmezden gelmek ya da töhmet altında tutmak istedikleri düşünülmektedir. Bu nedenle holistik yaklaşım çerçevesinde insan sağlığının biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve manevî boyutları dikkate alınarak din/maneviyat ve sağlık ilişkisi bağlamında ders ve konuların; tıp müfredatına dâhil edilmesi, tıp ve sağlık alanıyla ilgili hizmet içi eğitim, çalıştay, kongre vb. ortamlarda gündeme alınması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- “A to Z List of Cancer Types - National Cancer Institute”, CgvHomeLanding (16.01.2021), <https://www.cancer.gov/types>.
- AARONSON N. K. vd., “The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology”, *Journal of the National Cancer Institute*, C. 85, S. 5 (1993), ss. 365-76, doi:10.1093/jnci/85.5.365.
- ABU-RAIYA Hisham, Kenneth I. PARGAMENT, Neal KRAUSE, “Religion as Problem, Religion as Solution: Religious Buffers of the Links between Religious/Spiritual Struggles and Well-Being/Mental Health”, *Quality of Life Research*, C. 25, S. 5 (2016), ss. 1265-74, doi:10.1007/s11136-015-1163-8.
- ACAR Cemre, Tunca Gül ALTUNTAŞ, “Hedefe Yönelik Kanser Tedavisinde Kullanılan Akıllı İlaçlar: EGFR İnhibitörleri”, *FABAD Journal of Pharmaceutical Sciences*, C. 44, S. 1 (2019), ss. 47-63.
- “According to the DSM-5, which diagnoses are classified as anxiety disorders?”, (09.01.2021), <https://www.medscape.com/answers/286227-14511/according-to-the-dsm-5-which-diagnoses-are-classified-as-anxiety-disorders>.
- ACKLIN M. W., E. C. BROWN, P. A. MAUGER, “The Role of Religious Values in Coping with Cancer”, *Journal of Religion and Health*, C. 22, S. 4 (1983), ss. 322-33, doi:10.1007/BF02279928.
- ADLER Alfred, *İnsan Doğası*, Yason Yayıncılık, 2016.
- , *Yaşamın Anlam ve Amacı*, çev. Kamuran Şipal, 13. b., Say Yayınları, 2017.
- ADORNO Gail vd., “Positive aspects of having had cancer: A mixed-methods analysis of responses from the American Cancer Society Study of Cancer Survivors-II (SCS-II)”, *Psycho-Oncology*, C. 27, S. 5 (2018), ss. 1412-25, doi:10.1002/pon.4484.
- AFŞAR Füsün, “Sandalye Masajı Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesine Katkı Verebilir mi?”, *3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri ve Sunum Kitabı*, İzmir: SAYKAD, 2010, s. .
- AGHABABAEI Naser, Agata BŁACHNIO, Masoume AMINIKHOO, “The relations of gratitude to religiosity, well-being, and personality”, *Mental Health, Religion & Culture*, C. 21, S. 4 (2018), ss. 408-17.
- AGHABABAEI Naser, Mohammad Taghi TABIK, “Patience and Mental Health in Iranian Students”, *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, C. 9, S. 3 (2015), doi:10.17795/ijpbs-1252.
- AHMADI Fereshteh, Nader AHMADI, “Nature as the Most Important Coping Strategy Among Cancer Patients: A Swedish Survey”, *Journal of Religion and Health*, C. 54, S. 4 (2015), ss. 1177-90, doi:10.1007/s10943-013-9810-2.
- AHN Eunmi vd., “Impact of Breast Cancer Diagnosis and Treatment on Work-Related Life and Factors Affecting Them”, *Breast Cancer Research and Treatment*, C. 116, S. 3 (2009), ss. 609-16, doi:10.1007/s10549-008-0209-9.

- AI Amy Lee vd., "Pathways to Postoperative Hostility in Cardiac Patients: Mediation of Coping, Spiritual Struggle and Interleukin-6", *Journal of Health Psychology*, C. 15, S. 2 (2010), ss. 186-95, doi:10.1177/1359105309345556.
- AJORPAZ Neda Mirbagher, Mohammad AGHAJANI, Maryam Sadat SHAHSHAHANI, "The effects of music and Holy Quran on patient's anxiety and vital signs before abdominal surgery", *Evidence Based Care Journal*, C. 1, S. 1 (2011), ss. 63-76.
- AKYOL Asiye, "Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C. 9, S. 3 (1993), ss. 71-75.
- AKYOL Gülüzar, "İnterlökkinler", *Mikrobiyoloji Bülteni*, C. 28 (1994), ss. 286-93.
- AL EID Nawal A vd., "Religiosity, Psychological Resilience, and Mental Health Among Breast Cancer Patients in Kingdom of Saudi Arabia", *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, C. 14 (2020), ss. 1-13, doi:10.1177/1178223420903054.
- ALACACIOĞLU Ahmet vd., "Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler", *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, C. 17, S. 2 (2007), ss. 87-93.
- ALALOUL Fawwaz vd., "Spirituality in Arab Muslim Hematopoietic Stem Cell Transplantation Survivors: A Qualitative Approach", *Cancer Nursing*, C. 39, S. 5 (2016), ss. E39-47, doi:10.1097/NCC.0000000000000312.
- ALBAYRAK Ahmet, *Gençlerde Dua Psikolojisi: Üniversite Gençlerinin Dua Tutum ve Davranışları*, İstanbul: Düşünce Kitabevi Yayınları, 2013.
- ALCORN Sara R. vd., "'If God Wanted Me Yesterday, I Wouldn't Be Here Today': Religious and Spiritual Themes in Patients' Experiences of Advanced Cancer", *Journal of Palliative Medicine*, C. 13, S. 5 (2010), ss. 581-88, doi:10.1089/jpm.2009.0343.
- ALEXANDERSEN Ingeborg vd., "'Never in My Mind to Give up!' A Qualitative Study of Long-Term Intensive Care Patients' Inner Strength and Willpower-Promoting and Challenging Aspects", *Journal of Clinical Nursing*, C. 28, S. 21-22 (2019), ss. 3991-4003, doi:10.1111/jocn.14980.
- ALKIN Tuç, "Panik Bozukluğu ve Agorafobi", *Anksiyete Bozuklukları*, ed. Raşit Tükel, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2000, ss. 5-37.
- ALTAŞ Nurullah, "Din Hizmetleri ve Dinî Danışmanlık İlişkisi", *Dinî Danışmanlık ve Hizmetleri*, ed. Nurullah Altaş, Mustafa Köylü, İstanbul: Ensar Neşriyat, 2014, ss. 13-34.
- , "Dini Danışmanlığın Teorik Temelleri", *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, S. 41 (2000), ss. 327-50.
- , *Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997.
- ALTINBAŞ Mustafa, "Meme Kanserinin Hormonal Tedavisi", *Erciyes Medical Journal*, C. 23, S. 1 (2001), ss. 34-49.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, "What Are Anxiety Disorders?", (09.01.2021), <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>.
- "An Old Take On New Gratitude", (05.12.2020), <https://thriveglobal.com/stories/an-old-take-on-new-gratitude/>.

- ANO Gene. G., Kenneth. I. PARGAMENT, "Predictors of Spiritual Struggles: An Exploratory Study", *Mental Health, Religion & Culture*, C. 16, S. 4 (2013), ss. 419-34, doi:10.1080/13674676.2012.680434.
- AREL Hüseyin Sadettin, "Makamlardaki Duygu Unsuru III", *Musiki Mecmuası*, S. 49 (1952), ss. 4-5.
- ARGYLE Michael, *Religious behavior*, Glencoe, Illinois: Free Press, 1959.
- ARIBAL KOCATÜRK Pelin, "Strese Cevap", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, C. 53, S. 1 (2000), ss. 49-56.
- ARIKAN Rauf, *Araştırma Yöntem ve Teknikleri*, Ankara: Nobel Yayın, 2011.
- ARMSTRONG Tonya Denise, *Exploring spirituality: The development of the Armstrong Measure of Spirituality*, New York: Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 1995.
- ASİ KARAKAŞ Sibel, *Kanser Hastalarının Hastalığı Değerlendirme Biçimlerinin Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesine Etkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
- ASSAF Ghada Najjar, Eleanor HOLROYD, Violeta LOPEZ, "Isolation and prayer as means of solace for Arab women with breast cancer: An in-depth interview study", *Psycho-Oncology*, C. 26, S. 11 (2017), ss. 1888-93, doi:10.1002/pon.4402.
- ASUZU Chioma Christie, Theresa Nchekube ELUMELU, "Assessing Cancer Patients' Quality of Life and Coping Mechanisms in Radiotherapy Department of the University College Hospital, Ibadan", *Psycho-Oncology*, C. 22, S. 10 (2013), ss. 2306-12, doi:10.1002/pon.3290.
- AYDEMİR Rüveyda Eftal, *Dindarlık ve Mutluluk İlişkisi: İlk Yetişkinlik Dönemi*, (Yüksek Lisans Tezi), Samsun: Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
- AYELE Hana vd., "Religious Activity Improves Life Satisfaction for Some Physicians and Older Patients", *Journal of the American Geriatrics Society*, C. 47, S. 4 (1999), ss. 453-55, doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb07238.x.
- AYTEN Ali vd., "Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Amprik Bir Araştırma", *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, C. 12, S. 2 (2012), ss. 45-79.
- , "Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Amprik Bir Araştırma", *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, C. 12, S. 2 (2012), ss. 45-79.
- , *Tanrı'ya Sığınmak: Dinî Başa Çıkma Üzerine Psiko-Sosyal Bir Araştırma*, İstanbul: İz Yayıncılık, 2012.
- AYTO John, *Dictionary of Word Origins*, New York: Arcade Publishing, Little, Brown, 1990.
- BABAMOHAMADI Hassan vd., "The Effect of Holy Qur'an Recitation on Anxiety in Hemodialysis Patients: A Randomized Clinical Trial", *Journal of Religion and Health*, C. 54, S. 5 (2015), ss. 1921-30, doi:10.1007/s10943-014-9997-x.
- BAG Beyhan, "Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C. 5, S. 1 (2013), ss. 109-26, doi:10.5455/cap.20130508.
- BAHADIR Abdülkerim, *İnsanın Anlam Arayışı ve Din*, 2. b., İstanbul: İnsan Yayınları, 2011.
- , *Jung ve Din*, İstanbul: İz Yayıncılık, 2010.

- BALBONI Tracy A. vd., “Provision of Spiritual Support to Patients With Advanced Cancer by Religious Communities and Associations With Medical Care at the End of Life”, *JAMA Internal Medicine*, C. 173, S. 12 (2013), ss. 1109-17, doi:10.1001/jamainternmed.2013.903.
- , “Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life”, *Journal of Clinical Oncology*, C. 25, S. 5 (2007), ss. 555-60, doi:10.1200/JCO.2006.07.9046.
- BALBONI Tracy Anne vd., “Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death”, *Journal of Clinical Oncology*, C. 28, S. 3 (2010), ss. 445-52, doi:10.1200/JCO.2009.24.8005.
- BANARLI Nihad Sâmi, “Kur’ân-ı Kerîm ve Türkçe”, *İslâm Medeniyeti Mecmuası*, C. 1, S. 5 (1967), ss. 41-43.
- BARKER Robert L., *The Social Work Dictionary*, 4th ed., Washington, DC: NASW Press, 1999.
- BATES Alan T, “Addressing Existential Suffering”, *British Columbia Medical Journal*, C. 58 (2016), ss. 268-73.
- BAUMAN Zygmunt, *Akışkan Modernite*, çev. Sinan Okan Çavuş, 4. b., İstanbul: Can Yayınları, 2019.
- BAUMEISTER Roy F., *Meanings of Life*, New York: Guilford Press, 1991.
- BAUMEISTER Roy F., Mark J. LANDAU, “Finding the Meaning of Meaning: Emerging Insights on Four Grand Questions”, *Review of General Psychology*, C. 22, S. 1 (2018), ss. 1-10, doi:10.1037/gpr0000145.
- BAYKARA Onur, “Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar”, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, C. 5, S. 3 (2016), ss. 154-65, doi:10.5505/bsbd.2016.93823.
- BEATTY Lisa vd., “The Psychosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer: A Qualitative Study of Patient, Nurse and Volunteer Perspectives”, *Health Expectations*, C. 11, S. 4 (2008), ss. 331-42, doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00512.x.
- BENJAMINS Maureen Reindl, Carolyn BROWN, “Religion and preventative health care utilization among the elderly”, *Social Science & Medicine*, C. 58, S. 1 (2004), ss. 109-18, doi:10.1016/S0277-9536(03)00152-7.
- BENSON Herbert, *Timeless Healing*, New York: Fireside, 1996.
- BERGER Ann M. vd., “Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015: Clinical Practice Guidelines in Oncology”, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, C. 13, S. 8 (2015), ss. 1012-39.
- BERMAN Marc G., John JONIDES, Stephen KAPLAN, “The Cognitive Benefits of Interacting With Nature”, *Psychological Science*, C. 19, S. 12 (2008), ss. 1207-12, doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02225.x.
- BERNARD SPILKA, PHILLIP SHAVER, LEE A. KIRKPATRICK, “A General Attribution Theory for the Psychology of Religion”, *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 24, S. 1 (1985), ss. 1-20, doi:10.2307/1386272.
- BERNTSON Gary G. vd., “Spirituality and Autonomic Cardiac Control”, *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, C. 35, S. 2 (2008), ss. 198-208, doi:10.1007/s12160-008-9027-x.

- BESER Nalan G., Fatma ÖZ, “Kemoterapi Alan Lenfomali Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, C. 7, S. 1 (2003), ss. 47-58.
- “Beyond worry: How psychologists help with anxiety disorders”, <https://www.apa.org>, (08.01.2021), <https://www.apa.org/topics/anxiety-disorders>.
- BİLGİN Nuri, Alev ERGENÇ, Ömür N. TİMURCANDAY, “Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi”, *Seminer*, S. 4 (1985), ss. 157-70.
- BLASCHKE Sarah, “The Role of Nature in Cancer Patients’ Lives: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis”, *BMC Cancer*, C. 17, S. 1 (2017), s. 370, doi:10.1186/s12885-017-3366-6.
- BOER Angela G. E. M. de vd., “Cancer Survivors and Unemployment: A Meta-Analysis and Meta-Regression”, *JAMA*, C. 301, S. 7 (2009), ss. 753-62, doi:10.1001/jama.2009.187.
- BONO Giacomo, Robert A. EMMONS, Michael E. MCCULLOUGH, “Gratitude in Practice and the Practice of Gratitude”, *Positive Psychology in Practice*, ed. Stephen Joseph, P. Alex Linley, New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd, 2004, ss. 464-81, doi:10.1002/9780470939338.ch29.
- BOSCAGLIA N. vd., “The Contribution of Spirituality and Spiritual Coping to Anxiety and Depression in Women with a Recent Diagnosis of Gynecological Cancer”, *International Journal of Gynecological Cancer*, C. 15, S. 5 (2005), ss. 755-61, doi:10.1111/j.1525-1438.2005.00248.x.
- BOVERO A. vd., “Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice”, *European Journal of Cancer Care*, C. 25, S. 6 (2015), ss. 961-69, doi:10.1111/ecc.12360.
- BOVERO Andrea vd., “The Spirituality in End-of-Life Cancer Patients, in Relation to Anxiety, Depression, Coping Strategies and the Daily Spiritual Experiences: A Cross-Sectional Study”, *Journal of Religion and Health*, C. 58, S. 6 (2019), ss. 2144-60, doi:10.1007/s10943-019-00849-z.
- BOZO Özlem, Elçin GÜNDOĞDU, Canan BÜYÜKAŞIK-ÇOLAK, “The Moderating Role of Different Sources of Perceived Social Support on the Dispositional Optimism— Posttraumatic Growth Relationship in Postoperative Breast Cancer Patients”, *Journal of Health Psychology*, C. 14, S. 7 (2009), ss. 1009-20, doi:10.1177/1359105309342295.
- BRADT Joke vd., “Music Interventions for Improving Psychological and Physical Outcomes in Cancer Patients”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, S. 8 (2016), doi:10.1002/14651858.CD006911.pub3.
- BREITBART William vd., “Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial”, *Psycho-oncology*, C. 19, S. 1 (2010), ss. 21-28, doi:10.1002/pon.1556.
- , “Spirituality and Meaning in Supportive Care: Spirituality- and Meaning-Centered Group Psychotherapy Interventions in Advanced Cancer”, *Supportive Care in Cancer*, C. 10, S. 4 (2002), ss. 272-80, doi:10.1007/s005200100289.
- BULMAN Ronnie J., Camille B. WORTMAN, “Attributions of blame and coping in the”, *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 35, S. 5 (1977), ss. 351-63, doi:10.1037/0022-3514.35.5.351.
- BUTCHER James N., Susan MINEKA, Jill M. HOOLEY, *Anormal Psikoloji*, çev. Okhan Gündüz, İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2013.

