KRONİK HASTALARA PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ODAKLI MANEVÎ DESTEK

ABDURRAHMAN AKBOLAT

sonçağ akademi

Kitabın Adı : KRONİK HASTALARA PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ ODAKLI MANEVİ DESTEK
Editör : Arş. Gör. Sevda KARTAL
Yazar : Abdurrahman AKBOLAT
Kapak : Hatice Merve AÇIKBAŞLAR, Efe TERCAN

1. Baskı : Aralık 2023 ANKARA

Yayın Koordinatörü : Ceyda ŞEREFLİOĞLU
Yayın Yönetmeni : Selva ALİM
e-ISBN : 978-625-6705-02-9
Yayın No : 2413

© Abdurrahman AKBOLAT

Bu çalışma "Kronik Hastalarda İyi Oluş ve Maneviyat: Nitel Bir Araştırma" başlıklı doktora tezinde üretilmiştir. Tüm hakları yazarına aittir. Yazarın izni alınmadan kitabın tümünün veya bir kısmının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla basımı, çoğaltılması yapılamaz. Yalnızca kaynak gösterilerek kullanılabilir.

SONÇAĞ AKADEMİ
İstanbul Cad. İstanbul Çarşısı No.: 48/49 İskitler 06070 ANKARA
T / (312) 341 36 67 - GSM / (533) 093 78 64
www.soncagyayincilik.com.tr - soncagyayincilik@gmail.com
Yayıncı Sertifika Numarası: 47865

BASKI VE CİLT MERKEZİ

UZUN DİJİTAL MATBAA, SONÇAĞ YAYINCILIK MATBAACILIK TESCİLLİ MARKASIDIR.
İstanbul Cad. İstanbul Çarşısı No.: 48/48 İskitler 06070 ANKARA
T / (312) 341 36 67
www.uzundijital.com - uzun@uzundijital.com

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **I**
KISALTMALAR ..... **IV**
ÖNSÖZ ..... **V**
TEŞEKKÜR ve İTHAF ..... **VIII**
GİRİŞ **1**

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

KRONİK HASTALIK, İYİ OLUŞ ve MANEVİ DANIŞMANLIK

1.1. KRONİK HASTALIK ve TÜRLERİ **4**
1.1.1. Kronik Hastalık 4
1.1.2. Kronik Hastalığın Genel Özellikleri 5
1.1.3. Kronik hastalık Türleri 6
1.1.3.1. Diyabet 6
1.1.3.2. Kardiyovasküler Hastalıklar (Kronik Kalp Yetmezliği ve İnme) 7
1.1.3.3. Kanser 9
1.1.3.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH): 10
1.1.3.5. Kronik Böbrek Hastalığı 11
1.2. İYİ OLUŞ **13**
1.2.1. Öznel İyi Oluş 15
1.2.1.1. Yaşam Doyumu 15
1.2.1.2. Alan Doyumu 16
1.2.2. Psikolojik İyi Oluş 17
1.2.2. 1. Özerklik 19
1.2.2. 2. Çevreyi Yönetme Ustalığı 20
1.2.2. 3. Kişisel Gelişim 20
1.2.2. 4. Başkalarıyla Olumlu İlişkiler 21
1.2.2. 5. Hayatın Amacı 22
1.2.2. 6. Öz Kabul 23
1.3. MANEVİ DANIŞMANLIK **24**
1.3.1. Maneviyat 24
1.3.2. Danışmanlık 26

1.3.3. Manevi Danışmanlık ve Türkiye'deki Gelişimi 27
1.3.4. Manevi Danışmanlık Hizmetinin Verildiği Kurumlar 33
1.3.4.1. Sağlık Kurumlarında Manevi Danışmanlık 34
1.3.4.2. Ceza İnfaz Kurumlarında Manevi Danışmanlık 36
1.3.4.3. Huzur Evlerinde Manevi Danışmanlık 37
1.3.4.4. Öğrenci Yurtlarında Manevi Danışmanlık 37
1.3.4.5. Diğer Kurumlar 38
1.4. DİN/MANEVİYATIN PSİKOLOJİK İYİ OLUŞA ETKİSİ 39
1.5. KONUYLA İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR 44
1.5.1. Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar 44
1.5.2. Yurt İçinde Yapılmış Çalışmalar 51

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli 57
2.2. Araştırma Süreci 57
2.3. Katılımcı Grup 58
2.4. Verilerin Toplanması 64
2.5. Verilerin Analizi 65

BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

3.1. Kronik Hastaların Özerklik Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi 67
3.1.1. Kronik Hastaların Kendi Duygu, Düşünce ve Davranışlarında Çevrelerindeki İnsanların Etkileri 67
3.1.2. Kronik Hastaların Kendi Duygu, Düşünce ve Davranışlarında Dini ve Manevi Unsurların Etkisi 71
3.1.3. Özerklik Temasıyla İlgili Değerlendirme 75
3.2. Kronik hastaların Çevreyi Yönetme Becerisi Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi 79
3.2.1. Günlük Yaşantılarının Sorumlulukları ve Zorluklarıyla Baş Etme Süreci.. 79
3.2.2. Günlük Yaşantılarının Sorumlulukları ve Zorluklarıyla Baş Etme Sürecinde Dinî ve Manevî Unsurlar 82
3.2.3. Çevreyi Yönetme Ustalığı Temasıyla İlgili Değerlendirme 86
3.3. Kronik hastaların, Hayatın Amacı Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi 90

3.3.1. Kronik hastaların Gelecekle İlgili Beklentilerde İyimserlik ve Umut 90
3.3.2. Kronik hastaların Gelecekle İlgili Planları 93
3.3.3. Hayatın Amacı Temasıyla İlgili Değerlendirme 98
3.4. Kronik hastaların, Öz Kabul Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi 102
3.4.1. Öz Kabul Temasıyla İlgili Değerlendirme 107
3.5. Kronik hastaların, Başkalarıyla Olumlu İlişkiler Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi 111
3.5.1. Çevredeki İnsanların Olumsuzluklarına Karşı Tutum ve Davranışlar 111
3.5.2. İnsanlarla İletişim Kurmada ve Bu İletişimi Sürdürmedeki Faktörler 114
3.5.3. Başkalarıyla Olumlu İlişkiler Temasıyla İlgili Değerlendirme 117
3.6. Kronik hastaların, Kişisel Gelişim Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi 122
3.6.1. Kişisel Gelişim Temasıyla İlgili Değerlendirme 126
3.7. Kronik hastaların Psikolojik İyi Oluş Odaklı Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi 129
3.7.1. Psikolojik İyi Oluş Odaklı Manevi Destek İhtiyacı Temasıyla İlgili Değerlendirme 139
3.7.1.1. Öğretici Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme 145
3.7.1.1.a. Dini Konularda Öğretici Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme 145
3.7.1.1.b. Beşerî Konularda Öğretici Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme 148
3.7.1.2. Duygu Merkezli Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme 148
3.7.1.2.a. Duygu Merkezli Dini Konularda Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme 149
3.7.1.2. b. Duygu Merkezli Beşerî Konularda Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme 150
3.7.1.3. İletişim ve Etkileşim Merkezli Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme 151
SONUÇLAR 157
ÖNERİLER 161
KAYNAKÇA 165

KISALTMALAR

AAPC	: American Association of Pastoral Counselors
ACA	: American Counseling Association
APA	: American Psychological Association
akt.	: Aktaran
ASAGM	: Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü
AZKGB	: Amerikan Zekâ Geriliği Birliği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
çev.	: Çeviren
DİB	: Diyanet İşleri Başkanlığı
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ed.	: Editör
HSGM	: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
İKÇÜ	: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
K	: Katılımcı
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MEB	: Millî Eğitim Bakanlığı
NEÜ	: Necmettin Erbakan Üniversitesi
ÖSYM	: Ölçme Seçme Yerleştirme Merkezi
SÜ	: Selçuk Üniversitesi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TSHGM	: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
vd.	: ve diğerleri
vs.	: vesaire

ÖNSÖZ

Engellilik, bireyi gündelik hayatında, bulunduğu ortam ve topluma uyum sağlama noktasında engelli olmayan bireylerden geride bırakan kronik bir yapıda olan kısıtlanma durumudur. Başlıca engellilik türleri zihinsel engellilik, görme engellilik, işitme ve konuşma engelliliği, ortopedik engellilik, kronik hastalıklar şeklinde sıralanabilir.

Teknoloji çağı olarak nitelendirilen 21. yy.' da sanayi alanındaki ilerlemeler insan hayatında istenmeyen bazı durumları da beraberinde getirmektedir. Gıdalardaki genetik bozulmalar, su kaynaklarının ve teneffüs edilen havanın kirlenmesi, insan hayatını tehdit eden başlıca olumsuzluklardandır. Bunlara ilave olarak, sanayinin insan sağlığına yönelik çeşitli tehditleri, kronik hastalıkların ön plana çıkmasına neden olmaktadır.

Hastalıklar bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını genel anlamda olumsuz etkileyen geniş bir kapsama sahiptir. Hastalığın çeşidine göre onun etkisi ve kapsamının sınırları da değişebilmektedir. Grip ve nezle gibi kesin tedavisi olan ve ölümcül olmayan hastalıklara kıyasla, kanser gibi kesin tedavisi henüz keşfedilmemiş ölümcül hastalıklar, birey üzerinde güçlü ve yıkıcı etkilere sahip olabilmektedir. Ölümcül ve tedavisinde mutlak bir çözüme ulaşılamamış hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan fizyolojik olumsuzluklar, yaşam kalitesini düşürebilmekte; tedavi süreci boyunca hastanın konforu ve özgürlüğü kısıtlanabilmekte; yaşama umudunu azaltabilmekte ve ölüm kaygısını arttırabilmektedir. Düşüş gösteren yaşam kalitesi, hayatın anlam ve amacını arama çabası ve artan ölüm kaygısıyla birlikte dine yönelimlerde pozitif yönde değişmeler olabilmektedir.

Bu çalışma kemoterapi tedavisi alan kanser, oksijen tedavisi alan kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve diyaliz tedavisi alan böbrek yetmezliği hastalarının psikolojik iyi oluş durumunu ve bu hususstaki manevi destekten beklentilerinin neler olduğunu konu edinmektedir. Bu araştırma, ölüm oranı yüksek olan kronik hastalıklarla mücadele eden hastaların psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek ihtiyaçlarını tespit etmeyi amaçlamaktadır. Çalışma, manevi danışmanlık üzerine geliştirilecek programlar için ihtiyaç analizinin önemine işaret etmektedir.

Çalışma, üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hastalığın tanımı ve türlerine değinilerek kronik hastalıklar, psikolojik iyi oluş ve öznel iyi oluş hakkında bilgiler sunulmuştur. Maneviyat, manevi danışmanlık, din ve maneviyatın iyi oluş üzerine etkileri, bu bölümde ele alınan bir başka konudur. Birinci bölümün sonunda ise, konuyla ilgili yurt içinde ve yurt dışında gerçekleştirilen araştırmalar ele alınarak genel bir değerlendirme yapılmıştır.

İkinci bölümde çalışmanın yöntemi hakkında bilgiler verilmiştir. Bu bağlamda literatür taramasından bulguların analizine kadar tüm süreç periyodik bir sıralamayla araştırma süreci başlığı altında aktarılmıştır. Katılımcı grup başlığı altında, katılımcılar hakkında tanıtıcı bilgiler verilmiştir. Verilerin analizi başlığı altında, kodlama ve güvenirlik hakkında bilgiler verilmiştir. Katılımcıların görüşleri herhangi bir düzenlemeye/düzeltmeye tabi tutulmadan çalışmada sunulmuştur.

Üçüncü bölümde araştırmada elde edilen bulgular ve analizleri, çalışmanın alt problem sıralarına uygun bir şekilde ele alınmıştır. Analizler sonucu ortaya çıkan kodlar çalışma kapsamında gerçekleştirilen mülakatlardan örneklerle açıklanmıştır. Bu bölümde *kanser, kronik obstrüktif akciğer ve kronik böbrek hastaları* ile ilgili oluşturulan her bir tema ve alt temadan sonra bu üç hasta grubunun kodlardaki dağılımları karşılaştırılmıştır. Tüm katılımcıların temalarda ürettiği kod sayıları, toplam tekrar eden ve tekrar etmeyen kod sayıları tablo halinde ortaya konarak genel bir değerlendirme yapılmıştır. Daha sonra, araştırmada elde edilen kodlar önceki çalışmalar dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Ayrıca bu bölümde kanser, kronik obstrüktif akciğer ve kronik böbrek hastaları grupları karşılaştırılarak elde edilen kodlar çerçevesinde kavram haritaları çıkarılarak değerlendirilmiştir.

Sonuç bölümünde, katılımcıların psikolojik iyi oluş odaklı manevi danışmanlıktan beklentileri, öğretici, duygu merkezli ve iletişim ve etkileşim merkezli olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır. Öğretici ve duygu merkezli ihtiyaçlar, dini ve beşerî hususlar olmak üzere iki alt başlığa ayrılırken, iletişim ve etkileşim merkezli ihtiyaçlar, kronik hastaların sosyal çevrelerinin kendileriyle olan iletişimlerinde ve kronik hastalarının kendilerini yalnız hissetmemeleri konusundaki ihtiyaçlarını içermektedir. Öneriler bölümünde, kronik hastalara yönelik geliştirilecek manevi

danışmanlık programlarına dair önerilerle bu çalışma sonlandırılmıştır. Çalışmanın öncelikle kronik hastalara daha sonra din bilimleri alanında gerçekleştirilmesi planlanan araştırmalara katkı sağlaması umut edilmektedir.

Abdurrahman AKBOLAT

İzmir 2023

TEŞEKKÜR ve İTHAF

Çalışmanın başlangıcından son haline kavuşturulmasına kadar değerli katkılarını esirgemeyen birçok kişi bulunmaktadır. Yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen danışmanım Prof. Dr. Abdülkerim Bahadır'a, doktora tezi ikinci danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Mesut Yıldırım'a, çalışma grubunun kronik hastalar olması nedeniyle sağlık bilimleri alanında uzman görüşlerine başvurulması zorunlu hale geldiği için sağlık bilimleri alanında görüş ve önerileriyle katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Mustafa Tözün'e ve Uzman Dr. M. Şakir Altuner'e, pandemi nedeniyle kronik hastalarla mülakat yapmanın neredeyse imkânsız olduğu bir dönemde yardımlarıyla mülakatları tamamladığım bilhassa Prof. Dr. Sırrı Çam'a, Dr. İlke Harputlu'ya, mülakatlar için gerekli izin ve kolaylığı sağlayan İKÇÜ Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne ve Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne teşekkür ederim.

Ayrıca, eserin son haline getirilmesinde katkıları olan Dr. Öğr. Üyesi Ali Koçak'a ve yüksek lisans öğrencim Hatice Merve Açıkbaşlar'a teşekkür ederim.

Küçük bedeniyle kansere karşı son nefesine kadar mücadele etmiş, doğumundan vefatına kadar bana o mücadelesiyle çok şeyler öğreten kardeşim Ahmet Akbolat gibi tüm koca yürekli lösemili çocuklara ve ailelerimize bu eseri ithaf ediyorum.

GİRİŞ

Dünya genelindeki ölüm nedenlerine bakıldığında ilk sıralarda kronik hastalıkları görmek mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2019 yılında ilk 10 ölüm nedeninin, dünya genelindeki 55,4 milyon ölümün %55'inden sorumlu olduğunu açıklamıştır. DSÖ, ilk 10 ölüm nedeni arasında 3. sırada KOAH'ı, 6. Sırada kanseri, 10. sırada böbrek hastalıklarını sıralamaktadır (DSÖ, 2021).

2020 yılından itibaren tüm dünyayı etkisi alan ve başta ülkemiz olmak üzere tüm ülkelerde büyük oranlarda ölümlere neden olan korona virüsü, insanlara sağlığın ne kadar önemli olduğunu hatırlatmaktadır. Korona virüs bulaşan kişiler genellikle ateş, ağrı, tat ve koku kaybı, nefes almada zorluk çekme gibi ciddi fizyolojik sorunlarla baş etmek zorundadır. Bu virüsün fizyolojik etkilerinin yanı sıra sosyal mesafe ve sokağa çıkma yasağı gibi sosyal etkileri de birey hayatını kısıtlayıcı güce sahiptir. Pandeminin istisnasız tüm toplumun üstündeki bu etkisi aradaki benzerlikler açısından dikkate alındığı takdirde, neredeyse dünyadaki tüm bireylerin kronik hastaların yaşantısını deneyimlediğini söylemek mümkündür.

Kronik hastalar; aldıkları tedavilerin olumsuz etkilerinin yanı sıra hastalıkların getirdiği acı ve ağrı gibi fizyolojik, stres ve kaygı gibi psikolojik, tecrit ve izolasyon gibi sosyal sorunlarla baş etmek zorunda kalabilmektedir. Kronik hastalığın olağan kısıtlamalarına ilave olarak korona virüsü gibi salgın hastalıklar da eklenince tedbirler, kronik hastanın hayatını daha da sınırlandırmaktadır (Birimoğlu-Okuyan ve Karasu, 2021, ss. 11-12). Bu ve benzeri olumsuzluklar karşısında bireyler, seküler ya da din referanslı başa çıkma stratejilerine yönelebilmektedir (Ayten, 2012, s. 40). Kanser gibi ölüm riski yüksek kronik hastalıklara yakalanan bireyler, ölüm ve ölüm ötesine dair anlamlandırmalar için dinden yardım alması olağandır. Din, mensuplarına ahiret inancı vasıtasıyla kendilerini kontrol altına almalarına yardımcı olmaktadır (Bahadır, 2002a, s. 98). Bu bağlamda din belirsiz zaman dilimlerine hapsedilmiş bir hayata sonsuzluk anlamını katan bir fonksiyon icra edebilmektedir.

Manevi danışmanlık, yetkin bir din görevlisinin veya genel olarak "inanç" konularına önem veren danışmanın kendisinin ve danışanın inanç ve kültürel kaynaklarından hareketle danışanla birlikte onun temel "inanç" etkinliğini doğrudan ya da dolaylı olarak engelleyen veya ilgilendiren problemlere ilişkin belirli kurallar doğrultusunda sürdürülen yapılandırılmış sözsel veya eylemsel (ziyaret gibi) çözüm arayışlarıdır (Ok, 2008, s. 560). Diğer bir ifadeyle manevi danışmanlık bireyin geçmişi kabul, geleceğe dair umutlar ve anlam arayışı gibi bireyin iyi oluşuna katkı sağlayan hizmet türüdür.

Son yıllarda psikolojinin yıldızı parlayan bir alt dalı olan pozitif psikolojinin temel konuları arasında iyi oluş türlerini anlamak ve açıklamak ön plana çıkmaktadır (Ayten, 2015a, s. 31). Psikolojik iyi oluş, iyi oluş türleri arasında psikoloji ve din bilimleri disiplinlerince ele alınan yaklaşımların başında gelmektedir. Psikolojik iyi oluş, bireyin anlam arayışına ve kendisini gerçekleştirmesine odaklanarak iyi oluşu hayatının tüm yönlerindeki işleyişine göre ele almaktadır (Ryan ve Deci, 2001, s. 141).

Yukarıda çizilen çerçeve bağlamında bu araştırma, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve kronik böbrek hastalığından (KBH)[1] mağdur kronik hastaların psikolojik iyi oluşları ve psikolojik iyi oluş odaklı manevi destekten beklentilerini konu edinmektedir.

Bağışıklık sisteminin zayıflamasıyla biyolojik, hastalıkları sebebiyle sağlıklı dönemlerindeki birçok hobi ve sosyal aktivitelerinden mahrum kalmasından dolayı sosyal ve psikolojik sorunlarla mücadele etmek zorunda kalan kanser, KBH ve KOAH hastalarının tıbbî müdahalelere ihtiyacı olduğu kadar, psikolojik ve sosyal desteğe de gereksinim duyduğunu söylemek mümkündür.

Psikolojik iyi oluş, öz kabulden sosyal ilişkilere kadar bireyin hayatının farklı yönlerin ele alan geniş bir yapıya sahiptir. Manevi danışmanlık da psikolojik iyi oluşun kapsamı da dâhil olmak üzere toplumun her bireyinin sorunlar karşısındaki çözüm arayışlarına katkı sağlamaktadır. Buradan hareketle, araştırmamızın amacı, kanser,

[1] Çalışmada bu bölümle birlikte, *kronik obstrüktif akciğer hastalığı* için KOAH; *kronik böbrek hastalığı* için KBH kısaltmaları kullanılacaktır.

KOAH ve KBH hastalarının psikolojik iyi oluş durumlarını ele alarak psikolojik iyi oluşlarını daha iyi bir düzeye taşımayı hedefleyecek manevi danışmanlık için bu üç hasta grubunun beklentilerini ortaya koymaktır. Araştırma ayrıca psikolojik iyi oluş durumlarında ve psikolojik iyi oluşla ilgili manevi danışmanlık ihtiyaçlarında bu üç hasta grubunun ayrıştığı ve örtüştüğü hususları da ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Din bilimleri alanında kanser hastalarına yönelik çalışmaların 2000'li yılların başından itibaren görülmekteyken, KBH hastaları son 3 yılda çalışmalara konu olmaya başlamıştır. KOAH hastaları üzerine yayınlanmış bir eser henüz tespit edilememiştir. Engellilik üzerine gerçekleştirilen sempozyum ve çalıştay gibi bilimsel toplantılarda kronik hastalığa ilişkin oturumlarda araştırmacıların diğer engellilik oturumlarına kıyasla az olduğu gözlemlenmiştir. Din bilimleri alanında kronik hastalık hususunda farkındalığın arttırılması bakımından çalışma önem arz etmektedir. Bu çalışma ayrıca, din bilimleri alanında KOAH hastaları evreninde yapılacak çalışmalara öncülük ederken, kanser, KOAH ve KBH hastalarını aynı anda inceleyip karşılaştırma imkânı da sunan ilk araştırmalardan olma iddiası da taşımaktadır.

Araştırmanın temel problemi; "kronik hastaların psikolojik iyi oluş temelli manevi destek ihtiyaçlarının tespiti" olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda aşağıdaki alt problemlere yanıt aranmaktadır:

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş perspektifinde;

1. "Özerklik" boyutuna yönelik manevi destek ihtiyaçları nelerdir?
2. "Çevreyi yönetme becerisi" boyutuna yönelik manevi destek ihtiyaçları nelerdir?
3. "Hayatın amacı" boyutuna yönelik manevi destek ihtiyaçları nelerdir?
4. "Öz kabul" boyutuna yönelik manevi destek ihtiyaçları nelerdir?
5. "Başkalarıyla olumlu ilişkiler" boyutuna yönelik manevi destek ihtiyaçları nelerdir?
6. "Kişisel gelişim" boyutuna yönelik manevi destek ihtiyaçları nelerdir?
7. Genel açıdan manevi destek ihtiyaçları nelerdir?

KAVRAMSAL ÇERÇEVE
KRONİK HASTALIK, İYİ OLUŞ
VE
MANEVİ DANIŞMANLIK

1.1. KRONİK HASTALIK ve TÜRLERİ

Bu başlık altında önce kronik hastalık kavramına değinilecektir. Akabinde genel hatlarıyla kronik hastalığın ortak özelliklerinden bahsedilecek ve bulaşıcı olmayan kronik hastalık türleri hakkında bilgiler verilecektir.

1.1.1. Kronik Hastalık

Hastalık, beden veya zihinde meydana gelen, rahatsızlık, dert ve görev bozukluğuna yol açan anormal duruma verilen isim olarak tanımlanmaktadır (Acar, 2011, s. 16). TDK (2018c) hastalığı organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu, rahatsızlık, çor, dert, sayrılık, illet, maraz, maraza, esenlik karşıtı olarak tanımlamaktadır.

Hastalıklar, akut ve kronik şeklinde sınıflandırılmaktadır. Kronik hastalıklar fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönden bireyin sağlığını bozan, yıllarca tedavi ve bakım gerektiren uzun süreli hastalıklardır (Türkmen, 2012, s. 37). Kronik Hastalıklar Komisyonu (Commission on Chronic Illness), kronik hastalıkları, genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşumunda sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla bulaşıcı olmayan karakterdeki hastalıklar şeklinde tanımlamaktadır (Bilir ve Subaşı, 2006, s. 1032). Bu gruptaki hastalıklar; kan hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, idrar yolları ve üreme yolları hastalıkları, cilt ve deri hastalıkları, kanserler, endokrin ve metabolik hastalıklar, ruhsal davranış bozuklukları, sinir sistemi hastalıkları ve HIV'i kapsamaktadır (DİE, 2004). Ülkemizde yapılan değişik epidemiyolojik[2] çalışmalar sonucunda en az 22 milyon

[2] Epidemiyoloji, toplumdaki hastalık, kaza ve sağlıkla ilgili durumların dağılımını, görülme sıklıklarını ve bunları etkileyen belirteçleri inceleyen bir tıp bilimi dalıdır

kişinin, başka bir deyişle yaklaşık olarak her üç kişiden birinin, bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu belirtilmektedir. Kronik hastalık tanısı konulan her üç kişiden birinde ise depresyon semptomları görülmektedir (Kahveci ve diğ., 2013, s. 8). Çağımızda neredeyse bütün insanları etkileyen kronik hastalıklar; diyabet, kalp ve damar hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve kanserlerdir (Vural ve diğ., 2016, s. 80). Ülkemizde ölüme neden olan hastalıklar incelendiğinde, kronik hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır (Göçer, 2008, s. 3).

1.1.2. Kronik Hastalığın Genel Özellikleri

Kronik hastalıklar, yapıları gereği, kendilerine has özellikler taşımaktadır. Aşağıda kronik hastalıkların özellikleri sıralanmaktadır.

- Genellikle orta yaşta başlar, ömür boyu sürer ve kalıcı bir sakatlık bırakır.
- Hastalığın oluşmasında birden fazla etken vardır, kişinin bu etkenlerle karşılaşma derecesi ve süresi hastalığın oluşmasında önemlidir.
- Etmenle karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen süre çok uzun olabilir.
- Hastalık süresince farklı evreler yaşanabildiği için evrenin farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunları ve farklı çözüm yolları vardır.
- Zaman zaman iyileşme dönemine girse de tekrarlamalar hastalığı daha kötü duruma sokar.
- Diğer kronik durumlara neden olabilir.
- Kronik hastalıklar bütün aileyi etkiler.
- Kronik hastalıkla baş etme daha çok tıbbi sorun ile baş etmeyi gerektirir, tedavi rejimine bağlılık ve ısrar hastalığın kontrol altına alınmasında önemlidir.
- Hastalığı olan birey ve aile, baş etmede temel sorumluluğa sahiptir ve bu sorumluluk her geçen gün artar.
- Kronik hastalıklar ile baş etme, iş birliği gerektiren ve yaşayarak öğrenmeyi kapsayan bir süreçtir.
- Kronik hastalık ile yaşamak demek; hayatın belirsizliği, kararsızlığı ve değişkenliği demektir.