- BUSSING Arndt vd., “Reliance on God’s Help as a Measure of Intrinsic Religiosity in Healthy Elderly and Patients with Chronic Diseases. Correlations with Health-Related Quality of Life?”, *Applied Research in Quality of Life*, C. 4, S. 1 (2009), ss. 77-90, doi:10.1007/s11482-009-9068-8.
- BUSSING Arndt, Harold G. KOENIG, “Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases”, *Religions*, C. 1, S. 1 (2010), ss. 18-27, doi:10.3390/rel1010018.
- BÜYÜKÖZTÜRK Şener, *Deneysel Desenler*, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2016.
- , *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2020.
- CADELL Susan, Cheryl REGEHR, David HEMSWORTH, “Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model”, *American Journal of Orthopsychiatry*, C. 73, S. 3 (2003), ss. 279-87, doi:10.1037/0002-9432.73.3.279.
- CALDEIRA Sílvia vd., “Spiritual Well-Being and Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Utilizing the SWBQ as Component of Holistic Nursing Diagnosis”, *Journal of Religion and Health*, C. 56, S. 4 (2017), ss. 1489-1502, doi:10.1007/s10943-017-0390-4.
- CAN Abdullah, *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*, 7. b., Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2019.
- CANSEVER Turgut, “İslam Mimarîsi Üzerine Düşünceler”, *Divan*, S. 1 (1996), ss. 119-46.
- , *Mimar Sinan*, İstanbul: Albaraka Türk Yayınları, 2005.
- CAO Bochen, Isabelle SOERJOMATARAM, Freddie BRAY, “The burden and prevention of premature deaths from noncommunicable diseases, including cancer: a global perspective”, *World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention*, ed. Christopher P. Wild, Elisabete Weiderpass, Bernard W. Stewart, Lyon: WHO, International Agency for Research on Cancer, 2020, ss. 16-22.
- CARVER C. S. vd., “How Coping Mediates the Effect of Optimism on Distress: A Study of Women with Early Stage Breast Cancer”, *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 65, S. 2 (1993), ss. 375-90, doi:10.1037//0022-3514.65.2.375.
- CARVER Charles S., “You Want to Measure Coping but Your Protocol’ Too Long: Consider the Brief Cope”, *International Journal of Behavioral Medicine*, C. 4, S. 1 (1997), ss. 92-100, doi:10.1207/s15327558ijbm0401_6.
- CASELLAS-GRAU ANNA, OCHOA CRISTIAN, RUINI CHIARA, “Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: A systematic and critical review”, *Psycho-Oncology*, C. 26, S. 12 (2017), ss. 2007-18, doi:10.1002/pon.4426.
- CEBECİ Suat, “Bir Din Öğretimi Yaklaşımı Olarak Dini Danışma ve Rehberlik”, *Değerler Eğitimi Dergisi*, C. 8, S. 19 (2010), ss. 53-69.
- CELLA David, “Quality of Life: The Concept”, *Journal of Palliative Care*, C. 8, S. 13 (1992), ss. 8-13.
- CHAVES Erika de Cássia Lopes, Emília Campos de CARVALHO, Vanderlei José HASS, “Validation of the Nursing Diagnosis Spiritual Anguish: Analysis by Experts”, *Acta Paul Enferm*, C. 23, S. 2 (2010), ss. 264-70, doi:10.1590/S0103-21002010000200018.

- CHIO Chung-Ching vd., “The lived experiences of spiritual suffering and the healing process among Taiwanese patients with terminal cancer”, *Journal of Clinical Nursing*, C. 17, S. 6 (2008), ss. 735-43, doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01854.x.
- CHORON Jacques, *Modern Man and Mortality*, New York: Macmillan, 1964.
- CHRISTENSEN Larry B., R. Burke JOHNSON, Lisa A. TURNER, *Araştırma Yöntemleri, Desen ve Analiz*, ed. çev. Ahmet Aypay, Ankara: Anı Yayıncılık, 2020.
- CHUJO Masami, Junzo KIGAWA, Hitoshi OKAMURA, “Psychological Factors and Characteristics of Recurrent Breast Cancer Patients with or without Psychosocial Group Therapy Intervention”, *Yonago Acta Medica*, C. 54 (2011), ss. 65-74.
- CICIRELLI Victor G., “Personal meanings of death in relation to fear of death”, *Death Studies*, C. 22, S. 8 (1998), ss. 713-33, doi:10.1080/074811898201236.
- CİVİL ARSLAN Filiz vd., “Bipolar Bozuklukta İnterlökin-18 ve İnterlökin-6 Sitokin Seviyelerinin Bilişsel İşlevler ile İlişkisi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, C. 28, S. 2 (2017), ss. 81-88, doi:10.5080/u17086.
- CLARK Walter Houston, *The psychology of religion*, New York: Macmillan, 1958.
- CLEMENTS Andrea D., Anna V. ERMAKOVA, “Surrender to God and Stress: A Possible Link between Religiosity and Health.”, *Psychology of Religion and Spirituality*, C. 4, S. 2 (2012), ss. 93-107, doi:10.1037/a0025109.
- CLINEBELL Howard John, *Basic Types of Pastoral Counseling*, New York: Abingdon Press, 1966.
- , *Modelle Beratender Seelsorge*, München: Kaiser, 1971.
- CONNELL Shirley, Carla PATTERSON, Beth NEWMAN, “Issues and Concerns of Young Australian Women with Breast Cancer”, *Supportive Care in Cancer*, C. 14, S. 5 (2006), ss. 419-26, doi:10.1007/s00520-005-0003-8.
- “Consciously training our sense of gratitude is good for mental health”, (05.12.2020), <https://medicalxpress.com/news/2020-05-consciously-gratitude-good-mental-health.html>.
- CONWAY David, *Classical Liberalizm: The Unvanquished Ideal*, New York: St Martin’s Press, 1955.
- COOK Erin Lane, Michael J. SILVERMAN, “Effects of Music Therapy on Spirituality with Patients on a Medical Oncology/Hematology Unit: A Mixed-Methods Approach”, *The Arts in Psychotherapy*, C. 40, S. 2 (2013), ss. 239-44, doi:10.1016/j.aip.2013.02.004.
- CORDOVA M. J. vd., “Posttraumatic Growth Following Breast Cancer: A Controlled Comparison Study”, *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, C. 20, S. 3 (2001), ss. 176-85.
- CORDOVA Matthew J. vd., “Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth”, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, C. 14, S. 4 (2007), ss. 308-19, doi:10.1007/s10880-007-9083-6.
- COŞAR Zeynep Büşra, *Cerrahi Operasyon Geçirmiş Meme Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Gelişimi Yordayan Faktörlerin İncelenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.
- COTTON Sian P. vd., “Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer”, *Psycho-Oncology*, C. 8, S. 5 (1999), ss. 429-38.

- COUSIN Lakeshia vd., “Effect of gratitude on cardiovascular health outcomes: a state-of-the-science review”, *The Journal of Positive Psychology*, 2020, 1-8, doi:10.1080/17439760.2020.1716054.
- CRESSWELL John W., *Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş*, çev. Mustafa Sözbilir, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık, 2017.
- CRESSWELL John W., Vicki L. Plano CLARK, *Karma Yöntem Araştırmaları: Tasarımı ve Yürütülmesi*, ed. Yüksel Dede, Selçuk Beşir Demir, 2. Baskı., Ankara: Anı Yayıncılık, 2015.
- CRESSWELL John W., *Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*, çev. ed. Mesut Bütün, Selçuk Beşir Demir, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2016.
- ÇUFTA Muharrem, *Kanser Hastalığı ile Başa Çıkma Dinî İnanç ve Tutumların Rolü: Kosova Örneği*, (Doktora Tezi), Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
- CURT Gregory A. vd., “Impact of Cancer-Related Fatigue on the Lives of Patients: New Findings From the Fatigue Coalition”, *The Oncologist*, C. 5, S. 5 (2000), ss. 353-60, doi:10.1634/theoncologist.5-5-353.
- CÜCELOĞLU Doğan, *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*, 18. b., İstanbul: Remzi Kitabevi, 2009.
- ÇEPNİ Salih, *Araştırma ve Proje Çalışmalarına Giriş*, Trabzon: Celepler Matbaacılık, 2014.
- ÇETİN Abdurrahman, “Kur’ân Kırâatında Mûsikînin Yeri”, *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 7, S. 7 (1998), ss. 115-34.
- ÇITLIK SARITAŞ Seyhan, Zeliha BÜYÜKBAYRAM, “Kemoterapi Alan Hastaların ve Bakım veren Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, C. 15, S. 2 (2016), ss. 141-51, doi:10.1016/S0959-8049(16)30739-0.
- ÇİFTÇİ Aişe, *Hastalıklarla Başa Çıkma Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- DANHAUER Suzanne C. vd., “Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer”, *Psycho-Oncology*, C. 22, S. 12 (2013), ss. 2676-83.
- DAŞTAN Nihal Bostancı, Sevim BUZLU, “Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım”, *Bilim ve Sanat Dergisi*, C. 3, S. 1 (2010), ss. 73-78.
- DAUGHERTY Christopher K. vd., “Trusting God and medicine: Spirituality in advanced cancer patients volunteering for clinical trials of experimental agents”, *Psycho-Oncology*, C. 14, S. 2 (2005), ss. 135-46, doi:10.1002/pon.829.
- DEDELİ Özden , Çiçek FADİLOĞLU, Rüçhan USLU, “Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi”, *Türk Onkoloji Dergisi*, C. 23, S. 3 (2007), ss. 132-39.
- DEDELİ Özden, Gülten KARADENİZ, “Kanser Ağrısının Kontrolü ile Psikososyal-Spiritüel Modelin Birleştirilmesi”, *Ağrı*, C. 21, S. 2 (2009), ss. 45-53.
- DELGADO-GUAY Marvin O. vd., “Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients”, *Journal of Pain and Symptom Management*, C. 41, S. 6 (2011), ss. 986-94, doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.09.017.
- DELGADO-GUAY Marvin Omar vd., “Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain Among Caregivers of Patients With Advanced Cancer”, *American Journal of*

- Hospice and Palliative Medicine*®, C. 30, S. 5 (2013), ss. 455-61, doi:10.1177/1049909112458030.
- DEMİRCİ Mehmet, “Ölümdeki Hayat: Tasavvuf Düşüncesinde Ölüm”, *Tasavvuf: İlmî ve Akademik Araştırma Dergisi*, C. 2, S. 4 (2000), ss. 9-16.
- DICKSTEIN Louis S., “Death Concern: Measurement and Correlates”, *Psychological Reports*, C. 30, S. 2 (1972), ss. 563-71, doi:10.2466/pr0.1972.30.2.563.
- DILIBERTO Rachele, Christopher A. KEARNEY, “Latent Class Symptom Profiles of Selective Mutism: Identification and Linkage to Temperamental and Social Constructs”, *Child Psychiatry & Human Development*, C. 49, S. 4 (2018), ss. 551-62, doi:10.1007/s10578-017-0774-4.
- DOEHRING Carrie, *The Practice of Pastoral Care: A Postmodern Approach*, Louisville, Kentucky: Westminster Jhon Knox Press, 2006.
- DOĞAN Mebrure, *Sabır Psikolojisi: Pozitif Psikoloji Bağlamında Bir Araştırma*, İstanbul: Çamlıca Yayınları, 2016.
- DOĞANAY Süleyman, *Psikolojik Açıdan Hayatın Zorlukları Karşısında Dini İnanç ve Sabır: Nitel Bir Çalışma*, (Doktora Tezi), Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.
- DOHRENWEND B. S., “Social Stress and Community Psychology”, *American Journal of Community Psychology*, C. 6 (1978), ss. 1-14.
- DOMBECK Mary-Therese B, “Dream telling: a means of spiritual awareness”, *Holistic Nursing Practice*, C. 9, S. 2 (1995), ss. 37-47.
- DOYLE Derek, “Have We Loked Beyond the Physical and Psychosocial?”, *Ournal of Pain and Symptom Management*, C. 7, S. 5 (1992), ss. 302-11.
- DURAL Sami, *Bir İlişkisel Üretim Süreci Olarak Müzikal Yaratım: Abdülbâkî Nâsır Dede ve Hüseyin Sadettin Arel Örneği*, (Doktora Tezi), İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.
- Dursun Ali Erzincanlı “Hz.Ali'nin Duası”, 2018, <https://www.youtube.com/watch?v=SpEh0cE5Geo>.
- DÜZGÜNER Sevde, “Psikoloji Literatüründe Maneviyat Kavramı: Batı ve Türkiye Karşılaştırması”, *Maneviyat Psikolojisi*, ed. Mustafa Atak, İstanbul: Elit Kültür, 2016, ss. 11-27.
- ECMEL Muhammed, “Sûfi Ruhbilimi”, *Sufi Psikolojisi: Bilgeliğin Ruhu, Ruhun Bilgeliği*, ed. Kemal Sayar, İstanbul: Timaş Yayınları, 2012, ss. 97-115.
- EDİSAN Zehra, Funda KADIOĞLU, “Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri”, *Lokman Hekim Journal*, C. 3, S. 3 (2013), ss. 1-4.
- EDWARDS A. vd., “The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-of-Life and Palliative Care: A Meta-Study of Qualitative Research”:, *Palliative Medicine*, C. 24, S. 8 (2010), ss. 753-70, doi:10.1177/0269216310375860.
- EL-CUAYSİN Abdullah bin Ali, *Hastamıza Nasıl Moral Verebiliriz?*, çev. Savaş Kocabaş, İstanbul: Polen Yayınları, 2007.
- ELİÜŞÜK Ayşe, *Sabır Eğiliminin Öz-Belirleme Öz-Anlayış ve Kişilik Özellikleri Açısından İncelenmesi*, (Doktora Tezi), Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2014.
- ELKINS David N. vd., “Toward a humanistic-phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement”, *Journal of Humanistic Psychology*, C. 28, S. 4 (1988), ss. 5-18, doi:10.1177/0022167888284002.

- EMMONS Robert A., *The Psychology of Ultimate Concerns*, New York: Guilford, 1999.
- EMMONS Robert A., Michael E. MCCULLOUGH, “Counting Blessings versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-Being in Daily Life”, *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 84, S. 2 (2003), ss. 377-89, doi:10.1037//0022-3514.84.2.377.
- ENGLISH Jennifer, Kathi WILSON, Sue KELLER-OLAMAN, “Health, Healing and Recovery: Therapeutic Landscapes and the Everyday Lives of Breast Cancer Survivors”, *Social Science & Medicine*, C. 67, S. 1 (2008), ss. 68-78, doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.043.
- EORTC QOL, “Questionnaires - EORTC - Quality of Life: EORTC – Quality of Life”, (24.01.2021), <https://qol.eortc.org/questionnaires/>, <https://qol.eortc.org/questionnaires/>.
- ERBAY Ercüment, “Güç ve Güçlendirme Kavramları Bağlamında Sosyal Hizmet Uygulaması”, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, C. 19, S. 42 (2019), ss. 41-64, doi:10.21560/spcd.vi.546674.
- ERDOĞAN Handan, *Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Depresyon, Anksiyete ve Stres ile İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.
- ERDOĞAN İbrahim Halil, “Nübüvvetin İspatı Bağlamında Kur’an’ın Psikolojik İ’câzı”, *Kader Kelam Araştırmaları Dergisi*, C. 15, S. 2 (2017), ss. 402-20.
- ERER Sezer, Elif ATICI, “Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, C. 36, S. 1 (2010), ss. 29-32.
- ERGUN Pervin, “Türk Kültüründe Ölümle İlgili Bazı Terimler”, *Millî Folklor*, C. 25, S. 100 (2013), ss. 134-48.
- ERKUŞ Adnan, *Davranış Bilimleri İçin Bilimsel Araştırma Süreci*, 6. b., Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2019.
- ERLANDSON David A. vd., *Doing Naturalistic Inquiry: A Guide to Methods*, London: Sage, 1993.
- FADİLOĞLU Çiçek vd., “Meme Kanserli Kadınlarda Umutsuzluk Düzeyi ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişki”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, C. 22, S. 2 (2006), ss. 147-60.
- FARIS “Mo’ez Al-Islam” E. vd., “Intermittent Fasting during Ramadan Attenuates Proinflammatory Cytokines and Immune Cells in Healthy Subjects”, *Nutrition Research*, C. 32, S. 12 (2012), ss. 947-55, doi:10.1016/j.nutres.2012.06.021.
- FAYERS P. M vd., *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*, Brussels: EORTC, 2001.
- FIDLER-BENAOUDIA Miranda M., Freddie BRAY, “Transitions in human development and the global cancer burden”, *World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention*, ed. Christopher P. Wild, Elisabete Weiderpass, Bernard W. Stewart, Lyon: WHO, International Agency for Research on Cancer, 2020, ss. 34-44.
- FITZPATRICK R. vd., “Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment.”, *BMJ*, C. 305, S. 6861 (1992), ss. 1074-77.
- FLANNELLY Kevin J. vd., “A National Study of Chaplaincy Services and End-of-Life Outcomes”, *BMC Palliative Care*, C. 11, S. 10 (2012), ss. 1-6, doi:10.1186/1472-684X-11-10.

- FOLKMAN S., R. S. LAZARUS, "If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping during Three Stages of a College Examination", *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 48, S. 1 (1985), ss. 150-70, doi:10.1037//0022-3514.48.1.150.
- FOLKMAN Susan vd., "Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms", *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 50, S. 3 (1986), ss. 571-79.
- FOLKMAN Susan, Richard S. LAZARUS, "An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample", *Journal of Health and Social Behavior*, C. 21, S. 3 (1980), ss. 219-39, doi:10.2307/2136617.
- FONG Angela J. vd., "Changes in Social Support Predict Emotional Well-being in Breast Cancer Survivors", *Psycho-Oncology*, C. 26, S. 5 (2017), ss. 664-71, doi:10.1002/pon.4064.
- FORDHAM Frida, *Jung Psikolojisi*, çev. A. Yalçın, İstanbul: Say Yayınları, 1994.
- FORSYTH James, *Psikolojik Din Kuramları*, çev. ed. Mustafa Ulu, Kayseri: Kimlik Yayınları, 2017.
- FOSKETT J., M. JACOBS, "Pastoral Counselling", *Handbook of Counselling*, ed. W. Dryden, D. Charles-Edwards, R. Woolf, London: Routledge, 1994, s. .
- FRADELLOS Evangelos C. vd., "Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients", *Contemporary Oncology*, C. 22, S. 3 (2018), ss. 172-77, doi:10.5114/wo.2018.78947.
- FRAGER Robert, *Kalp, Nefs ve Ruh*, çev. İbrahim Kapaklıkaya , İstanbul: Gelenek Yayıncılık, 2005.
- FRANKL Viktor Emil, *Duyulmayan Anlam Çılgılığı*, İstanbul: Öteki Yayınevi, 2007.
- , *Hayatın Anlamı ve Psikoterapi*, çev. Veysel Atayman, 2. b., İstanbul: Say Yayınları, 2016.
- , *İnsanın Anlam Arayışı*, çev. Selçuk Budak, İstanbul: Okuyan Us Yayın, 2012.
- FRANKS Heather M., Scott C. ROESCH, "Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis", *Psycho-Oncology*, C. 15, S. 12 (2006), ss. 1027-37, doi:10.1002/pon.1043.
- FREDETTE SI, "Breast Cancer Survivors: Concerns and Coping", *Cancer Nursing*, C. 18, S. 1 (1995), ss. 35-46.
- FRIEDMAN S. B. vd., "Behavioral Observations on Parents Anticipating the Death of a Child", *Pediatrics*, C. 32 (1963), ss. 610-25.
- FRIH Bechir vd., "Effects of Listening to Holy Qur'an Recitation and Physical Training on Dialysis Efficacy, Functional Capacity, and Psychosocial Outcomes in Elderly Patients Undergoing Haemodialysis", *Libyan Journal of Medicine*, C. 12, 1372032 (2017), doi:10.1080/19932820.2017.1372032.
- FROMM Erich, *Psikanaliz ve Din*, çev. Aydın Arıtan, İstanbul: Arıtan Yayınevi, 2004.
- F.S van Dam vd., "Impairment of Cognitive Function in Women Receiving Adjuvant Treatment for High-Risk Breast Cancer: High-Dose versus Standard-Dose Chemotherapy", *Journal of the National Cancer Institute*, J Natl Cancer Inst, 02.04.1998, doi:10.1093/jnci/90.3.210.
- FUKUI Sakiko vd., "A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma", *Cancer*, C. 89, S. 5 (2000), ss. 1026-36, doi:10.1002/1097-0142(20000901)89:5<1026::AID-CNCR12>3.0.CO;2-5.

- GALL Terry Lynn, Rosa Maria MIGUEZ DE RENART, Bonnie BOONSTRA, “Religious Resources in Long-Term Adjustment to Breast Cancer”, *Journal of Psychosocial Oncology*, C. 18, S. 2 (2000), ss. 21-37, doi:10.1300/J077v18n02_02.
- GALL Terry Lynn, Cynthia BILODEAU, “The role of positive and negative religious/spiritual coping in women’s adjustment to breast cancer: A longitudinal study”, *Journal of Psychosocial Oncology*, C. 38, S. 1 (2020), ss. 103-17, doi:10.1080/07347332.2019.1641581.
- GALL Terry Lynn, Claire CHARBONNEAU, Peggy FLORACK, “The relationship between religious/spiritual factors and perceived growth following a diagnosis of breast cancer”, *Psychology & Health*, C. 26, S. 3 (2011), ss. 287-305.
- GANZ Patricia A., “Cognitive Dysfunction Following Adjuvant Treatment of Breast Cancer: A New Dose-Limiting Toxic Effect?”, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, C. 90, S. 3 (1998), ss. 182-83, doi:10.1093/jnci/90.3.182.
- GAZÂLÎ, *İhyâ’u Ulûmi’d-Dîn*, çev. Ahmet Serdaroğlu, İstanbul: Bedir Yayınevi, 1975.
- “Getting outside is good for physical and mental health, say experts”, (10.11.2020), <https://medicalxpress.com/news/2020-03-good-physical-mental-health-experts.html>.
- GIBSON Lynette M., Constance Smith HENDRICKS, “Integrative Review of Spirituality in African American Breast Cancer Survivors”, *The ABNF Journal: Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education, Inc*, C. 17, S. 2 (2006), ss. 67-72.
- GIDLOW Christopher J. vd., “Where to Put Your Best Foot Forward: Psycho-Physiological Responses to Walking in Natural and Urban Environments”, *Journal of Environmental Psychology*, C. 45 (2016), ss. 22-29, doi:10.1016/j.jenvp.2015.11.003.
- “GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data | UICC”, (18.01.2021), <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>.
- GOELITZ Ann, “Nurturing Life with Dreams: Therapeutic Dream Work with Cancer Patients”, *Clinical Social Work Journal*, C. 29, S. 4 (2001), ss. 375-85, doi:10.1023/A:1012219314370.
- GÖCEN Gülüşan, *Şükür ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması*, (Doktora Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
- GÖKA Erol, *Hoşçakal: Kayıp, Matem ve Hayatın Zorlukları*, İstanbul: Kapı Yayınları, 2018.
- , “Unutulan Umut Psikolojisi”, 30.11.2017, <http://www.yenisafak.com/yazarlar/erolgoka/unutulan-umut-psikolojisi-2041260>.
- GÖKÇEN Gülden, Coşkun ARSLAN, Zeliha TRAŞ, “Examining the Relationship Between Patience, Emotion Regulation Difficulty and Cognitive Flexibility”, *European Journal of Education Studies*, C. 7, S. 7 (2020), ss. 131-52.
- GÖKGÖZ Mustafa Şehsuvar, “Meme kanserinde kemoterapi tedavisi”, 09.05.2019, <https://sehsuvargokgoz.com/meme-kanserinde-kemoterapi-tedavisi.htm>.
- GRACEPOINT, “Anxiety Disorders”, (10.01.2021), <https://secure.livechatinc.com/>.
- GREBENE Bekir, *Müzikle Tedavi*, Sanem Matbaa, 1978.

- GUILHERME Caroline vd., “Effect of the ‘Spiritual Support’ Intervention on Spirituality and the Clinical Parameters of Women Who Have Undergone Mastectomy: A Pilot Study”, *Religions*, C. 7, S. 3 (2016), s. 26.
- GÜLEÇ Gülcan, Alev BÜYÜKKINACI, “Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C. 3, S. 2 (2011), ss. 343-67.
- GÜLER Ahmet, Mustafa Bülent HALICIOĞLU, Serkan TAŞGIN, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2015.
- GÜMÜŞ Arife, “Yetişkinlerin Din Eğitime Bakışları ve Din Eğitimi İhtiyaçları”, *Araştırma*, İstanbul: İlke Yayınları, 2014.
- GÜMÜŞ Aysun Babacan, “Meme Kanseri Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler”, C. 2, S. 3 (2006), ss. 108-14.
- GÜNDÜZ İrfan, “Tasavvufi Bir Terim Olarak Râbita”, *İlmî ve Akademik Araştırma Dergisi*, C. 8, S. 19 (2007), ss. 23-53.
- GÜNER Simgе, *Meme Kanseri Cerrahisi Uygulanacak Hastaların Sosyal Destek Algısı, Manevi Yönelim ve Umut Düzeyleri*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2020.
- GÜRBÜZ Sait, Faruk ŞAHİN, *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2017.
- GÜRSES İbrahim, *Dindarlık ve Kişilik*, Birinci., Bursa: Emin Yayınları, 2010.
- GÜVEN Hülya, *Depresyon ve Dindarlık İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
- GÜZELANT A. vd., “The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: An Examination into the Cultural Validity and Reliability of the Turkish Version of the EORTC QLQ-C30”, *European Journal of Cancer Care*, C. 13, S. 2 (2004), ss. 135-44, doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2003.00435.x>.
- HACİBEKİROĞLU İlhan, Hilmi KODAZ, Esmâ TÜRKMEN, “İleri evre prostat kanserinde hormon tedavisi”, *Türk Onkoloji Dergisi*, C. 30, S. 1 (2015), ss. 25-33, doi:10.5505/tjoncol.2015.1088.
- HAES JC de, FCE KNIPPENHERG, “The Quality of Life and Survival: The Role of Multidimensional Symptom Assessment”, *Cancer*, C. 83 (1993), ss. 173-79.
- HALLAÇ Saliha, Fatma ÖZ, “Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, C. 3, S. 4 (2011), ss. 595-610, doi:10.5455/cap.20110326.
- HAMILTON Jill B. vd., “Perceptions of Support Among Older African American Cancer Survivors”, *Oncology Nursing Forum*, C. 37, S. 4 (2010), ss. 484-93, doi:10.1188/10.ONF.484-493.
- HASSANI Parkhide vd., “A Phenomenological Study on Resilience of the Elderly Suffering from Chronic Disease: A Qualitative Study”, *Psychology Research and Behavior Management*, C. Volume 10 (2017), ss. 59-67, doi:10.2147/PRBM.S121336.
- HAŞİM Ahmet, *Üç Eser*, İstanbul: Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı Yayınları, 1988.
- HAYTA Akif, *Allah’a Bağlanmak: Bağlanma Kuramı ve Tanrı Tasavvuru İlişkisi*, İstanbul: Onto Yayınları, 2017.
- HEABERT Randy S. vd., “Patient Perspectives on Spirituality and the Patient-Physician Relationship”, *Journal of General Internal Medicine*, C. 16, S. 10 (2001), ss. 685-92, doi:10.1111/j.1525-1497.2001.01034.x.

- HEIDARZADEH Mehdi vd., "Posttraumatic Growth and its Dimensions in Patients with Cancer", *Middle East Journal of Cancer*, C. 5, S. 1 (2014), ss. 23-29.
- HEIDER Fritz, *The Psychology of Interpersonal Relations*, New York: John Wiley & Sons Inc., 1958.
- HEINE Viktoria vd., "From Life-Threatening Experiences to Ideas of Rescue: Coping with 'Trajectories of Suffering' in Adult Acute Leukaemia Survivors", *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, C. 15, S. 2 (2013), ss. 107-16, doi:10.4081/ripppo.2012.115.
- HELGESON Vicki S., Kerry A. REYNOLDS, Patricia L. TOMICH, "A Meta-Analytic Review of Benefit Finding and Growth", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, C. 74, S. 5 (2006), ss. 797-816.
- "Helping others can be beneficial, study says", (06.12.2020), <https://www.chinadaily.com.cn/a/202001/07/WS5e13dfa7a310cf3e35582db0.html>.
- HEMSİRE.COM, "Tansiyonu (Kan Basıncını) Etkileyen Faktörler", <https://www.hemsire.com/>, (10.12.2020), <https://www.hemsire.com/hemsirelik/tansiyonu-kan-basincini-etkileyen-faktorler-h1108.html>.
- HENDERSON Phyllis D. vd., "African American Women Coping With Breast Cancer: A Qualitative Analysis", *Oncology Nursing Forum*, C. 30, S. 4 (2007), ss. 641-47, doi:10.1188/03.ONF.641-647.
- HERTH K. A., "The Relationship between Level of Hope and Level of Coping Response and Other Variables in Patients with Cancer", *Oncology Nursing Forum*, C. 16, S. 1 (1989), ss. 67-72.
- HILL Peter C., Kenneth I. PARGAMENT, "Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research.", *American Psychologist*, C. 58, S. 1 (2003), ss. 64-74, doi:10.1037/0003-066X.58.1.64.
- HILL Terrence D. vd., "Religious Attendance and Biological Functioning: A Multiple Specification Approach", *Journal of Aging and Health*, C. 26, S. 5 (2014), ss. 766-85, doi:10.1177/0898264314529333.
- HILLS Judith vd., "Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation", *Journal of Palliative Medicine*, C. 8, S. 4 (2005), ss. 782-88, doi:10.1089/jpm.2005.8.782.
- "Hizmet Verilen Bölüm Ve Branşlar", (31.03.2021), <https://bursaonkoloji.saglik.gov.tr/TR,79694/hizmet-verilen-bolum-ve-branslar.html>.
- HO Samuel M. Y., Cecilia L. W. CHAN, Rainbow T. H. HO, "Posttraumatic Growth in Chinese Cancer Survivors", *Psycho-Oncology*, C. 13, S. 6 (2004), ss. 377-89, doi:10.1002/pon.758.
- HOELTER J. W., "Multidimensional Treatment of Fear of Death", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, C. 47, S. 5 (1979), ss. 996-99, doi:10.1037//0022-006x.47.5.996.
- HOLLAND Jimmie C., "History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and... : Psychosomatic Medicine", *Psychosomatic Medicine*, C. 64, S. 2 (2002), ss. 206-21.

- HOLMBERG Sharon K. vd., "Relationship Issues of Women With Breast Cancer", *Cancer Nursing*, C. 24, S. 1 (2001), ss. 53-60, doi:10.1097/00002820-200102000-00009.
- HOLT Cheryl L. vd., "Role of religious involvement and spirituality in functioning among African Americans with cancer: testing a mediational model", *Journal of behavioral medicine*, C. 34, S. 6 (2011), ss. 437-48, doi:10.1007/s10865-010-9310-8.
- HOOD Ralph W., Peter C HILL, Bernard SPILKA, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, Fourth Edition., New York: The Guilford Press, 2009.
- HOOKER Stephanie A., Kevin S. MASTERS, Crystal L. PARK, "A meaningful life is a healthy life: A conceptual model linking meaning and meaning salience to health", *Review of General Psychology*, C. 22, S. 1 (2018), ss. 11-24.
- HÖKELEKLİ Hayati, *Din Psikolojisi*, Ankara: Diyanet Vakfı Yayınları, 2010.
- , *Din Psikolojisine Giriş*, 1. b., İstanbul: Dem Yayınları, 2010.
- , *Psikoloji, Din ve Eğitim Yönüyle İnsani Değerler*, İstanbul: Dem Yayınları, 2013.
- HÖRNQUIST J. O., "Quality of Life: Concept and Assessment", *Scandinavian Journal of Social Medicine*, C. 18, S. 1 (1990), ss. 69-79.
- HSIAO An-Fu vd., "Role of Religiosity and Spirituality in Complementary and Alternative Medicine Use Among Cancer Survivors in California", *Integrative Cancer Therapies*, C. 7, S. 3 (2008), ss. 139-46, doi:10.1177/1534735408322847.
- HUI David vd., "The Frequency and Correlates of Spiritual Distress Among Patients With Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit", *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, C. 28, S. 4 (2011), ss. 264-70, doi:10.1177/1049909110385917.
- HURK Corina J. G. VAN DEN vd., "Impact of Alopecia and Scalp Cooling on the Well-Being of Breast Cancer Patients", *Psycho-Oncology*, C. 19, S. 7 (2009), ss. 701-9, doi:10.1002/pon.1615.
- HUTCHINSON A. vd., *Health Outcome Measures in Primary and Out-Patient Care*, Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1996.
- İBN MU'TEZZ, "Cennetü'r-Rıza 2/139", t.y.
- İNAN Figen Şengün, Besti ÜSTÜN, "Meme Kanseri ve Travma Sonrası Gelişim", *Journal Breast Health*, C. 10 (2014), ss. 75-78, doi:10.5152/tjbh.2014.1778.
- , "Meme Kanserinde Tedavi Sonrası Dönemde Biyopsikososyal Değişimler", *The Journal of Breast Health*, C. 9 (2013), ss. 48-51, doi:10.5152/tjbh.2013.03.
- İNCİ Fatma, Fatma ÖZ, "Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, C. 10, S. 4 (2009), ss. 253-60.
- INSTITUTE OF MEDICINE (US) AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL (US) NATIONAL CANCER POLICY BOARD, *Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer*, ed. Maria Hewitt, Roger Herdman, Jimmie Holland, Washington (DC): National Academies Press (US), 2004.
- IZUTSU Toshihiko, *Ku'anda Dîni ve Ahlâki Kavramlar*, çev. Selahattin Ayaz, İstanbul: Pınar Yayınları, 2013.
- JACOBSEN P, C THORS, "Fatigue in the Radiation Therapy Patient: Current Management and Investigations", *Seminars in Radiation Oncology*, C. 13, S. 3 (2003), ss. 372-80, doi:10.1016/S1053-4296(03)00021-3.

- JADOON Nauman A. vd., "Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study", *BMC Cancer*, C. 10, S. 1 (2010), s. 594, doi:10.1186/1471-2407-10-594.
- JAFARI Hedayat, Masoumeh BAGHERI-NESAMI, Mohammad Reza ABDOLI - NEJAD, "The Effect of Quran Recitation and Religious Music on Mental and Physical Health", *The Journal of Clinical Excellence*, C. 4, S. 2 (2016).
- JAFARI Najmeh vd., "Spiritual Therapy to Improve the Spiritual Well-Being of Iranian Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, C. 2013 (2013), ss. 1-9, doi:10.1155/2013/353262.
- , "The Effect of Spiritual Therapy for Improving the Quality of Life of Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial", *Psychology, Health & Medicine*, C. 18, S. 1 (2013), ss. 56-69, doi:10.1080/13548506.2012.679738.
- JAMES William, *Dinsel Deneyimin Çeşitleri: İnsan Doğası Üzerine Bir İnceleme*, çev. İsmail Hakkı Yılmaz, 1. b., İstanbul: Pinhan Yayıncılık, 2017.
- JOHNSON KS, ET AL., "Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness?", *J Gen Intern Med*, C. 26 (2011), ss. 751-58.
- JOHNSON Sarah, "Hope in Terminal Illness: An Evolutionary Concept Analysis", *International Journal of Palliative Nursing*, C. 13, S. 9 (2007), ss. 451-59, doi:10.12968/ijpn.2007.13.9.27418.
- JOHNSON Sarah C., Bernard SPILKA, "Coping with Breast Cancer: The Roles of Clergy and Faith", *Journal of Religion and Health*, C. 30, S. 1 (1991), ss. 21-33, doi:10.1007/BF00986676.
- JUNG Carl Gustav, *İnsan Ruhuna Yöneliş: Bilinçaltı ve İşlevsel Yapısı*, çev. Engin Büyükinal, Ankara: Say Yayınları, 2018.
- , *Psikoloji ve Din*, çev. Raziye Karabey, İstanbul: Okyanus Yayıncılık, 1998.
- KALAYCI Şeref, (ed.), *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, 9. b., Ankara: Dinamik Akademi Yayın Dağıtım, 2018.
- KALIN Fetullah, *Rudolf Otto'da Din, Kutsallık ve Dini Tecrübe*, (Doktora Tezi), Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
- "Kan Basıncı ve Kalp Hızı Hakkında Yanlış Bilinenler", (10.12.2020), <https://www.muratturfan.com/kan-basinci-ve-kalp-hizi-hakkinda-yanlis-bilinenler>.
- KANSER DAİRESİ BAŞKANLIĞI T.C. Sağlık Bakanlığı, "Kanser Nedir", (16.01.2021), <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri>.
- KARA Fatih, Bekir KESKİNKILIÇ, "Türkiye Kanser İstatistikleri 2016", Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019.
- KARA Mustafa, "Tasavvuf Kültüründe Ölüm İçin Kullanılan İfadeler (Yadigâr-ı Şemsî Örneği)", *Uludağ Üniversitesi Bursa Halk Kültürü Sempozyumu* (20-22 Ekim 2005), Bursa, 2005, C. 2, ss. 327-43.
- KARABULUTLU Elanur Y. vd., "Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer", *Electronic Journal of General Medicine*, C. 7, S. 3 (2010), ss. 296-302, doi:10.29333/ejgm/82872.
- KARABULUTLU Elanur Yılmaz, Süheyla YARALI, Seda KARAMAN, "Evaluation of Distress and Religious Coping Among Cancer Patients in Turkey", *Journal of Religion and Health*, C. 58, S. 3 (2019), ss. 881-90, doi:10.1007/s10943-017-0453-6.