- Hastaların hastane ve toplum bakımına gereksinimi vardır.
- Tanı, tedavi ve rehabilitasyon için ekonomik desteğe çok fazla gereksinim vardır.
- Hastaların sık sık ve uzun süreli hastaneye yatmaları ve hastane enfeksiyon riskleri nedeniyle aile ve ülke ekonomisine de önemli yükler getirmektedir (Metintaş ve diğ. 2002, s. 214; Öztürk, 2008, ss. 38-39; Hançerlioğlu, 2014, ss. 8-9).

1.1.3. Kronik hastalık Türleri

Kronik hastalıklar, çok geniş bir kapsama sahiptir. Kronik hastalıklar, hastalık zamanı ve tedavi süreci uzun soluklu olan tüm hastalıkları kapsadığı için bir sınırlandırma yapmak gerekmektedir. Araştırmada bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ele alınmaya çalışılacaktır. Dünya Sağlık Örgütü, engellilik bağlamında ele alınan, dünya genelinde teşhis edilen bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları; diyabet, kardiyovasküler hastalıklar (kronik kalp yetmezliği ve inme), kanser ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olarak belirtmektedir (DSÖ, 2011, s. 33).

Bu araştırma, sağlık bilimleri alanında gerçekleştirilen bir araştırma olmadığı için incelenecek kronik hastalıklar hakkında kısa ve kapsayıcı bilgiler vermekle yetinilecektir.

1.1.3.1. Diyabet

Karbonhidratlar, protein ve yağ metabolizmaları ile alakalı bir hastalık olan şeker hastalığı (diyabet), pankreasta insülin üretimi yapan hücrelerin hasar görmesiyle oluşmaktadır. İnsülin eksikliği olan hastaların hayat boyunca insülini dışarıdan enjeksiyon ile almaları gerekmektedir (Çakmak, 2017, s. 32).

Diyabet, Tip 1 ve Tip 2 olmak üzere ikiye ayrılır; *Tip 1 Diyabet*, daha çok çocuklarda ve genç erişkinlerde görülür. Pankreasta bulunan ve insülin üreten hücrelerin zedelenmesi ile meydana gelir. Hastalar; insülin yetersizliği olduğundan, ömür boyu insülin hormonunu dışardan (enjeksiyon yoluyla) almak zorundadırlar. Bu nedenle Tip 1 Diyabet insüline bağımlı diyabet olarak da isimlendirilmektedir. *Tip 2*

Diyabet, sıklıkla erişkinlerde ve şişman kişilerde görülür. Hastalarda insülin salgılanmasındaki yetersizlikten çok, dokulardaki insülin alıcılarındaki direnç sonucunda şeker metabolizması bozulmaktadır. Tip 2 Diyabetin kuvvetli bir ailesel yatkınlık gösterdiği bilinmektedir. Tip 2 Diyabetliler, hastalıklarının başlangıcından itibaren uzun süre insüline ihtiyaç duymadan yaşamlarını sürdürebilmektedirler. Bu nedenle Tip 2 Diyabet insüline bağımlı olmayan diyabet olarak da isimlendirilmektedir (ASAGM, 2007, ss. 9-10).

Diyabetli hastanın tedavisindeki ilk adım diyetler ve fiziksel aktivitelerle obezitenin kontrol altına alınmasıdır. Fiziksel aktivite kan basıncını ve kan değerlerini düzenlemede vazgeçilmez çözüm yollarının başında gelmektedir. Bu yüzden diyabetik hastalara günde 30 dakikadan, haftada 3 günden az olmamak kaydıyla orta zorlukta fiziksel aktivite tavsiye edilmektedir. Beslenme, diyabetin etkilerini ve belirtilerini en aza indirmek için önem arz etmektedir. Hastalara, yiyeceklerini tuzsuz tüketmeleri önerilmektedir. Hastanın öğün atlamaması, alkol ve sigara kullanmaması, daima yanında şekerleme taşıması da beslenme önerileri arasındadır. Hipertansiyonun dengede tutulması, damarların yapısal olarak bozulmamasını sağlar ve diyabetin oluşturacağı damar hasarının ilerlemesini yavaşlatır. Ayrıca psikolojik sağlığın korunması da diyabetin kontrol altına alınmasında önemli role sahiptir (Tanrıverdi vd., 2013, ss. 565-566).

1.1.3.2. Kardiyovasküler Hastalıklar (Kronik Kalp Yetmezliği ve İnme)

Kronik Kalp Yetmezliği: Kalbin, dokulara metabolik gereksinimlerini karşılayacak miktarda kan (oksijen) pompalayamaması ya da bunu ancak yüksek kardiyak dolum basınçları ile gerçekleştirebildiği patolojik bir durumdur (Akbıyık ve diğ., 2016, s. 1). Kronik kalp yetmezliğinde, nefes darlığı, süreklilik arz eden yorgunluk hali, kas kütle kaybı, ayaklardan başlayarak karın bölgesine kadar uzanan yerlerde ödem oluşması en sık görülen belirtilerdir (Alkan, 2018, ss. 16-20).

Kronik kalp yetmezliği tedavisinde ilaç kullanımı, yardımcı kalp cihazları/ cerrahi müdahale ve kalp nakli olmak üzere 3 tür yöntem mevcuttur. İlaç tedavisinde, kalp kasının güçlendirici, kalbin kanı daha iyi pompalamasını sağlayıcı (anjiotensin

dönüştürücü enzim inhibitörleri), kalp kasılma gücünü arttıran (digoxin), damarların genişleyerek kalbin daha iyi beslenmesini sağlayan (beta blokerler) ilaçlar kullanılmaktadır. Yardımcı kalp cihazları, hayati bir tehlike oluşturacak kalp ritim bozukluğunda kalbe şok etkisiyle müdehale eden (implante edilebilir kardiyoverter defibrilatör), zayıflayan kalp kasının düzensiz çalışması nedenlerini ortadan kaldırmak ve kalp kapakçıklarını uyumlu bir şekilde çalıştırmak için yerleştirilen çift odacıklı kalp pili (kardiyak resenkronizasyon tedavisi) şeklinde sıralamak mümkündür. Yardımcı kalp cihazlarının ve ilaç tedavisinin yetersiz kalması durumunda kalp nakline başvurulur (Gürses, 2019, ss. 12-13).

İnme: Kan akımının kesilmesi sonucu beyin fonksiyonlarının ani kaybı olarak tanımlanmaktadır (Hakbilir vd., 2006, s. 133). Sağlık bilimleri literatüründe iskemik ve hemorajik olmak üzere iki tür inmeden bahsedilmektedir. İskemik inme, beyin kan damarlarının tıkanması şeklinde ifade edilebilir. İskemik inme genel inme vakıalarının %80'nini oluşturur. Hemorajik inme ise beynin kan damarlarının sızdırma yapması ya da yırtılması durumudur (Counihan, 2008, s. 1105). İnme, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de başlıca ölüm nedenleri arasında gösterilmektedir. İnme geçiren hastaların %50'si taburcu olmakta, %20'si hastanede ölmekte ve %30'u ise uzun süreli evde bakım ya da kurumsal bakım gereksinimi içinde olmaktadır (Parakurt ve Kaşıkçı, 2008, s. 76).

İnmenin tedavisinde inmenin türüne göre tedavi belirlenir. Hemorajik inmede öncelikle kan pıhtılaşmasını önleyici, damarların işlevin daha iyi şekilde yerine getirmeyi sağlayan ilaçlardan yardım alınır. İlaçla tedavinin yetersiz geldiği vakıalarda meydana gelen ve/veya meydana gelmesi muhtemel hasarlar için cerrahi müdahalelere başvurulur. İskemik inmede ise hastanın damarlarındaki hasarlara göre kan sulandırıcı ilaç tedavisine başlanır. Bu ilaçlar vakıanın aciliyetine bağlı olarak doğrudan ilgili pıhtılaşma olan yere verilebildiği gibi ağız yoluyla da vücuda aktarılan ilaçlar olabilmektedir. İskemik inmeye cerrahi yaklaşımlar, aşırı hasar görmüş damarın güçlendirilmesi ya da hasarlı bölgenin başka bir damarla değiştirilmesi yöntemidir (Fırat, 2019, ss. 9-15).

1.1.3.3. Kanser

Kanser, neoplazma adı verilen ve tümörleri oluşturan anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesi olarak tanımlanmaktadır (Korkmaz, 2010, s. 19). Kanserin 100'den fazla farklı tipi vardır. Birçok kanser türü, başladığı organın veya hücrenin ismini alır. Örneğin; kolonda başlayan kansere kolon kanseri, memede oluşan kansere meme-göğüs kanseri, prostatta meydana çıkana prostat kanseri denir. Derideki bazal hücrelerde başlayan kanser bazal hücre kanseri adını alır. Kanser türleri geniş kategorilerde toplanırlar. Türkiye Kanser Derneği (2017), kanseri şu beş ana kategoriye ayırmaktadır;

Karsonima: İç organları kapsayan ve çevreleyen dokularda veya deride başlayan kanserlerdir.

Sarkoma: Kanserin kemik, kıkırdak, yağ, kas, kan damarları veya diğer bağ ve destek dokularında başlamasıdır. İç organlardaki kas ve bağ dokularında da oluşabilir.

Lenfoma ve Miyelom: Bağışıklık sistemi hücrelerinde başlayan kanserdir.

Merkezi Sinir Sistemi Kanserleri: Beyin ve omurilik dokularında başlayan kanserdir.

Lösemi: Kemik iliği gibi kan yapan dokularda başlayan kanserdir. Çok sayıda anormal kan hücresinin, kana girmesine ve üretilmesine neden olur.

Kanser hastalığının ne aşamada olduğunu, vücudun nerelerine sirayet ettiğini, kansersiz organların ne derece etkilendiğini tanımlama girişimine evreleme denmektedir. Kanserin evresinin belirlenirken şu üç faktörün sonucu birleştirilir; a) ilk tümörün büyüklüğü nerde ve nereye yerleşmiş? b) Tümör lenf nodlarına (beyaz kan hücrelerini depolayan) yayılmış mı? c) kanser diğer vücudun bölgelerine yayılmış mı? Bu değerlendirmenin sonucunda 4 evrede kanser hastalığının ne aşamada olduğu belirlenir. Evreler tedavide kullanılacak yöntemi ve hastalığın seyrinin tahmini hususlarında önem arz etmektedir (HSGM, 2021).

Kanser tedavisinde başvurulan popüler yöntemleri kemoterapi, radyoterapi, cerrahi yöntemler şeklinde sıralamak mümkündür. Radyoterapi: Vücudun bir bölgesini ya da tamamına uygulanabilen, kanserli hücrelerdeki kanserli hücreleri iyonizan ışınlar kullanarak öldürmeye dayanan bir tedavi yöntemidir. Kemoterapi: kanser hücrelerini yok edici etkiye sahip kimyasal maddeler (kemoterapötik ajanlar) kullanarak öldürme yöntemidir. Cerrahi yöntem: Gelişen kanserlerin engellenmesinde önleyici veya tedavi edici olarak kanserli dokudan bir örnek alıp (biyopsi) tanı konmasında ve metastaz (yayılma olan) veya yayılım olmayan durumlarda kanserli dokunun/kitlenin vücuttan çıkarılmasıdır. Diğer dokulara hasar vermeden kitleyi çıkarmanın mümkün olmadığı durumlarda cerrah kitlenin bir parçasını çıkartarak işleme devam etmeden önce kemoterapi veya radyoterapi ile kitlenin küçültülmesini tercih edebilir (Baykara, 2016, ss. 156-159).

1.1.3.4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH):

Obstrüktif, hava yollarındaki daralma nedeniyle hava giriş ve çıkışının rahat bir şekilde sağlanamamasıdır. Hava yollarındaki daralma, nefes verirken daha belirgindir ve hava daralmış hava yollarından geçerken, ıslık sesine benzer bir ses duyulabilmektedir (TSHGM, 2012, s. 43). KOAH ise zararlı parçacık ve gazlara karşı hava yollarında ve akciğerde kronik iltihabi cevapla tanımlanan, ilerleyici ve sürekli hava yolu kısıtlılığı arz eden hastalıktır (Abul ve Özlü, 2013, s. 8). KOAH, mutlak tedavisi olmayan (Roman ve Brigham, 2008, s. 214), tümüyle ortadan kaldırılamamakla birlikte, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (Weinberger ve diğ., 2008, s. 91).

KOAH en yaygın hastalıklardan birisi olmasının yanı sıra dünya genelindeki ölüm nedenlerinin başlıca sebepleri arasındadır. KOAH dünya genelinde ölüme neden olan faktörler arasında 5. sıradadır. Bu sıralamada KOAH'ın %7.4'lük payla 2030 yılına gelindiğinde 4. sıraya çıkacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'deki ölüme neden olan faktörlere bakıldığında da dünya geneliyle benzerlik göstererek 4. sırada KOAH'ı görmek mümkündür. KOAH, erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir. KOAH yaşlılık, sosyoekonomik durumun düşüklüğü ve sigara kullanımı ile doğru orantılıdır (Roman ve Brigham, 2008, s. 215).

Bu hastalığının tedavisindeki en bilinen yöntemler arasında ilaçla tedavi, oksijen tedavisi ve cerrahi müdahaleler vardır. Hastanın sağlık durumunu iyileştirmek, semptomları azaltmak ve hastalığın şiddetini azaltmak için ilaç kullanılmaktadır. Cerrahi tedavi yönteminde solunum yetmezliğini azaltmak için akciğerin bazı bölümleri cerrahi olarak çıkarılır ve böylece solunum kaslarının işlevselliği artırılarak daha güçlü basınç yapmaları sağlanır. Oksijen tedavisi, hastaya bulunduğu yerin havasındaki oksijen miktarından daha yüksek oranda oksijen uygulanmasıdır. Bu yöntem, hastadaki günlük değişimlerden farklı şekilde tedavide değişiklik gerektirecek derecede nefes darlığı, öksürük ve balgam miktarı ya da pürülansında (irin) artışı tedavisinin önemli bir kısmını teşkil eder. Oksijen tedavisi, akut ve uzun süreli olmak üzere iki sınıfa ayrılmaktadır. Kısa süreli (akut) oksijen tedavisi, aniden gelişen hipoksemi (ataryel kandaki oksijen basınç seviyesinin normalin (80-100 mmHg) altına düşmesi) ve/veya hipoksi (hücre fonksiyonu için yeterli oranda oksijenin alınamaması) ile birlikte olan durumların nedenleri kontrol altına alınıncaya kadar uygulanan yöntemdir. Uzun süreli Oksijen tedavisi (USOT), kronik hipoksemi ile seyreden kronik solunum yetmezliği bulunan hastalarda düşürülmesi gereken bir tedavi yöntemidir. Kronik hipoksemi ile seyreden kronik solunum yetmezliğinde, USOT (>15 saat/gün) uygulanan hastalarda bu tedaviyi almayanlara oranla yaşam süresi daha yüksektir (Bingöl ve Kaya, 2020, s. 373; Kocabaş, 2020, s. 173,183; Börekçi ve Umut, 2011, s. 12).

Kronik solunum yetmezliği hastalığı tamamen ortadan kaldırılamadığından KOAH'ın kontrolü de tedavisi kadar önem arz etmektedir. KOAH'ın kontrol altına alınmasındaki temel hedefleri; aktivite kısıtlamasını azaltmak, egzersiz kapasitesini artırmak, alevlenmeleri önlemek ve hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak şeklinde sıralamak mümkündür (Aydemir, 2018, s. 119).

1.1.3.5. Kronik Böbrek Hastalığı

DSÖ, kronik böbrek hastalıklarını müstakil olarak kronik hastalıklar arasında sıralamamıştır. Çünkü kronik böbrek hastalıkları başta diyabet olmak üzere kronik ve genetik faktörlerin sonucunda ortaya çıkmaktadır (Kumar ve Abul-ezz, 2008, s. 343; Ata, 2018, s. 7).

Kronik böbrek hastalığı, böbreğin yapısını ve işlevini etkileyen farklı yapılardaki bozuklukları ifade etmek için kullanılan genel bir terimdir (Levey ve Coresh, 2012, s. 165). Kornik böbrek hastalığı 3 ay veya daha uzun süreli böbrek hasarı veya glomerüler filtrasyon (böbreğin filtrelemesi) değerindeki azalma olmasıdır (Akpolat ve Utaş, 2008, s. 6). Kronik böbrek hastalığında böbreklerin fonksiyonlarının zaman ilerledikçe geri dönüşümsüz bir şekilde kaybı söz konusudur. (Kumar ve Abul-ezz, 2008, s. 342). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Böbrek Vakfı 2002'de yayınladığı kılavuzda böbrek fonksiyon seviyesine göre kronik böbrek hastalıklarını sınıflandırmaktadır. Ulusal Böbrek Vakfı, kronik böbrek hastalığını; (1) böbrek hasarı var ama glomerüler filtrasyon normal veya artmış, (2) böbrek hasarı var glomerüler filtrasyon azalmış, (3) orta derece azalmış glomerüler filtrasyon, (4) şiddetli azalmış glomerüler filtrasyon, (5) böbrek yetmezliği olmak üzere toplamda 5 evreye ayırmaktadır (NKF, 2002, ss. 42-43). Kronik böbrek yetmezliği ve akut böbrek yetmezliği olmak üzere iki tür böbrek yetmezliği vardır. Akut böbrek yetmezliği, birkaç hafta içinde böbrek bozukluğuna yol açacak şekilde böbrek fonksiyonlarındaki azalmaya neden olan bir sendromdur (Krause ve Shah, 2008, ss. 282). Kronik böbrek yetmezliği, glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin vücut sıvılarının dengesini ayarlayamayacak şekilde metabolik ve endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanmaktadır. Glomerüler filtrasyon değeri 5-10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliğinden bahsedilir ve hastalar diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (Akpolat ve Utaş, 2008, ss. 5-6).

Kronik böbrek yetmezliğin sorununda diyaliz ve organ nakli olmak üzere 2 çözüm yolu vardır. Diyaliz hakkındaki bilgilere geçmeden önce, diyaliz alan bireylerde oluşturduğu fiziksel sorunların yanında hem hastaları hem de hastaların yakınlarını psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak olumsuz yönde etkilediğini ifade etmek gerekir (Erbay ve diğ., 2016, s. 95).

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran (ince zar) aracılığıyla hastanın kanı ve uygun diyaliz çözeltisi arasında sıvı-solüt değişimini temel alan bir tedavi şeklidir. Diyaliz, böbreği iyileştirmeyip onun yapamadığı görevi tamamlama girişimidir.

Diyaliz, hemodiyaliz ve periton diyaliz olmak üzere iki çeşittir. Hemodiyaliz hastadan alınan kanın antikoagülasyonla vücut dışında bir makine yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek, sıvı solüt içeriğinin yeniden düzenlenip hastaya geri verilmesi işlemidir (Akpolat ve Utaş, 2008, ss. 22-24). Periton diyalizi ise, peritoneal kapillerin hemodiyaliz filtresine benzer bir yarı geçirgen membran gibi hareket ettiği bir diyaliz tipidir (Kumar ve Abul-ezz, 2008, s. 342). Diğer bir ifadeyle; hemodiyaliz, hasta kanının özel makineler yardımıyla damardan alınıp temizlendikten sonra tekrar hastaya enjekte edilmesi işlemidir; periton diyalizi, hastaya verilen sıvının karın boşluğuna geçerek buradaki atık maddeler ile karışması ve bu atık maddelerin tahliye edilmesi işlemidir (Diyaliz Hastalığı, 2020). Periton diyalizinin, hemodiyalizdeki gibi diyaliz ünitesinde uzun bir süre geçirilmemesi, sıkı bir diyet gerektirmemesi ve hastaların çoğunun çalıştığı işlerine geri dönmesi ile hemodiyalizden daha iyi bir iyileştirme olanağı sağlaması gibi bazı avantajları vardır (Kumar ve Abul-ezz, 2008, s. 342).

Kronik hastalık konusu çok kapsamlı bir yapıya sahiptir. Araştırmanın başında da ifade edildiği gibi, çalışmanın amacı kronik hastalıklara genel bir bakış açısı sunmaktır. Genel hatlarıyla kronik hastalıkların nedenleri, özellikleri ve çeşitleri ortaya koymaya çalışılmış, bazı hastalıklar (örn. astım, fibroz) için akut ya da kronik hastalık mı ihtilafları olduğu için bu araştırmada onlar kapsam dışı tutulmuştur.

1.2. İYİ OLUŞ

Mutluluk, başta felsefe olmak üzere birçok disiplinin üzerinde yıllarca durduğu bir konudur. Günümüzde mutluluk özellikle psikolojinin de vazgeçilmez konularında biri haline gelmiştir. Ampirik çalışmalardan elde edilen bulgular, insanlar için mutluluğun diğer güdülere göre daha güçlü ve evrensel bir faktör olarak önemini belgelemektedir (Sirgy, 2012, s. 6). Diener, Sapyta ve Suh (1998), 41 ülkedeki üniversite öğrencileri üzerine yaptıkları bir araştırmada katılımcılara mutluluğun önemini 7 puanlık bir ölçekte yaşama hedefi olarak derecelendirmelerini istediler. Bulgularına göre, ortalama derece 6,39'du, bu da mutluluğun bir yaşam hedefi olarak son derece önemli olduğunu göstermektedir. Diener ve Oishi (2004) tarafından

İskandinavyalılarla Asyalıları evren alarak yürüttükleri bir araştırma, katılımcılara göre mutlu olmanın; iyi bir sağlık, yüksek gelir, çekici olmak ve aşk yaşamaktan ve hayatta anlam ve amaç bulmaktan daha önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Yine Diener ve Oishi'nin (2006) 48 ülkeden 10.000 katılımcının yer aldığı uluslararası araştırması; mutluluğun başarı, zekâ / bilgi ve maddi zenginliğe kıyasla çok daha önemli olduğunu ortaya koymaktadır. King ve Napa (1998) yaptıkları araştırmada, Amerikalıların iyi bir yaşamın ne olduğuna ilişkin yargılarında mutluluğun zenginlikten daha öncelikli olduğunu düşündüklerini tespit etmişlerdir (Sirgy, 2012, s. 6). Mutluluk, insanların bedenlerine de etki eden bir güce sahiptir. Fromm(1994, s. 212)., mutluluk hususunda beden ruhtan daha az yanılır görüşünü ileri sürmektedir. Fromm bu sözüyle, mutluluğun derecesinin bedendeki kimyasal süreçlerin incelenmesiyle anlaşılacağı fikrini desteklediğini açıkça belirtmektedir.

Mutluluğun doğrudan amaçlandığı durumlarda ulaşılamaz olduğu, yine mutluluğun kendi kendine bağımsız bir olgu olarak ortaya çıkamayacağı (Bahadır, 2002a, s. 80) ve onun iyi yaşanmış bir hayatın yan ürünü olduğu (Ryff ve Singer, 1998, s. 5) gerçeğine karşın; bireyin psikolojik ve sosyolojik özelliklerine pozitif yaklaşım sergileyen, nesnel ve öznel anlamda ölçülebilen bir kavram olması (Göçen, 2014, s. 90) nedeniyle iyi oluş'u (well-being) psikoloji disiplini öncelemektedir. Mutluluk konusunun Psikoloji biliminde popüler olmasına en büyük katkıyı psikolojinin alt dalı olan *Pozitif Psikoloji*'nin sağladığını söylemek mümkündür. Pozitif psikolojinin öncülerinden Martin Seligman ve Mihaly Csikszentmihalyi pozitif psikolojiyi, pozitif öznel deneyimlerin, pozitif kişilik özelliklerinin, yaşam anlamsız geldiğinde bireyin ruh sağlığını korumayı ve yaşam kalitesini geliştirmeyi hedefleyenlerin bilimi olarak ifade etmektedir (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000, s. 5). Pozitif psikoloji, mutluluğu iyi oluş bağlamında ele almaktadır. Pozitif psikolojinin öncü isimlerinden Diener, iyi oluşu mutluluğun çeşitli formlarına verilen bir isim olarak ifade etmektedir (Diener, 2020).

Psikoloji literatürüne bakıldığında iyi oluşun, öznel/hazcı (hedonic) ve psikolojik (eudaimonic) olmak üzere iki farklı yaklaşımla ele alındığı görülmektedir (Sarı ve Çakır, 2016, s. 223). Her iki yaklaşımın da temel gayesi, bireyin ve toplumun

iyilik halinin hangi özellikler üzerine kurulduğunu izah etmektir. İki yaklaşımın da bulgularında örtüşme görülse de önemli noktalarda ayrışmaktadır (Ulu, 2018, s. 186). İyi oluşun tanımlanması sürecinde bu kavrama nesnel ya da öznel bir bakış açısıyla mı yaklaşılacağı hususu önem arz etmektedir. Bir kişinin psikolojik açıdan iyi olup olmadığını değerlendirecek merciin kim olacağı, bunun ölçütünün ne olduğu iki farklı yaklaşımı ortaya çıkarmıştır. Öznel ve psikolojik iyi olma bu farklı yaklaşımla doğmuştur (Göçen, 2014, ss. 91-92).