- KARACA Faruk, *Din Psikolojisi*, Trabzon: Eser Ofset, 2011.
- KARAKARTAL Demet, “Kanser Tanısı Almış Hastaların Ruh Sağlıkları İle Kişisel Yardım ve Destekleri”, *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, C. 30, S. 2 (2017), ss. 583-99.
- KARAKOYUN-CELIK Omur vd., “Depression and Anxiety Levels in Woman under Follow-up for Breast Cancer: Relationship to Coping with Cancer and Quality of Life”, *Medical Oncology*, C. 27, S. 1 (2010), ss. 108-13, doi:10.1007/s12032-009-9181-4.
- KARAMUSTAFALIOĞLU Oğuz, Hüseyin YUMRUKÇAL, “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları”, C. 45, S. 2 (2011), ss. 65-74.
- KASS Jared D. vd., “Health Outcomes and a New Index of Spiritual Experience”, *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 30, S. 2 (1991), s. 203, doi:10.2307/1387214.
- “kelime.com | Sözlükler Veritabanı”, (04.01.2021), <http://0218gx90l.y.http.demo.kelime.com.proxy.uludag.deep-knowledge.net/Kelime/e9bda6ea-69bb-473f-a970-bc2b64aa29aa&B2C3F152-6A0E-47C5-A952-B27322695DD5&7C552C44-4D6F-47E6-B760-EB08D0088E9A>.
- KELLEY Harold H., “Attribution Theory in Social Psychology”, *Nebraska Symposium on Motivation*, ed. D. Levin, Lincoln: University of Nebraska Press, 1967, C. 15, ss. 192-237.
- KELLEY Harold H., John L. MICHELA, “Attribution Theory and Research”, *Annual Review of Psychology*, C. 31, S. 1 (1980), ss. 457-501, doi:10.1146/annurev.ps.31.020180.002325.
- KEMİKLİ Bilal, *Süfi Aşk ve Ölüm*, 2. b., İstanbul: Sütun Yayınları, 2008.
- , *Şehir Hayat ve Derviş*, 2. b., İstanbul: Kitabevi, 2010.
- KESTENBAUM Allison vd., “What Impact Do Chaplains Have? A Pilot Study of Spiritual AIM for Advanced Cancer Patients in Outpatient Palliative Care”, *Journal of Pain and Symptom Management*, C. 54, S. 5 (2017), ss. 707-14, doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.07.027.
- KIMTER Nurten, *Benlik Saygısı ve Dindarlık İlişkisi*, (Doktora Tezi), Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
- KIRAÇ Ferdi, *Dindarlık Eğilimi, Varoluşsal Kaygı ve Psikolojik Sağlık*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.
- KIM Eric S. vd., “Volunteering and Subsequent Health and Well-Being in Older Adults: An Outcome-Wide Longitudinal Approach”, *American Journal of Preventive Medicine*, C. 59, S. 2 (2020), ss. 176-86, doi:10.1016/j.amepre.2020.03.004.
- KING D. E., B. BUSHWICK, “Beliefs and Attitudes of Hospital Inpatients about Faith Healing and Prayer”, *The Journal of Family Practice*, C. 39, S. 4 (1994), ss. 349-52.
- KING Stephen D. W. vd., “Determining Best Methods to Screen for Religious/Spiritual Distress”, *Supportive Care in Cancer*, C. 25, S. 2 (2017), ss. 471-79, doi:10.1007/s00520-016-3425-6.
- KOÇ Mustafa, “Manevi-[Psikolojik] Danışmanlık ile İlgili Batı’da Yapılan Bilimsel Çalışmaların Tarihi ve Literatürü (1902-2010) Üzerine Bir Araştırma-I”, *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 12, S. 2 (2012), ss. 201-37.

- , *Manevi-Psikolojik Danışmanlık Müslüman-Türk Diasporası Örneği*, Bursa: Emin Yayınları, 2017.
- , *Yetişkinlik Döneminde Dindarlık ile Benlik Kavramı Değişkenleri Arasındaki İlişki*, (Doktora Tezi), Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
- KOENIG H. G. vd., “Attendance at Religious Services, Interleukin-6, and Other Biological Parameters of Immune Function in Older Adults”, *International Journal of Psychiatry in Medicine*, C. 27, S. 3 (1997), ss. 233-50, doi:10.2190/40NF-Q9Y2-0GG7-4WH6.
- KOENIG H. G., K. I. PARGAMENT, J. NIELSEN, “Religious Coping and Health Status in Medically Ill Hospitalized Older Adults”, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, C. 186, S. 9 (1998), ss. 513-21, doi:10.1097/00005053-199809000-00001.
- KOENIG Harold G, *Aging and God: Spiritual Pathways to Mental Health in Midlife and Later Years*, New York: Haworth Pastoral Press, 1994.
- KOENIG Harold G., “Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, C. 13, S. 4 (1998), ss. 213-24, doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199804)13:4<213::AID-GPS755>3.0.CO;2-5.
- , “Religious Involvement Is Associated with Greater Purpose, Optimism, Generosity and Gratitude in Persons with Major Depression and Chronic Medical Illness”, *Journal of Psychosomatic Research*, C. 77, S. 2 (2014), ss. 135-43, doi:10.1016/j.jpsychores.2014.05.002.
- , “The Relationship between Religious Activities and Blood Pressure in Older Adults”:, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, C. 28, S. 2 (1998), ss. 189-213, doi:10.2190/75JM-J234-5JKN-4DQD.
- KOENIG Harold G., Michael E. MCCULLOUGH, David B LARSON, *Handbook of religion and health*, Oxford, UK: Oxford University Press., 2001.
- KOMARIAH Maria, Urai HATTHAKIT, Nongnut BOONYOUNG, “Impact of Islam-Based Caring Intervention on Spiritual Well-Being in Muslim Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy”, *Religions*, C. 11, S. 7 (2020), ss. 361-73, doi:10.3390/rel11070361.
- KRAUSE Neal, “Gratitude Toward God, Stress, and Health in Late Life”, *Research on Aging*, C. 28, S. 2 (2006), ss. 163-83, doi:10.1177/0164027505284048.
- , “Spiritual Struggles and Interleukin-6: Assessing Potential Benefits and Potential Risks”, *Biodemography and Social Biology*, C. 63, S. 4 (2017), ss. 279-94, doi:10.1080/19485565.2017.1377058.
- KRAUSE Neal, R. David HAYWARD, “Religious Music and Health in Late Life: A Longitudinal Investigation”, *The International Journal for the Psychology of Religion*, C. 24, S. 1 (2014), doi:10.1080/10508619.2012.761529.
- KRAUSE Neal, Gail IRONSON, Kenneth I. PARGAMENT, “Spiritual Struggles and Resting Pulse Rates: Does Strong Distress Tolerance Promote More Effective Coping?”, *Personality and Individual Differences*, C. 98 (2016), ss. 261-65, doi:10.1016/j.paid.2016.04.064.
- KREITZER Mary Jo vd., “Outcomes of a Gratitude Practice in an Online Community of Caring”, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, C. 25, S. 4 (2019), ss. 385-91, doi:10.1089/acm.2018.0460.

- KRISTELLER Jean L. vd., “Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): Patient Acceptability and Initial Evidence of Effects”, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, C. 35, S. 4 (2005), ss. 329-47, doi:10.2190/8AE4-F01C-60M0-85C8.
- , “Understanding Religious and Spiritual Influences on Adjustment to Cancer: Individual Patterns and Differences”, *Journal of Behavioral Medicine*, C. 34, S. 6 (2011), ss. 550-61, doi:10.1007/s10865-011-9335-7.
- KRISTELLER Jean L., Collette Sheedy ZUMBRUN, Robert F. SCHILLING, “‘I would if I could’: how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients”, *Psycho-Oncology*, C. 8, S. 5 (1999), ss. 451-58.
- KRUIZINGA Renske vd., “The effect of spiritual interventions addressing existential themes using a narrative approach on quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis”, *Psycho-Oncology*, C. 25, S. 3 (2016), ss. 253-65, doi:10.1002/pon.3910.
- KULA Naci, *Bedensel Engellilik ve Dini Başa Çıkma*, İstanbul: Dem Yayınları, 2005.
- KUMAR C. R. Satish, Neha PARASHAR, “Death anxiety, coping and spirituality among cancer patients”, *Indian Journal of Positive Psychology*, C. 6, S. 3 (2015), ss. 291-94.
- KURT Emine, *Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına (mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık ile İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.
- KURT Zehra, *Kanserli Hastaların İyileşmesinde Manevi Değerlerin Rolü*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2005.
- KUTLUK Tezer, Ayşe KARS, *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*, Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı, 1992.
- KUTUB Muhammed, *İnsan Psikolojisi Üzerine Etüdler*, Ankara: İşaret Yayınları, 1987.
- KUBLER-ROSS Elisabeth, *Ölüm ve Ölmek Üzerine*, çev. Banu Büyükkal, İstanbul: Boyner Holding Yayınları, 1997.
- KÜÇÜK Hülya, Zeynep Arzu YEGİN, *Tasavvuf ve Tıp: Selim Kalbin Fziyolojisi*, İstanbul: Ensar Neşriyat, 2016.
- KÜÇÜKKAYA Perihan Güner, “An Exploratory Study of Positive Life Changes in Turkish Women Diagnosed with Breast Cancer”, *European Journal of Oncology Nursing*, C. 14, S. 2 (2010), ss. 166-73, doi:10.1016/j.ejon.2009.10.002.
- LACKEY N. R., M. F. GATES, G. BROWN, “African American Women’s Experiences with the Initial Discovery, Diagnosis, and Treatment of Breast Cancer”, *Oncology Nursing Forum*, C. 28, S. 3 (2001), ss. 519-27.
- LARSON David B., Susan S. LARSON, “Spirituality’s potential relevance to physical and emotional health: A brief review of quantitative research”, *Journal of Psychology and Theology*, C. 31, S. 1 (2003), ss. 37-51, doi:10.1177/009164710303100104.
- LARTEY Emmanuel Y., “African Perspectives on Pastoral Theology: A Contribution to the Quest for More Encompassing Models of Pastoral Care”, *Contact: The Interdisciplinary Journal of Pastoral Care*, S. 112 (1993), ss. 3-12.
- , *In Living Color: An Intercultural Approach to Pastoral Care and Counseling*, Philadelphia: Jessica Kingsley, 2003.

- , “Pastoral Counselling in Multi-Cultural Contexts”, *American Journal of Pastoral Counseling*, C. 5, S. 3-4 (2002), ss. 317-29, doi:10.1300/J062v05n03_07.
- LAWLER Kathleen A. vd., “A Change of Heart: Cardiovascular Correlates of Forgiveness in Response to Interpersonal Conflict”, *Journal of Behavioral Medicine*, C. 26, S. 5 (2003), ss. 373-93, doi:10.1023/A:1025771716686.
- LAZARUS Richard S., “Coping Theory and Research: Past, Present, and Future”, *Psychosomatic Medicine*, C. 55, S. 3 (1993), ss. 234-47, doi:10.1097/00006842-199305000-00002.
- , “The Costs and Benefits of Denial”, *The Denial of Stress*, ed. S. Breznitz, New York: International Universities Press, 1983, ss. 1-30.
- LAZARUS Richard S., Susan FOLKMAN, *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer, 1984.
- LAZARUS Richard S., Bernice N. LAZARUS, *Passion and Reason: Making Sense of Our Emotions*, New York: Oxford University Press, 1994.
- LECHNER Suzanne C. vd., “Curvilinear Associations between Benefit Finding and Psychosocial Adjustment to Breast Cancer”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, C. 74, S. 5 (2006), ss. 828-40, doi:10.1037/0022-006X.74.5.828.
- LECOMPTE Margaret D., Judith Preissle GOETZ, “Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research”, *Review of Educational Research*, C. 52, S. 1 (1982), ss. 31-60, doi:10.3102/00346543052001031.
- LEE Virginia vd., “Meaning-Making Intervention during Breast or Colorectal Cancer Treatment Improves Self-Esteem, Optimism, and Self-Efficacy”, *Social Science & Medicine* (1982), C. 62, S. 12 (2006), ss. 3133-45, doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.041.
- LELORAIN S., A. BONNAUD-ANTIGNAC, A. FLORIN, “Long Term Posttraumatic Growth After Breast Cancer: Prevalence, Predictors and Relationships with Psychological Health”, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, C. 17, S. 1 (2010), ss. 14-22, doi:10.1007/s10880-009-9183-6.
- LEVIN Jeff, “A prolegomenon to an epidemiology of love: Theory, measurement, and health outcomes”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, C. 19, S. 1 (2000), ss. 117-36, doi:10.1521/jscp.2000.19.1.117.
- , “God, Love, and Health: Findings from a Clinical Study”, *Review of Religious Research*, C. 42, S. 3 (2001), ss. 277-93, doi:10.2307/3512570.
- LEWIS F. M., “Experienced Personal Control and Quality of Life in Late-Stage Cancer Patients”, *Nursing Research*, C. 31, S. 2 (1982), ss. 113-19.
- LIN HR, SM BAUER-WU, “Psycho-spiritual well being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature”, *J Adv Nurs*, C. 44 (2003), ss. 69-80.
- LIN Hung-Ru, Susan M. BAUER-WU, “Psycho-Spiritual Well-Being in Patients with Advanced Cancer: An Integrative Review of the Literature”, *Journal of Advanced Nursing*, C. 44, S. 1 (2003), ss. 69-80, doi:https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02768.x.
- LINCOLN Yvonna S., Egon G. GUBA, *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills, California: Sage Publications, 1985.
- LOEWENTHAL Kate M., *Din Psikolojisi: Kısa Bir Giriş*, çev. Mustafa Ulu, Kayseri: Kimlik Yayınları, 2017.

- LONG P. H., “On the Quantity and Quality of Life”, *Medieval Times*, C. 88 (1960), ss. 613-19.
- LUTGENDORF Susan vd., “Religious Participation, Interleukin-6, and Mortality in Older Adults”, *Health Psychology*, C. 23, S. 5 (2004), ss. 465-75, doi:10.1037/0278-6133.23.5.465.
- MACKENZIE Michael J., Roy F. BAUMEISTER, “Meaning in Life: Nature, Needs, and Myths”, *Meaning in Positive and Existential Psychology*, ed. Alexander Batthyany, Pninit Russo-Netzer, New York: Springer, 2014, ss. 25-37, https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-0308-5_2.
- “Maddenin Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu”, *Bahçeşehir Psikoloji*, 08.10.2020, <https://bahcesehirpsikoloji.com/maddenin-yol-actigi-kaygi-bozuklugu/>.
- “maneviyat ne demek TDK Sözlük Anlamı”, (04.01.2021), <https://sozluk.gov.tr/?kelime=maneviyat>.
- MANNING-WALSH Juanita, “Spiritual Struggle: Effect on Quality of Life and Life Satisfaction in Women With Breast Cancer”, *Journal of Holistic Nursing*, C. 23, S. 2 (2005), ss. 120-40, doi:10.1177/0898010104272019.
- MARINIER Pierre, *Dua Üzerine Düşünceler: Psikofizyolojik Sebepleri ve Sonuçları*, çev. Sadık Kılıç, İzmir: Nil Yayınları, 1990.
- MARY Rosedale, “Survivor Loneliness of Women Following Breast Cancer”, *Oncology Nursing Forum*, C. 36, S. 2 (2009), ss. 175-83, doi:10.1188/09.ONF.175-183.
- MASAT Sevil, *Onkoloji Hastalarında Psikososyal Sorunlar İle Manevi Yönelim ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki*, (Yüksek Lisans Tezi), Samsun: On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
- MASELKO Joanna vd., “Religious service attendance and allostatic load among high-functioning elderly”, *Psychosomatic Medicine*, C. 69, S. 5 (2007), ss. 464-72, doi:10.1097/PSY.0b013e31806c7c57.
- MATTHEWS DA, David B LARSON, “Faith and medicine: reconciling the twin traditions of healing”, *Mind/Body Medicine*, C. 2 (1997), ss. 3-6.
- MAUNSELL E., J. BRISSON, L. DESCHÊNES, “Psychological Distress after Initial Treatment of Breast Cancer. Assessment of Potential Risk Factors”, *Cancer*, C. 70, S. 1 (1992), ss. 120-25, doi:10.1002/1097-0142(19920701)70:1<120::aid-cncr2820700120>3.0.co;2-u.
- MAZZOTTI Eva vd., “Predictors of Existential and Religious Well-Being among Cancer Patients”, *Supportive Care in Cancer*, C. 19, S. 12 (2011), ss. 1931-37, doi:10.1007/s00520-010-1033-4.
- MCCLAIN Colleen S, Barry ROSENFELD, William BREITBART, “Effect of Spiritual Well-Being on End-of-Life Despair in Terminally-Ill Cancer Patients”, *The Lancet*, C. 361, S. 9369 (2003), ss. 1603-7, doi:10.1016/S0140-6736(03)13310-7.
- MCCLEMENT Susan E., Harvey Max CHOCHINOV, “Hope in Advanced Cancer Patients”, *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, C. 44, S. 8 (2008), ss. 1169-74, doi:10.1016/j.ejca.2008.02.031.
- MCCULLOUGH Michael E., Robert A. EMMONS, Jo-Ann TSANG, “The Grateful Disposition: A Conceptual and Empirical Topography.”, *Journal of Personality and Social Psychology*, C. 82, S. 1 (2002), ss. 112-27, doi:10.1037//0022-3514.82.1.112.