1.2.1. Öznel İyi Oluş

Psikolojide mutluk için çoğunlukla "Öznel İyi Oluş" (Subjective Well Being) kavramı kullanılmaktadır (Karslı, 2018, s. 30). Öznel iyi oluş, adını Kahneman, Diener ve Schwarz'a ait "Wellbeing: The Foundations of Hedonic Psychology" (1999) isimli çalışmada iyi oluş ve hedonik kavramlarının eşdeğer olarak kullanılmasından almıştır (Ulu, 2018, s. 186). Yaşam doyumunun, olumlu-olumsuz duygusal tepkilerin deneyimi ve bireysel algısı olarak öznel iyi oluşu tanımlamak mümkündür (Diener vd., 2002, s. 63). Diener (2000) öznel iyi oluşu, kişinin bilişsel ve duyusal olarak yaşamını değerlendirmesi olarak ifade etmektedir. Bu tanımlamaya göre de öznel iyi oluşun bilişsel ve duygusal olmak üzere 2 temel boyutunun olduğu söylenebilir. Diener 1984'te yayınladığı makalesinde öznel iyi oluşun bileşenlerini; yaşam doyumu, olumlu duygular ve olumsuz duyguların azlığı olmak üzere 3 temel faktörle sınırlandırırken, 1999'da yaptığı çalışmada bu bileşenler arasına yaşam alanlarından alınan doyumu da ekleyerek öznel iyi oluşun kapsamını genişlettiği görülmektedir. Yaşam doyumu ve yaşam alanlarından elde edilen doyum bilişsel boyutu, olumlu duygular ile olumsuz duyguların azlığı duygusal boyutu oluşturmaktadır. Bu bilişsel ve duygusal boyutlar insan hayatındaki farklı faktörlere işaret etmektedir (Malkoç, 2011, s. 23; Türkmen, 2012, s. 43).

1.2.1.1. Yaşam Doyumu

Türkçe'ye doyum olarak çevirilen "satisfaction" kavramının sözlükte; bir günahın kefaretinin ödenmesi, yasal bir yükümlülüğün yerine getirilmesi, bir ihtiyacın yerine getirilmesi ve tazminat gibi karşılığı vardır (Mish, 1990, s. 1044). Psikoloji perspektifiyle doyum kavramı; organizmada açlık, susuzluk gibi biyolojik ihtiyaçlar

veya sevgi, başarı gibi ruhsal gereksinimlerin karşılanarak dengenin yeniden kurulmasıdır (Budak, 2003, s. 225). Buradan hareketle; doyum kavramını, gereksinimlerin, beklentilerin, dileklerin ve isteklerin karşılanması şeklinde özetle ifade etmek mümkündür (Özer ve Karabulut, 2003, s. 73).

Öznel iyi oluşla eş anlamlı bir şekilde kullanılan "yaşam doyumu" (life satisfaction) kavramı bireyin hayatının ne kadar zengin, anlamlı, dolu veya kaliteli bulduğunun göstergesi olarak ifade edilmektedir (APA, 2009, s. 224; Şahin vd. 2012, s. 832). Yaşam doyumu, değerlendirme kriterlerinin bireye bağlı olduğu, kişinin yaşamına ilişkin bilinçli bir bilişsel yargıdır (Pavot ve Diener 1993, s. 164). Yaşam doyumu, bir dereceye kadar anlık durum ve mevcut ruh hali tarafından yönlendirilen değerlendirmelere ve küresel yaşam değerlendirmelerine bağlıdır (Diener, 1994, s. 140). Appleton ve Song (2008, ss. 2330-2334); ekonomik gelir, meslek ve sosyal statü, (eğitim, iş v.b.) fırsatlar ve sosyal hareketlilik, sosyal imkânlar, devlet politikaları, aile geleneği ve sosyal iletişim olmak üzere 6 maddede yaşam doyumunun birleşenlerini sıralamaktadır. Bu bileşenler, yaşam doyumunun kapsamının daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacak niteliktedir.

1.2.1.2. Alan Doyumu

Yaşam alanlarından elde edilen "alan doyumu" (domain satisfaction), bireyin hayatındaki kendisine özel alanlara ilişkin değerlendirmesini yansıtır. Bu özel alanlar bireysel farklılıklar nedeniyle her alana verilen önem aynı olmadığından evrensel bir "alan doyumu" değerlendirmesi mümkün olamamaktadır (Diener vd., 2003, s. 198).

Diener'in (1994, s. 108) ifadesiyle; öznel iyi oluşun birçok alt başlıklara ayrılabileceği gerçeğinden hareketle ortaya çıkmış bu alt boyut, sevgi, iş hayatı, aile gibi bireye özel alanları kapsamaktadır.

Olumlu Duygulanım (positive affect): olumlu duygulanım, neşe ve şefkat gibi ruha hoş gelen halleri ifade etmektedir. Olumlu duygulanım, hayatın istenilen şekilde devam etmesi sonucunda bireyin sergilediği tepkiyi yansıttığı için öznel iyi oluşun bir parçasıdır (Diener, 2006, s. 400). Olumlu duygular bireyin düşünce dünyasından

başlayarak hayatın önemli bir bölümünün gelişimine pozitif yönde katkı sağlamaktadır (Malkoç, 2011, s. 25).

Olumsuz Duygulanım (negative affect): olumsuz duygulanım, hoş olmayan ruh hallerini ve duyguları içerir ve insanların yaşamlarına, sağlıklarına, olay ve durumlara karşı tepki olarak deneyimledikleri olumsuz tepkileri temsil eder. Başlıca olumsuz duygulanım biçimleri arasında öfke, üzüntü, kaygı ve endişe, stres, hayal kırıklığı, suçluluk ve utanç ve kıskançlık yer alır. Yalnızlık veya çaresizlik gibi diğer olumsuz durumlar da iyi oluş halinden uzaklaşıldığının önemli göstergeleri olabilir. Hayatta bazı olumsuz duygular beklenecek ve etkili işleyiş için gerekli olabilse de sık ve uzun süreli olumsuz duygular, bir kişinin hayatının kötü ilerlediğine inandığını gösterir. Olumsuz duyguların uzun süreli deneyimleri, etkili işleyişi engelleyebilir ve hayatı tatsız hale getirebilir. Olumsuz duyguların sonuçlarının sadece olumsuz olamayacağını, bireysel farklılıklara bağlı olarak olumlu sonuçlara da katkıda bulunacağını belirtmek gerekir. Neticede "iyilik ve güzellik, en üst değerine kötülüğün ve çirkinliğin olduğu yerde ulaşır" (Diener, 1994, ss. 108; Bahadır, 2002a, ss. 57,88).

1.2.2. Psikolojik İyi Oluş

Literatüre bakıldığında iyi oluşu açıklayan "öznel iyi oluş" yaklaşımının yanında bir diğer yaklaşım da "psikolojik iyi oluş"tur. Günümüzdeki anlamıyla *eudaimonism* kavramı, Aristoteles'e kadar dayanmaktadır. "Nikomakhos'a Etik" kitabında Aristotales, iyi oluşla ilgili görüşlerine değinmektedir. Aristoteles insanın iyilik halinin en yüksek noktasını, iyi hissetme ya da ihtiyaçlarını karşılamak yerine en üst iyilik haline ulaşma gayreti olan erdemle ilintili ruhsal yaşantılar olarak belirtmektedir (Ryff, 2014, s. 11). Öznel iyi oluş (hedonic), mutluluğa odaklanarak iyi oluşu, zevk alma ve acıdan kaçınma açısından tanımlarken; psikolojik iyi oluş (eudaimonic), anlam ve kendini gerçekleştirmeye odaklanarak iyi oluşu bireyin hayatının tüm yönlerindeki işleyiş derecesine göre ele almaktadır (Ryan ve Deci, 2001, s. 141). Bir diğer ifadeyle; psikolojik iyi oluş (eudaimonic), memnuniyeti de kapsayarak "anlam"a ve gelişime işaret etmektedir. Bu yönüyle de psikolojik iyi oluşun daha hümanist olduğunu savunanlar vardır (Bauer ve diğ., 2008, s. 83). Psikolojik iyi oluş'un danışmalıkta en temel kavramlar arasında olması, danışmanlıkla

ilgili müdahaleler için hedefleri belirtmesi, danışanın anlam ve amaç bulmasında rehber görevi görmesi, kişilik ve gelişim teorilerine önemli katkılar sağlaması psikopatolojinin değerlendirilmesinde temel oluşturması, onun daha hümanist olduğu iddialarını temellendirmeye olanak sağlamaktadır (Chrsitopher, 1999, s. 422).

Birçok araştırmacı, psikolojik iyi oluşu açıklamak üzere girişimde bulunmuştur. Bradburn (1969), Lawton (1983), Ryff (1989), Maloney (1990) ve E. Cowen (1994), psikolojik iyi oluş üzerine en çok yoğunlaşan araştırmacılardandır. Norman M. Bradburn, modern anlamda psikolojik iyi oluşu ele alan araştırmacıların ilkidir. Bradburn, psikolojik iyi oluşu olumlu duygulanımın olumsuz duygulanımdan fazla olması şeklinde tarif etmektedir (Bradburn, 1969, s. 9). Psikolojik iyi oluşun son ve en çok kabul gören yorumlayıcısı da Carol Ryff'tır. Bradburn'un (1969) psikolojik iyi oluş tanımlamasının çok öznel olduğunu belirten Ryff, psikolojik iyi oluşun olumlu-olumsuz duygulanımla sınırlandırılamayacağını savunmaktadır. Bir bakıma Ryff, sadece depresyon ve stres gibi olumsuz durumların yokluğunda psikolojik iyi oluştan bahsetmenin yetersizliğine vurgu yapmaktadır (Ryff, 1989, ss. 1069-1070).

Ryff, gördüğü eksiklikleri de dikkate alarak 6 boyutlu bir psikolojik iyi oluş yaklaşımı teklif etmiştir. Ryff (1989) bu modeli geliştirirken; Jung'un "bireyleşme", Maslow'un "kendini gerçekleştirme", Rogers'ın tam işlevsel birey, Neugarten'ın "yetişkinlik ve yaşlılıkta kişilik değişimi", Buhler'in "temel yaşam eğilimleri, Allport'un "olgunlaşma", Erikson'un "psikolojik aşama modeli", Jahoda'nın "pozitif ruh sağlığı kriterleri" yaklaşımlarını temel almıştır (Ryff, 1989, s. 1070).

Bu model; (a) özerklik (autonomy), (b) çevreyi yönetme ustalığı (environmental mastery), (c) kişisel gelişim (personal growth), (d) başkalarıyla olumlu ilişkiler (positive relationships with others), (e) hayatın amacı (purpose in life), ve (f) öz kabul (self-acceptance) olmak üzere 6 boyuttan oluşmaktadır. Boyutları açıklamaya geçmeden önce, tüm bu boyutların birbirleriyle ilişkileri olduğunu vurgulamakta yarar vardır. Ryff'in bu modeli geliştirirken ilham aldığı Rogers'a göre psikolojik olarak sağlıklı ve kendisini tam olarak ortaya koyan bireyin özellikleri bu duruma isabetli bir örnek teşkil etmektedir. Rogers (1961), psikolojik sağlığı yerinde olan bireyi; her anı dolu dolu yaşayan, tüm yaşantılara açık onlarla iletişim kurabilen, yaratıcılık düzeyi

yüksek olan, başkalarının tesiri altında kalmadan özgürce davranabilen kişi olarak ifade etmektedir.

1.2.2. 1. Özerklik

Ryff'e göre özerklik, bireyin toplumun etkisinde kalmadan hayat normlarına bağlı kalmadan kararlarını alabilmesi ve kendisini yargılarken kişisel şartlara göre değerlendirmesidir (Ryff, 1989, s. 1071). Rogers'ın özgürlük anlayışı bireyin çevresinden kendisine doğru olduğunu söylemek mümkündür. Ona göre; özgür bir birey kendi içinde de özgürdür, bu özgürlük bireyin kendisini daha iyi tanımasına (potansiyelinin farkına varmasına) imkân sunmaktadır. Özgürlük bireye 5 duyu organından daha çok yararlanmasına yani onları daha işlevsel kullanabilmesine olanak sağladığı gibi hayatına dair aldığı kararlara daha çok güvenmesine, bu güvenin kaynağı da kararın doğru olmasından ziyade bireyin yaptığı hatalarla kolaylıkla yüzleşip onları telafi edebilmesine bağlıdır (Rogers, 1961, s. 191).

Özerkliğin Türkiye'de batıdan farklı bir formda da olabileceğini savunan Kağıtçıbaşı, birbirine zıt iki kavram olan özerklik ve bağımlılığın aynı anda var olabileceği düşüncesinden hareket ederek bireyde özerklik ve ilişki/bağlılığın aynı anda var olabileceğini ifade etmektedir. Özerk-ilişkisel benlik olarak isimlendirilen bu türün halk arasında en yaygın tezahürlerinden birisi de "sosyal başarı güdüsü"dür. Psikolojide geleneksel olarak bireysel bir şekilde incelenen başarı güdüsünün başkalarıyla paylaşımını ön görmektedir. O, başarının hem bireyi hem de bireyin çevresini pozitif bir şekilde etkilediğini belirterek açıklamaktadır (Kağıtçıbaşı, 1996, ss. 37-38). Özerklik bütün gelişim dönemlerinde kendisini göstermesiyle birlikte en çok ergenlikle anılmaktadır (Curtis, 1992; Spear, 2004). Kişilik gelişimi açısından diğer aşamaların hiçbirinde görülmeyecek ölçüde derin değişimleri içeren (Bahadır, 2002b, s. 120) ergenliğin özerklik girişiminin en önemli çağı olduğunu söylemek mümkündür (Özdemir ve Çok, 2011, s. 153). Özdemir, ergenlerin iyi oluşlarını incelediği araştırmasında, özerkliğin tek başına iyi oluş üzerinde etkisinin bulunmadığını ilişkisellikle birlikte olduğunda olumlu bir etkiden söz edilebileceğini belirtmektedir (Özdemir, 2012, s. 194). Bu gelişim döneminde, bireyin hayatını çepeçevre kuşatan diğer bir ifadeyle onu sınırlandıran dinin; benlik saygısına,

empatinin gelişmesine ve topluma uyum sağlamasına kadar hayatın birçok yerinde katkı sağladığını söylemek mümkündür (Bahadır, 2002b, s. 119, Şahin, 2005, s. 195, Şahin, 2008, s. 163).

1.2.2. 2. Çevreyi Yönetme Ustalığı

Bireyin çevresini ruhsal durumuna uygun hale getirmesi veya en uygun yeri seçmesi ruh sağlığının önemli göstergeleri arasındadır. Yaşam boyu gelişim, karmaşık ortamları yönlendirme ve kontrol altında tutma yetisi olarak da ifade edilmektedir. Başarılı yaşlanma, bireyin çevresindeki imkânlardan ne derecede yararlandığını belirtir. Bu teoriler, bireyin yaşamını devam ettirmesi ve onu fiziksel ve zihinsel aktivitelerle yaratıcı bir şekilde değiştirme yeteneğini ifade etmektedir (Ryff, 1989, s. 1071).

Çevre yönetimi çok kapsamlı bir ifadedir. Sosyal çevre, ebeveynle başlayıp okul, iş ve dijitalleşme çağında kitle iletişim araçları gibi geniş bir alanı ifade etmektedir. TV programlarından reklamlara kadar bireyin hayatını çepeçevre kuşatan kitle iletişim araçlarının kontrolü sağlanamadığı müddetçe, çocukluktan yetişkinliğe kadar gelişimin tüm evrelerinde bencillik ve güvensizlik gibi bir dizi psikolojik olumsuzluklara neden olabilecektir. (Bahadır, 2005, s. 59)

Ryff, çevreyi yönetmeyi ele alırken bireyin çevresini değiştirebilmesine de vurgu yapmaktadır. İnsan, sosyal çevresini değiştirirken iç dünyasını da değiştirmektedir (Raskovic, 1982, s. 56). Çevresini yönetmede başarılı olan bireyler diğerlerine nazaran daha affedici olmaktadır (Hill ve Allemend, 2010, s. 249). Depresyonla başa çıkmada çevreyi yönetme becerisi fiziksel sağlıktan daha etkilidir (Knight ve diğ., 2011, s. 880).

1.2.2. 3. Kişisel Gelişim

Doğumdan ölüme kadar bireyin gelişimi psikolojinin ilgi alanına girmektedir. Bu konuda çalışmalarıyla öne çıkan ilk psikologlardan birisi de Ryff'in iyi oluş modelini geliştirirken yararlandığı bireyleşme kavramını psikolojiye kazandıran Carl G. Jung'tur (Ryff, 1989, s. 1070). Freud sonrası ömrünün önemli bir kısmını kişilik gelişimi ve dönüşümüyle ilgili düşüncelerle geçiren Jung, yaşlılık dönemini de içine

alan gelişim sürecini bireyleşme kavramıyla açıklamaktadır. Bireyleşme, psişik hayatın derinliklerinde kendiliğinden ortaya çıkan; belirgin bir bozukluk tarafından engellenemeyen ve saptırılamayan; fiziksel büyüme ve yaşlanma sürecine bağlı belirli aşamalar paralelinde gelişen tabiî bir olgunlaşma sürecidir (Bahadır, 2007, ss. 157,160).

Ryff'e göre en ideal psikolojik işlevsellik, diğer boyutlarda bahsedilen özelliklerin yanı sıra kişinin potansiyelini geliştirmesi ve bir birey olarak gelişimine devam etmesidir. Deneyimlere açık olmanın tam işlevsel bireyin temel özelliklerinden olduğunu ifade eden Ryff, böyle bir bireyi tüm sorunların çözüldüğü sabit bir duruma ulaşmak yerine sürekli bir şekilde gelişen biri olarak nitelendirmektedir (Ryff, 1989, ss. 1071).

1.2.2. 4. Başkalarıyla Olumlu İlişkiler

Sokrates, Platon ve Aristoteles gibi felsefenin öncü isimleri, insanın sosyalleşme eğilimine vurgu yapmaktadır. Aristoteles'in en meşhur sözlerinden birisi, "insan sosyal bir varlıktır" önermesidir (Yeşilçayır, 2014, s. 63). Sosyal psikoloji alanında gerçekleştirilen çalışmalar; korkudan emin olmak, aidiyet ve sevgi, yalnızlıktan kaçınma, kimlik kazanımı, fiziksel gereksinimler gibi insanların farklı türden pek çok ihtiyaçları karşılamak için bireyin diğer insanlarla iletişim kurduğunu ortaya koymaktadır (Doğan ve Sapmaz, 2012, s. 586). Birey, başkalarıyla ilişkiler kurmaya anne rahminden itibaren başlamakta (Aşıcı, 2009, s. 16) ve doğumdan sonra da başkalarıyla olan ilişkiler, yalnızlıkla başa çıkma gibi konularda bireye olumlu katkılar sunmaktadır (Kahraman, 2018, s. 11). Görüleceği üzere; teorilerin çoğu, samimi ve güvene dayalı kişilerarası ilişkilerin önemini vurgulamaktadır. Sevme yeteneği, ruh sağlığının merkezi bir bileşeni olarak görülmektedir. Kendisini gerçekleştiren bireyler, güçlü empati ve şefkat duygularına sahip olarak ve daha büyük sevgi, daha derin arkadaşlık ilişkisi kurma ve başkalarıyla daha eksiksiz özdeşleşme yeteneğine sahip olarak tanımlanmaktadır. Başkalarıyla yakın ilişki kurmanın olgunluk göstergesi olduğunu ifade eden Ryff, gelişim teorilerinin başkalarıyla yakın ilişkiler kurmanın, başkalarını yönetme ve rehberlik etmenin kazanımına vurgu

yaptığını ifade etmektedir. Netice olarak, psikolojik iyi oluşta başkalarıyla olumlu ilişkiler kurmanın önemi defalarca vurgulanmaktadır (Ryff, 1989, s. 1071).

Başkalarıyla ilişkiler kuramama başlı başına bir rahatsızlık kabul edilirken; başkalarıyla ilişki kurmaktan kaçınma, kurulan ilişkilerden hoşlanmama ya da pozitif bir duygulanım elde edememe (sosyal anhedoni), bakıma muhtaçlık gibi istenmeyen sonuçları doğurabilecek bir olumsuzluk olarak kabul edilmektedir. Şizofreni hastalarının sağlıklı bir bireyde bulunan ait olma ihtiyacını hissetmemesi de diğerleriyle ilişki kuramamanın bir sonuç olarak karşımıza çıkabileceğinin göstergesidir (Kahraman, 2018, s. 6).

1.2.2. 5. Hayatın Amacı

Hayatın amacı yaşamaktır. Dünyadaki her canlı içgüdüsel bir şekilde hayatını koruma ve onu sürdürmeye gayret eder. Diğer canlılardan farklı bir şekilde insan, bilinç düzeyi arttıkça hayatı olumlu ve olumsuz yönleriyle yaşaması gerektiğini anlar (Bahadır 2002, s. 17). Yaşamın olumlu ve olumsuz yönlerini rağmen denge ve hayatla uyum içinde olmak ruh sağlığı göstergesidir (Yapıcı, 2007, s. 42). Ruh sağlığı, insana hayatın amacı ve anlamı olduğu hissini veren inançları içerecek şekilde tanımlanır. Olgunluğun tanımı aynı zamanda hayatın amacının, yönelim duygusunun ve niyetliliğin net bir şekilde anlaşılmasını vurgular. Yaşam boyu gelişim teorileri, üretken ve yaratıcı olmak veya daha sonraki yaşamda duygusal bütünleşme sağlamak gibi yaşamdaki çeşitli değişen amaç veya hedefleri ifade eder. Bu nedenle, olumlu bir şekilde çalışan birinin hedefleri, niyetleri ve yön duygusu vardır ve bunların tümü hayatın anlamlı olduğu hissine katkıda bulunur (Ryff, 1989, s. 1071).

Ryff'in görüşlerinden yararlandığı diğer bir isim Viktor Frankl'a göre; yaşamın anlamı insandan insana, günden güne, saatten saate farklılık göstermektedir. Frankl, genel bir anlam yerine belirli bir andaki yaşamın özel anlamına odaklanmak gerektiğini savunmaktadır. Yaşam tarafından sorgulanan insan sadece kendisi için cevap verir. Bu cevap bulma girişiminde yegâne dayanak noktasının sorumluluk olduğunu belirten Frankl'ın kurucusu olduğu Logoterapi de varoluşun özünü sorumlulukta görmektedir (Frankl, 2009, ss. 122-123).

1.2.2. 6. Öz Kabul

Öz kabul, ruh sağlığı için çok önemlidir (Carson ve Langer, 2006: 26). Önceki yaklaşımlarda en çok tekrarlanan iyi oluş ölçütü, bireyin kendini kabul etme duygusudur. Bu, zihinsel sağlığın merkezi bir özelliği (Jahoda) olduğu kadar kendini gerçekleştirme (Maslow), optimal işleyiş (Rogers) ve olgunluğun (Allport) bir özelliği olarak da tanımlanır. Yaşam boyu gelişim teorileri öz kabulü ve geçmiş yaşamın kabulünü vurgular. Bireyleşme süreci (Jung), kişinin tüm gelişim aşamalarında bilinç dışında kalmış yanlarını bilinçli hale getirip bilinçle uzlaşmasını sağlamayı hedeflemektedir. Erikson'un ortaya attığı "benlik bütünlüğü" kavramı, bireyin hayatındaki tüm hayal kırıklıklarına ayak uydurarak yaşamının biricikliğinin farkında olarak tüm tehditlere karşı kendisini koruyabildiği bir duruma işaret etmektedir. Erikson'a göre bu evre çocukluk çatışmalarının dengelenmesine kadar bireyin yaşamının ilk yıllarına kadar derin köklere sahiptir. Benlik bütünlüğüne ulaşmış birey, hayatın o evresine kadar ortaya koyduğu tüm eser/ürünlerden haz almayı başarabilen kişidir. Bireyin kendisine karşı yıkıcı eleştirileri azaldığında iç huzurdan bahsedilebilir. İç huzurun tesis edilmesi bireyin eylemlerini dahi olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle, kendine karşı olumlu tutumlar sergilemek, pozitif psikolojik işleyişin temel bir özelliği olarak ortaya çıkmaktadır (Erikson, 1984, s. 40, Ryff, 1989, s. 1071, Kulaksızoğlu ve Dilmaç, 2000, s. 201, Bahadır, 2007, s. 160, Karaca, 2007, s. 112).

Kendini koşulsuz kabullenememek, kontrolsüz öfke ve depresyon gibi çeşitli duygusal zorluklara yol açabilmektedir (Carson ve Langer, 2006, s. 26). Jung'a göre; bilinçle ile bilinç dışı arasında mutlak bir gerilim her zaman olmaktadır, bu gerilimin nevrozla sonuçlanmakta ve bilinçdışının bilinçte yansıma bulmasıyla iyileşme gerçekleşmektedir (Bahadır, 2007, ss. 75). Nihayetinde öz kabul, bireyin hem potansiyelinin hem de zayıf yönlerinin farkındalığını ve kabul etmesini içeren uzun vadeli bir tür öz değerlendirmedir (Ryff ve Singer, 2008, ss. 20-21).

İyi oluşa yaklaşımın, öznel iyi oluşa kıyasla psikolojik iyi oluşta daha kapsayıcı ve detaycı bir yapıda olduğu görülmektedir. Ryff, öznel iyi oluş yaklaşımını pozitif işlevin anahtar yönlerini ihmal etmesi yönünden eleştirmekte ve kendi 6 faktörlü

modelinin bu açığı kapattığını iddia etmektedir (Türkmen, 2011, s. 5). Netice itibariyle, Ryff'in bu bütüncül yaklaşımı, anlamlı yaşam amaçlarını geliştirmeyi hedefleyen insan faaliyetleri üzerine yoğunlaşmaktadır (Ulu, 2018, s. 187).

1.3. MANEVİ DANIŞMANLIK

Bu bölümde, öncelikle "manevi danışmanlık" bileşenleri çerçevesinde ele alınmaya çalışılacak, daha sonra Türkiye'deki tarihi gelişimi hakkında bilgi verilip uygulama alanlarına değinilecektir.

1.3.1. Maneviyat

Manevi danışmanlığın tanımlanmasına geçmeden önce maneviyat kavramının izahını yapmak gerekir. Maneviyatın lügatteki karşılığı; maddi olmayan, manevi şeyler, yürek gücü ve moral olarak sıralanmaktadır (TDK, 2018d). Maneviyat kavramının İngilizce karşılığı olarak "spirituality" ifadesi kullanılmaktadır. Spirituality, manevi (ruhsal) karakter, nitelik veya doğa; beş duyu ile algılanabilenlerin ve maddiliğin tersi (Mish, 1990, s. 1406).

Maneviyat kavramının sözlük anlamlarındaki bu farklılıkları terim anlamlarında da görmek mümkündür. Gerek maneviyat kavramına olan yaklaşımlar gerekse dine ve din psikolojisine olan yaklaşımlar, maneviyat kavramını açıklamada belirgin derecede anlamsal farklılıklar oluşturmaktadır. Maneviyat kavramı üzerine bu farklılaşma maneviyatı kapsayan din, dini kapsayan maneviyat ve birbirine zıt iki kutup olarak din ve maneviyat olmak üzere üç şekilde ortaya çıktığını gözlemlemek mümkündür (Düzgüner, 2016). Yirminci yüzyıldan itibaren varlığını sürdüren sekülerleşme ve bireyselleşmenin doğal bir sonucu olarak insanların dinin kurumsal yönüyle bağlarını koparmaya başlayarak dini ritüellerden soyutladıkları ve kendi görüşlerini de ilave ederek kurguladıkları inanç dünyalarını tanımlamalarının sonucu olarak maneviyatın dinden bağımsız bir yapıda olduğu görüşüne zemin oluştuğunu söylemek mümkündür (Meydan, 2015, ss. 126-127).

Maneviyatın din gibi insan tecrübesinin bir parçası olması (Zinnbauer ve Pargament, 2013, ss. 61-63) din ve maneviyat üzerine olan bu görüş ayrılıklarının

nedeni olarak düşünülebilir. Dinin maneviyattan geniş olduğunu savunan görüşe göre bireylerin dini etkinliklere katılma nedenlerinden birisi de maneviyattır. Maneviyat, dinin motive edici gücü ve özüdür. Maneviyat, dinin tecrübeye dayanan ve kurumsallaşmamış yönüdür. Maneviyatın dinden daha kapsayıcı olduğunu iddia edenlere göre, maneviyat dini geleneklerinden ve kurumsal yapısından bağımsızdır. Affetme diğerkâmlık gibi değerler din olmadan da açıklanabilir. Maneviyat sonradan elde edilmemekte ve her insanın içinde manevi bir potansiyelin var olduğu kabul edilmektedir. Din ile maneviyatı birbirine zıt iki olgu olarak kabul edenler, dini kurumsal bir yapıya hapsederken maneviyatın kişisel olduğunu vurgulamaktadır. Aidiyetsiz inanma modeli olarak da nitelenebilecek olan bu yaklaşımın çıkış noktalarından birisi, kilisedeki uygulamaları eleştirmesidir (Düzgüner, 2016, ss. 24-27; Yapıcı ve Koçak, 2017, ss. 69-70).

Yurt dışında başlayan bu kıyaslamalar, çeviri hareketleri ve yurt içindeki yapılan çalışmaların büyük ölçüde yurt dışındaki çalışmalara dayanıyor olması nedeniyle Türkiye'deki çalışmalara da yansımaktadır (Düzgüner, 2016, ss. 31-32). Maneviyatın geniş kapsamına vurgu yapan araştırmacılardan Özdoğan (2010) maneviyatı yaratıcıyla kurulan bağ olarak nitelemektedir. Ok (2018) maneviyatı, "beden, ruh ve mana bileşenlerinden oluşan bütün olarak insanın (uçsuz bucaksız, ihatası güç, köklü sorulara neden olan varoluşsal genişlik ve bunlarla ilişkili sorular ve koşullar altında), geçmiş-an-gelecek dikey boyutunda, kendisi-insanlar-doğa-yüce değerler ile olan ilişkileri yatay etkileşiminde söyledikleri, hissettikleri, düşündürdükleri ve yaptıklarından oluşan iç deneyimine süregiden uyumlu, anlamlı ve huzur verici bir iç bütünlük kazandırma çabasıdır" şeklinde tanımlamaktadır (akt. Ok vd.,2019, s. 16).

Dinin kurumsal bir yaşantı olduğu savının eksik bir iddia olduğunu savunan Yapıcı (2011, s. 34), dinin kurumları aşan bir tarzda içsel yaşantıyı da bünyesinde barındırdığını vurgulamaktadır. Maneviyatı geniş kapsamlı ve sistematik bir şekilde ele alan Düzgüner (2013) Batıda yaşanan toplumsal değişimlerin Türkiye'ye yansıdığını ve Türkiye'nin kendine has tecrübesini yaşadığını ifade etmektedir. Ayrıca Düzgüner, dünya genelinde etkili olan sekülerleşme, küreselleşme gibi eğilimlerin

modernizm ve postmodernizm gibi paradigma değişimlerinin Türkiye'de de değişimlere neden olduğunu ve bunların sonucunun da din ve maneviyat algısına yansıdığını belirtmektedir (Düzgüner, 2013, ss. 62-63). Yaman (2020, s. 68) da, araştırmalarda maneviyata olan ilginin artmasının sekülerleşmenin ihmal ve ihlal ettiği dinin yeniden gündeme gelmesi olarak yorumlamaktadır. Sonuç olarak, maneviyat açıklanırken sınırları çizilmeye çalışılırken din bir şekilde referans noktası olmaktadır. Bu durum dinin maneviyatla derin bir bağa sahip olduğunun bir göstergesi olmaktadır. Binaenaleyh, bu çalışma maneviyatın dinden tamamen ayrı bir konumda olmadığı ön kabulüne sahiptir.

1.3.2. Danışmanlık

"Danışmanlık", duygusal, meslekî, evlilik, eğitim rehabilitasyon, emeklilik gibi hayatın farklı alanlarındaki sorunlarının ortadan kaldırılması veya etkilerinin hafifletilmesi yönünde genel bir müdahale, öneri, yönlendirme gibi çözüm yolunda katkılar sunan teknik ve yaklaşımlara verilen genel isimdir (Budak, 2003, s. 191). Kuruluşu 1952'de olan Amerika Psikolojik Danışma Derneği (American Counseling Association), danışmanlık kavramının tanımlanması üzerine ilk kez 1997'de fikir birliğine varabilmiştir. Amerika Psikolojik Danışma Derneği'ne göre danışmanlık; profesyonel bir danışman ve danışanının, düşünme şeklinin (biliş), hissin (duygu) ve davranışın herhangi birini veya tümünü ele almak ya da yönetmek için tasarlanmış bir ilişkiye girdiği resmi bir süreçtir (ACA, 2008, s. 126).

Türkiye'de yapılan danışmanlık tanımlarına bakıldığında Amerika Psikolojik Danışma Derneği'nin tanımıyla örtüşen boyutta olduğu görülebilir. Baymur (1994, s. 99), kendisini ve diğer bireyleri tanımada; önemli kararlar almada; duygusal, sosyal ve mesleki sorunlara çözüm yolları üretmede insanlara sunulan psikolojik yardım; Tan (2000, s. 20), problemli kişi (danışan) ile onun kişisel probleminin çözümüne yardımcı olabilecek uzman kişi (danışman) arasında, problemin çözümüne dönük olarak kişi-kişiye ve yüz-yüze cereyan eden bir yardım oluşumu; Kuzgun (2008, s. 7), bireyin savunucu tutumunu bırakıp yeni yaşantılara açık hale gelmesi için yapılan yardım, olarak danışmanlığı tanımlamaktadırlar.

Tüm bu tanımlar çerçevesinde danışmanlığın normal problemlerden ciddi psikolojik sorunların çözümüne kadar geniş bir sorumluluk alanına sahip olduğunu söylemek mümkündür. Bu durum her danışmanın her türlü soruna çözüm önerileri getirebileceği anlamına da gelmemektedir. Ruh sağlığı danışmanlığı, rehabilitasyon danışmanlığı, kariyer danışmanlığı gibi birçok farklı uzmanlık alanı kendisine has özel terapötik beceriler gerektirmektedir. Neticede, danışanın yardım alabilmesi ihtiyacı olan alanla ilgili becerilerin varlığına bağlıdır (Hackney ve Cormier, 2008, s. 3).

1.3.3. Manevi Danışmanlık ve Türkiye'deki Gelişimi

Manevi danışmanlık, diğer danışmanlık çeşitleri gibi kendisine has uzmanlık becerileri gerektiren bir alandır (Ege, 2011, s. 107). Manevi danışmanlıkta insanın yaşamında aşkınlığa işaret eden danışman tarafından yürütülüyor olması; danışma konularının nihai anlam ve konular bağlamında ele alınması; danışmanlık konularının diğer danışmanlık konularından daha geniş kapsamlı olması; dinî ve kültürel değerlerden ve sembollerden yararlanılması, manevi danışmanlığı diğer danışmanlıktan ayıran başlıca faktörlerdir (Ok, 2015, s. 115).

Batıda “pastoral care” ve “pastoral counseling” isimleriyle nitelenen manevi danışmanlık modern manada 1900’lere kadar uzanan bir tarihe sahiptir (Şirin, 2014, s. 33). Daha önceki dönemlerde ruh hastalıklarının tespit ve tedavisinde sadece din adamları görev alırdı. İlkel toplumlarda, kötü metafizik güçlerin neden olduğu düşünülen akıl hastalıklarıyla mücadele etmede kurban, büyülü ayinler, halk ilaçları gibi uygulamalar geliştirilmiştir. Hristiyanlık dünyasında dua etme, İncil okuma ve günah çıkarma gibi dini uygulamalar akıl sağlığı açısından bireylere yönelik tedavi şekli olarak kabul edilerek tüm bunlar manevi rehberlik olarak nitelendirilmiştir (Holm, 2007, ss. 141-142).

Manevi danışmanlık üzerine yapılan tanımlardan birkaçına örnek verilecek olursa, ilkin Amerikan Pastoral Danışmanlar Derneği’ nin (American Association of Pastoral Counselors) tanımına yer vermek isabetli olacaktır. 1963’te kurulan bu dernek 2019’da Klinik Pastoral Eğitim Derneği (Association for Clinical Pastoral Education) bünyesinde birleşerek faaliyetlerini sürdürmektedir. Amerikan Pastoral Danışmanlar

Derneği'ne göre manevi danışmanlık, deneysel ve davranışsal açılardan bireysel ve/veya kolektif bağlamda teolojik bir bakış açısını ön planda tutarak danışanın yaşamını irdelemek, ortaya çıkartmak ve ona rehberlik etmektir (akt. Koç, 2014, s. 52).

Manevi bakım, bir din ve inanç desteğidir. İnsanların acılı, sıkıntılı, üzüntülü, korkulu, yalnızlık ve ümitsizlik hallerinde, ani değişmelerle gelen (hastalık, ameliyat, mahkûmluk, askerlik, sakatlık, afet, yaşlılık gibi) kriz durumlarında, onların yanında olmak; onlara din ve inanç açısından destek olabilmek, varsa soru ve sorunlarına danışmanlık etmek; adet ve ibadetlerini yerine getirebilmelerinde rehberlik, varlıklarına bir mana, hayatlarına yeni bir anlam verebilmede eşlik edebilmektir (Karagül, 2012, s. 7).

Hastalık, ihtiyarlık, engellilik, doğal afetler yaşama, yoksunluk içerisinde bulunma (çocuk esirgeme kurumları, kadın sığınma vb.) gibi sebeplerle anlam arayışı içerisinde bulunan bireylere yönelik dinî/manevî odaklı destek hizmetidir (Ayten, 2015b, s. 65).

Yapılan tanımlamalar içerisinde Ok ve diğerlerinin (2019) önerdiği hastanede manevi bakımın tanımı araştırmamızın konusu gereği önem arz etmektedir. Hastanelerde manevi bakım, manevi bakım eğitimi almış ve klinik staj yapmış bir kişinin (din görevlisi, psikolog, hemşire, sosyal araştırmacı vb.) hastaların kendi isteklerine dayalı olarak onların ve yakınlarının sağlık sürecinin farklı aşamalarında (tanı, tedavi, iyileşme veya son aşaması) yaşayabilecekleri varoluşsal ve manevi boyutu belirgin olan psikolojik sıkıntıları rahatlatmaya yönelik olarak yapılan bir manevi hizmet müdahalesidir (Ok ve diğ., 2019, s. 39). Ok ve diğerleri, bu tanımlamayla birlikte manevi bakımın hastane personelini de kapsayacak genişlikte olduğunu vurgulamaktadır.

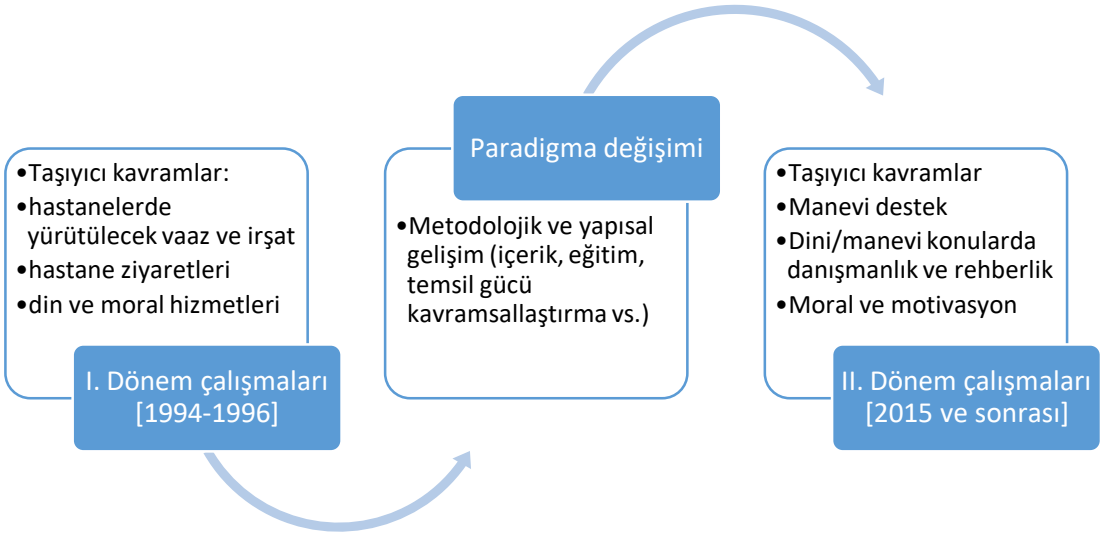
Burada vurgulanması gereken husus, uygulamalı disiplinlerde kanun, yönetmelik ve tüzük vb. resmi algıların en az akademik tanımlamalar kadar önem arz ettiğidir. Türkiye'de manevi danışmanlık hizmetlerini 1994-1996 ve 2015 ve sonrası olmak üzere iki döneme ayırmak mümkündür (Altıntaş, 2018, s. 224). İlk dönemde gerek uygulama gerekse bilimsel çalışmalarda ciddi zayıflıkların söz konusu olduğunu

söylemek mümkündür. Konuyla ilgili yapılan ilk tezlerin 1997 yılında bitirilmiş olması (Üzeyir Ok: Dinsel Danışmanlığın Teorik Çatısı; Nurullah Altaş: Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri) ve bu iki tezin de danışmanının (Mualla Selçuk) aynı öğretim üyesi olması o dönemdeki akademik çalışmaların manevi danışmanlığa ilgisine dair bir bilgi verebilir. Uygulamada ise akademik bir alt yapıdan uzak olarak faaliyete geçme çabası yerinde olmayan uygulamalarla 1994'te başlayan manevi danışmanlık hizmetleri girişimi, 1996 yılında sonlandırılmıştır. 1996'dan 2015 yılına kadar hiçbir kanuni/resmi gelişmelerin olmadığı söylenemez. 1 Ağustos 1998 tarihli 23420 sayılı resmî gazetenin 38. maddesi, manevi danışmanlığa dair yeniden umutları yeşerten adımlardandı. İlgili maddenin 2015 yılında imzalanan protokole dayanak olması bu durumu izah etmektedir:

> "Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dinî vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbî tedaviye hiçbir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dinî telkinde bulunmak ve onları manevî yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dinî inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekân belirlenir. İfadeye muktedir olmayıp da dinî inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de talep şartı aranmaksızın, dinî inançlarına uygun olan din görevlisi çağırılır. Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kuruluşunun çalışma usûl ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir."

Bu adımla manevi danışmanlık hizmeti almayla ilgili nihai karar sağlık kurumlarındaki yöneticilere bırakılmıştır. Bununla birlikte ilgili karar, manevi danışmanlığın her dinden bireyler için bir ihtiyaç ve bu ihtiyacın karşılanmasının da devletin yükümlülüğü altında olduğunun resmi bir göstergesidir.

1996'dan 2015 yılına kadar çok sayıda tez, makale ve kitap gibi akademik girişimlerle de bilimsel alt yapısı oluşturulmaya çalışılmıştır. Koç (2017) manevi danışmanlıktaki bu gelişimi şema ile özetlemektedir:



Şekil 1.1. Manevi Danışmanlığın Kurumsal Gelişim Sürecinde Paradigma Değişimi (Koç, 2017, s. 2019)

İkinci dönem, Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında 7 Ocak 2015 tarihinde imzalanan protokolle başlamıştır. Protokol her kuruma has görev ve yükümlülükleri şart koştuğu gibi ortak görev sorumlulukları da beraberinde getirmektedir. Sağlık Bakanlığının görev sorumluluklarını manevi destek ihtiyaç planlaması; ilgili önlemlerin alınması; personele ulaşılabilirliğin ve personele çalışma imkânının sağlanması, şeklinde sıralamak mümkündür. Diyanet İşleri Başkanlığının görev ve sorumlulukları, ilgili personelin temin etmek; hizmet verecek personelin görevlerini ve çalışma usullerini belirlemek; kurum içindeki dini yayınları denetlemek şeklinde özetlenebilir. Ortak görev ve yükümlülükler, ilgili personelin mesleki yeterliliğine katkı sağlayacak faaliyetler, çalışma programının oluşturulup değerlendirilmesi, ibadethanelerin ve ilgili yayınların erişilebilirliği, milli ve dini günler başta olmak üzere çeşitli zamanlarda ahlaki dini ve milli duygulara yönelik faaliyetlerin yapılması olarak sıralanabilir. Ortak görev ve yükümlülüklerdeki 7. Madde, ilgili personelin izin ve görevler hususunda müftülüklere bağlı olması,

personelin çalıştığı sağlık kurumuna aidiyetine gölge düşürebilmesi gerekçesiyle eleştiriye açık bir konumdadır (Koç, 2017).

7 Ocak 2015'te imzalanan protokol sonrasında 15 Ocak 2015 tarihinde Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı yetkilileri ve üniversitelerdeki akademisyenlerin katılımları ile "Hastanelerde Manevi Destek Çalıştayı", 22-24 Aralık 2015 tarihleri arasında "Hastanelerde Manevi Destek Hizmeti Çalıştayı" düzenlenmiştir. 7-10 Nisan 2016 tarihleri arasında "1. Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Kongresi" düzenlenmiştir. Kongre, farklı disiplinlerdeki araştırmacıların, farklı kurum ve kuruluşlardaki görevlilerin perspektifinden sağlık kurumlarından ceza infaz kurumlarına kadar manevi danışmanlığın sınırlılık ve imkânlarına dair konuları uluslararası bir platformda ele alması açısından önem arz etmektedir. 2. Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Kongresi, "Cezaevi ve Sağlık Hizmetlerinde Manevi Danışmanlık ve Rehberlik" temasında 22-24 Kasım 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Farklı STK, üniversite ve resmî kurumlardan katılım ve destek bulan her iki kongrenin de Türkiye'de manevi danışmanlığın gelişmesine ve farkındalığın arttırılmasına önemli derecede katkı sağladığını söylemek mümkündür. Kongrelerden sonra manevi danışmanlığa tepkiler gelmesi bu savı destekler niteliktedir. Türkiye ile birlikte tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 salgını esnasında Kütahya'da 18-20 Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilen "Olağanüstü Durumlarda Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Sempozyumu" salgın ve deprem gibi afet durumlarında manevi danışmanlığın önem ve işlevi üzerine odaklanmıştır.

İkinci dönemdeki akademik alt yapının ve resmi prosedürün birinci dönemle kıyaslanmayacak kadar iyi olması, eleştirilerin önünü kesmeye yetmemiştir. İlk yazılı tepkilerden birisi Türk Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Derneği'nin Mesleki Yeterlilik Kurumuna 16.10.2018 tarihli başvurusuyla olmuştur. Bu itirazlarını şu şekilde özetlemek mümkündür. a) Manevi danışmanlığın gelişmiş ülkelerde ve Türkiye'de hâlihazırda olduğu gibi psikiyatr, klinik psikologlar ve rehberlik danışmanları tarafından verilmeye devam edilmesi gerektiği; b) Manevi danışmanlık için lisans düzeyinde psikoloji veya psikolojik danışmanlık ve rehberlik eğitiminin

alınması gerektiği; c) Maneviyat ve dinin ayrı kavramlar olduğu ve din adamlarının maneviyatın konularına girmelerinin sıkıntılar doğuracağı; d) manevi danışman olarak görevlendirilen kişilerin hastaları bilimsel olmayan yöntemlerle tedaviye yönlendirebileceği ihtimali (TPD, 2021).

Türk Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Derneği'nin iddiasının aksine manevi danışmanlığın sınırlılıkları vardır. Manevi danışmanlık bir irşat/tebliğ uygulaması değil bir destek uygulamasıdır. Manevi danışman tanı koyamaz ve terapi yapamaz. Manevi danışman hastanede görevli imam veya vaiz değildir. Ağır patolojik vakıalara müdahale edemez (Kılınçer, 2017, ss. 36-38). Maneviyat ile dinin birbirinden ayrı olduğu iddiasında olan görüşle birlikte maneviyat ve dini ilişkili gören 2 farklı yaklaşımın da var olduğu (Düzgüner, 2013) unutulmamalıdır. Üç farklı görüşün ikisinin maneviyatın dinle bağının olduğunun görmezlikten gelinmesinin bilimsel yaklaşıma ters olduğunu söylemek mümkündür. Nüfusunun tamamına yakının kendisini dindar veya manevi değerlere bağlı olduğu şeklinde tanımlayan Türkiye'de İslam dininin mensuplarına "kul" olarak yüklediği her türlü sorumluluklar çerçevesinde sorunların irdelendiği bir yardım yöntemi olan manevi danışmanlığa (Ok vd., 2019, s. 23) karşı çıkılması İslam dini mensuplarının manevi danışman tercihini ortadan kaldırma girişimi olarak addedilebilir. Demokratik toplum olmanın göstergeleri arasında, bireyin kendisine açık fırsatları görüp değerlendirebilmesi zikredilmektedir (Kuzgun, 2008, s. 12). Manevi danışmanlık hizmetinin tercihe bağlı olduğu göz önüne alındığında, bu hizmetin ortadan kaldırılması bireylerin demokratik haklarının kısıtlanması olarak yorumlanabilir. Psikologların din ve değerlere dair problemlerde dini anlamda yeterliliğe sahip olmaları, ayrıca birçok psikoterapi teorisi ve pratiklerin büyük bir kısmının dini/maneviyatı terapi dışında bırakması (Kılınçer, 2017, s. 35), manevi danışmanlığın gerekliliğine dair bir gösterge kabul edilebilir.

Manevi danışmanların hizmeti sunarken bilime uygun tutumlar sergilemeyeceği iddiası, itirazlar arasındadır. 7 Ocak 2015 tarihli protokolde ilgili personelin denetiminin olacağı kayıt altına alınmıştır. Bununla birlikte her uzmanlık alanının kurulma aşamasında eksik ve yetersiz uygulamaların olabileceğini, bilimin yanılmalarla gelişimini sürdürdüğünü unutmamak gerekir. Bilim felsefesinin öncü

isimlerinden Paul Feyerabend bu durumu "Bilim tarihi, her şeyden önce, olgulardan devşirilmiş sonuçlarla, olgulardan oluşmaz yalnızca. Düşünceleri, olgu yorumlarını, çatışan yorumlardan çıkan sonuçları, yanlışları da içinde barındırır" sözleriyle açıkça vurgulamaktadır (Hülür, 2006, s. 202).

Netice itibariyle din, bireyin hayatını kuşatan bir yapıya sahiptir. Dinin bu etkisi kişinin çevresini algılamasından, değerlendirmesinden ve tepki geliştirmesine kadar geniş bir alanı kapsamaktadır (Şahin, 2007a, s. 50). İnsanın manevi dünyasının en belirleyici faktörü din olduğu için manevi çözümsüzlüklerin giderilmesinde ve psikolojik dinginliğin sağlanmasında din alanı ihmal edilemez bir etkiye sahiptir. Bu sebeple din kaynaklı bilgi ve tecrübeler, danışma ve rehberlik hizmetlerinin teorik ve pratik yönden gelişmesi ve farklı bir boyut kazanması bakımından anlamlı ve değerli görülmesi gerekmektedir (Cebeci, 2010, s. 57). Manevi danışmanlık insana bütüncül (holistic) yaklaşır. Manevi danışmanlık, bireyin fiziksel ve manevi yönünü bir bütünlük içerisinde ele alarak fiziksel ve manevi yönünün birbiriyle etkileşim halinde olduğunu ve bireyin ihtiyaçlarının da bu yönler doğrultusunda farklılaştığını kabul eder (Küçük, 2017, s. 28).

1.3.4. Manevi Danışmanlık Hizmetinin Verildiği Kurumlar

Yapısı itibariyle manevi danışmanlık insanın bulunduğu her yerde ve zamanda sunulabilen insani bir hizmet türüdür. Ancak sunulan hizmetin yeri ve hizmeti talep eden bireyin özellikleri, manevi danışmanlığın karakterini de etkiler. Örneğin hastanede sunulan manevi danışmanlıkla cezaevinde sunulan, birbirinden farklı olabilmektedir. Benzer şekilde çocukluk çağındaki bireyle yetişkine uygulanacak manevi danışmanlık da farklı metot ve hedeflere sahiptir. Buradan hareketle, birden fazla manevi danışmanlık türlerinden bahsetmek mümkündür. Örneğin, çocuk manevi danışmanlığı, yaşlı manevi danışmanlığı gibi hedef kitle açısından manevi danışmanlık; yas sürecinde, intihar teşebbüslerinde vb. manevi danışmanlık gibi özel durumlar için manevi danışmanlık; hastane, cezaevi, askeriye gibi kurumlar bağlamında manevi danışmanlık türleri bu kapsamda sıralanabilir (Ağılkaya Şahin, 2014, s. 413-587). Konunun devamında kurumlar bağlamında manevi danışmanlık türleri hakkında bilgi verilecektir.