- MCDONOUGH Meghan H, Catherine M SABISTON, Carsten WROSCHE, “Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress”, *Psycho-oncology*, C. 23, S. 1 (2014), ss. 114-20, doi:10.1002/pon.3380.
- MCGRATH Joseph E., *Social and psychological factors in stress*, Oxford, England: Holt, Rinehart, & Winston, 1970.
- MCILLMURRAY M. B. vd., “The Psychosocial Needs of Cancer Patients: Findings from an Observational Study”, *European Journal of Cancer Care*, C. 10, S. 4 (2001), ss. 261-69, doi:10.1046/j.1365-2354.2001.00280.x.
- MEHRABI Esmat vd., “Post-Traumatic Growth: A Qualitative Analysis of Experiences Regarding Positive Psychological Changes among Iranian Women with Breast Cancer”, *Electronic Physician*, C. 7, S. 5 (2015), ss. 1239-46, doi:10.14661/1239.
- MELSON F. Gail, *Family and Environment: An Ecosystem Perspective*, Minneapolis: Burgess, 1980.
- MERTER Mustafa, *Psikolojinin Üçüncü Boyutu Nefs Psikolojisi ve Rüyaların Dili*, 1. b., İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2014.
- “Mesleki Mevzuat – MDR | Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Derneği”, (30.01.2021), <https://mdr.org.tr/mesleki-mevzuat/>.
- MESLEKİ YETERLİLİK KURUMU (MYK), “Manevi Danışman (Seviye 6) Ulusal Meslek Standardı”, Ulusal Meslek Standardı, Mesleki Yeterlilik Kurumu, 25.10.2019.
- METALSKY GJ., Lyn Y ABRAMSON, “Attributional Styles: Toward a Framework for Conceptualization and Assessment.”, *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*, ed. P. C. Kendall, S. D. Hollon, New York: Academic Press, 1980, s. .
- MEVLÂNÂ, *Divan-ı Kebir*, çev. Abdülbaki Gölpınarlı, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2007.
- , *Mesnevî*, çev. Adnan Karaismailoğlu, Ankara: Akçağ Basım, 2012.
- , *Mesnevî: Tercemesi ve Şerhi*, çev. Abdülbaki Gölpınarlı, İstanbul: İnkılâp Kitabevi, 1983.
- MILLER Dale T., Michael ROSS, “Self-Serving Biases in the Attribution of Causality: Fact or Fiction?”, *Psychological Bulletin*, C. 82, S. 2 (1975), ss. 213-25, doi:10.1037/h0076486.
- MILLER William R., Carl E. THORESEN, “Spirituality, Religion, and Health: An Emerging Research Field”, *The American Psychologist*, C. 58, S. 1 (2003), ss. 24-35, doi:10.1037/0003-066x.58.1.24.
- MIRANDA Talita Prado Simão vd., “Intercessory Prayer on Spiritual Distress, Spiritual Coping, Anxiety, Depression and Salivary Amylase in Breast Cancer Patients During Radiotherapy: Randomized Clinical Trial”, *Journal of Religion and Health*, C. 59, S. 1 (2020), ss. 365-80, doi:10.1007/s10943-019-00827-5.
- MOHAMMAD-KAZEM ATEF-VAHİD vd., “Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer”, *Journal of Research in Medical Sciences*, C. 16, S. 7 (2011), ss. 928-37.
- MOLES A. Abraham, Nuri BİLGİN, “Yaşam Kalitesi ve Çevresel İstikrarlılık”, *Seminer*, S. 4 (1985), ss. 113-31.

- MOLLAOĞLU Hasan, *Hastane Hizmetleri Bağlamında Manevi Bakım ve New York Healthcare Chaplaincy Örneği*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013.
- MOLLAOĞLU Mukadder, “Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik”, 2. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Özet Kitabı*, İzmir: Meta Basım, 2007, s. .
- MORENO Patricia I., Annette L. STANTON, “Personal Growth During the Experience of Advanced Cancer: A Systematic Review”, *The Cancer Journal*, C. 19, S. 5 (2013), ss. 421-30, doi:10.1097/PPO.0b013e3182a5bbe7.
- MUSLU Ramazan, “Türk Tasavvuf Kültüründe Süflerin Ölümüne Bakışı ve Cenaze Merasimleri”, *EKEV Akademi Dergisi*, C. 13, S. 38 (2009), ss. 61-86.
- MÜEZZİNOĞLU Talha, “Yaşam Kalitesi”, *Üroonkoloji Bülteni*, S. 1 (2005), ss. 25-29.
- MÜTEM, “Üsküdar Üniversitesi Müzik Terapi Uygulama ve Araştırma Merkezi”, (14.02.2021), <https://uskudar.edu.tr/mutem/tr/hakkinda>.
- MYK, “9 Yeni Ulusal Meslek Standardı Yayınlandı”, *Mesleki Yeterlilik Kurumu*, (30.01.2021), <https://www.myk.gov.tr/index.php/tr/haberler/53-hukuk-mueavirlii/3736-9-yeni-ulusal-meslek-standard-yaymland>.
- MYRHØJ Cæcilie Borregaard vd., “The Motivation to Volunteer as a Peer Support Provider to Newly Diagnosed Patients with Acute Leukemia – A Qualitative Interview Study”, *European Journal of Oncology Nursing*, C. 46 (2020), s. 101750, doi:10.1016/j.ejon.2020.101750.
- “Nabız Sayınız Size Mesaj Veriyor Olabilir - Memorial”, (10.12.2020), <https://www.memorial.com.tr/saglik-rehberi/nabiz-sayiniz-size-mesaj-veriyor-olabilir>.
- NAIRN Raymond C., Thomas V. MERLUZZI, “The role of religious coping in adjustment to cancer”, *Psycho-Oncology*, C. 12, S. 5 (2003), ss. 428-41, doi:10.1002/pon.654.
- NAKAU Maiko vd., “Spiritual Care of Cancer Patients by Integrated Medicine in Urban Green Space: A Pilot Study”, *Explore*, C. 9, S. 2 (2013), ss. 87-90, doi:10.1016/j.explore.2012.12.002.
- NASRABADI Alireza Nikbakht vd., “Views of Iranian Patients on Life with Cancer: A Phenomenological Study”, *Nursing & Health Sciences*, C. 13, S. 2 (2011), ss. 216-20, doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00604.x.
- “NCCN - Evidence-Based Cancer Guidelines, Oncology Drug Compendium, Oncology Continuing Medical Education”, (31.01.2021), <https://www.nccn.org/>.
- NCP, “National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP) | NCHPC | National Coalition For Hospice and Palliative Care”, (31.01.2021), <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>.
- NELSON Christian vd., “The Role of Spirituality in the Relationship between Religiosity and Depression in Prostate Cancer Patients”, *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, C. 38, S. 2 (2009), ss. 105-14, doi:10.1007/s12160-009-9139-y.
- NIH, “Types of Cancer Treatment - National Cancer Institute”, CgvMiniLanding (19.01.2021), <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>.
- NORDIN Andreas, Pär BJÄLKEBRING, “Measuring Counterintuitiveness in Supernatural Agent Dream Imagery”, *Frontiers in Psychology*, C. 10 (2019), ss. 1-15.

- OH Pok-Ja, Soo Hyun KİM, “The effects of Spiritual Interventions in Patients With Cancer: A Meta-Analysis”, *Oncology Nursing Forum*, Oncology Nursing Society, (2014), doi:10.1188/14.ONF.E290-E301.
- , “The Effects of Spiritual Interventions in Patients With Cancer: A Meta-Analysis”, *Oncology Nursing Forum*, C. 41, S. 5 (2014), ss. E290-301, doi:10.1188/14.ONF.E290-E301.
- OK Üzeyir, “Dinî Danışmanlık: Tanımı ve Tarihi”, *Dinî Danışmanlık ve Din Hizmetleri*, ed. Nurullah Altaş, Mustafa Köylü, İstanbul: Ensar Neşriyat, 2014, ss. 35-54.
- , “Dini Tutum Ölçeği: Ölçek Geliştirme ve Geçerlik Çalışması”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, C. 8, S. 2 (2011), ss. 528-49.
- , *Dinsel Danışmanlığın Teorik Çatısı*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997.
- , “İnanç Bakım ve Danışmanlığı: Bir Model Geliştirme Denemesi”, *Manevi Sosyal Hizmetler*, ed. Ali Seyyar, 2. Baskı., İstanbul: Rağbet Yayınları, 2015, ss. 103-40.
- OK Üzeyir, Zümrüt GEDİK, Zehra ERŞAHİN, *Hastalar İçin Manevi Bakım*, Ankara: Nobel Yayın, 2019.
- OMAN Doug, Carl E. THORESEN, “Does Religion Cause Health?: Differing Interpretations and Diverse Meanings”, *Journal of Health Psychology*, C. 7, S. 4 (2002), ss. 365-80, doi:10.1177/1359105302007004326.
- O’NEILL Debra P., Elaine K. KENNY, “Spirituality and Chronic Illness”, *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, C. 30, S. 3 (1998), ss. 275-80, doi:10.1111/j.1547-5069.1998.tb01305.x.
- OTTO Rudolf, *Kutsal’a Dair*, çev. Sevil Ghaffari, İstanbul: AltıKırkbeş Yayın, 2014.
- “Our New Age of Anxiety | Psychology Today Canada”, *Psychology Today*, (08.01.2021), <https://www.psychologytoday.com/ca/blog/the-art-living-free/202010/our-new-age-anxiety>.
- ÖKSÜZ Ergün, Simten MALHAN, *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi: Kalitemetri*, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2005.
- ÖNER Necla, W. Ayhan LECOMPTE, *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.
- ÖNGÖREN Reşat, “Mevlânâ Celâleddîn-i Rûmî”, *TDV İslam Ansiklopedisi*, Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı, C. 29, ss. 441-48 (12.01.2021), /mevlana-celaleddin-i-rumi.
- ÖZ Fatma vd., “Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Ruh Sağlığı Birimine Başvuran Kanser hastalarının Özellikleri ve Sorun alanları”, *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi*, C. 14, S. 1 (2004), ss. 33-40.
- , “Hastalık Yaşantısında Belirsizlik”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, C. 12, S. 1 (2001), ss. 61-68.
- ÖZBAŞ Azize Atlı, *Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
- ÖZDOĞAN Öznur, “İnsanı Anlamaya Yönelik Bir Yaklaşım: Pastoral Psikoloji”, *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 47, S. 2 (2006), ss. 127-41.
- , “İnsan-Kutsal Kitap İlişkisi”, *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 41, S. 1 (2000), ss. 293-308, doi:10.1501/Ilhfak_00000000513.

- ÖZDOĞAN Mustafa, “Akciğer kanserinde solunum sorunları ile başa çıkma: Pulmoner Rehabilitasyon”, (21.12.2020), <https://www.drozdogan.com/akciger-kanserinde-solunum-sorunlari-ile-basa-cikma-pulmoner-rehabilitasyon/>.
- ÖZKAN Melike, Semiha AKIN, “Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi”, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, C. 25, S. 3 (2017), ss. 177-92, doi:10.17672/fnfn.343256.
- ÖZMETE Emine, “Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C. 3, S. 11 (2010), ss. 455-65.
- ÖZTÜRK M. Orhan, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 7. b., Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997.
- PALOUTZIAN Raymond F., Christopher G. ELLISON, “Loneliness, spiritual well-being, and the quality of life”, *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy*, ed. Letitia Anne Peplau, Daniel Perlman, New York: John Wiley and Sons, 1982, ss. 224-37.
- PANDYA S.P., “Spiritual Counseling Program For Children with Anxiety Disorders: A Multi-City Experiment”, *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, C. 72, S. 1 (2018), ss. 45-57, doi:10.1177/1542305018761631.
- PAREDES Ana Cristina, M. Graça PEREIRA, “Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients”, *Journal of Religion & Health*, C. 57, S. 5 (2018), ss. 1606-17.
- PARENTE Victoria, Lauren HALE, Tia PALERMO, “Association between Breast Cancer and Allostatic Load by Race: National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2008”, *Psycho-Oncology*, C. 22, S. 3 (2013), ss. 621-28, doi:10.1002/pon.3044.
- PARGAMENT K. I. vd., “Religious Struggle as a Predictor of Mortality among Medically Ill Elderly Patients: A 2-Year Longitudinal Study”, *Archives of Internal Medicine*, C. 161, S. 15 (2001), ss. 1881-85, doi:10.1001/archinte.161.15.1881.
- PARGAMENT K. I., H. G. KOENIG, L. M. PEREZ, “The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE”, *Journal of Clinical Psychology*, C. 56, S. 4 (2000), ss. 519-43, doi:10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1.
- PARGAMENT Kenneth, “Tanrım Bana Yardım Et: Din Psikolojisi Açısından Başa Çıkmanın Teorik Çatısına Doğru”, *Tabula Rasa*, çev. Ahmet Albayrak, C. 3, S. 9 (2003), ss. 207-38.
- , *The Psychology of Religion Coping: Theory, Research, Practice*, New York: The Guilford Press, 1997.
- PARGAMENT Kenneth, Hisham ABU-RAIYA, “A Decade of Research on the Psychology of Religion and Coping: Things we assumed and lessons we learned”, *Psyke & Logos*, C. 28 (2007), ss. 742-66.
- PARGAMENT Kenneth, Margaret FEUÏLLE, Donna BURDZY, “The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping”, *Religions*, C. 2, S. 1 (2011), ss. 51-76, doi:10.3390/rel2010051.
- PARGAMENT Kenneth I, “Acı ve Tatlı: Dindarlığın Bedelleri ve Faydaları Üzerine Bir Değerlendirme”, *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 5, S. 1 (2005), ss. 279-312.

- PARGAMENT Kenneth I. vd., "Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors", *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 37, S. 4 (1998), ss. 710-24, doi:10.2307/1388152.
- , "Religion and the problem-solving process: Three styles of coping", *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 27, S. 1 (1988), ss. 90-104, doi:10.2307/1387404.
- , *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, New York: The Guilford Press, 1997.
- , "The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No", *The International Journal for the Psychology of Religion*, C. 9, S. 1 (1999), ss. 3-16, doi:10.1207/s15327582ijpr0901_2.
- PARGAMENT Kenneth I., Annette MAHONEY, "Spirituality: The discovery and conservation of the sacred", *Handbook of Positive Psychology*, ed. Shane J. Lopez, C. R. Snyder, New York: Oxford University Press, 2002, ss. 646-59.
- PARK Crystal L. vd., "Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine", *Journal of Behavioral Medicine*, C. 40, S. 1 (2017), ss. 39-51, doi:10.1007/s10865-016-9755-5.
- , "Din ve Anlam", *Din ve Maneviyat Psikolojisi: Yeni Yaklaşımlar ve Uygulama Alanları*, ed. Raymond F. Paloutzian, Crystal L. Park, çev. ed. İhsan Çapcıoğlu, ed. Ali Ayten, çev. İlker Yenen, Ankara: Phoenix Yayınevi, 2013, ss. 29-66.
- , "Religion/Spirituality and Health in the Context of Cancer: Cross-Domain Integration, Unresolved Issues, and Future Directions", *Cancer*, C. 121, S. 21 (2015), ss. 3789-94, doi:10.1002/cncr.29351.
- , "Religiousness/Spirituality and Health: A Meaning Systems Perspective", *Journal of Behavioral Medicine*, C. 30, S. 4 (2007), ss. 319-28, doi:10.1007/s10865-007-9111-x.
- , "Religiousness/spirituality and health behaviors in younger adult cancer survivors: does faith promote a healthier lifestyle?", *J Behav Med*, C. 32 (2009), ss. 582-91, doi:10.1007/s10865-009-9223-6.
- PARK Crystal L., Donald EDMONDSON, Thomas O. BLANK, "Religious and Non-Religious Pathways to Stress-Related Growth in Cancer Survivors", *Applied Psychology-Health and Well Being*, C. 1, S. 3 (2009), ss. 321-35.
- PARK Crystal L., Login S. GEORGE, "Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches", *Journal of Positive Psychology*, C. 8, S. 6 (2013), ss. 483-504, doi:10.1080/17439760.2013.830762.
- PAZARLI Osman, *Din Psikolojisi*, İstanbul: Remzi kitabevi, 1972.
- PEARCE Michelle J. vd., "Unmet Spiritual Care Needs Impact Emotional and Spiritual Well-Being in Advanced Cancer Patients", *Supportive Care in Cancer*, C. 20, S. 10 (2012), ss. 2269-76, doi:10.1007/s00520-011-1335-1.
- PEARLIN Leonard I., Carmi SCHOOLER, "The structure of coping", *Journal of Health and Social Behavior*, C. 19, S. 1 (1978), ss. 2-21, doi:10.2307/2136319.
- PÉREZ John E., Amy Rex SMITH, "Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients: the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer", *Journal of behavioral medicine*, C. 38, S. 2 (2015), ss. 183-93, doi:10.1007/s10865-014-9593-2.