1.3.4.1. Sağlık Kurumlarında Manevi Danışmanlık

Hastalara yönelik manevi danışmanlık hizmetleri dini dayanaklara sahiptir. Yahudilik, Hristiyanlık ve İslamiyet'te hastalıkların tedavisine yönelik mesajları görmek mümkündür. Hristiyanlık'ta hastalara kötü davranmaları, özellikle fakir hastaları denek olarak kullanmaları ve hastayla ilgilenmemeleri gibi olumsuz durumlar hekimlerin günahı olarak nitelendirilmektedir. Yine Hristiyan geleneğinde Hz. İsa bedeni ve ruhsal hastalıkların tedavi edicisi konumundadır (Taşpınar, 2017). İslami öğretide ise, ihtiyarlık hariç her türlü bedensel sıkıntının helal ve haramlar gözetilerek tedavisinin aranması gerektiği yönünde mesajlara rastlamak mümkündür. İslam Peygamberinin hastalıkların tedavisiyle ilgilendiğine ve tedaviye yönlendirdiğine dair rivayetler vardır (Kahraman, 2011). Hz. Muhammed'in ziyaret esnasında hastaların elinden tutması; elini hastanın anlına koyması; hasta ile diyaloğun bu şekilde yapılmasını salık vermesi, hastayla iletişimin duygusal boyutu için önem arz etmektedir. Bu uygulamalar daha sonraki yıllarda darüşşifa ve bimarhane (ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi) gibi sağlık kurumlarında din hizmetlerinin sunulmasına zemin hazırlamıştır. Katolik öğretide İncil temelli bir şekilde hastalarla yapılan ayinler ve törenlerle birlikte hastalara okunacak dualaların olması ve uygulamaların sadece kendilerine Hz. İsa ve havarileri vasıtasıyla ilahi görev verilen din adamları tarafından yapılabilmesi hastanelerde din görevliliği kurumlarının doğuşunda ana faktör olmuştur (Altaş, 2017, ss. 128-135).

Güncel anlamda manevi danışmanlığın ilk görüldüğü kurumlar arasında hastaneleri zikretmek mümkündür. Daha önce de aktardığımız gibi, Türkiye'de kurumsal manevi danışmanlık iki evreye ayrılmaktadır. Her iki evrede de sağlık kurumları/hastaneler ön plana çıkmaktadır. 1. Uluslararası Manevi Danışmanlık Kongresi'nde baskın temanın sağlık kurumlarında manevi danışmanlık olması; salgın ve savaş gibi durumlarda yine sağlık üzerinden manevi danışmanlığın gündeme gelmesi; resmi makamların manevi danışmanlığı tanıdığı ilk uygulama yerlerinden birisinin de sağlık kurumları olması bu durumun başlıca nedenleri arasındadır.

Hastaneler sağlık sorunlarına çözümler ararken hastaların ruh sağlıklarına olumsuz etkileri bulundukları inkâr edilemez bir durumdur. Bunun yanında hastane

personelinin hastalar için yeterince vakit ayırmayışları başka bir olumsuz faktördür (Ağılkaya Şahin, 2014, s. 471). Palyatif bakım hastalarında maneviyat ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Bu durum da manevi bakımın palyatif bakım hastaları için önemini ortaya koymaktadır (Bölüktaş, 2018). Hastalık nedeniyle ortaya çıkan stres vb. durumlar dine/maneviyata eğilime öncülük etmektedir. Dine/maneviyata olan bu yönelim hastalığın ciddiyetine bağlı olarak artmaktadır. Hastaların yanı sıra ilgili sağlık personelinin de hastayla daha iyi iletişim kurmak ve hastaya yararlı olmak adına dini/manevi literatüre sahip olma isteği içinde olduğu da manevi desteğin gerekçeleri arasındadır (Ok vd., 2019, ss. 42-45).

Hastanelerde manevi destek "hasta", "hasta yakınları", "hastane personeli" olmak üzere üç boyutta ele alınabilir.

1. Hastalara sunulacak manevi destek, tecrübe edilen hastalıkla birlikte gelen acı ve korku gibi olumsuz duygularla başa çıkmaya, hastalığı anlamlandırmaya ve hayatın anlamını bulmaya yardımcı olmayı hedeflemektedir (Ok vd., 2019, ss. 46-48). Nihayetinde din, hayatın anlamını arayan bireyin yegâne referans kaynaklarındandır (Bahadır, 2002a, s. 138).

2. Hasta yakınlarına sunulacak manevi destek, tedavi sürecinden yas sürecine kadar hastalığın getirdiği olumsuz yüklerle mücadele etmeyi kapsamaktadır. Örneğin, intihar eden bireyin yakınları üzüntü yaşamaktadır ve bulundukları kültürün sınırları dâhilinde durumlarını manevi alanla ilişkilendirmeye çalışmaktadırlar. İntihar eden yakınlarının ahiretteki durumlarının ne olacağına dair ciddi sorgulamalar ve ona yardım etme arayışına düşmektedirler (Ayten, 2020, ss. 147-148). Ayrıca kimi zaman hastane ortamının verdiği gerginlikle sağlık çalışanlarına karşı sergilenen agresif ve kırıcı tutumları (https://www.aa.com.tr/saglik/) önlemek için manevi desteğin de çözüm sunabileceği söylenebilir.

3. Sağlık kurumlarında hizmet sunulurken tedavi alan birey kadar bu hizmeti sunan personelin de mesleklerinin getirdiği zorluklarla baş ederken zorlanabilmektedir. Örneğin palyatif bakımda görevli bir sağlık personelinin

departmandaki hastaların yaşadıkları acıyı hafifletememeleri, hastalarla iletişim kurmada zorluk yaşamaları, hastaların kültürel farklılıkları nedeniyle bakım verme de zorlanmaları, hasta yakınlarının tepkileri ve beklentilerinin fazlalığı ve hastalık sürecini kabullenme düzeyindeki farklılıkların hemşirelerin bedensel ve ruhsal olarak yorgunluk yaşamalarına yol açmaktadır. Ölüm öncesi sürecin zorluğunu yaşamaları da hemşirelerin işlerine yönelik şevki ve sabır güçlerini azaltmaktadır (Üzen Cura ve Ateş, 2020, s. 488). Sağlık çalışanlarında bu ve benzeri zorluklarla başa çıkma sürecinde manevi danışmanlık, destek seçenekleri arasında bireye sunulabilir.

1.3.4.2. Ceza İnfaz Kurumlarında Manevi Danışmanlık

Suçun önüne geçmek ve suçluyu topluma kazandırmak için ceza infaz kurumlarında suçun biyolojik, psikolojik, sosyal, ahlaki ve dini boyutları dikkate alınarak ortaya konacak çözüm odaklı eğitimler etkili olacaktır. Uygulanacak bu ıslah çalışması aynı zamanda suçlunun bir hakkı olarak da nitelenebilir. Bu bağlamda suçluya bir öğretmen, din adamı/vaiz, psikolog, sosyolog gibi suçlunun topluma kazandırılmasında aktif rol oynayacak görevlileri ceza evinde tahsis etmek devletin vazifeleri arasındadır (Çınar, 2016, s. 132). Devlet bu sorumluluğunun din hizmetleri boyutunu 1950'den beri Ceza İnfaz Kurumları'nda sunmaya çalışmaktadır. Bu hizmet sistemli bir şekilde verilmeye 1983 yılında fiilen başlanmıştır (Işık ve Demir, 2012, s.19). Bu süreci farklı yıllarda gerçekleştirilen bir dizi düzenlemeler izlemiştir. Bu geliştirmeler içerisinde 10 Şubat 2011 yılında Adalet Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı Arasında imzalanan "Tutuklu ve Hükümlülerin Dini ve Ahlaki Gelişimlerini Sağlamaya Yönelik Protokol", manevi danışmanlık açısından ayrı bir öneme sahiptir. İmzalanan bu protokolle ilk defa manevi danışmanlık hizmetleri ceza infaz kurumları bünyesinde kendisini göstermiştir. Ceza evlerindeki din hizmetleri ve ahlaki gelişim faaliyetleri kapsamına, manevi rehberlikle ilgili faaliyetler dâhil edilmiştir. İmzalandığı tarihten itibaren süresiz bir şekilde yürürlüğe giren protokolün amacı "ceza infaz kurumları ve eğitim evlerinde bulunan hükümlü ve tutuklulara din hizmetleri, ahlaki gelişim ve manevi rehberlikle ilgili faaliyetler sunmak suretiyle dinî ve ahlaki duygularını geliştirerek yeniden topluma kazandırılmaları sürecine katkı sağlamak" olarak ifade edilmiştir.

Ceza infaz kurumlarında gelişim evresine ve sosyo-ekonomik duruma göre manevi danışmanlığa konu olabilecek kendine özgü krizler vardır. Bu farklılıkların yanı sıra ceza infaz kurumlarında tutuklu bulunan bireylere has krizler de vardır. Bu tutuklular; hasta, hücre cezası almış, bir yakını vefat etmiş, kendine zarar veren ve intihar teşebbüsü olan şeklinde sıralanabilir (Işık ve Karaman, 2020, ss. 43-47). Birbirinden farklı bu krizler göz önüne alınarak krizin türüne uygun manevi danışmanlık hizmetleri ceza infaz kurumlarında sunulmalıdır.

1.3.4.3. Huzur Evlerinde Manevi Danışmanlık

Yaşlılık, bireyin gelişimi devam ederken gerileme belirtilerinin ve ölümün yaklaşmakta olduğu bir gelişim dönemidir. Yaşlı birey, sosyal çevresiyle ilişkilerini, hayatı, genç kuşakları ve geride bıraktığı dünyayı anlamlandırabildiği oranda bu iki karşıt gibi görünen süreci birbiriyle uzlaştırabilir. Yaşlının deneyimleyeceği yas tecrübesi kendisinde olumsuz psikolojik etki yaratabilir. Kayıpların yerinin doldurulamaması, yaşlının yalnızlık çekmesine ve çevresinden kopmasına neden olabilir. Yaşlılık dönemindeki bireyin yaklaşan ölüme karşı dine olan ilgisinin artabileceğini söylemek mümkündür (Koç, 2002, ss. 287-298).

Huzurevleri sakinlerinin manevi destek ihtiyaçlarını, yaşlılığı kabullenmesinde destek; yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan hastalıklarla başa çıkma; öz saygısını tesis etme ve koruma; yalnızlık duygusu ile başa çıkma; affetme ve affedilme; ölümü anlamlandırma; sosyalleşme ve boş zamanlarını değerlendirme şeklinde sıralamak mümkündür (Düzgüner ve Telek, 2020, ss. 43-52).

Huzur evlerinde yaşlılara yönelik manevi danışmanlık hizmetinin resmi dayanağı, Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında 13.11.2018 tarihinde imzalanan protokolle süresiz bir şekilde son haline kavuşturulmuştur.

1.3.4.4. Öğrenci Yurtlarında Manevi Danışmanlık

Ergenlik dönemi, bireyin fizyolojik gelişiminin hızlı olduğu, aileden bağımsızlığını kazanma, aile kurma, meslek seçme gibi isteklerin belirgin bir şekilde

ortaya çıktığı gelişim dönemidir (Baymur, 1994, s. 62). Ergenlikte tüm bireylerde olmamakla birlikte bazı nevrotik bozukluklar ve sosyal uyum sorunları görülebilmektedir. Şiddet ve saldırganlık, depresyon, inat/karşı gelme ve intihar bu olumsuzlukların başında gelmektedir (Kulaksızoğlu, 2007, ss. 235-244).

Hayatın bu gelişim döneminde de dinin aktif rol aldığını söylemek mümkündür. Şahin, (2007b, s. 244) ergenler üzerine gerçekleştirdiği araştırmasında, ergenlerde dindarlık arttıkça bireyin ilk sosyal çevresi kabul edilen ebeveyni ile arasındaki ilişkiler kuvvetlendiğini raporlamaktadır. Gürsu (2015, s. 71) da çalışmasında ergenlerin dindarlık puanı arttıkça anksiyete, olumsuz benlik ve somatizasyon puanlarının azaldığı sonucuna ulaştığını ifade etmektedir. Buradan hareketle, ailelerinden ayrılarak farklı şehirlerde yeni bir ortama uyum sağlamaya çalışan ergen bireye manevi desteğin olumlu katkılar sağlayabileceğini söylemek mümkündür.

Gençlik ve Spor Bakanlığı bünyesindeki öğrenci yurtlarına yönelik manevi danışmanlık hizmetinin resmi dayanağı, Gençlik ve Spor Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı arasında 09.12.2019 tarihinde imzalanan protokolle süresiz bir şekilde son haline kavuşturulmuştur.

1.3.4.5. Diğer Kurumlar

Türkiye, 24 Haziran 2018 tarihinde "Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi"ne geçmiştir. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemiyle birlikte bakanlıkların yapılarında değişiklikler olmuştur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları birleştirilerek Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB) adında yeni bir bakanlık oluşturulmuştur. Bu yeni bakanlığın hizmet kapsamı çok geniştir. Bu geniş görev alanı, 13.11.2018 tarihinde ilgili bakanlık ve Diyanet İşleri Başkanlığı arasındaki protokole de yansımıştır. Bu protokolle, devlet korumasında bulunan çocuk ve yetişkinlerin, koruma altındaki kadınların, engellilerin ve göçmenlerin bulunduğu kurumlara manevi danışmanlık hizmeti yasal zemine kavuşmuştur.

1.4. DİN/MANEVİYATIN PSİKOLOJİK İYİ OLUŞA ETKİSİ

Din, insan hayatını tamamıyla kapsayan ve onu etkileyen önemli bir olgu ve anlam sistemidir (Şahin, 2005, s. 187). Dinlerin oluşturmaya çalıştığı ideal insan figürüne bakıldığında; huzurlu, mutlu ve erdemli insan modelini görmek mümkündür (Göçen, 2014, s. 181). Bireyin ideal insan modeline uygun hale gelmesi, öncelikle karşılaşacağı olumsuzlukların üstesinden başarıyla gelebilmesine bağlıdır. Her birey, hayatta karşısına çıkan zorlukların üstesinden gelebilmek için seküler ya da din merkezli kendisine has bir stille mücadele yöntemine sahiptir (Ayten, 2012, s. 40).

Din ile başa çıkma arasındaki ilişki üç başlık altında ele alınabilir. Birincisi, din başa çıkma sürecinin bir parçası olabilir. Evlilik, ölüm, ihtida gibi hayattaki birçok deneyim dini bir içeriğe ya da dinî bir anlama sahip olabilir. Bu olaylar çerçevesinde cereyan eden gelişmelerde sorunu çözme ve anlamlandırma hususunda doğal bir şekilde din devreye girer ve problemi yüce mercilere havale etmede yardım vazifesi görebilir. İkincisi, din, başa çıkma sürecinde yardım vazifesi görebilir. İnsanın başına gelenleri tatmin ve teskin edici açıklamalarıyla din problemlere nihai çözümü sunamasa da rahatlatıcı bir vazife de üstlenebilmektedir. Üçüncüsü, din, başa çıkma sürecinin bir ürünü olabilir. Deneyimlenen elim hadiseler bireyi dini bağlılığa yönlendirebilmektedir (Bahadır, 2002a, ss. 60-61). Bireyin çıkmazlarından dini referanslarla kurtulma çabası olan dini başa çıkma, *olumu dini başa çıkma* ve *olumsuz dini başa çıkma* olmak üzere iki forma sahiptir. *Olumlu dini başa çıkma,* Allah ile kurulan güvenli ilişkiyi ve diğer insanlara yönelik bağlanma duygusunu içermektedir. *Olumsuz dini başa çıkma,* Allah ile kurulan güvensiz ilişkiyi ve diğer insanlarla olan uyumsuzluğu içermektedir. İstenmeyen bir olay karşısında olumsuzluğu hayra yormayı olumlu dini başa çıkmaya, olumsuzluğu Allah tarafından bir cezalandırma olarak anlamlandırmayı da olumsuz dini başa çıkmaya örnek olarak gösterilebilir (Ayten, 2012, ss. 69-70).

Bireyin huzuru ve mutluluğu gibi olumlu yönleri pozitif psikolojiyle birlikte psikolojinin konusu olsa da bireyin aşkın varlıkla ilişkisini de kapsayan mutluluk ve huzur gibi faktörlerin daha kuşatıcı yönleriyle sadece din ilgilenebilmektedir. Diğer bir ifadeyle dinin ulaşabildiği alan psikolojinin kapsadığı çerçeveden daha geniştir

(Bahadır, 2002a, s. 38). Bu konunun devamında geniş bir kapsama sahip olan maneviyatın psikolojik iyi oluş üzerine etkileri, Ryff (1989) tarafından geliştirilen psikolojik iyi oluş modeli bağlamında ele alınmaktadır.

Özerklik, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında kendi kararlarını alabilmesidir (Ryff, 1989, s. 1071). Özerklik kavramının dini terminolojideki karşılıklarından birisi de iradedir. Kuran-ı Kerim'de dinde zorlama olmayacağı herkesin kendi iradesiyle din seçimini yapacağı (Bakara, 256) vurgulanırken seçme ve reddetme özgürlüğü üzerine dikkat çekilmektedir. Dindarlığın özgür iradenin bir sonucu olarak gerçekleştiğini söylemek mümkündür (Kılıçoğlu, 2021, s. 155). Buradan hareketle dinin özgürlüğü önceleyen ve ona değer atfeden bir yapı arz ettiğini söylemek mümkündür. Din/maneviyatın özerkliğe yaklaşımına, tasavvuf derin bir yorum getirmektedir. Tasavvuf öğretisi, insan-ı kâmil modeli ile insanı nefsinin esaretinden Allah'a kul olmanın özgürlüğüne vurgu yapmaktadır. Kötülüğü arzulayan nefsin olumsuz etkilerinden uzaklaşmak suretiyle özgürleşen birey (insan-ı kâmil), gerçek anlamda kulluk denilen teslimiyete ulaşır. Irk, cinsiyet vb. ayırımlar yapılmaksızın birey, kulluğu ölçüsünde değerli ve hürdür. Netice itibariyle tasavvufi öğretiye göre, kulluğun olgunlaşması hürriyet olarak adlandırılır (Sayın, 2015, ss.148-150). Dünya hayatında sonsuz bir özgürlükten bahsetmek mümkün görünmemektedir. Özgürlük ancak, tercihin varlığı bağlamında ortaya çıkmaktadır. Buna göre insanı diğer canlılardan ayıran en önemli özelliği tercih edebiliyor olması diğer bir ifadeyle özgürlüğüdür (Bahadır, 2002a, s.55). İslam dinine göre, insan bu dünyaya imtihan edilmek için gelmektedir ve o imtihan da tercihlerden ibarettir (Mülk, 2; İnsan, 2).

Çevreyi yönetme ustalığı, bireyin yaşamını bir düzene koymasıdır. Bu boyut doğumdan ölüme kadar geniş bir alanı kapsamaktadır (Ryff, 1989, s. 1071). Çevreyi yönetme ustalığı, sorumluluk kavramıyla örtüşmektedir. İnsanın sorumluluklarını, "kendisine karşı", "çevresine karşı" ve "tabiiyeti bulunduğu inanç sistemine karşı" olmak üzere 3 grupta ele almak mümkündür. Birey, yaşamı boyunca kendi (biyolojik/psikolojik) ihtiyaçlarını, birlikte üyesi olduğu sosyal çevrenin ve tâbi olduğu inanç sisteminin kendisinden beklentilerini karşılamaya çalışmakla yükümlüdür (Bahadır 2002a, s.54). Sorumlulukların yerine getirilmesi esnasında

işsizlik ve yoksulluk gibi ekonomik, göç ve cinsiyet rolleri gibi sosyal, travma ve hastalık gibi bireysel olumsuzluklarla karşılaşılması bireyde psikiyatrik bozukluklara neden olabilmektedir (Kaya, 2007, s. 18). Örneğin, iş yerinde sorumluluğu ailesine karşı sorumluluğun önüne geçiren birey aile ve/ya iş ortamında huzurunu tesis etmekte zorlanabilmektedir (Çetinceli ve Çarıkçı, 2020, s. 188). Din, zorluklar karşısındaki insana destek sunan bir konumda yer almaktadır. Örneğin, Kur'ân-ı Kerim "zorluklarla birlikte kolaylık olduğu" (İnşirah, 5-6) ayetinde işaret edildiği gibi motive edici yaklaşım sergilemektedir. Zorluk ve stres din kaynaklı olursa da dinin görevi aynı şekilde devam etmektedir (Şahin, 2006, s. 175).

Umut ve iyimserlik pozitif psikolojiyle birlikte din/maneviyatın önemli konuları arasındadır. Umut ve iyimserlik birbiriyle karıştırılan fakat anlam bakımından farklılığa sahip iki pozitif yönlü kavramdır. Umut, gelecekteki herhangi bir şeyden dolayı meydana gelmesi beklenen ve olumlu bağlar tesis eden, hâlihazırda gerçekleşmemiş bireysel ve toplumsal beklentidir. İyimserlik ise bireyin beklentilerine pozitif yönde bir yaklaşım sergilemesidir (Bahadır, 2002a, ss. 81-88). Umudun doğrudan hedefe ulaşmayla ilgiliyken, iyimserliğin belirli bir hedeften ziyade, hedeflenen sonucun kalitesine bağlı ve daha genel bir yapıda olduğu söylenebilir (Nazir, 2020, s. 375). İslami öğretide iyimserliğin dengede tutulması emredilmektedir. Bireyin bu dengeyi sağlaması onun doğru yol üzere olduğunun göstergesi sayılmaktadır (Gökcan, 2016, s. 189). Kuran-ı Kerim'de bu durum, "…umut ve korku içinde Allah'a yalvaranlar..." (Secde, 16) övgüsüyle vurgulanmaktadır. Dolayısıyla din mensuplarına dengeli bir iyimserlik emrederek onları bu hususta koruduğunu söylemek mümkündür.

Fromm (2000), sosyokültürel faktörlere ağırlık vererek insanın daha çok sosyal bir varlık olduğunu vurgulamaktadır. İnsanın yeme, içme, barınma gibi fizyolojik ihtiyaçları vardır. Bu fizyolojik ihtiyaçların ifade ve karşılanma şekilleri kültüre veya topluma göre değişebilmekte, dolayısıyla sosyo-kültürel ölçütlerle belirlenmektedir (Yörükan, 1994, s. 29). Ayrıca toplum, bireyin dini hayatının gelişmesinde önemli bir role sahiptir. Bu bağlamda, Toplumla ilişkiler kurmanın olgunluk göstergesi olması da daha anlaşılır olmaktadır. Toplum bireyin dini hayatına katkı sunarken, seküler

toplumlar dâhil olmak üzere tüm toplumlarda dini hayat da toplumsallaşmaya katkı sağlamaktadır (Ryff, 1989, s. 1071; Okumuş, 2014, ss. 442-443). Kuran-ı Kerim'de insanların topluluklar halinde yaratılmalarının sosyalleşmeleri için olduğu (Hucurat, 13) ve inanların kardeş olduğu (Hucurat, 10) gibi bireyin diğer insanlarla ilişkilerinin önemine vurgu yapılmaktadır. Bunun yanı sıra, Kuran-ı Kerim'de insanlarla alay etmeyi kınayıcı (Hümeze, 1-2), dedikodu yapmaktan ve suizandan menedici (Hucurat, 12) gibi sosyal ilişkileri düzenleyici ve koruyucu emir ve yasaklar da mevcuttur.

Bireyin hata ve doğrularını bilerek kendisiyle barışık olması anlamına gelen öz kabulün oluşması için bireyin kendi duygu, düşünce ve davranışlarının farkında olması gerekmektedir (Demirci ve Şar, 2017, s. 2720). Geçmiş yaşantılardaki hatalarla yüzleşmek, dini terminolojide tövbe ve istiğfar kavramlarına karşılık gelmektedir. Tövbe, yapılan hatadan dönmek anlamındayken (Topaloğlu, 2012, s. 279) istiğfar, bireyin hatalarının affı için talepte bulunmasıdır (Bebek, 2003, s. 313). İstiğfar sözle bir af dileme veya hatayı düzeltmeyken tövbe hatalar için eyleme dönüşmüş bir telafi girişimidir. Kuran-ı Kerim'de 35 yerde Allah'a, 53 yerde de insana işaret edilerek toplamda 88 yerde tövbe kavramı geçmektedir (Topaloğlu, 2012, s. 279). Kuran-ı Kerim'deki Allah'a izafe edilen tövbe, O'nun tövbeleri kabul ettiğine, insana nispet edilen ise insanı tövbeye yöneltmeye dairdir. "Kim yaptığı haksızlıktan sonra tövbe edip kendisini düzeltirse, şüphesiz Allah onun tövbesini kabul eder…" (Maide, 39) ayetinde olduğu gibi hem insanlar tövbeye davet edilmektedir hem de Allah'ın tövbeleri kabul edeceği vaadi vurgulanmaktadır. Din, bireyin kendine zulmetmesini de yasaklayarak bundan da tövbe etmesini emretmektedir. "Kötülük ederek veya günah işleyerek kendisine zulmeden kişi Allah'a tövbe ederse, Allah'ı çokça bağışlayıcı bulur" (Nisa, 110). Din, model dindar insan tasviri yaparak bireyin öz saygı kazanması nasıl olur? sorusuna cevap sunmaktadır. Bu doğrultuda, dininin emir ve yasaklarına uyan kişiyi, öz kabul için çaba sarf eden birey şeklinde nitelendirmek mümkündür (Ayten, 2015b, s. 187).

Gelişme, insanın fizyolojik özelliklerindeki iyileşmeleri, zihinsel fonksiyonlardaki artan çeşitlemeleri ve ilerlemeleri, duygusal yönü de içine alan doğumdan ölüme kadar kesintisiz bir büyümedir (Baymur, 1994, s. 52). Ryff,

psikolojik iyi oluş yaklaşımında bireyin günlük hayattaki sorunların üstesinden gelmesinden ziyade bireyin kendisine yeni yetiler kazandırmasına yani olgunlaşıp farklı şartlara ayak uydurabilmesine odaklanmaktadır. Ryff'in kuramını geliştirirken yararlandığı Jung'un bireyleşme kavramı da olgunlaşmaya işaret etmektedir. Bireyleşme, bireyin bilinçdışında kalmış yanlarının bilinç seviyesine çıkmasına işaret etmektedir. Jung'a göre, bireyleşme bireyin kendi gayretiyle yoktan var edemeyeceği ve sadece ivme kazandırabileceği bilinçdışı ile bilincin uzlaşma sürecidir (Bahadır, 2007, s. 160).