- PERİM Aysun, *Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
- PETEET John R., *Depression and the Soul: A Guide to Spiritually Integrated Treatment*, New York: Brunner-Routledge, 2010.
- PETEET John R., Michael J. BALBONI, "Spirituality and religion in oncology", *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, C. 63, S. 4 (2013), ss. 280-89, doi:10.3322/caac.21187.
- POLAT Dilan, *Meme Kanseri Cerrahisi Geçiren Kadınlarda Sosyal Destek, Yalnızlık ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
- POLINSKY Ml, "Functional Status of Long-Term Breast Cancer Survivors: Demonstrating Chronicity", *Health & Social Work*, C. 19, S. 4 (1994), ss. 165-73, doi:10.1093/hsw/19.3.165.
- POOLE Kristie L. vd., "Distinguishing selective mutism and social anxiety in children: a multi-method study", *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2020, 1-11, doi:10.1007/s00787-020-01588-3.
- PORTENOY R. K. vd., "The Memorial Symptom Assessment Scale: An Instrument for the Evaluation of Symptom Prevalence, Characteristics and Distress", *European Journal of Cancer*, C. 30, S. 9 (1994), ss. 1326-36, doi:10.1016/0959-8049(94)90182-1.
- PORTER Laura S. vd., "Predicting Negative Mood State and Personal Growth in African American and White Long-Term Breast Cancer Survivors", *Annals of Behavioral Medicine*, C. 31, S. 3 (2006), ss. 195-204, doi:10.1207/s15324796abm3103_1.
- POST Stephen G., "Altruism, Happiness, and Health: It's Good to Be Good", *International Journal of Behavioral Medicine*, C. 12, S. 2 (2005), ss. 66-77, doi:10.1207/s15327558ijbm1202_4.
- PUCHALSKI Christina, Betty FERRELL, *Making healthcare whole: integrating spirituality into patient care*, West Conshohocken: Templeton Press, 2010.
- PURNELL Jason Q., Barbara L. ANDERSEN, "Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer", *Counseling and Values*, C. 53, S. 3 (2009), ss. 165-283.
- PUSPITASARI Nur Rizky, Siti QODARIAH, "Correlation between Patience and Coping Strategy of Mothers with Autistic Children", *International Journal of Social Science and Humanity*, C. 6, S. 12 (2016), ss. 919-22, doi:10.18178/ijssh.2016.V6.773.
- "Radyasyon Tedavisi", (19.01.2021), <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/kanser-tedavisinde-radyasyon.html>.
- RAHELE FALLAH vd., "Post-traumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Qualitative Phenomenological Study", *Middle East Journal of Cancer*, C. 3, S. 2 & 3 (2012), ss. 35-44.
- RAUPACH Jane C. A., Janet E. HILLER, "Information and Support for Women Following the Primary Treatment of Breast Cancer", *Health Expectations*, C. 5, S. 4 (2002), ss. 289-301, doi:10.1046/j.1369-6513.2002.00191.x.
- REB Anne M., "Transforming the Death Sentence: Elements of Hope in Women With Advanced Ovarian Cancer", *Oncology Nursing Forum*, C. 34, S. 6 (2007), ss. E70-81, doi:10.1188/07.ONF.E70-E81.

- REICH M., A. LESUR, C. PERDRIZET-CHEVALLIER, “Depression, Quality of Life and Breast Cancer: A Review of the Literature”, *Breast Cancer Research and Treatment*, C. 110, S. 1 (2008), ss. 9-17, doi:10.1007/s10549-007-9706-5.
- REISNER Erwin, *Krankheit und Gesundung, Eine theologisch-philosophische Sinndeutung*, Berlin-Dahlem: Letner Verl., 1956.
- REZAEI Mahboubeh vd., “Prayer in Iranian Cancer Patients Undergoing Chemotherapy”, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, C. 14, S. 2 (2008), ss. 90-97, doi:10.1016/j.ctcp.2008.01.001.
- RIDKER PAUL M. vd., “Plasma Concentration of Interleukin-6 and the Risk of Future Myocardial Infarction Among Apparently Healthy Men”, *Circulation*, C. 101, S. 15 (2000), ss. 1767-72, doi:10.1161/01.CIR.101.15.1767.
- RODIEK Susan, “Influence of an Outdoor Garden on Mood and Stress in Older Persons”, *Journal of Therapeutic Horticulture*, C. 13 (2002), ss. 13-21.
- RODIN Danielle vd., “Whose Role? Oncology Practitioners’ Perceptions of Their Role in Providing Spiritual Care to Advanced Cancer Patients”, *Supportive Care in Cancer*, C. 23, S. 9 (2015), ss. 2543-50, doi:10.1007/s00520-015-2611-2.
- ROHANI Camelia vd., “Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design”, *Health and Quality of Life Outcomes*, C. 13, S. 40 (2015), ss. 1-14, doi:10.1186/s12955-015-0229-1.
- ROMERO Catherine vd., “Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer”, *Journal of Behavioral Medicine*, C. 29, S. 1 (2006), ss. 29-36, doi:10.1007/s10865-005-9038-z.
- ROSCOE Joseph A. vd., “Cancer-Related Fatigue and Sleep Disorders”, *The Oncologist*, C. 12, S. S1 (2007), ss. 35-42, doi:10.1634/theoncologist.12-S1-35.
- ROSS Louie E. vd., “Prayer and Self-Reported Health Among Cancer Survivors in the United States, National Health Interview Survey, 2002”, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, C. 14, S. 8 (2008), ss. 931-38, doi:10.1089/acm.2007.0788.
- RUINI Chiara, Francesca VESCOVELLI, “The Role of Gratitude in Breast Cancer: Its Relationships with Post-traumatic Growth, Psychological Well-Being and Distress”, *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, C. 14, S. 1 (2013), s. 263, doi:10.1007/s10902-012-9330-x.
- RUSTØEN T., “Hope and Quality of Life, Two Central Issues for Cancer Patients: A Theoretical Analysis”, *Cancer Nursing*, C. 18, S. 5 (1995), ss. 355-61.
- RUFFER J. U. vd., “Fatigue in Long-Term Survivors of Hodgkin’s Lymphoma; a Report from the German Hodgkin Lymphoma Study Group (GHSG)”, *European Journal of Cancer*, C. 39, S. 15 (2003), ss. 2179-86, doi:10.1016/S0959-8049(03)00545-8.
- RYFF Carol D., Burton SINGER, “The Contours of Positive Human Health”, *Psychological Inquiry*, C. 9, S. 1 (1998), ss. 1-28, doi:10.1207/s15327965pli0901_1.
- “Sabır, moral, sevgi kanseri yendi”, *Denizli Muhabir / Denizli Haberleri / Son Dakika Denizli Haberleri*, (02.12.2020), <https://www.denizlimuhabir.com/sabir-moral-sevgi-kanseri-yendi/9536/>.

- SADEGHI H., “Voice of Quran and health: A review of performed studies in Iran”, *Quarterly of Quran & Medicine*, C. 1, S. 1 (2011), ss. 33-37.
- SARMA Sibnath, *Religious Philosophy of Rudolf Otto*, Delhi: Ajanta Publications, 1996.
- SAYAR Kemal, *Hayat Teselli Bulmaktır*, 6. b., İstanbul: Timaş Yayınları, 2017.
- SCHLAUCH C. R., “Defining Pastoral Psychotherapy”, *Journal of Pastoral Care*, C. 39, S. 3 (1985), ss. 219-28.
- SCHREIBER Judith A., Dorothy Y. BROCKOPP, “Twenty-Five Years Later—What Do We Know about Religion/Spirituality and Psychological Well-Being among Breast Cancer Survivors? A Systematic Review”, *Journal of Cancer Survivorship*, C. 6, S. 1 (2012), ss. 82-94, doi:10.1007/s11764-011-0193-7.
- SCHREIBER Judith, Jean EDWARD, “Image of God, Religion, Spirituality, and Life Changes in Breast Cancer Survivors: A Qualitative Approach”, *Journal of Religion & Health*, C. 54, S. 2 (2015), ss. 612-22, doi:10.1007/s10943-014-9862-y.
- SEEMAN Teresa E., Linda Fagan DUBIN, Melvin SEEMAN, “Religiosity/Spirituality and Health. A Critical Review of the Evidence for Biological Pathways”, *The American Psychologist*, C. 58, S. 1 (2003), ss. 53-63, doi:10.1037/0003-066x.58.1.53.
- SELIGMAN Martin E. P., *Gerçek Mutluluk*, ed. Ertuğrul Köroğlu, çev. Semra Kunt Akbaş, Ankara: HYB Yayıncılık, 2002.
- SENNETT Richard, *The Corrosion of Character: The Consequences of Work in the New Capitalism*, New York: W. W. Norton&Co., t.y.
- SEVEN Memnun vd., “Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, C. 12, S. 3 (2013), ss. 219-24, doi:10.5455/pmb.1-1343053458.
- SHAFRANSKE Edward P., Richard L. GORSUCH, “Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy”, *Journal of Transpersonal Psychology*, C. 16, S. 2 (1984), ss. 231-41.
- SHAHEEN AL AHWAL Mahmoud vd., “Religious Beliefs, Practices, and Health in Colorectal Cancer Patients in Saudi Arabia”, *Psycho-Oncology*, C. 25, S. 3 (2016), ss. 292-99, doi:10.1002/pon.3845.
- SHARIFI SAKI Sheida, “Relationship of Patience and Self- Compassion with Depression in Patients with Breast Cancer”, *Iranian Journal of Breast Disease*, C. 11, S. 2 (2018), ss. 36-45, doi:10.30699/acadpub.ijbd..11.2.36.
- SHAVER Kelly G., *An Introduction to Attribution Processes*, Cambridge: M.A. Winthrop, 1975.
- SHIELDS Michele, Allison KESTENBAUM, Laura B. DUNN, “Spiritual AIM and the Work of the Chaplain: A Model for Assessing Spiritual Needs and Outcomes in Relationship”, *Palliative and Supportive Care*, C. 13, S. 1 (2015), ss. 75-89, doi:10.1017/S1478951513001120.
- SILVER R. L., C. B. WORTMAN, “Coping with Undesirable Life Events”, *Human Helplessness: Theory and Application*, ed. J. Garber, Martin E. P. Seligman, New York: Academic Press, 1980, s. .
- SINCLAIR Shane, Harvey M. CHOCHINOV, “The Role of Chaplains within Oncology Interdisciplinary Teams”, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, C. 6, S. 2 (2012), ss. 259-68, doi:10.1097/SPC.0b013e3283521ec9.

- SINCLAIR Shane, Marlene MYSAK, Neil A. HAGEN, “What Are the Core Elements of Oncology Spiritual Care Programs?”, *Palliative & Supportive Care*, C. 7, S. 4 (2009), ss. 415-22, doi:10.1017/S1478951509990423.
- SLOAN R. P., E. BAGIELLA, T. POWELL, “Religion, Spirituality, and Medicine”, *The Lancet*, C. 353, S. 9153 (1999), ss. 664-67, doi:10.1016/s0140-6736(98)07376-0.
- SNODGRASS Jill, “From Rogers to Clinebell: Exploring the History of Pastoral Psychology”, *Pastoral Psychol*, C. 54 (2007), ss. 513-25.
- “Society for the Psychology of Religion and Spirituality (Division 36)”, <https://www.apadivisions.org>, (26.12.2020), <https://www.apadivisions.org/division-36>.
- SOERJOMATARAM Isabelle, Freddie BRAY, “Global trends in cancer incidence and mortality”, *World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention*, ed. Christopher P. Wild, Elisabete Weiderpass, Bernard W. Stewart, Lyon: WHO, International Agency for Research on Cancer, 2020, ss. 23-33.
- SOLANO Joao Paulo Consentino vd., “Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients”, *BMC Palliative Care*, C. 15 (2016), s. 70, doi:10.1186/s12904-016-0139-y.
- SOMAKÇI Pınar, “Türklerde Müzikle Tedavi”, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C. 2, S. 15 (2003), ss. 131-40.
- SONNTAG-ÖSTRÖM Elisabet vd., “Restorative Effects of Visits to Urban and Forest Environments in Patients with Exhaustion Disorder”, *Urban Forestry & Urban Greening*, C. 13, S. 2 (2014), ss. 344-54, doi:10.1016/j.ufug.2013.12.007.
- SONUMUT PSİKOLOJİK DESTEK MERKEZİ, “Diğer Anksiyete Bozuklukları”, (10.01.2021), <https://sonumut.com.tr/diger-anksiyete-bozukluklari/>.
- SÖYLEV Ömer Faruk, *Türkiye’de Dini Danışma ve Rehberlik: Alanları, İmkanları ve Yöntemleri (Diyanet İşleri Başkanlığı Örneği)*, (Doktora Tezi), Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
- SPEES Colleen K. vd., “Health Behaviors and Perceptions of Cancer Survivors Harvesting at an Urban Garden”, *American Journal of Health Behavior*, C. 39, S. 2 (2015), ss. 257-66, doi:10.5993/AJHB.39.2.12.
- “Spending Time in Nature Reduces Stress, Research Finds”, (11.11.2020), <https://medicalxpress.com/news/2020-02-nature-stress.html>.
- SPIEGEL D, “Psychosocial Aspects of Breast Cancer Treatment”, *Seminars in Oncology*, C. 24, S. 1 Suppl 1 (1997), ss. 36-47.
- SPIELBERGER C. D., R. L. GORSUCH, R. E. LUSHENE, *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*, California: Consulting Psychologist Press, 1970.
- SPILKA Bernard, Greg SCHMIDT, “General Attribution Theory for the Psychology of Religion: The Influence of Event-Character on Attributions to God”, *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 22, S. 4 (1983), ss. 326-34, doi:10.2307/1385771.
- SPILKA Bernard, Phillip SHAVER, Lee A. KIRKPATRICK, “A General Attribution Theory for the Psychology of Religion”, *Journal for the Scientific Study of Religion*, C. 24, S. 1 (1985), ss. 1-20, doi:10.2307/1386272.
- STANTON Annette L. vd., “Randomized, Controlled Trial of Written Emotional Expression and Benefit Finding in Breast Cancer Patients”, *Journal of Clinical Oncology*, C. 20, S. 20 (2002), ss. 4160-68, doi:10.1200/JCO.2002.08.521.

- STEINHORN David M., Jana DIN, Angela JOHNSON, “Healing, Spirituality and Integrative Medicine”, *Annals of Palliative Medicine*, C. 6, S. 3 (2017), ss. 237-247-247.
- STRAUSS Anselm, Juliet M. CORBIN, *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, 1990.
- STREIB Heinz, Ralph W. HOOD, (ed.), *Semantics and Psychology of Spirituality: A Cross-Cultural Analysis 123*, Springer, 2016.
- “Studies Suggest Human Wilderness Connection Has Psychological Roots, Could Reduce Disease Risk”, (10.11.2020), <https://medicalxpress.com/news/2020-11-human-wilderness-connectionhaspsychological-roots-disease.html>.
- SULMASY Daniel P., “A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life”, *The Gerontologist*, C. 42, S. Special Issue III (2002), ss. 24-33, doi:10.1093/geront/42.suppl_3.24.
- SUNGUR Mehmet Z., “Sosyal Fobi”, *Anksiyete Bozuklukları*, ed. Raşit Tükel, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2000, ss. 59-79.
- SZTACHAŃSKA Joanna, Izabela KREJTZ, John B. NEZLEK, “Using a Gratitude Intervention to Improve the Lives of Women With Breast Cancer: A Daily Diary Study”, *Frontiers in Psychology*, C. 10 (2019), doi:10.3389/fpsyg.2019.01365.
- ŞAHİN Levent, *Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Değerlendirilmesi*, (Tıpta Uzmanlık Tezi Tezi), İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2015.
- ŞAHİN Tuba Kevser, *Dinî danışmanlık bağlamında aile irşat ve rehberlik büroları*, (Yüksek Lisans Tezi), Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
- ŞAHİN Zuhâl Ağılkaya, *Federal Almanya Cumhuriyeti’nde Dini Danışmanlık: Teori – Eğitim – Uygulama*, (Doktora Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
- ŞAHİN Zuhâl Ağılkaya, *Manevi Bakım ve Danışmanlık*, İstanbul: Marmara Akademi Yayınları, 2017.
- ŞENGÜL Fatma, *Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.
- “şifa ne demek TDK Sözlük Anlamı”, (11.02.2021), <https://sozluk.gov.tr/?kelime=şifa>.
- ŞİRİN Turgay, *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Yaklaşımıyla Bütünleştirilmiş Dini Danışmanlık Modeli*, (Doktora Tezi), Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013.
- , *Dini Danışma ve Rehberlik İhsan Modeli Manevi Danışmanlık*, 2. b., Mim Akademi Yayınları, 2018.
- TADWALKAR Rigved vd., “The Beneficial Role of Spiritual Counseling in Heart Failure Patients”, *Journal of Religion and Health*, C. 53, S. 5 (2014), s. 1575, doi:10.1007/s10943-014-9853-z.
- “TAM OTOMATİK KEMOTERAPİ CİHAZI”, (31.03.2021), <https://bursaonkoloji.saglik.gov.tr/TR,464813/tam-otomatik-kemoterapi-cihazi.html>.
- TARAKESHWAR Nalini vd., “Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer”, *Journal of Palliative Medicine*, C. 9, S. 3 (2006), ss. 646-57, doi:10.1089/jpm.2006.9.646.