Kişisel gelişim bu bağlamda ele alındığında, insanın yaratılışına bir atıf olduğunu söylemek mümkündür. Kuran-ı Kerim'de de aynı şekilde "insanı en güzel şekilde yarattık" (Tin, 4), "…insana düzgün bir şekil vermiş ve ruhundan ona üflemiş; kulak, göz ve gönüllerle donatmıştır..." (İsra, 9) gibi ayetlerle insanın yaratılışına atıflar vardır. Kuran-ı Kerim'deki "Bu Kuran'ı şayet bir dağa indirseydik, dağı Allah korkusundan titremiş ve parçalanmış bir halde görürdünüz…" (Haşr, 21) gibi ayetlerde yüklenilen sorumluluk üzerinden insanın potansiyel gücüne vurgu yapılmaktadır. "…iman edip güzel işler yapan hakkı ve sabrı tavsiye edenler hariç olmak üzere insanlar zarardadır" (Asr, 2-3) gibi ayetlerle Kuran-ı Kerim'de insanların kendilerini nasıl geliştireceği Allah'a ve diğer insanlara olan sorumlulukları üzerinden ifade edilmektedir. Bu bağlamda dinin kişisel gelişime birey odaklı bakan psikolojik akımların aksine yaratıcı merkezli yaklaştığını söylemek mümkündür (Tokur, 2006, s. 129). Dinin bu yaklaşımı, Frankl tarafından geliştirilen Logoterapi'de "kendini aşma" olarak ifade edilmektedir. Kendini aşma, kendi potansiyelini keşfedip ona işlevsellik kazandırmayı kasteden kendini gerçekleştirmeyi aşarak "kendini gerçekleştirme"nin eksik kalan yönü olan kutsal bağlama değinerek insanı anlam arayışında kendisinin ötesine taşımaktadır (Bahadır, 2002a, ss. 50-51). Bu durumu Kuran-ı Kerim'deki "âhiret kazancını isteyenin kazancını arttırırız; dünya kazancını isteyene de istediğini veririz; ama onun âhirette hiçbir nasibi olmaz." (Şûrâ, 20) ayetiyle örneklendirmek mümkündür. İlgili ayette dünyalık bir hedefin geçici olduğu ve dünyayı aşan bir amacın insanın daha çok yararına olacağı ifade edilmektedir.

Psikolojik iyi oluşun boyutları birbirini tamamlar mahiyettedir. Örneğin öz kabul bağlamında birey geçmişindeki hatalarla yüzleşip kendisiyle barışık bir hale bürünmezse hayatın amacı bağlamında geleceğe umutla bakmada zorluklar yaşayabilir. Aynı şekilde, yaratıcısının kendisini affetmeyeceğini düşünen birey de umut bağlamında zorlanabilir. Din ve maneviyatın psikolojik iyi oluşa katkısının nedenleri arasında bu benzerliğin de olduğu söylenebilir.

1.5.KONUYLA İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

Bu başlık altında araştırmamızla benzer konuları ele alan çalışmalardan örnekler sunulacaktır. Öncelikle yurtdışı çalışmalarına akabinde de yurt içi çalışmalarına kronolojik sıra ile değinilmeye çalışılacaktır. Bu bölümde konu ile alakalı yurt dışındaki ve yurt içindeki çalışmaların kısmi karşılaştırılması yapılarak konuya yaklaşımlara dair genel bir değerlendirme yapılabilecektir.

1.5.1. Yurt Dışında Yapılmış Çalışmalar

Kronik hastalarda iyi oluş ve maneviyat ilişkisi konusunu ele alan ilk uluslararası çalışmalardan birisi Miller'e (1985) aittir. Çalışmada yalnızlık ve manevi esenlik özelliklerini, eklem iltihaplı kronik hastalığı olan 64 yetişkin ve sağlıklı 64 yetişkin üzerinde incelenmiştir. Çalışmanın bulgularına göre; yalnızlık ile manevi iyi oluş arasında ön görülen negatif ilişki hem hasta hem de sağlıklı grupta desteklendiği tespit edilmiştir.

Soeken ve Carson'un (1987) hemşirelik alanında yaptığı çalışma kronik hastalığı olanların manevi ihtiyaçlarını irdeleyen ilk çalışmalardandır. Araştırmada, birkaç hemşirenin manevi ihtiyaçları değerlendirmek için hazırladıkları kılavuzlara değinilmiştir. Bu bağlamda; (1) kişinin tanrı kavramı; (2) güç ve umut kaynağı; (3) dini uygulamaların ve ritüellerin önemi; (4) ruhsal inançlar ile sağlık durumu arasındaki ilişkinin algılanışı değerlendirilmiştir. Hemşire, hastaya bu dört alan hakkında yaklaşırken, bu bilgileri aramada amacını açıkça ifade etmesinin önemli olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada, hastanın çeşitli başa çıkma stratejilerini belirlemesi, güçlendirmesi ve geliştirmesi hemşirenin görevi olduğu için maneviyatla ilgili veriler hastanın bakımıyla ilgili olduğu belirtilmiştir. Hastaların ruhsal ve manevi

ihtiyaçlarını karşılarken hemşirelerden rahatsız olabileceği, bu tür rahatsızlıkların birkaç sebebi olduğu ve bunların başlıca nedenleri arasında utanma, bu işin hemşirenin görevi olmadığı düşüncesi, eğitim eksikliği ve kendi manevi kaynaklarının eksikliği sayılabileceği ifade edilmiştir. Lisans hemşirelik öğrencileri için maneviyatta seçmeli bir kurs deneyimi, hemşirelik eğitimine olumlu katkı yapabileceği, tanrı ile ilgili konuları tartışmanın, bir sağlık mesleği mensubuna hastanın kişisel manevi konumunu netleştirmesine yardımcı olabileceği önerisinde de bulunulmuştur.

Landis (1996) tarafından yapılan araştırma, başa çıkma kaynağı olarak manevi iyi oluşun, belirsizliğin etkilerine karşı tampon görevi görüp görmediğini değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırma, şeker hastalığı olan 94 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Bulgulara göre; belirsizlik ile manevi iyi oluş arasında öngörülen olumsuz ilişki doğrulanmıştır. Araştırmanın bulgularına göre, manevi iyi oluşun diyabet gibi uzun vadeli sağlık sorunlarıyla ilgili belirsizliğe uyum sağlamaya zorlanan insanlar için önemli bir iç kaynak olabileceği ifade edilmiştir.

O'Neill ve Kenny (1998) "Spirituality and Chronic Illness" başlıklı araştırmasında maneviyata kapsamlı bir bakış açısı sunmayı ve kronik hastalıkları olan hemşirelik bakımının manevi boyutlarını desteklemek için stratejileri belirlemeyi, özellikle HIV ile ilişkili hastalıklara ve AIDS'e odaklanmayı hedeflemişlerdir. Çalışma kapsamında araştırmacılar, maneviyata ilişkin kavramsal, teorik ve ampirik bilgileri, HIV ile ilgili hastalık ve AIDS'li kişilerin ruhsal ihtiyaçlarını ele almışlardır. Bulgulara göre araştırmacılar; maneviyat, kronik hastaların iyi oluşunu korumak için tamamlayıcı olan çok boyutlu ve varoluşçu perspektifleri kapsayacak şekilde dini düşüncelerin ötesinde geliştiği, maneviyata ilişkin daha derin bir anlayışın hemşirelerin manevi ihtiyaçları belirleme ve manevi bakımını pratiğe dökme potansiyelini arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır.

Narayanasamy'in (2002) "Spiritual Coping Mechanisms in Chronic Ill Pattiens" makalesi kronik hastalardaki manevi başa çıkma mekanizmalarının nitel bir çalışmasından elde edilen bulguları içermektedir. Bu araştırma, arzulanan yardımın ortaya çıkacağı inancı ve imanı ile Tanrı'ya ulaşma; dua ile tanrıya bağlı hissetmek; anlam ve amaç; mahremiyetin stratejisi; başkalarına bağımlılık temalarını ele almıştır.

Çalışmadaki bulgular, kronik hastalıkta iyileşme sürecinin bir parçası olarak dua vasıtasıyla Tanrı ile bağlantılı olma ve başkalarıyla bağlantı kurma gibi manevi mekanizmaların önemli olduğu bazı hastalarda yaşanan kronik hastalık deneyimine farklı bakış açıları sağlamıştır. Çalışma, hem bir dini inancı olanların hem de inanmayanların manevi başa çıkma mekanizmalarının özelliklerini haritalamak için çeşitli klinik ortamlarda daha detaylı araştırmalara olan ihtiyacı vurgulamıştır.

Gordon ve diğerleri (2002) çalışmalarında, kronik hastalıkları bulunan 40 kadın (eklem iltihabı, kemik erimesi, doku sertleşmesi, deri kanseri veya bu bozuklukların bir kombinasyonu), hastalıklarıyla baş etmenin bir yolu olarak dini inançları kullanmanın yollarını incelemişlerdir. Kadınların çoğunluğu kronik bir hastalıkla mücadele ederken dini inançların önemli olduğunu bildirmiştir. Buna ek olarak, hastalıklarıyla başarılı bir şekilde başa çıktıkları belirtilen birçok kadın güçlü dini inançları olduğunu bildirirken, hastalıklarıyla başa çıkmada zayıf olan kadınların çoğunluğu dinin önemsiz olduğunu veya dini inançları olmadığını bildirmiştir.

Rowe ve Allen'in (2004) "Kronik Hastalıkla Başa Çıkma Yöntemi Olarak Maneviyat" başlıklı çalışmasının temel amacı, maneviyat ve başa çıkma yeteneği arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya çalışmıştır. Çalışmanın sonucunda elde edilen bulgulara göre, maneviyat ile baş etme becerisi arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir. Araştırma, inanç ölçeğinden yüksek puan alan kişilerin daha güçlü ve daha çeşitli başa çıkma stillerine sahip olma eğiliminde olduklarını ve daha olumlu bir bakış açısı kullanarak baş etmeye eğilimi oldukları sonucuna ulaşmıştır.

Greenstreet'in (2006) çalışması, bireylerin kronik hastalığı nasıl anlamlandırmaya çalıştığını ele almıştır. Greenstreet (2006), benliğin manevi yönünü hem kronik bir hastalığa yakalanmış olmanın anlamını bulma merkezi hem de karşılaşılan zorlukların üstesinden gelmek için umut kaynağı olarak tanımlamıştır. Bu araştırma, hastaların içinde bulundukları durumları anlamlandırması için hastanın kronik hastalıkla başa çıkma sürecinde gerçekleştirmek için uygun desteği sağlama konusunda öneriler sunmaktadır.

Delgado (2007) araştırmasında KOAH'lı olup hastaneye yatırılmamış hastalarda, uyum hissi ile maneviyat arasındaki ilişkiyi ve bu ikisinin stres algıları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ele almaya çalışmıştır. Araştırma, psiko-sosyal faktörlerin hastaların hastalıkların bilişsel yorumlanmaları için önemli olduğu ve kronik hastalık bağlamında uyum hissi ve maneviyatın strese karşı koruyucu bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Ambs ve diğerleri (2007) çalışmasında sağlık hizmetleri bağlamında din ve maneviyat, özellikle kronik hastalığı olan bireyler için çok iyi anlaşılmadığını ileri sürmüştür. Bu çalışma, 2001 yılı California Sağlık Görüşme Anketi verileri ve 2003 yılı Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp verilerine dayanarak, kanserli kişilerin ve diğer kronik hastalıkları olan bireylerin kendilerini dini ve manevi olarak tanımlama olasılığının daha fazla olup olmadığını veya dini ve manevi uygulamaları sağlığa yönelik olarak sağlıklı bireylere oranla daha fazla başvurma ihtimalini araştırmıştır. Araştırmacılar, kanser ve diğer kronik hastalığı olan bireylerin, sağlıklı kişilerden daha çok, dua ve dini ve manevi şifa uygulamalarına başvurdukları tespit etmiştir. Kronik hastalıkları olan bireyler, kendilerini sağlıklı bireylere göre daha az dindar olarak tanımlamışlar ve kendilerini daha çok manevî olarak nitelemişlerdir. Bu bulgular kanserli ve diğer kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarıyla baş etmenin bir yolu olarak dini ve manevi uygulamaları kullanıyor olabileceğini ortaya koymuştur. Bu çalışma son olarak, gelecekteki araştırmaların, dini ve manevi uygulamaların tamamlayıcı veya alternatif tıp olarak nasıl ve nasıl kullanıldığını incelemeye devam etmesi ve sağlık uzmanlarının bu tür bir kullanım hakkında hastalarını gözlemlemesi ve görüşmeler yapması gerektiği tavsiyesinde bulunmuştur.

Büssing ve diğerlerinin (2007) çalışmalarında kronik hastaların (kanser ve çoklu doku sertleşmesi) hastalığı anlamlandırma ile dini/manevi incelemişlerdir. Araştırmacılar; dini/manevi konulara ilgi kanser hastalarında en yüksek, çoklu doku sertleşmesi hastalarında en düşük olduğunu, kanser hastalarının yüce bir gücün ve geleneksel dini aktivitelerin onların hastalıklarıyla başa çıkmaları için yardım edeceği inancında olduğu bulgusuna ulaşmıştır.

Kronik hastalardaki dini ve manevi ihtiyacı konu alan araştırmalarında Dale ve Hunt (2008) kronik hastalığı olan yetişkinlerin manevi ve dini tedavi yollarına olan ilgiyi ele almaya çalışmışlardır. Araştırma için oluşturulan anket verileri tedavilerin popülerliğini analiz etmiştir. Araştırmacılar, örneklemin yüzde 47'si manevi veya dini muamele ile ilgilendiği, manevi ve dini tedavi seçenekleri için bir ihtiyaç olduğu ve tedavilerin uygulamaya geçirilmesi kronik hastalığa yakalanan birçok insanın hastalığıyla başa çıkma sürecinde yardımcı olacağı sonucuna ulaşmışlardır.

Harvey (2009) yaşlılarda kronik hastalıkla maneviyat arasındaki ilişkisini konu aldığı makalesi, yaşlılar arasında kronik hastalığın öz yönetiminde maneviyatın rolünü incelemiştir. Çalışma Afro-Amerikan yaşlılar ile İspanyalı olmayan beyaz tenli yaşlılar arasında daha önceden yapılmış bir araştırmanın verilerinden istifade edilerek gerçekleştirilmiştir. Ayrıntılı röportajlardan analiz edilen veriler, öz-yönetim davranışlarında maneviyat sürecine ilişkin ortak temalar tespit edilmiştir. Tespit edilen ortak temalar şu beşidir: Tanrı: Şifacı; Tanrı: Doktorlar vasıtasıyla iyileştirici; Dua: ağrı yönetimi; Başa çıkma mekanizması olarak maneviyat; manevi ve geleneksel yöntemleri birleştirici. Çalışma son olarak manevi yönden kendini yönetme konusunun anlaşılmasının halk sağlığı uzmanlarının kültürel açıdan uygun eğitim programları ve müdahaleleri yaratmada yardımcı olacağını da tespitleri arasında sıralamıştır.

McCauley ve diğerlerinin (2011) kronik hastalıklı yaşlılarda dini başa çıkmayı konu edindikleri makalelerinde yaşlıların kronik hastalıklarla etkili bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olmak için yaratıcı, uygun maliyetli yollara olan ihtiyaca değinmişlerdir. Dini inanç ve uygulamaların sağlık sorunları ile başa çıkmada sıklıkla kullanıldığını belirten araştırmacılar, araştırmalarında hastaların başa çıkma yöntemini kullanmayı teşvik eden bir video ve çalışma kitabından oluşan minimal müdahalenin zayıf olacağını ve algılanmış sağlık durumunu iyileştirip iyileştirmeyeceğini değerlendirmişlerdir. Hastalığa karşı enerji maneviyat grubunda anlamlı olarak artmış ve gözlem grubunda azalmıştır. Ağrı, ruh hali, sağlık algıları, hastalık sıkıntıları ve öz yeterlik alanlarındaki iyileşmeler istatistiksel olarak anlamlı değildir. Araştırmacılar, hastaya umut verici kısa bir müdahale olan dini başa çıkma, hastalar için zararlı

olmayıp hastalığa karşı artan enerji ile ilişkili olarak ek bir tedavi zamanına ihtiyaç duymadığına da vurgu yapmıştır.

Ballew ve diğerleri (2012), sürekli bakıma muhtaç emekli topluluğunda yaşayan yaşlı bir örneklem grubunda 2 yıllık bir süre boyunca manevi deneyimler arasındaki korelasyonları araştırmıştır. Araştırmacılar, *Günlük Manevi Deneyim Ölçeğine* verilen yanıtları kullanarak, skorlar, zaman içindeki değişiklikler ve kronik hastalık etkileri ile psikolojik iyi olma belirteci arasındaki ilişkiyi analiz etmişlerdir. Araştırmacılar, kadınların erkeklere oranla daha yüksek maneviyat puanı aldıklarını, tüm yıllarda düşük yaşam kalitesi memnuniyetiyle düşük maneviyat puanları arasında ve depresif belirtilerin varlığı ile düşük maneviyat arasında pozitif yönde ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.

Kronik bir durumun yaşam boyu başarılı bir şekilde yönetilmesinin sosyal uyum, doktor tavsiyelerini yerine getirme ve tam manasıyla zihinsel bir kararlılık gerektirdiğini dile getiren Unantenne ve diğerlerinin (2013) çalışması, kronik hastalıklarda maneviyat ve inanç konuları çerçevesinde kronik hastalıkla başa çıkma yollarını incelemiştir. Araştırmacılar, kronik hastalığı olan bireylerin maneviyatı hayatlarıyla nasıl bütünleştirdiklerini, sağlıklarına ve iyi oluşlarına maneviyatın pozitif etkisini ortaya koymaya çalışmıştır. Ayrıca, araştırmacılar, fiziksel ruhsal ve sosyal açıdan kronik hastaların desteklenmesinde manevi teamüllerin rolüne de vurgu yapmıştır.

"Spirituality and Chronic Illness: A Concept Analysis" adlı makalesinde Domocmat (2014), maneviyat kavramını kronik hastalık bağlamında açıklığa kavuşturmanın hastaya uygulanan bütüncül bakım için hayati önem taşıdığını izah etmeye çalışmıştır. Araştırmacı, çalışmasında maneviyata ait özellikleri ve nitelikleri keşfetmeye ve sonuç olarak kronik hastalık bağlamında bir maneviyat tanımı önermeye çalışmıştır.

Koenig'in (2014) "Depression in chronic illness: Does religion help?" başlıklı çalışması, depresyonun hastalar üzerindeki etkisini inceleyerek dini katılım ile depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmakta ve kronik hastalıkta depresyon tedavisinde

Dini Bilişsel Davranışçı Terapinin (DBDT) potansiyel rolünü incelemiştir. Araştırma, dini DBDT ve Seküler Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) kronik hastalıkları olan hastalarda majör depresyon tedavisinde olan etkisini karşılaştırmalı bir şekilde incelemiştir. Araştırma, geçerliliği kabul edilmiş bir dini psikoterapi müdahalesi hemşirelere kronik hastalığı olan depresyonlu hastalara yardımcı olmak için yeni stratejiler sağlayabileceği sonucuna ulaşmıştır.

Rocha ve Ciosak (2014) "Yaşlılık Döneminde Kronik Hastalık: Maneviyat ve Başa Çıkma" başlıklı araştırmalarında, yaşlılıkta kronik hastalıkla başa çıkmada maneviyatın rolünü tanımlamayı ve anlamayı amaçlamıştır. Araştırmacılar, maneviyatın/dindarlığın bireyin yaşamın engelleriyle ve zorluklarıyla mücadele etmesinde olumlu katkı sağladığı, böylece hastanın dayanıklılığını güçlendirdiği ve yaşam kalitesini yükselttiği sonucuna ulaşmıştır.

Pearce ve diğerleri (2014) gerçekleştirdikleri çalışmada, kronik hastalığı olan depresyonlu bireyler için geliştirdikleri, dinle (buradaki dinden kasıt; Hıristiyanlık, Yahudilik, İslam, Budizm ve Hinduizm olmak üzere beş ana dünya dinidir) bütünleştirilmiş terapiyi tanıtmışlardır. Müdahale çalışmaları, hastaların manevi ve dini inançlarını terapide açıkça entegre eden psikoterapötik müdahalelerin, manevi ve dini inançları göz ardı eden terapilere göre depresyonun azaltılmasında etkili olduğunu göstermiştir. Araştırmacılar, kronik tıbbi hastalığı olan bireylerde depresyon tedavisinde yeni DBDT adaptasyonu geliştirip ve uygulamıştır. Bu makalede araştırmacılar, müdahalenin geliştirilmesi ve uygulanmasını aktarmıştır.

Koenig ve diğerleri (2015), bu araştırmalarında majör depresyon ve kronik medikal hastalıkları olan kişilerde Geleneksel Bilişsel Davranışçı Terapi ile DBDT'yi karşılaştırmalı bir şekilde ele almıştır. Çalışmanın örneklemi, Geleneksel BDT için 67; DBDT için 65 kişiden oluşmaktadır. Araştırmacılar, 12 hafta sonunda daha dindar olan katılımcılarda DBDT'nin iyileşmede daha etkili olduğunu tespit etmiştir. Elde ettikleri bulgular doğrultusunda araştırmacılar, Geleneksel BDT ile DBDT 'nin kronik medikal hastalığı olan kişilerde majör depresyonun eşdeğer tedavileri olduğunu, tedavinin etkisinin ve tedaviye bağlılığın, hastanın dindarlığından etkilendiğini ifade etmişlerdir.

Berk ve diğerleri (2015), çalışmalarında majör depresyon ve kronik tıbbi hastalıklarda Geleneksel BDT ile DBDT'nin inflamatuar belirteçler ve stres hormonlarına etkisini incelemiştir. Çalışma, majör depresif bozukluğu olan kronik hastaların tedavisinde dindarlığın farklı etkilerini ve hastaların biyolojik değişimi üzerinde dindarlıkların tedavi grubundan bağımsız etkilerini araştırmıştır. Araştırma, dindarlığın IL-6 (bağışıklık sisteminin salgıladığı bir tür hücre grubu) ile etkileşime girdiğini; Geleneksel BDT'nin düşük dindarlıkta lL-6'yı düşürmede DBDT'den daha etkili olduğunu; buna karşın dindarlık puanı yüksek olanlarda DBDT'nin, Geleneksel BDT'den daha etkili olduğunu raporlamıştır. Araştırma, DBDT ve Geleneksel BDT'nin stres biyolojik göstergeleri üzerinde benzer etkilere sahip olduğu, dindarlık puanı yüksek olan hastalarda Geleneksel BDT, IL-6 düzeylerini azaltmada daha etkili olsa da, DBDT daha yüksek dindarlık puanı olan hastalarda daha etkili olma eğiliminde olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Desai ve diğerlerinin (2016) çalışması, Latin Amerikalı ebeveynlerin, çocukların kronik sağlık koşullarıyla nasıl baş ettikleri hususunda bir literatür araştırmasıdır. Bu çalışma, çocuk sağlığı açısından en başarılı metodlar için sağlık personeli tarafından uygun müdahaleleri kolaylaştırması açısından önem arz etmektedir. Araştırmacılar, bu bütünleştirici derlemede yayın özelliklerine, metodolojiye, bulgulara ve duygu odaklı ve / veya probleme odaklı başa çıkmaya odaklandıkları 21 çalışmayı kategorize etmişlerdir. Araştırma; din ve maneviyatın Latin ebeveynler için rutin günlük yaşamları boyunca onlara yardım eden destek ve başa çıkmada yeri tartışılamaz bir kaynak olduğu, bir hastalık teşhisi konduğunda sıklıkla dua ettikleri, ibadetlere devam ettikleri, hayatlarında dine önem verdikleri ve çocuğun sağlığının ve nihai kaderinin tanrının elinde olduğu inancında oldukları sonucuna ulaşmıştır.

1.5.2. Yurt İçinde Yapılmış Çalışmalar

Yurt içinde kronik hastalığın din ve maneviyatla ilişkisini konu edinen çalışmaların sayısının çok az olduğu ve bu çalışmaların yakın tarihlerde yapıldığını gözlemlemek mümkündür.

Ateşçi ve diğerlerinin (2003) çalışması, kanser hastalarındaki psikiyatrik bozuklukları ve bununla ilgili faktörleri konu edinmiştir. Araştırmanın din ile ilgili sonuçlarına göre intihara meyilli olduğunu ifade eden hastaların çocuklarına karşı sorumlulukları ve dini inançları yüzünden intihar teşebbüsünden vaz geçtikleri raporlanmaktadır. Bu araştırma yapıldığı yıl itibariyle değerlendirildiğinde her ne kadar "din" kavramı çalışmanın kıyısında kalmış bir konu olarak görünse de sağlık alanında yapılmasına rağmen bir ilk olması hasebiyle önem arz etmektedir.

Çiftçi (2007) tarafından yapılan araştırma, ülkemizdeki kanser vakalarında hastaların, kanseri nasıl algıladıklarını ve anlamlandırdıklarını, bu algı ve anlamlandırmada dinin yerinin ve işlevinin ne olduğunu, başa çıkma hususunda dini inanç ve ritüellerin yerini ve önemini konu edinmiştir. Bulgulara göre, hastaların %30'u kanseri bir imtihan olarak görürken, %30'u kader şeklinde değerlendirmekte, %10'u ceza olarak görürken, %20'si kişisel sorumsuzluk, dolayısıyla ihmal olarak değerlendirmiş, %10'u da hastalığı ders ve uyarı kavramlarıyla açıklamıştır. Çalışma, hastalığın nedenini bireyin kendisinde aramak yerine yüce bir güce dayandırmasının bireyde suçluluk psikolojisi yerine teslimiyet psikolojisini ve bu ruh halinin hastada daha az stres oluşturduğu sonucuna ulaşmıştır.

Karabudak (2008), araştırmasında hemşire yaklaşımlarını belirlemek üzere, diyaliz tedavisi alan çocuğun hastalığının ebeveynine ve kardeşlerine olan etkilerini belirlemeye çalışmıştır. Araştırmacı; çocuğun hastalığı nedeniyle aile üyelerinin yaşadığı olumsuz durumlarla baş ederken din inancı ve dine yönelik uygulamalara da başvurduklarını saptamıştır. Diyaliz tedavisi alan çocukların hastalıklarıyla baş etmede en çok annelerin dini başa çıkmaya başvurdukları (dua ve ibadetle şifa dilemek vb.); babaların dini başa çıkmayı strese karşı kullandığı (çocuğun hastalığı karşısında aile reisi olarak dinç durması gerektiği bilinciyle hastalığa kader olarak baktığı vs.); kardeşlerin de dini başa çıkmaya kardeşlerinin iyileşmesi için dua ederek başvurduğu araştırmanın dini başa çıkmayla ilgili sonuçları arasındadır.