- “Tarihçe: Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi”, *T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ALİ OSMAN SÖNMEZ ONKOLOJİ HASTANESİ*, (31.03.2021),
<https://bursaonkoloji.saglik.gov.tr/TR,79696/tarihce.html>.
- TART Charles T., “Introduction”, *Transpersonal Psychologies*, ed. Charles T. Tart, New York: Harper & Row, 1975, ss. 3-7.
- TASHAKKORI Abbas, John W. CRESWELL, “Editorial: The New Era of Mixed Methods”, *Journal of Mixed Methods Research*, C. 1, S. 1 (2007), ss. 3-7, doi:10.1177/2345678906293042.
- TATSUMURA Yvonne vd., “Religious and Spiritual Resources, CAM, and Conventional Treatment in the Lives of Cancer Patients”, *Alternative Therapies in Health and Medicine*, C. 9, S. 3 (2003), ss. 64-71.
- TAYLOR Lou Ella V. vd., “A Biopsychosocial-Spiritual Model of Chronic Pain in Adults with Sickle Cell Disease”, *Pain Management Nursing*, C. 14, S. 4 (2013), ss. 287-301, doi:10.1016/j.pmn.2011.06.003.
- TAYLOR Shelley E., “Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation.”, *American Psychologist*, C. 38, S. 11 (1983), ss. 1161-73, doi:10.1037/0003-066X.38.11.1161.
- TEDESCHI Richard, Lawrence G. CALHOUN, “Posttraumatic growth: conceptual issues”, *Positive Changes in the Aftermath of Crisis*, ed. Richard Tedeschi, Crystal L. Park, Lawrence G. Calhoun, Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers, 1998, ss. 1-22.
- , “The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma”, *Journal of Traumatic Stress*, C. 9, S. 3 (1996), ss. 455-71.
- TEDESCHI Richard G., Lawrence G. CALHOUN, “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence”, *Psychological Inquiry*, C. 15, S. 1 (2004), ss. 1-18, doi:10.1207/s15327965pli1501_01.
- THEWES B. vd., “The Psychosocial Needs of Breast Cancer Survivors; A Qualitative Study of the Shared and Unique Needs of Younger versus Older Survivors”, *Psycho-Oncology*, C. 13, S. 3 (2004), ss. 177-89, doi:10.1002/pon.710.
- THOMPSON Suzanne, “Will It Hurt Less if I Can Control It? A Complex Answer to a Simple Question”, *Psychological Bulletin*, C. 90, S. 1 (1981), ss. 89-101, doi:10.1037/0033-2909.90.1.89.
- THORESEN Carl E., Alex H. S. HARRIS, “Spirituality and Health: What’s the Evidence and What’s Needed?”, *Annals of Behavioral Medicine*, C. 24, S. 1 (2002), ss. 3-13, doi:10.1207/S15324796ABM2401_02.
- THUNÉ-BOYLE Ingela C. vd., “Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature”, *Social Science & Medicine*, C. 63, S. 1 (2006), ss. 151-64, doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.055.
- TIX Andrew P., Patricia A. FRAZIER, “The Use of Religious Coping during Stressful Life Events: Main Effects, Moderation, and Mediation”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, C. 66, S. 2 (1998), ss. 411-22, doi:10.1037//0022-006x.66.2.411.
- TOKGÖZ Gül vd., “Kanserli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ruhsal Gelişim”, *Yeni Symposium*, C. 46, S. 2 (2008), ss. 51-61.
- “TOMOTERAPİ”, (31.03.2021),
<https://bursaonkoloji.saglik.gov.tr/TR,122951/tomoterapi.html>.

- TOPALOĞLU Bekir, Hayrettin KARAMAN, *Arapça-Türkçe Yeni Kamus*, İstanbul: Elif Ofset, t.y.
- TRAVADO Luzia vd., “Do Spirituality and Faith Make a Difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group”, *Palliative and Supportive Care*, C. 8, S. 4 (2010), ss. 405-13, doi:10.1017/S147895151000026X.
- TUNCAY Tarık, *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*, (Doktora Tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
- TUNÇ Aygül, *Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri, Başa Çıkma Stratejileri, Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi İle Psiko-Sosyal İhtiyaçlarının Belirlenmesi*, (Doktora Tezi), Mersin: Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2014.
- TURABİ Ahmet Hakkı, “İbn Sînâ ve Müzik”, Uluslararası İbn Sînâ Sempozyumu (22-24 Mayıs 2008), İstanbul: İstanbul Büyükşehir Belediyesi Kültür A.Ş. Yayınları, 2009, ss. 195-216.
- TUTAR Hasan, Ahmet Tuncay ERDEM, *Örnekleriyle Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Spss Uygulamaları*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2020.
- “TÜİK - Veri Portalı”, (16.01.2021),
<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101>.
- “TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018”, Türkiye İstatistik Kurumu, 2019.
- TÜRKMEN Seyfullah, “Türkçedeki Örtmece Sözcükler”, *Karadeniz Araştırmaları*, C. 6, S. 23 (2009), ss. 131-40.
- UKRAY Murat, *Jung Psikolojisi*, Ankara: Yason Yayınları, 2016.
- UNİVERSİTY OF TORONTO, “Quality of Life Research Unit: home page”, (22.01.2021), http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm.
- URCUYO Kenya R. vd., “Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being”, *Psychology & Health*, C. 20, S. 2 (2005), ss. 175-92, doi:10.1080/08870440512331317634.
- , “Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being”, *Psychology & Health*, C. 20, S. 2 (2005), ss. 175-92, doi:10.1080/08870440512331317634.
- ÜNSAL Diclehan vd., “Postmastektomi radyoterapi uygulanan meme kanserli olgularda gelişen yorgunluğun derecesi, serum sitokin ve leptin düzeyleri ile ilişkisi: Prospektif değerlendirme”, *Türk Onkoloji Dergisi*, C. 22, S. 1 (2007), ss. 1-12.
- VALLURUPALLI Mounica vd., “The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy”, *The Journal of Supportive Oncology*, C. 10, S. 2 (2012), ss. 81-87, doi:10.1016/j.suonc.2011.09.003.
- VERGOTE Antoine, *Din, İnanç ve İnançsızlık: Psikolojik İnceleme*, çev. Veysel Uysal, İstanbul: Marmara Üniversitesi İlahiyat Vakfı Yayınları, 1999.
- VIS Jo-Ann, Heather Marie BOYNTON, “Spirituality and Transcendent Meaning Making: Possibilities for Enhancing Posttraumatic Growth”, *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, C. 27, S. 1-2 (2008), ss. 69-86.
- WALSH R., *Essential Spirituality*, New York: Wiley, 2000.

- WANG Yilu vd., “Altruistic Behaviors Relieve Physical Pain”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, C. 117, S. 2 (2020), ss. 950-58, doi:10.1073/pnas.1911861117.
- WEAVER Andrew J., Kevin J. FLANNELLY, “The Role of Religion/Spirituality for Cancer Patients and Their Caregivers”, *Southern Medical Journal*, C. 97, S. 12 (2004), ss. 1210-14, doi:10.1097/01.SMJ.0000146492.27650.1C.
- WEISS Tzipi, “Correlates of Posttraumatic Growth in Married Breast Cancer Survivors”, *Journal of Social & Clinical Psychology*, C. 23, S. 5 (2004), ss. 733-46, doi:10.1521/jscp.23.5.733.50750.
- WEITZNER M. A. vd., “Relationship between Quality of Life and Mood in Long-Term Survivors of Breast Cancer Treated with Mastectomy”, *Supportive Care in Cancer*, C. 5, S. 3 (1997), ss. 241-48, doi:10.1007/s005200050067.
- WENZEL Lari B. vd., “Resilience, Reflection, and Residual Stress in Ovarian Cancer Survivorship: A Gynecologic Oncology Group Study”, *Psycho-Oncology*, C. 11, S. 2 (2002), ss. 142-53, doi:10.1002/pon.567.
- “What Is Cancer? - National Cancer Institute”, CgvArticle (16.01.2021), <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>.
- “What’s The Difference Between Fear & Anxiety? A Neuroscientist Explains”, *mindbodygreen*, 15.12.2020, <https://www.mindbodygreen.com/articles/neuroscientist-on-the-difference-between-fear-and-anxiety>.
- “What’s the Difference between Stress and Anxiety?”, *Https://Www.Apa.Org*, (08.01.2021), <https://www.apa.org/topics/stress-anxiety-difference>.
- WHO, “COVID-19 Weekly Epidemiological Update - 5 January 2021”, (19.01.2021), <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---5-january-2021>.
- , “The Constitution of the WHO”, WHO Chronicle, 1947.
- WHO, IARC, “Cancer Today”, (19.01.2021), <http://gco.iarc.fr/today/home>.
- WHO SRPB QUALITY OF LIFE GROUP, *Scoring and Coding for the WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument*, Geneva: WHO, 2012.
- WHOQOL, “WHOQOL - Measuring Quality of Life| The World Health Organization”, (22.01.2021), <https://www.who.int/tools/whoqol>.
- WINKELMAN William D. vd., “The Relationship of Spiritual Concerns to the Quality of Life of Advanced Cancer Patients: Preliminary Findings”, *Journal of Palliative Medicine*, C. 14, S. 9 (2011), ss. 1022-28, doi:10.1089/jpm.2010.0536.
- WITVLIET Charlotte van Oyen, Thomas E. LUDWIG, Kelly L. Vander LAAN, “Granting Forgiveness or Harboring Grudges: Implications for Emotion, Physiology, and Health”, *Psychological Science*, C. 12, S. 2 (2001), ss. 117-23, doi:10.1111/1467-9280.00320.
- WOLCOTT Harry F., *Transforming Qualitative Data: Description, Analysis, and Interpretation*, Newbury Park: Sage Publications, 1994.
- WOODS Teresa E., Gail H. IRONSON, “Religion and Spirituality in the Face of Illness: How Cancer, Cardiac, and HIV Patients Describe Their Spirituality/Religiosity”, *Journal of Health Psychology*, C. 4, S. 3 (1999), ss. 393-412, doi:10.1177/135910539900400308.

- WILD Christopher P., Elisabete WEİDERPASS, Bernard W. STEWART, (thk.), “World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention”, Lyon: WHO, International Agency for Research on Cancer, 2020.
- WRIGHT Scott T. vd., “Meaning-Centered Dream Work with Hospice Patients: A Pilot Study”, *Palliative and Supportive Care*, C. 13, S. 5 (2015), ss. 1193-1211, doi:10.1017/S1478951514001072.
- XING Cathleen Y. vd., “Pre-Diagnostic Allostatic Load and Health-Related Quality of Life in a Cohort of Black Breast Cancer Survivors”, *Breast Cancer Research and Treatment*, 2020, 1-14, doi:10.1007/s10549-020-05901-1.
- , “Pre-diagnostic allostatic load as a predictor of poorly differentiated and larger sized breast cancers among Black women in the Women’s Circle of Health Follow-Up Study”, *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, C. 29, S. 1 (2020), ss. 216-24, doi:10.1158/1055-9965.EPI-19-0712.
- YALÇIN Özge, *Cerrahi Onkoloji Hastalarının Manevi Gereksinimleri*, (Yüksek Lisans Tezi), Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.
- YALOM Irvin, *Bağışlanan Terapi*, çev. Zeliha İyidoğan Babayiğit, İstanbul: Kabalıcı Yayınevi, 2002.
- , *Güneşe Bakmak: Ölümle Yüzleşmek*, çev. Zeliha İyidoğan Babayiğit, İstanbul: Kabalıcı, 2008.
- , *Varoluşçu Psikoterapi*, çev. Zeliha İyidoğan Babayiğit, İstanbul: Kabalıcı Yayıncılık, 2013.
- YAPAREL Recep, “Depresyon ve Dini İnançlar ile Tabiatüstü Nedensel Yüklemeler Arasındaki İlişkiler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, S. 8 (1994), ss. 275-99.
- , “Dinin Tarifi Mümkün mü?”, *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, S. 4 (1987), ss. 403-18.
- , “Günümüz Psikolojisinde Gudu Kavramı ve Güdülenme Kuramları”, *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, S. 9 (1995), ss. 197-227.
- YAPICI Asım, “Cinsiyete Göre Farklılaşan Dindarlıklar Ve Kadınlarda Dinsel Yaşamın Farklı Görüntüleri”, *Dini Araştırmalar*, C. 19, S. 49 (2016), ss. 131-61, doi:10.15745/da.268813.
- , “Yeni Bir Dindarlık Ölçeği ve Üniversiteli Gençlerin Dinin Etkisini Hissetme Düzeyi”, *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, C. 6, S. 1 (2006), ss. 66-116.
- YATES J. W. vd., “Religion in Patients with Advanced Cancer”, *Medical and Pediatric Oncology*, C. 9, S. 2 (1981), ss. 121-28, doi:10.1002/mpo.2950090204.
- YAVUZ Tuğba, *Hemodiyaliz Hastalarında Sabır ve Yaşam Memnuniyeti İlişkisi*, (Yüksek Lisans Tezi), Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2020.
- “Yaygın Anksiyete Bozukluğu | TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ”, (08.01.2021), <https://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/25/yaygin-anksiyete-bozuklugu>.
- YAZGAN Eda Özge, *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi*, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.

- YERİNDE Adem, “Şifa”, *TDV İslam Ansiklopedisi*, İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı, 2010, C. 39, ss. 129-31, /sifa.
- YEŞİLBALKAN Öznur Usta vd., “Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar Ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, C. 21, S. 1 (2005), ss. 13-31.
- YETER Kevser, Ayşegül SAVCI, Fatma Deniz SAYINER, “Meme Kanseri Rekonstrüktif Cerrahinin ve Hasta Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi”, *Meme Sağlığı Dergisi*, C. 5, S. 2 (2009), ss. 65-68.
- YETİM Ünsal, “Yaşam Kalitesi Kavramına ve Araştırmalarına Toplu Bakış”, *Seminer*, S. 4 (1985), ss. 133-55.
- YILDIRIM Ali, Hasan ŞİMŞEK, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 8. b., Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2011.
- , *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 8. b., Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2018.
- YILDIRIM Nazmiye KOCAMAN vd., “Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları”, *The Anxiety, Depression and Quality of Life of Breast Cancer Patients Before and After Treatment: The Results of One Year Prospective Study.*, C. 46, S. 4 (2009), ss. 175-81.
- YILMAZ Özlem, Gülistan BAHAT, “Yaşlıda Hastane Temelli Palyatif Bakım ve Hospis”, *Türkiye Klinikleri Geriatri - Özel Konular*, C. 5, S. 2 (2019), ss. 32-44.
- Yunus Emre - Hz. Eyyüb'ün Kıssası (15.Bölüm)*, Yunus Emre, 2015, <https://www.youtube.com/watch?v=6wHi-SSw60k>.
- YÜKSEL Şule, *Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastaların Spiritüel ve Umut Durumlarının Belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
- ZAMANIYAN Sakineh vd., “Effectiveness of Spiritual Group Therapy on Quality of Life and Spiritual Well-Being among Patients with Breast Cancer”, *Iran J Med Sci*, C. 41, S. 2 (2016), ss. 140-44.
- ZARZYCKA Beata vd., “Religious comfort and anxiety in women with cancer: The mediating role of hope and moderating role of religious struggle”, *Psycho-Oncology*, C. 28, S. 9 (2019), ss. 1829-35, doi:10.1002/pon.5155.
- ZAUTRA A., S. L. SIMONS, “Some Effects of Positive Life Events on Community Mental Health”, *American Journal of Community Psychology*, C. 7 (1979), ss. 441-51.
- ZHAI Jianxia, Jennifer NEWTON, Beverley COPNELL, “Posttraumatic Growth Experiences and Its Contextual Factors in Women with Breast Cancer: An Integrative Review”, *Health Care for Women International*, C. 40, S. 5 (2019), ss. 554-80, doi:10.1080/07399332.2019.1578360.
- ZIABARI Leila Sadat Azizi vd., “Patience mediates the relationship between mindfulness and pain in patients with cardiovascular diseases”, *Mental Health, Religion & Culture*, C. 22, S. 3 (2019), ss. 319-29, doi:10.1080/13674676.2019.1622518.
- ZINNBAUER Brian J., Kenneth PARGAMENT, “Dindarlık ve Maneviyat”, *Din ve Maneviyat Psikolojisi: Temel Yaklaşımlar ve İlgi Alanları*, ed. Raymond F. Paloutzian, Crystal L. Park, çev. ed. İhsan Çapcıoğlu, ed. Ali Ayten, çev. Sevdener Düzgüner, Ankara: Phoenix Yayınevi, 2013, ss. 61-102.

ZOELLNER Tanja, Andreas MAERCKER, “Posttraumatic Growth in Clinical Psychology — A Critical Review and Introduction of a Two Component Model”, *Clinical Psychology Review*, C. 26, S. 5 (2006), ss. 626-53, doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008.

EKLER

Ek 1: Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Kararı

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
(Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI

OTURUM TARİHİ
29 Haziran 2018

OTURUM SAYISI
2018-06

KARAR NO 11: Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Emine KURT'un "Kanser Hastalarında Manevi Danışmanlık Uygulamalarının Kaygı ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında uygulanacak ölçek sorularının değerlendirilmesine geçildi.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Emine KURT'un "Kanser Hastalarında Manevi Danışmanlık Uygulamalarının Kaygı ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında uygulanacak ölçek sorularının, fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurucuya ait olmak üzere uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.


Prof. Dr. Mehmet YUCE
Kurul Başkanı

Ek 2: T. C. Bursa Valiliği İl Sağlık M¼d¼rl¼đ¼ Uygulama İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık M¼d¼rl¼đ¼

Sayı : 60429939-044
Konu : Emine KURT'un Uygulama İzni
Hk.