Yıldırım ve diğerleri (2013) tarafından yapılan literatür araştırması, kanser hastalarının karşılanmamış bakım ihtiyaçlarını konu edinmiştir. Araştırmacılar, kanser hastalarının algıladığı gereksinimleri ile verilen hizmetin uygunluğu arasında

uyumsuzluk olduğunda, karşılanmamış gereksinimler açığa çıkacağını ifade etmiştir. Bu belli başlı gereksinimler arasında "manevi ihtiyaçlar" da sıralanmıştır. Araştırma, yurt dışında yapılan çalışmalarda maneviyatın hasta merkezli bakımın vazgeçilmez bir unsuru ve kanser hastalarının tanı ve tedavi döneminde hastalık ile baş etmede, hayatta kalma, ölüm sürecinde kritik bir önemi olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmacılar manevi gereksinimlerin; manevi sıkıntıyı, manevi iyi oluşu ve yaşam kalitesini etkilediğini ifade etmişlerdir. Ülkemizde ise kanserli hastalara yönelik manevi gereksinimleri belirlemeye yönelik bir ölçme aracının olmadığını belirten araştırmacılar, manevi ihtiyaçları belirlemeye yönelik araçlara ve çalışmalara ihtiyaç duyulduğuna, hastanın başa çıkmasına yardım eden ve güç veren manevi kaynaklarının anlaşılması gerektiği ifade edilerek bu ihtiyacın önemine vurgu yapılmaktadır.

Kavradım ve Özer (2014) tarafından gerçekleştirilen kanser hastalarında umut konusunu ele alan çalışma, kanser tanısı alan hastalarda umut kavramına yönelik olarak sağlık personeline yol gösterici olması ve konu ile ilgili farkındalığın artırılması bakımından önem arz etmektedir. Çalışma, kanser hastalarının manevi boyutlarını güçlendirme stratejileri olarak; dua etme, başkalarının dualarını dinleme, inançları geliştirecek etkinliklere katılma, kutsal mekânları ziyaret etme ve inancı hakkında konuşmaları sıralamıştır.

Çufta (2014), tarafından gerçekleştirilen araştırma, kanserli hastalarda dini başa çıkmayı ve dini inancı ele almaktadır. Araştırmanın amacı, kanser hastalığı ile başa çıkmada dinî inanç ve tutumların rolünü anlamaya çalışmaktır. Araştırma, hastaların kanserle başa çıkmada başvurdukları dinî unsurları; dua ve Allaha olan inanç şeklinde sıralamıştır. Araştırmanın konusu itibariyle ilk çalışmalardan olduğunu söylemek mümkündür. Araştırmacı tavsiyeleri arasında, kanser hastalar için sosyal desteğin önemine değinerek bu yönde maddi manevi adımlar atılması gerektiğini dile getirmiştir

Kurt (2015) tarafından gerçekleştirilen araştırma, meme kanseri kadın hastalarda, ağrı ve mastektominin (cerrahi müdahale) neden olduğu uzuv kaybına bağlı depresyon ile yaşam kalitesi ve dindarlık arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmayı

amaçlamıştır. Araştırma bulguları; dini tutumun toplam puanın ve alt boyutlarının tamamının puan ortalaması, olumlu beden algısına sahip hastalarda, olumsuz beden algısına sahip hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu, dini tutum ile depresyon arasında negatif yönde anlamlı ve yaşam kalitesinin "genel iyilik hali" boyutu ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Kemik iliği nakil programına alınan lösemi hastalarında yaşam kalitesi, sosyal destek düzeyi, psikiyatrik komorbidite sıklığı ve bu etmenlerin nakil başarısı ile ilişkisini konu alan çalışmasında Sedes (2016), kemik iliği nakli programına alınan lösemi hastalarında yaşam kalitesi ile sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi, stresle başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi, psikiyatrik eş tanıların saptanması ve bu etmenlerin kemik iliği nakli başarısı ile ilişkisinin araştırılmasını amaçlamıştır. Yazar, kemik iliği nakli, hematolojik kanserlerin birincil tedavi yöntemi olduğunu fakat bu yöntemin, enfeksiyon gibi doğrudan nakille ilgili komplikasyonlara neden olabildiğinden fiziksel kısıtlanma gerektiren uzun süreli hastane yatışları gerektirdiğini ifade etmiştir. Araştırmacı, elde ettiği bulgular ışığında, en sık kullanılan baş etme stratejilerinin sırasıyla; *dini baş çıkma, aktif başa çıkma* ve *pozitif yeniden yorumlama ve gelişme* stratejileri olduğunu belirtmiştir.

Ayten (2018) tarafından kaleme alınan "Din ve Sağlık" kitabı bağımlılıktan fiziksel sağlığa kadar birçok hususta dinin etkisini incelediği başucu olarak nitelendirilebilecek eserler arasındadır. Eser, yurt içinde ve yurt dışında gerçekleştirilmiş araştırmaları da göz önünde bulundurarak dinin iyi oluş mutluluk gibi hususlara etkisine değinmiştir. Eser manevi danışmanlık konusunda da özet bir bilgi vermiştir. Yazar eserinin 2020 yılında güncellediği baskısında özellikle manevi danışmanlık hususundaki özet bilgileri detaylandırarak okuyucusuna aktarmıştır.

Ok ve diğerlerinin (2019) "Hastalar İçin Manevi Bakım" başlıklı çalışması, danışmanlık ve bakım kavramlarını ele alarak manevi danışmanlıktan ziyade manevi bakımın daha kapsayıcı olduğunu belirtmiştir. Araştırmacılar, bu kavramsal yapı üzerinden hastalar için manevi bakımın neredeyse tüm konu ve sorunlarını kapsayacak bir başucu eserine imza atmıştır.

Gencer (2019) diyaliz tedavisi alan böbrek hastaları üzerine gerçekleştirdiği çalışmasında, dindarlığın iyi oluş üzerine etkilerini incelemeyi amaçlamıştır. Araştırma, diyaliz tedavisi alan katılımcılarda dindarlığın yaşam memnuniyetini ve iyimserliklerini olumlu yönde etkilediği, karamsarlık ve anksiyete ile negatif yönde ilişkisi olduğunu, dindarlık düzeyi yüksek bireylerin ciddi bir hastalık durumunda mutluluk düzeylerini koruyabildiklerini, depresyona karşı daha dirençli olduklarını, travmatik olayların olumsuz sonuçlarından daha az etkilendiklerini ve sonuç olarak da dindarlık ile öznel iyi oluş arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğunu ortaya koymuştur.

Sağlam Demirkıran'ın (2020) araştırması, diyaliz tedavisi alan hastalarda dini yönelme ve dini başa çıkma ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkiyi ele almayı amaçlamıştır. Araştırma, diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah'a güvenli bağlananların güvensiz bağlananlara göre olumlu dini başa çıkma yollarını daha fazla, olumsuz dini başa çıkma yollarını ise daha az kullandıklarına ulaşmıştır. Araştırma ayrıca, olumlu dini başa çıkma ile yaşam memnuniyeti arasında pozitif ilişki, olumsuz dini başa çıkma arasında negatif ilişki sonucunu elde etmiştir.

Yavuz (2020) tarafından diyaliz tedavisi alan hastalar üzerine gerçekleştirilen araştırmada sabır ve yaşam memnuniyeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulgusuna ulaşmıştır.

Kurt (2021), manevi danışmanlık uygulamalarının kanserli bireylerin dini tutumları, dini başa çıkma, kaygı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ele almıştır. Çalışma, kanser hastaları üzerine program teklifinde bulunmuştur. Çalışma, kanserli hastalardan geliştirilen programı uygulananlar lehine daha yüksek dini tutum ve pozitif dini başa çıkma, yaşam kalitesinde daha yüksek ve kaygı düzeyinde daha düşük skorlar tespit etmiştir. Araştırmacı, geliştirdiği "manevi destek" programının kanser hastalarının manevî, psikolojik ve fiziksel iyilik hallerini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşmıştır.

Kronik hastalar üzerine ulusal ve uluslararası alan yazını incelenmeye çalışılmıştır. Yurt dışında gerçekleştirilen çalışmaların gerek kronik hastalıkların farklı türlerine gerekse din ve maneviyatın farklı alt konularına değinmesi açısında ulusal

çalışmalar için öncü ve örneklik teşkil ettiği söylenebilir. Bu sonucun ortaya çıkmasındaki faktörler arasında konuyla ilgili yurt dışında gerçekleştirilen çalışmalara 19. yüzyılda başlanmış olması sıralanabilir. Yurt içinde özellikle din bilimleri alanında son 15 yıllık zaman diliminde pozitif psikolojiye artan ilginin yansımalarının da son 6-7 yıllık periyotta hastalar üzerine din bilimleri alanındaki çalışmaların yoğunlaşmasına ön ayak olduğu ifade edilebilir. Tüm bu çalışmaların Türkiye'de gelişmekte olan *Manevi Danışmanlık* alanına yadsınamaz katkıları olduğunu söylemek mümkündür.

YÖNTEM

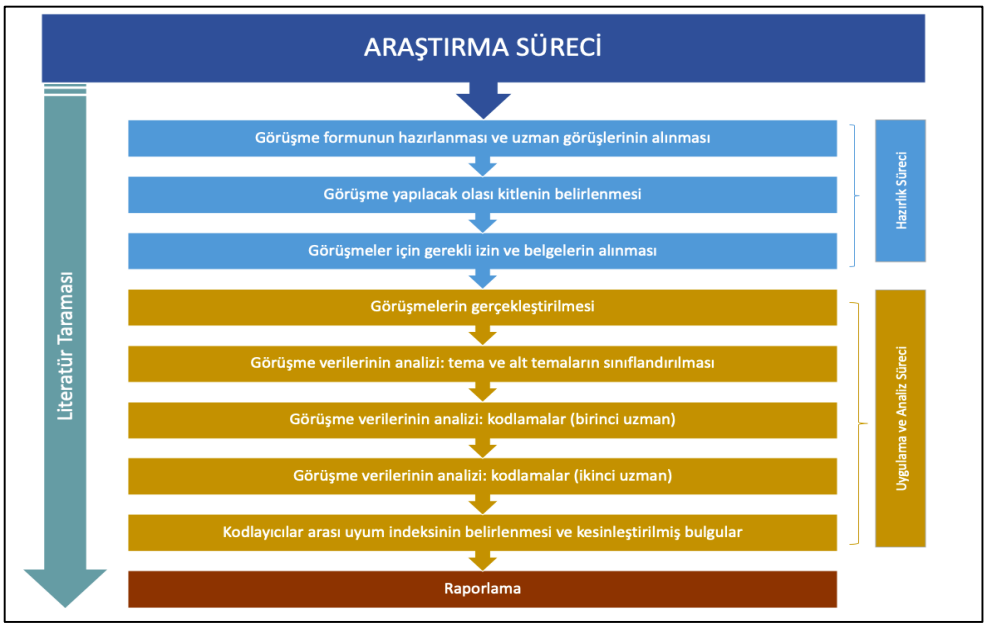
Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırma süreci, katılımcı grup, verilerin toplanması, verilerin analizi ve katılımcılara dair kişisel bilgi hususlarına yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden olgubilim (fenomenoloji) deseni benimsenmiştir. Olgubilim bir olgunun, bireyler veya bir topluluk için ne anlama geldiğini, yapısını ve özünü sorgulayan; bu doğrultuda, söz konusu olguyu deneyimlemiş kişilerin bakış açılarını, anlayışlarını ve hissettiği duyguları anlamaya çalışan bir araştırma modelidir (Patton, 2002; Karakoç, 2021). Bu kapsamda araştırma, kronik hastaların, hastalıkları sürecinde manevi destek ihtiyaçlarını psikolojik iyi oluş çerçevesinde ortaya çıkarmak üzerine kurulmuştur.

2.2. Araştırma Süreci

Araştırma süreci ve gerçekleştirilen faaliyetler Şekil 2.1'de sunulmuştur:



Şekil 2. 1. Araştırma Süreci

Bu çalışmada literatür taramasıyla başlayan süreç, kronik hastaların psikolojik iyi oluş temelli manevi destek ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla bir görüşme formunun hazırlanması, formun uzman incelemesine tabi tutulması, görüşmelerin gerçekleştirilmesi ve görüşmelerden elde edilen verilerin analizi aşamalarının ardından raporlamanın tamamlanması ile son bulmuştur.

2.3. Katılımcı Grup

Araştırmada örneklem büyüklüğü için net bir sınır koyulmamıştır. Bunun nedeni nitel araştırmalarda, sonuçların evrene genellenebilirliğinden ziyade bir olgunun çalışma evrenindeki birimlerde görülmesinin nedenleri veya birimler arasında benzerlik ve farklılıkların derine inilerek incelenmesinin amaçlanmasıdır. Bu nedenle, nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün genellikle, çalışmada elde edilen verilerin doyum noktasına ulaşmasına göre belirlenmesi önerilir (Yıldırım, 2021). Bu kapsamda katılımcı grubun seçilmesinde seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi tercih edilmiş ve bu yöntem içerisinden de ölçüt örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Bu yöntemde araştırmacı belirlediği ölçüt ve ölçütlere uyan birimlere hedeflediği örneklem büyüklüğünü tamamlayana kadar ulaşmaya çalışır (Yıldırım ve Şimşek, 2008; Yıldırım, 2021).

Tablo 2.1'de sunulduğu gibi, KBH, kanser ve KOAH hastalığından birisine sahip 79 gönüllü katılımcı ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Çalışmada katılımcı gruba ilişkin ölçüt, "katılımcılara kronik hastalık türlerinden kanser, KOAH veya KBH hastalıklarından en az birine yönelik teşhis konmuş olması" olarak belirlenmiştir. Aşağıda katılımcı gruba yönelik hastalık grubu, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve yaş bilgileri sırayla sunulmuştur.

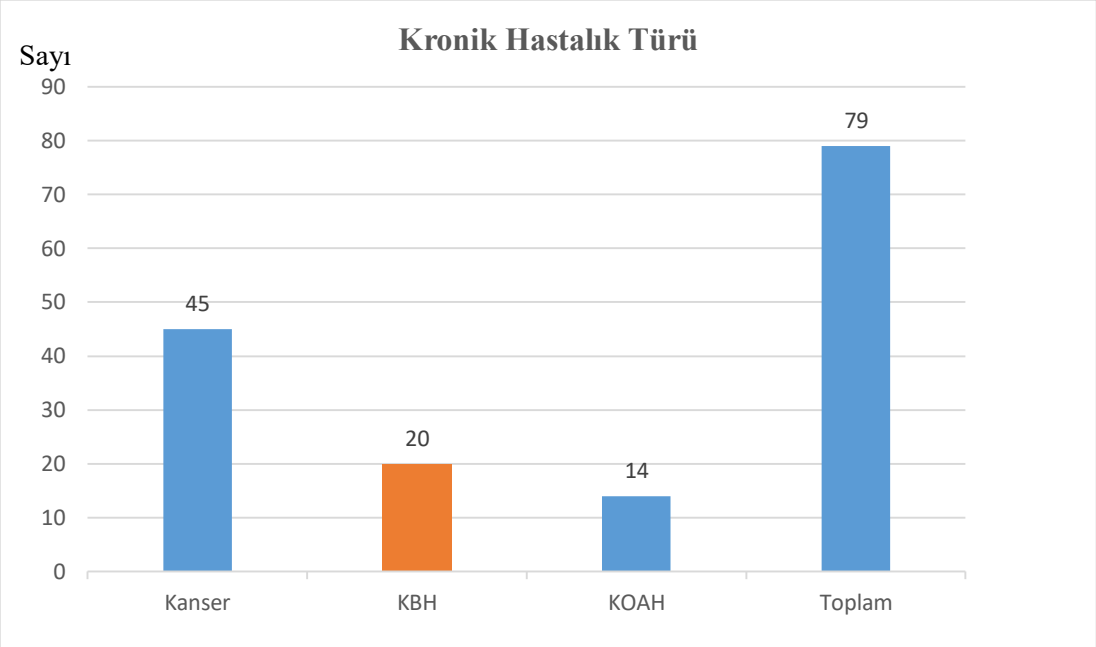
Tablo 2. 1. Katılımcılara İlişkin Ayrıntılı Kişisel Bilgiler

Kodu	Cinsiyet	Yaş	Eğitim Düzeyi	Medeni Durum	Hastalık Türü	Hastalık Süresi (Ay)
K01	K	42	İlkokul	Bekar	Kanser	6
K02	K	42	Lisans	Evli	Kanser	24
K03	K	69	Lise	Bekar	Kanser	252
K04	K	40	Lisans	Evli	Kanser	132
K05	E	49	Lisans	Dul	Kanser	60
K06	K	42	Lisans	Bekar	Kanser	60

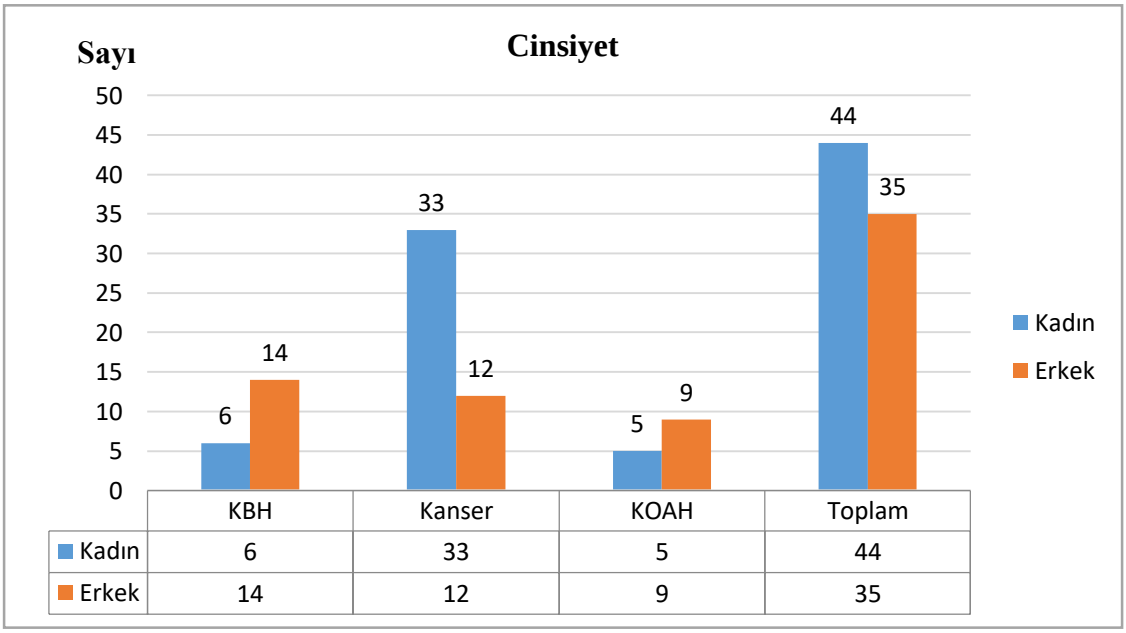
K07	K	57	Lise	Evli	Kanser	24
K08	K	55	Okur-yazar	Evli	Kanser	12
K09	K	52	Lise	Evli	Kanser	18
K10	K	50	İlkokul	Evli	Kanser	16
K11	K	40	Ortaokul	Evli	Kanser	1
K12	K	70	Okur-yazar	Dul	Kanser	30
K13	K	80	İlkokul	Dul	KBH	168
K14	K	33	İlkokul	Bekar	KBH	252
K15	E	61	Okur-yazar değil	Evli	KBH	60
K16	E	58	Ön lisans	Evli	KBH	300
K17	E	47	İlkokul	Evli	KBH	180
K18	E	62	Lisans	Evli	KBH	36
K19	E	60	Lisans	Evli	KBH	2
K20	K	32	Ön lisans	Bekar	KBH	36
K21	E	34	Lise	Evli	KBH	96
K22	E	38	Lise	Evli	KBH	132
K23	K	67	İlkokul	Evli	KBH	12
K24	E	67	Lisans	Evli	KBH	19
K25	K	68	İlkokul	Dul	KOAH	180
K26	E	51	Ön lisans	Evli	KOAH	72
K27	E	56	İlkokul	Evli	KOAH	120
K28	E	72	İlkokul	Evli	KOAH	48
K29	E	70	Lise	Dul	KOAH	48
K30	E	68	Ortaokul	Evli	KBH	24
K31	K	54	İlkokul	Evli	KOAH	32
K32	K	55	İlkokul	Evli	KOAH	48
K33	E	42	İlkokul	Evli	KOAH	60
K34	K	76	İlkokul	Dul	Kanser	156
K35	E	76	İlkokul	Evli	Kanser	36
K36	E	75	İlkokul	Evli	Kanser	24
K37	E	67	Ortaokul	Evli	Kanser	12
K38	K	42	İlkokul	Evli	Kanser	5
K39	K	46	İlkokul	Evli	Kanser	7
K40	E	63	İlkokul	Evli	Kanser	36
K41	E	57	İlkokul	Evli	Kanser	2
K42	K	50	İlkokul	Evli	Kanser	36
K43	K	52	Yüksek Lisans	Bekar	Kanser	48
K44	K	45	İlkokul	Evli	Kanser	6
K45	K	58	İlkokul	Evli	Kanser	6
K46	K	53	İlkokul	Evli	Kanser	7
K47	E	54	Lise	Dul	Kanser	1
K48	E	54	Ortaokul	Evli	Kanser	3
K49	K	48	İlkokul	Evli	Kanser	6
K50	K	45	Lisans	Evli	Kanser	2
K51	E	42	Lise	Evli	KOAH	36
K52	K	64	İlkokul	Bekar	KBH	66
K53	K	40	Lise	Bekar	Kanser	12

K54	K	41	Lise	Bekar	Kanser	24
K55	K	69	İlkokul	Dul	Kanser	13
K56	K	63	İlkokul	Dul	Kanser	16
K57	K	62	İlkokul	Dul	KOAH	84
K58	E	55	Lise	Dul	KOAH	36
K59	E	67	Ortaokul	Dul	Kanser	12
K60	E	58	İlkokul	Evli	KBH	132
K61	E	65	İlkokul	Evli	Kanser	18
K62	E	66	İlkokul	Evli	Kanser	33
K63	K	42	İlkokul	Evli	Kanser	18
K64	K	55	İlkokul	Evli	Kanser	24
K65	K	55	İlkokul	Evli	Kanser	44
K66	K	50	İlkokul	Evli	Kanser	36
K67	E	50	İlkokul	Evli	KOAH	108
K68	E	61	İlkokul	Evli	KOAH	48
K69	K	56	İlkokul	Evli	KOAH	96
K70	E	60	Lisans	Evli	KBH	144
K71	K	40	Lisans	Evli	Kanser	36
K72	K	42	Lisans	Evli	Kanser	48
K73	E	45	Lise	Evli	KBH	46
K74	E	49	Lise	Evli	Kanser	24
K75	K	66	Okur-yazar	Evli	Kanser	72
K76	E	56	Ortaokul	Evli	KBH	60
K77	K	52	Ortaokul	Evli	Kanser	144
K78	E	56	Ön lisans	Evli	KBH	90
K79	K	42	Ön lisans	Evli	KBH	168

Şekil 2.1.’de sunulan bulgulara göre, 79 katılımcının 45'i (%57) kanser, 20'si (%25) KBH ve 14'ü ise (%18) KOAH hastasıdır.