M¼D¼RL¼K MAKAMINA

Uludağ Üniversitesi Rekt¼rl¼đ¼n¼n 31.08.2018 tarih ve E.31435 sayılı yazısında, Sosyal Bilimler Enstit¼s¼ Felsefe ve D¼n Bilimleri Anabilim Dalı doktora ¼đrencisi Emine KURT'un, "Kanser Hastalarında Manevi Danışmanlık Uygulamalarının Kaygı ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi" konulu anket çalışmasını M¼d¼rl¼đ¼m¼ze bağlı Ali Osman S¼nmez Onkoloji Hastanesinde anket sorularını uygulamak isteği Başkanlığımızca Uygun g¼r¼lm¼ř olup;

Makamımızca da uygun g¼r¼ld¼đ¼ takdirde olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. EfraİL ATICI
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı

OLUR
.../09/2018
e-İmzalıdır.
Dr. ÖZCAN AKAN
İl Sağlık M¼d¼r¼

Dikkatlişim Mah. Hat Caddesi No:4 Osmangazi, BURSA
Faks No:
e-Posta: Aynur.Sen2@sağlık.gov.tr İnt. Adresi: <http://burasistem.sağlık.gov.tr>

Bilgi için: Aynur şEN
Unvan: HEMşİRE
Telefon No: 0224/295 33 65

Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUYUNUZ

Sizi Doç. Dr. Ahmet Albayrak tarafından yürütülen “Kanser Hastalarında Manevi Danışmanlık Uygulamalarının Kaygı ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırma hakkında bilgi sahibi olmanız önemlidir. Bu nedenle bu formu dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışabilirsiniz. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, veya daha fazla bilgi sahibi olmak isterseniz bize sorabilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz anlamında yorumlanacaktır Size verilen anket formlarındaki sorularını kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan yanıtlayın. Bu araştırmadan elde edilecek bilgiler yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Doç. Dr. Ahmet ALBAYRAK
Bursa Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi
Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı
Din Psikolojisi Bilim Dalı

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmada, kanser hastalarında dini başa çıkma odaklı manevi danışmanlığın hastaların kaygı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Değerli Gönüllümüz;

Bu çalışma, hastanedeki tedavilerinize engel olmayacak şekilde, uygun zaman dilimlerinde periyodik olarak ve uygun ortam şartlarında yapılacaktır. Gönüllülük esası çerçevesinde yürütülen bu araştırmayı, dilediğinizde sonlandırma hakkına sahipsiniz.

Bu araştırma dört aşamalı olarak planlanmıştır. Araştırma aşamaları ve aşamalarda yer alan uygulamalar şöyledir:

I. Aşama: Gönüllü hastalarımız arasından deney ve kontrol gruplarına alınacak hastaları belirlemek amacıyla OK Dini Tutum Ölçeği, Dini Başa Çıkma Ölçeği, STAI (Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri) ve EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanacaktır.

Formda yer alan ölçeklerden en düşük, orta ve en yüksek puanları alan gönüllü hastalar arasından amaçlı örnekleme yöntemi ile seçilen 30 kişi araştırmaya alınacaktır. Bu hastalardan rastgele olarak 15 hasta deney grubuna, 15 hasta ise kontrol grubuna atanacaktır.

II. Aşama: Deney grubunda yer alan gönüllü hastalar ile deneysel aşamadan önceki bir süreçte nitel veri elde etmek amacıyla hastalık sürecinde yaşanan anlam, amaç ve açıklama arayışı, hastalıkla başa çıkma yolları ve varoluşsal kaygılara ilişkin yarı yapılandırılmış açık uçlu sorular ile mülakat yapılacaktır. Gönüllülerin izin vermesi durumunda bu görüşmeler, yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılmak üzere ses kayıt cihazı ile kayda alınacaktır.

Çalışmanın adı: **Kanser Hastalarında Manevi Danışmanlık Uygulamalarının Kaygı ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi** Tarih: 03.09.2018

III. Aşama: Deney grubuna seçilen gönüllü hastalar ile manevi destek grubu oturumları düzenlenecektir. Bir hafta ara ile altı oturum şeklinde düzenlenen çalışma, ön-test ve son-test olarak planlanmıştır. Buna göre deney grubunda yer alan hastalar, birinci oturum öncesi ve altıncı oturum sonrası Sürekli Kaygı Envanteri, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Dini Başa Çıkma Ölçeği uygulanacaktır. Oturumlar öncesi ve sonrasında ise hastalara Durumluluk Kaygı Envanteri uygulanacak, kaygıya ilişkin fizyolojik belirtiler için tansiyon ve nabız ölçümü yapılacaktır. Ayrıca oturumlar başlamadan önce EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin bir alt boyutu olan (29. ve 30. maddeler) Genel İyilik Hali ölçülecektir.

Deney grubuna seçilen gönüllü hastalardan izin alınarak manevi destek grubu oturumlarının, yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılmak üzere ses kayıt cihazı ile kayda alınması planlanmaktadır.

Kontrol grubu hastalarına ise herhangi bir müdahale olmaksızın birinci hafta ve altıncı haftada Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Dini Başa Çıkma Ölçeği uygulanacaktır.

IV. Aşama: Deney ve kontrol grubu hastalarına oturumlar sona erdikten bir ve iki ay sonra izlem testi yapılacaktır. Bu aşamada hastalara Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Dini Başa Çıkma Ölçeği uygulanacaktır.

Anket Formuna İlişkin Bilgiler

Değerli Gönüllümüz;

Anket formunun doldurulması yaklaşık 20-30 dakika sürecektir. Anket formunda yer alan bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve elde edilen veriler yalnızca araştırma amaçlı kullanılacaktır.

Anket formumuz üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sosyo-demografik özelliklerinize ve hastalığınıza ilişkin bilgilerin yer aldığı 6 madde bulunmaktadır. İkinci bölümde ise sistolik ve diastolik kan basınçları (tansiyon) ve nabız ölçümüne ilişkin değerlere ait bölüm yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise 113 maddeyi içeren toplam 4 ölçekten oluşmaktadır.

Her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuyunuz, anlayamayan ve açık olmayan maddeleri düşünebilir veya atlayabilirsiniz ya da rahatlıkla bize sorabilirsiniz. Soruların, doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Kendinizi en iyi şekilde ifade eden cümle grubunu işaretleyiniz. Araştırmanın başlangıcında anket formunun birinci bölümünü bir defaya mahsus olarak doldurmanız yeterlidir.

Araştırmanın Süresi:

Birinci Aşama: 20-30 dak.; **İkinci Aşama:** 30-40 dak.;

Üçüncü Aşama: 6 oturum, her bir oturum süresi 60-70 dak.; **Dördüncü Aşama:** 20-30 dak.

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:

Birinci Aşama: n= 100; Deney Grubu: n=15; Kontrol Grubu: n=15

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Doç. Dr. AHMET ALBAYRAK
Tez Danışmanı
Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi
Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı
Din Psikolojisi Bilim Dalı

EMİNE KURT
Doktora Öğrencisi
Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı
Din Psikolojisi Bilim Dalı

Çalışmanın adı: **Kanser Hastalarında Manevi Danışmanlık Uygulamalarının Kaygı ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi** Tarih: 03.09.2018

Ek 4: Anket Formu

TARİH:

...../...../.....

“KANSER HASTALARINDA MANEVİ DANIŞMANLIK UYGULAMALARININ KAYGI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ”

I. HASTA BİLGİ FORMU

1	Yaş			
2	Medeni Durum	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Evli	
		<input type="checkbox"/> Eşinden Ayrılmış	<input type="checkbox"/> Eşi Vefat Etmiş	
3	Eğitim ve Öğrenim Durumu	<input type="checkbox"/> Okuma-yazma Bilmiyor	<input type="checkbox"/> İlkokul	
		<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Lise	
		<input type="checkbox"/> Üniversite		
4	İlk Tanı Tarihi			
5	Hastalık Evresi	<input type="checkbox"/> Evre I	<input type="checkbox"/> Evre II	
		<input type="checkbox"/> Evre III	<input type="checkbox"/> Evre IV	
6	Uygulanan Tedaviler	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Radyoterapi	<input type="checkbox"/> Hormonoterapi

II. OK DİNİ TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelere ne düzeyde katılıyorsunuz?		Hiç katılmıyorum	Az katılıyorum	Orta düzeyde katılıyorum	Çok katılıyorum	Pek çok katılıyorum
1	İnanđım dinin gereklerini yerine getirmeye çalışırım .					
2	Yaşantımın dini değere uygun olup olmadığına dikkat ederim .					
3	Ezan, dua veya ayet gibi dini okumaları dinlediğimde duygulanırım.					
4	Dini etkinliklere katıldığında gerçekten zevk alırım .					
5	Dinin gereksiz olduğunu düşünüyorum .					
6	Dini inancın insanlara yararından çok zararı olduğunu düşünüyorum.					
7	Allah'ın bana çok yakın olduğunu hissediyorum .					
8	Zor zamanlarda Allah'ın bana yardım ettiğini düşünüyorum .					

III. DİNİ BAŞA ÇIKMA ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olup olmadığını yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyerek belirtiniz.		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1	Günahlarım için tevbe ederim.	1	2	3	4	5
2	Yaptığım kötü şeylerden dolayı Allah'tan af dilerim.	1	2	3	4	5
3	Öfkemin ve kızgınlığının azalması için Allah'tan yardım isterim.	1	2	3	4	5
4	Daha az günah işlemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5	Allah'a daha yakın olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
6	Allah'ın beni doğru yoldan ayırmaması için dua ederim.	1	2	3	4	5
7	Allah'ın her an benimle olduğunu hissedirim.	1	2	3	4	5
8	İbadetlere yönelirim.	1	2	3	4	5
9	Mevlâ neylerse güzel eyler derim.	1	2	3	4	5
10	Sabrın sonu selamettir derim.	1	2	3	4	5
11	Başıma gelenleri, Allah'ın bir imtihanı olarak görürüm.	1	2	3	4	5
12	Her şeyde bir hayır vardır diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
13	Başıma gelenlerin beni manevî olarak olgunlaştıracığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
14	Din adamlarından uzaklaşıyorum.	1	2	3	4	5
15	Etrafımdaki dindar insanlardan uzaklaşıyorum.	1	2	3	4	5
16	Din kardeşlerimin bana destek olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
17	Her şeyi düzeltmesi için Allah'a yalvarırım.	1	2	3	4	5
18	Allah'tan yardım istemeksizin kendi duygularıyla mücadele ederim.	1	2	3	4	5
19	Sorunlarımı halletmesi için Allah'a dua ederim.	1	2	3	4	5
20	Arkadaşlarımdan ve yakınlarımdan bana dua etmelerini isterim.	1	2	3	4	5
21	Din görevlileriyle konuşurum.	1	2	3	4	5
22	Hayatımın büyük manevî bir gücün parçası olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
23	Sadaka dağıtırım.	1	2	3	4	5
24	Gittiğim yolun yanlış olduğunu düşünerek yeni bir yol arayışına girerim.	1	2	3	4	5
25	Dine yönelerek yeni bir hayat kurmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
26	Başıma gelenleri Allah kimseye vermesin derim.	1	2	3	4	5
27	Allah'ın beni sevip sevmediğini sorgularım.	1	2	3	4	5
28	Allah'ın beni terk ettiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
29	Dualarımı kabul etmediği için Allah'a kızarım.	1	2	3	4	5
30	Yaşananları hak edecek bir günah işleyip işlemediğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
31	Allah'ın beni cezalandırdığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
32	Başıma gelenlerden sonra Allah'ın bana yeni bir fırsat vermesini dilerim.	1	2	3	4	5
33	Allah'ın hayatta bana yeni bir gaye vermesini dilerim.	1	2	3	4	5

V. STAI FORM TX – I

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1	Şu anda sakinim	1	2	3	4
2	Kendimi emniyette hissediyorum	1	2	3	4
3	Su anda sinirlerim gergin	1	2	3	4
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5	Şu anda huzur içindeyim	1	2	3	4
6	Şu anda hiç keyfim yok	1	2	3	4
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1	2	3	4
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9	Şu anda kaygılıyım	1	2	3	4
10	Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
11	Kendime güvenim var	1	2	3	4
12	Şu anda asabım bozuk	1	2	3	4
13	Çok sinirliyim	1	2	3	4
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	1	2	3	4
16	Şu anda halimden memnunum	1	2	3	4
17	Şu anda endişeliyim	1	2	3	4
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1	2	3	4
19	Şu anda sevinçliyim	1	2	3	4
20	Şu anda keyfim yerinde	1	2	3	4

V. STAI FORM TX – 2

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	1	2	3	4
22	Genellikle çabuk yorulurum	1	2	3	4
23	Genellikle kolay ağlarım	1	2	3	4
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	1	2	3	4
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	1	2	3	4
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	1	2	3	4
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1	2	3	4
30	Genellikle mutluyum	1	2	3	4
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1	2	3	4
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	1	2	3	4
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	1	2	3	4
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	1	2	3	4
36	Genellikle hayatımdan memnunum	1	2	3	4
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	1	2	3	4
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1	2	3	4
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	1	2	3	4
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	1	2	3	4

Lütfen aşağıda verilen soruların tamamını dikkatli bir şekilde okuyunuz ve size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış ” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır

		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1	Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2	Uzun bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
3	Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçen Hafta Süresince

		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15	Kustunuz mu?	1	2	3	4
16	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4

Geçen Hafta Süresince

		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
17	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18	Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19	Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21	Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25	Bazı şeyleri hatırlamakta güçlük çektiniz mi?	1	2	3	4
26	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız.

29	Geçen haftaki <u>sağlığınıza</u> genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
	1	2	3	4	5	6	7
30	Geçen haftaki <u>hayat kalitenizi</u> genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
	1	2	3	4	5	6	7

Ek 5: Uygulama Grubu Anket Formu

TARİH:/...../.....

I. HASTA BİLGİ FORMU

1	Yaş			
2	Medeni Durum	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Evli	
		<input type="checkbox"/> Eşinden Ayrılmış	<input type="checkbox"/> Eşi Vefat Etmiş	
3	Eğitim ve Öğrenim Durumu	<input type="checkbox"/> Okuma-yazma Bilmiyor	<input type="checkbox"/> İlkokul	
		<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Lise	
		<input type="checkbox"/> Üniversite		
4	İlk Tanı Tarihi			
5	Hastalık Evresi	<input type="checkbox"/> Evre I	<input type="checkbox"/> Evre II	
		<input type="checkbox"/> Evre III	<input type="checkbox"/> Evre IV	
6	Uygulanan Tedaviler	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Radyoterapi	<input type="checkbox"/> Hormonoterapi

II. TANSİYON/NABIZ DEĞERLERİ

Sistolik Kan Basıncı	Diastolik Kan Basıncı	Nabız Sayısı

III. EORTC QLQ-C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız.

29	Geçen haftaki <u>sağlığınızı</u> genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
	1	2	3	4	5	6	7
	Çok Kötü					Mükemmel	
30	Geçen haftaki <u>hayat kalitenizi</u> genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
	1	2	3	4	5	6	7
	Çok Kötü					Mükemmel	

IV. STAI FORM TX – I

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1	Şu anda sakinim	1	2	3	4
2	Kendimi emniyette hissediyorum	1	2	3	4
3	Su anda sinirlerim gergin	1	2	3	4
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5	Şu anda huzur içindeyim	1	2	3	4
6	Şu anda hiç keyfim yok	1	2	3	4
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1	2	3	4
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9	Şu anda kaygılıyım	1	2	3	4
10	Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
11	Kendime güvenim var	1	2	3	4
12	Şu anda asabım bozuk	1	2	3	4
13	Çok sinirliyim	1	2	3	4
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	1	2	3	4
16	Şu anda halimden memnunum	1	2	3	4
17	Şu anda endişeliyim	1	2	3	4
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1	2	3	4
19	Şu anda sevinçliyim	1	2	3	4
20	Şu anda keyfim yerinde	1	2	3	4

Ek 6: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soru Formu

Tarih:

- 1. Hastalığınıza ilk tanı konulduğunda neler hissettiniz?**
- 2. Şu anda neler hissediyorsunuz?**
- 3. Hastalık ve tedavi sürecinde ne gibi problemler yaşadınız?**
- 4. Bu hastalığa yakalanmanızı neye bağlıyorsunuz?**
- 5. Bu hastalıkla birlikte kendinize, çevrenize ve hayata dair ne gibi değişimler hissettiniz?**
- 6. Hastalığınızla başa çıkmak için neler yapıyorsunuz?**

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı	Emine KURT	
Doğum Yeri ve Yılı		
Bildiği Yabancı Diller	İngilizce (Orta seviye)	
Eğitim Durumu	Başlama - Bitirme Yılı	Kurum Adı
Lise	1990 - 1994	Bursa İmam-Hatip Lisesi
Lisans	1994 - 1999	Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Yüksek Lisans	2012 - 2015	Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Doktora	2016 -	Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Çalıştığı Kurum (lar)	Başlama - Ayrılma Yılı	Çalışılan Kurumun Adı
Üye Olduğu Bilimsel ve Meslekî Kuruluşlar		
Katıldığı Proje ve Toplantılar		
Yayınlar		
Tez (Yüksek Lisans)	<ul style="list-style-type: none">Emine Kurt, "Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına (Mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık ile İlişkisi", Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2015.	
Kitap Bölümü	<ul style="list-style-type: none">Emine Kurt, "Kanser Hastalarında Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Dindarlık", Din, Değerler ve Sağlık, ed. Hayati Hökelekli, İstanbul: Dem Yayınları, 2017, ss. 171-208.	
Makale	<ul style="list-style-type: none">Ahmet Albayrak, Emine Kurt, "Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzun Kaybına (Mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık ile İlişkisi", Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Din Psikolojisi Özel Sayısı, 2016, ss. 41-81.Ahmet Albayrak, İbrahim Yıldırım, Emine Kurt, (2019). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Din ve Maneviyat Üzerine Teorik Yaklaşımlar. Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, C. 21, S. 40, 2019, ss. 349-376 .Ahmet Albayrak, Emine Kurt, "Türkiye’de Din Psikolojisi Tezlerinde Dindarlık Ölçekleri: Bibliyografik Bir Araştırma (1997-2019), Bilimname, C. 4, S. 40, 2019, ss.137-172.	
Bildiri	<ul style="list-style-type: none">Emine Kurt, "Kanser Hastalarında Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Dindarlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" (Sözlü Bildiri), Din, Değerler ve Sağlık Sempozyumu (VIII. Din Psikolojisi Koordinasyon Toplantısı), Bursa, 19-21 Mayıs 2017.	
İletişim (e-posta):		
Tarih:		
İmza:		
Adı-Soyadı:		Emine KURT