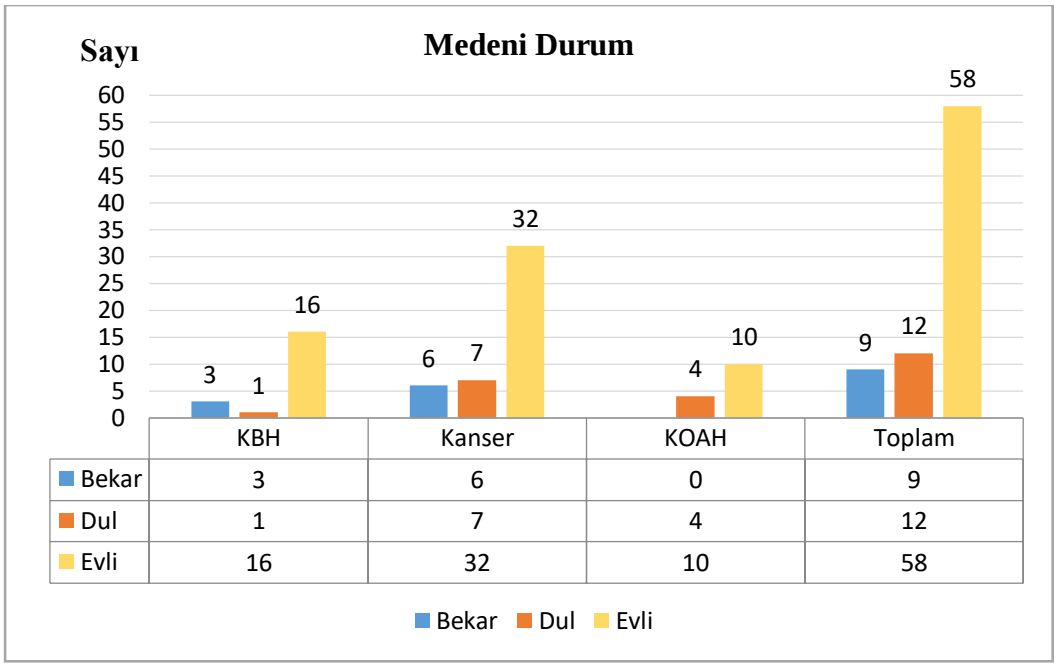


Şekil 2. 2. Katılımcıların Kronik Hastalık Türüne Göre Dağılımı



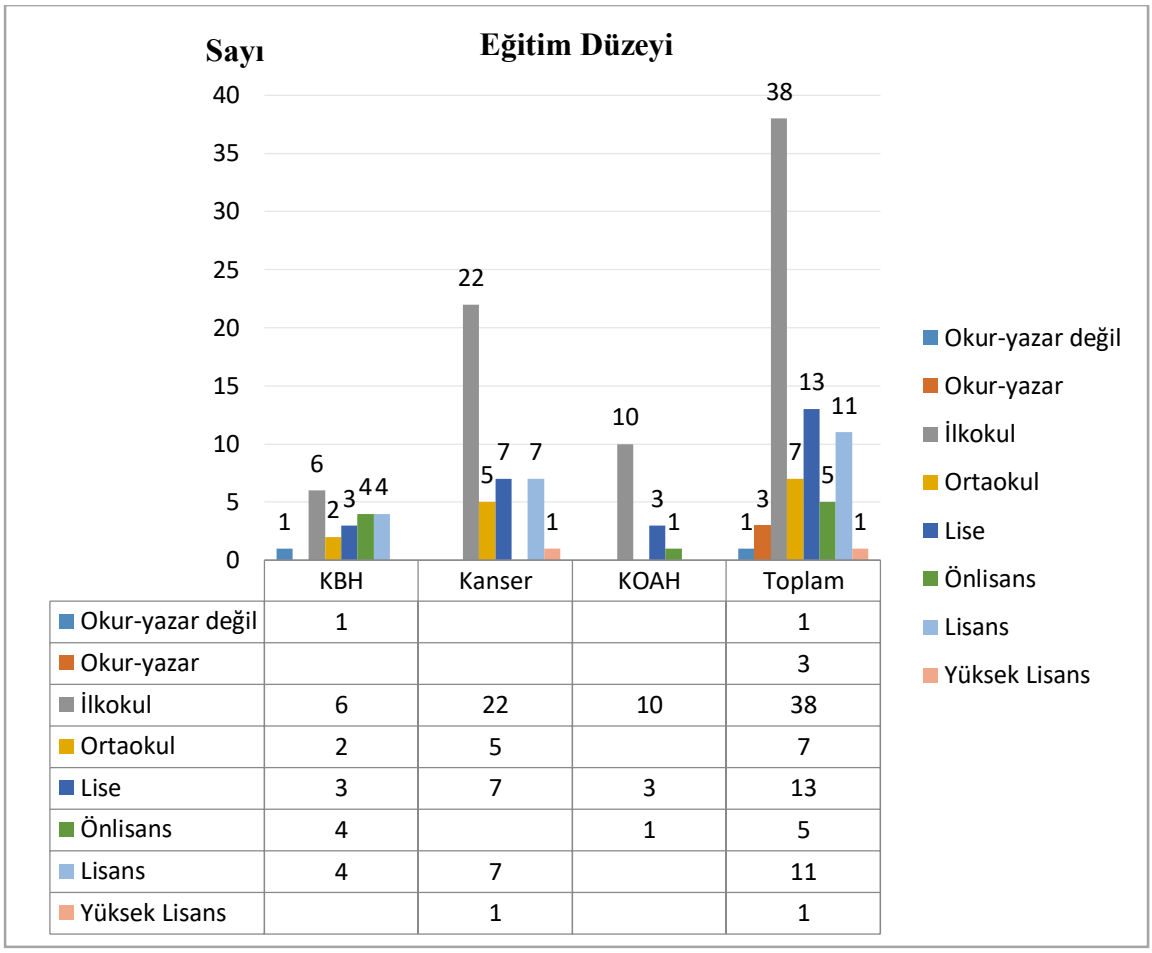
Şekil 2. 3. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Katılımcıların cinsiyet dağılımlarına göre; 79 katılımcının 44'ü kadın, 35'i erkektir. Kronik hastalık türüne göre ise KBH hastalarının 6'sı kadın, 14'ü erkek; kanser hastalarının 33'ü kadın, 12'si erkek ve KOAH hastalarının ise 5'i kadın, 9'u erkektir.



Şekil 2. 4. Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni duruma dair bulgulara göre; 79 katılımcının 9'u bekardır, 58'i evlidir, 12'si ise duldur. Katılımcıların medeni durumlarının kronik hastalık türüne göre dağılımlarında KBH hastalarının 3'ünün bekar, 16'sının evli, 12'sinin dul; kanser hastalarının 6'sının bekar, 32'sinin evli, 7'sinin dul olduğu; KOAH hastalarının ise 10'unun evli ve 4'ünün dul olduğu belirlenmiştir.



	KBH	Kanser	KOAH	Toplam
Okur-yazar değil	1			1
Okur-yazar				3
İlkokul	6	22	10	38
Ortaokul	2	5		7
Lise	3	7	3	13
Önlisans	4		1	5
Lisans	4	7		11
Yüksek Lisans		1		1

Şekil 2. 5. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Şekil 2.5.'e göre; 79 katılımcıdan sadece 1 kişi okur-yazar değildir, 3 kişi okur-yazar düzeydedir, 38 kişi ilkokul mezunu, 7 kişi ortaokul mezunu, 13 kişi lise mezunu, 5 kiş ön lisans mezunu, 11 kişi lisans mezunu ve 1 kişi ise yüksek lisans mezunudur. Kronik hastalık türüne göre katılımcıların eğitim düzeyleri; KBH hastalarının 1'i okur-yazar değildir, 6'sı ilkokul mezunu, 2'si ortaokul mezunu, 3'ü lise mezunu, 4'ü ön lisans mezunu, 4'ü lisans mezunudur. Kanser hastalarının 3'ü okur-yazar düzeydedir, 22'si ilkokul mezunu, 5'i ortaokul mezunu, 7'si lise mezunu, 7'si lisans mezunu ve 1'i yüksek lisans mezunudur. KOAH hastalarının ise 10'u ilkokul mezunu, 3'ü lise mezunu ve 1'i ön lisans mezunudur.

Tablo 2. 2. Katılımcıların Yaşlarına ve Kronik Hastalık Sürelerine İlişkin Sayısal Veriler

	Yaş (Yıl)			Hastalık Süresi (Ay)		
	KBH	**Kanser**	**KOAH**	**KBH**	**Kanser**	**KOAH**
N	20	45	14	20	45	14
Ortalama	54	54	57	101	36	73
Minimum	32	40	42	2	1	32
Maksimum	80	76	72	300	252	180

Tablo 2.2.'de sunulan bulgulara göre; katılımcı grupta yer alan 20 KBH hastası 32-80 yaş aralığındadır ve yaş ortalamaları 54'tür; hastalık süreleri ise 2-300 ay arasında değişmektedir ve ortalama hastalık sürelerinin 101 aydır. Katılımcı grupta yer alan 45 kanser hastası, 40-76 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 54'tür. Hastalık sürelerinin ise 1-252 ay arasında değişmektedir ve ortalama hastalık süreleri 36 aydır. Son olarak katılımcı grupta yer alan 14 KOAH hastası 42-72 yaş aralığındadır ve yaş ortalamaları 57'dır; hastalık süreleri ise 32-180 ay arasında değişmektedir ve ortalama hastalık süreleri 73 aydır.

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırma için tercih edilen mülakat türü yarı yapılandırılmış mülakattır. Yarı yapılandırılmış mülakat, ana soruların belli olduğu görüşmenin gidişatına göre yeni soruların ilave edilebildiği mülakat türüdür (Karcabey, 2019, s. 395). Araştırma soruları, Ryff (1989) tarafından geliştirilen ve İmamoğlu (2004) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Psikolojik İyi Oluş Ölçeği"nden derlenerek hazırlanmıştır. Hazırlanan sorular önce psikiyatr, halk sağlığı, medikal onkoloji ve eğitim programları ve öğretim anabilim dalı uzmanlarının eleştirilerine sunulmuştur. Katılımcılara yöneltilen sorular şu şekilde belirlenmiştir:

1. Kendi duygu, düşünce ve davranışlarınızda;
    a. Çevrenizdeki insanların nasıl bir etkisi vardır?
    b. Dini ve manevi unsurların nasıl bir etkisi vardır?

2. Günlük yaşantınızın sorumlulukları ve zorluklarıyla baş etme sürecinde nasıl bir yol izliyorsunuz? Bu süreçte dinen ve manen size destek olduğunu düşündüğünüz hususlar nelerdir?

3. Hayatınızda gelecekle ilgili beklentileriniz konusunda;

a. İyimser ve umutlu musunuz? (Evet ise) Hangi açıdan?

b. İleriye dönük planlarınız nelerdir?

4. Geçmiş yaşamınızdan memnuniyet konusunda;

a. Önceden yaşadığınız ve hala pişmanlık duyduğunuz bir olay/olaylar var mıdır?

b. Varsa, pişmanlığınızı gideren ya da hafifleten faktörler nelerdir?

5. Genel olarak insanlarla iletişiminizi değerlendirdiğinizde;

a. Çevrenizdeki insanların, tahammül edemediğiniz yönleri olduğunda nasıl tepkiler veriyorsunuz?

b. İnsanlarla iletişim kurarken ve bu iletişimi sürdürürken nelere özen gösteriyorsunuz?

6. Kendinizi geliştirme sürecinde size güç veren unsurlar nelerdir?

7. "Kendi kararlarınızı almanız, günlük yaşantınızın zorluklarıyla baş edebilmeniz, geleceğe dair beklentileriniz, insanlarla iletişiminiz, kendinizi geliştirebilmeniz, sabır-şükür gibi eksiklik duyduğunuz konuların giderilmesi vb." hususlarda nasıl bir dini-manevi desteğe ihtiyaç duymaktasınız?

2.5. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen görüşme verileri üzerinden betimsel analizler gerçekleştirilmiştir. Betimsel analiz; verilerin önceden belirlenmiş kavramsal çerçeve bağlamında belirli temalar altında sınıflandırıldığı nitel veri analiz yöntemidir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Çalışmada gerçekleştirilen görüşmelerde katılımcıların ismi K1-K79 aralığında kodlanmıştır. Psikolojik iyi oluş temelinde bireylerin manevi destek ihtiyaçları için, önceden belirlenmiş toplamda 7 tema ve 13 alt tema kapsamında kodlar oluşturulmuştur. Kodlama aşamasında görüşme verileri iki uzman

tarafından ayrı ayrı incelenmiştir. Ardından Miles ve Huberman formülüyle kodlayıcılar arası uyum endeksi hesaplanmıştır. Miles ve Huberman (1994), kodlama uyumu için (görüş birliği/görüş birliği+görüş ayrılığı) formülünü önermiş ve bu formüle göre .70 ve üzeri değerlerin kodlayıcı güvenirliği için yeterli olduğunu belirtmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda, araştırma için kodlayıcı güvenirliği şu şekilde hesaplanmıştır:

Tablo 2. 3. Kodlama Güvenirliği

$$\text{Kodlama Güvenirliği} = \frac{145}{145 + 23} = \mathbf{.86}$$
Kodlayıcıların görüş birliğine vardığı kod sayısı: 145 Kodlayıcıların görüş ayrılığı yaşadığı kod sayısı: 23

Miles ve Huberman formülüne göre araştırma kapsamında elde edilen verilere yönelik kodlama güvenirliği .86 olarak belirlenmiş ve bu değere göre kodlama güvenirliğinin iyi düzeyde olduğu görülmüştür.

BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

Bu bölümde araştırma kapsamında katılımcılardan toplanan verilerin analizinden elde edilen bulgular alt problemlerin sırasına uygun bir şekilde ele alınmaktadır. Bulguların analizlerinden sonra ilgili temaya ilişkin değerlendirmeler ve kavram haritaları sunulmaktadır.

3.1. Kronik Hastaların Özerklik Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek ihtiyaçları kapsamında *özerklik* temasına yönelik ihtiyaçları iki alt temada incelenmiştir. Bu doğrultuda alt temalar, *kronik hastaların kendi duygu, düşünce ve davranışlarında çevrelerindeki insanların nasıl bir etkiye sahip oldukları* ve *kendi duygu, düşünce ve davranışlarında dini ve manevi unsurların nasıl bir etkiye sahip oldukları* başlıklarıyla oluşturulmuştur.

3.1.1. Kronik Hastaların Kendi Duygu, Düşünce ve Davranışlarında Çevrelerindeki İnsanların Etkileri

Bu başlık altında, değerlendirmenin sonucunda elde edilen bulgular oluşturulan 9 kod bağlamında hazırlanıp Tablo 3.1.'de ortaya konulmuştur.

Tablo 3. 1. Kronik Hastaların Kendi Duygu, Düşünce ve Davranışlarında Çevrelerindeki İnsanların Etkileri

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
1. Etkisi yoktur	Kanser	26	60,5	39,8	K1, K5, K7, K8, K9, K34, K35, K37, K39, K40, K43, K44, K45, K46, K47, K48, K50, K53, K54, K59, K62, K66, K71, K72, K75, K77
	KOAH	11	25,6		K25, K26, K27, K28, K31, K32, K51, K57, K58, K67, K69
	KBH	6	14,0		K16, K18, K23, K24, K60, K78

	Toplam	43	100,0		
2. Her açıdan olumlu etkilenme	Kanser	6	37,5	14,8	K12, K38, K41, K50, K55, K61
	KOAH	2	12,5		K29, K68
	KBH	8	50,0		K13, K15, K17, K22, K30, K52, K70, K73
	Toplam	16	100,0		
3. Her açıdan olumsuz etkilenme	Kanser	8	50,0	14,8	K3, K4, K6, K10, K11, K56, K65, K74
	KOAH	2	12,5		K29, K33
	KBH	6	37,5		K14, K15, K20, K30, K76, K79
	Toplam	16	100,0		
4. Duygu ve düşüncelerini ikinci plana atma	Kanser	3	25,0	11,1	K2, K42, K64
	KOAH	3	25,0		K26, K33, K67
	KBH	6	50,0		K13, K19, K21, K30, K52, K76
	Toplam	12	100,0		
5. İstişareye önem verme	Kanser	6	100,0	5,6	K5, K41, K48, K49, K50, K63
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	6	100,0		
6. Hastalığına yönelik yalnızca tıbbi ve diğer bilimsel gelişmelerden etkilenme	Kanser	3	60,0	4,6	K2, K12, K36
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	40,0		K19, K22
	Toplam	5	100,0		
7. Ailevi sorumlulukların ağırlığı	Kanser	2	50,0	3,7	K2, K56
	KOAH	2	50,0		K33, K69
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	4	100,0		
8. Meslek hayatında dışlanmışlık hissetme	Kanser	0	0,0	3,7	-
	KOAH	2	50,0		K26, K33
	KBH	2	50,0		K15, K20
	Toplam	4	100,0		
9. Çevredekilerden duygusal anlamda çabuk etkilenme	Kanser	0	0,0	1,9	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K14, K17
	Toplam	2	100,0		
Genel Toplam		**108**	-	**100,0**	

Tablo 3.1.'de kronik hastaların kendi duygu, düşünce ve davranışlarında çevrelerindeki insanların nasıl bir etkiye sahip olduklarına ilişkin kodlar arasında en yüksek frekans değerinin *etkisi yoktur* koduna ait olduğu görülmektedir (f=43; %39,8). Bu kodun ardından sırasıyla *her açıdan olumlu etkilenme* (f=16; %14,8) ve *her açıdan olumsuz etkilenme* (f=16; %14,8) kodlarının geldiği görülmektedir.

Belirlenen diğer kodlar ise sırasıyla, *duygu ve düşüncelerini ikinci plana atma* (f=12; %11,1*), istişareye önem verme* (f=6; %5,6), *hastalığına yönelik yalnızca tıbbi ve diğer bilimsel gelişmelerden etkileniyor* (f=5; %4,6), *ailevi sorumlulukların ağır gelmesi." (f=4; %3,7), "meslek hayatında dışlanmışlık hissetme* (f=4; %3,7) ve *çevredekilerden duygusal anlamda çabuk etkilenme* (f=2; %1,9) olarak sunulmaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu çevreden etkilenmediğini, kararlarını almada özgür olduklarını ifade etmektedirler. Bu konuda bir örnek olması açısından K5 görüşme esnasında şu açıklamayı yapmıştır:

> "Yönlendirilmekten öyle çok da hoşlanmam. Danışmam gereken bir durum varsa bilmediğim bir konuysa istişareden yanayım. O yüzden, etrafımda olan insanların beni etkilemesine izin vermemeye çalışıyorum, bir nevi kulak tıkama diyelim. Herkesin aklı kendisine yeter, benim derdim de bana yeter. Milletin lafına bakacak olursak evin yolunu şaşırırız." (K5)

Katılımcıların büyük çoğunluğu çevrelerinden olumsuz bir şekilde etkilendiklerini; hatta hastalıklarıyla ilgili doğru bilgilere sahip olsalar dahi çevrelerinden gelen yanlış bilgilerin tesiri altında kaldıklarını; bu olumsuz etkilerini düşünce, duygu ve eylemlerine yansıdığını ifade etmişlerdir. Bu hususta K6 açıklamasında çevresinin kendi hastalığından olumsuz etkilenmesinin de kendisine bir takım olumsuz etkilerin olduğunu şu sözlerle ifade etmiştir:

> "Evde bu hastalığın konuşulması, dillendirilmesi beni çok memnun eden bir durum değil ve konuşulması beni rahatsız ediyor. Üzülüyorum, çünkü bilirim ki, ben fark ettikçe her söylendiğinde onlar da üzülecekler benimle birlikte. Birçok olumsuzluğu yok saydığım gibi hastalığı da yok saymaya çalışırım.

> Çevrem aslında beni çok güçlü bir şekilde etkiler. Olumsuz, patavatsızca söylenen sözler çok net etkiler. Keşke etmese, ama etkiliyor işte. Önüne geçemiyorum bunun. Ama bazen de bir bakarsın, olumlu yönde de gaza gelirim. Sonra fark ediyorum ki kısa süreli bir gaza getirme olmuş. Yine söylenen o negatif sözler aklıma geliyor ve etkisi de uzun sürüyor ve etkisinden çıkmak da zor oluyor. Hastalığın ileride yaşanacak etkisiyle ilgili başlıyorlar olur olmaz ifadelere gel de etkilenme ve bu iyi konuşmalardan daha fazla etkiliyor. Hastalıkla ilgili iyi şeyler konuşuldu mu hoşuma gider, evet ama etkisi de kısa sürüyor. Ama olumsuz ifadeler çoğu zaman alıp götürüyor beni dibe doğru... Hastalığı olumlu yönde etkileyecek düşünceyle ilgili böyle uygulamalar duymuştum. Hani vardır ya olumlu düşünün, olumsuz düşünceleri hayatınızdan çıkarmaya çalışın diye. Öyle şeyleri hayatta uygulayamam mesela yapabileceğimi sanmıyorum, bilmiyorum yine de. Olumlu düşünmeye ya da hastalıkla ilgili olumlu şeyler söylenildi mi, bu geçecek diye falan hoşuma gidiyor gaza geliyorum. Ama dedim ya, kısa sürüyor. Kendimle kaldığım zaman güzel olan tarafa değil de kötü olan tarafa odaklanıyorum. O sıkıntının ağırlığı ile kalıyorum bir başıma. Acaba nasıl olacak, kemoterapi nasıl etkileyecek diye bu bana kötü hissettiriyor. Negatif söylemleri düşünüyorum. Mesela, hastalıkla ilgili yorum yapıyorlar. İleriye dönük olarak şu etkisi olur, bu etkisi olur. Uç boyutta şeyler söylüyorlar biliyorum. Hastalığın böyle bir etkisi yok ya da bende öyle olmayacak. Benim hayatımda bu hastalığın böyle bir etkisi olmayacak diye. Ama kendi kendime kalıp düşününce diyorum ki şimdiye kadar olmamış. Ama sende ki şans zaten bu, kesin bu ihtimal gelir seni bulur.” (K6)

Katılımcılar arasında çevrelerinden aldıkları maddi ve manevî desteklerin bir sonucu olarak çevreleriyle olumlu bir etkileşim yaşadığını ifade edenler mevcuttur. Tablo 3.1’de görüldüğü üzere, çevresinden olumlu bir şekilde etkilenen kişiler ile olumsuz etkilendiğini ifade eden katılımcılar bu çalışmada aynı orandadır. Bu çerçevede K29 çevresinden hem olumlu hem de olumsuz etkilendiğini şu sözleriyle ifade etmiştir:

> "İnsan, ailesiyle ve yakın çevresiyle vardır. Onlardan her türlü çok etkilenirim. Hem olumlu hem olumsuz olarak beni çevrem çok ciddi etkiler, onların tesirinde kalabilirim. Bir şey derlerse yaparım, gülerlerse gülerim, kızarlarsa üzülürüm. Ama hep bilirim ki, onlar bana bir şey öneriyorsa kötülüğümü düşünmezler. Bana hep katkı sağlarlar, destek olurlar. Onlar hep yararıma olan şeyleri söylediler. Arkadaşlar ve akrabalar, gelişimimde olumlu katkı sağladılar." (K29)

Tablo 3.1'de öne çıkan bir diğer önemli konu da hastalık gruplarının belirlenen 9 kod üzerindeki dağılımlarında gösterdikleri farklılıklardır. Bu bağlamda veriler incelendiğinde kanser hastalarının 8. ve 9. (*meslek hayatında dışlanmışlık hissetme* ve *çevredekilerden duygusal anlamda çabuk etkilenme*) kodlarda, KOAH hastalarının 5., 6. ve 9. (*istişareye önem verme, hastalığına yönelik yalnızca tıbbi ve diğer bilimsel gelişmelerden etkilenme*, *çevredekilerden duygusal anlamda çabuk etkilenme*) kodlarda, KBH hastalarının ise 5. ve 7. (*istişareye önem verme* ve *ailevi sorumlulukların ağır gelmesi*) kodlarda herhangi bir görüşte bulunmadıkları tespit edilmiştir. Buna göre, hastalık türüne bağlı olarak katılımcı görüşlerinin kodlar üzerinde homojen çeşitlilikte dağılım sergilemediği görülmektedir.

3.1.2. Kronik Hastaların Kendi Duygu, Düşünce ve Davranışlarında Dini ve Manevi Unsurların Etkisi

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş temelli manevi destek ihtiyaçları kapsamında *özerklik* temasına yönelik ihtiyaçları arasında ikinci alt tema incelenmiştir.

Tablo 3. 2. Kronik hastaların Kendi Duygu, Düşünce ve Davranışlarında Dini ve Manevi Unsurların Nasıl Bir Etkiye Sahip Olduklarına Yönelik Bulgular

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
1. Helal-harama, sevap-günaha göre hayatı düzenleyen	Kanser	17	47,2	31,0	K9, K34, K35, K36, K40, K41, K42, K44, K45, K46, K48, K50, K53, K59, K63, K71, K74

	KOAH	11	30,6		K25, K26, K27, K28, K29, K31, K32, K51, K58, K68, K69
	KBH	8	22,2		K13, K14, K15, K20, K21, K23, K52, K73
	Toplam	36	100,0		
2. Dua yoluyla destek sağlayan	Kanser	9	64,3	12,1	K3, K6, K41, K42, K43, K49, K54, K56, K62
	KOAH	2	14,3		K25, K58
	KBH	3	21,4		K13, K21, K76
	Toplam	14	100,0		
3. Allah inancını artıran	Kanser	12	85,7	12,1	K7, K8, K12, K34, K35, K36, K37, K49, K50, K64, K65, K77
	KOAH	2	14,3		K26, K67
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	14	100,0		
4. Moral-motivasyon artıran	Kanser	9	81,8	9,5	K4, K38, K39, K40, K43, K44, K47, K55, K61
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	18,2		K18, K19
	Toplam	11	100,0		
5. Ferahlık veren	Kanser	5	62,5	6,9	K5, K10, K39, K66, K72
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	3	37,5		K15, K24, K79
	Toplam	8	100,0		
6. Teselli eden	Kanser	3	60,0	4,3	K43, K44, K63
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	40,0		K17, K76
	Toplam	5	100,0		
7. Ahiret inancını güçlendiren	Kanser	5	100,0	4,3	K2, K8, K37, K46, K55
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	5	100,0		
8. Güç veren	Kanser	3	60,0	4,3	K38, K50, K59
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	40,0		K16, K60
	Toplam	5	100,0		
9. Namaz ile teskin eden	Kanser	3	60,0	4,3	K6, K45, K47
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	40,0		K14, K73
	Toplam	5	100,0		
	Kanser	2	100,0	1,7	K11, K77

10. Allah korkusunu artıran	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	2	100,0		
11. İbadet noksanlığında huzursuzluk veren	Kanser	0	0,0	1,7	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K18, K52
	Toplam	2	100,0		
12. Dini inancı olup etkisi olmayan	Kanser	2	33,3	5,2	K1, K75
	KOAH	2	33,3		K33, K57
	KBH	2	33,3		K22, K70
	Toplam	6	100,0		
13. Dini inancı olmayıp etkisi olmayan	Kanser	0	0,0	2,6	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	3	100,0		K24, K30, K78
	Toplam	3	100,0		
Genel Toplam		**116**	-	**100,0**	

Tabloda kronik hastaların kendi duygu, düşünce ve davranışlarındaki özerkliğine dini ve manevi unsurların nasıl bir etkiye sahip olduklarına ilişkin 13 kod yer almaktadır. Bu kodlar arasında en yüksek frekans değerine *helal-harama, sevap-günaha göre hayatı düzenleyen* (f=36; %31,0) kodunun sahip olduğu görülmektedir. Bu kodun ardından sırasıyla *dua yoluyla destek sağlayan* (f=14; %12,1), *Allah inancını artıran* (f=14; %12,1) *ve moral-motivasyon artıran* (f=11; %9,5) kodlarının geldiği görülmektedir.

Tabloda 3.2'de kronik hastaların kendi duygu, düşünce ve davranışlarında dini ve manevi unsurların etkilerine yönelik belirlenen diğer kodlar ise sırasıyla, *ferahlık veren* (f=8; %6,9), *teselli eden* (f=5; %4,3), *ahiret inancını güçlendiren* (f=5; %4,3), *güç veren* (f=5; %4,3), *namaz ile teskin eden* (f=5; %4,3), *Allah korkusunu artıran* (f=2; %1,7) ve *ibadet noksanlığında huzursuzluk veren* (f=2; %1,7) kodları yer almaktadır. Ayrıca katılımcıların 6'sı (%5,2) görüşmede, dini inancı olsa da kendi duygu, düşünce ve davranışlarında dini ve manevi unsurların etkisi olmadığını; 3'ü (%2,6) ise dini inancı olmadığı için herhangi bir etkinin söz konusu olmadığını belirtmiştir.

Araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğu, dinin hayatlarını haram-helaller yoluyla tanzim ettiğini ve sınırlandırdığını ifade etmişlerdir. Bu konuda K14 haram ve helallerin, kendi duygu ve davranışlarında etkili olduğunu şu sözlerle belirtmiştir:

> "Helal ve haramlar, davranışlarımı, duygularımı, şekillendirir; namaz, sakinleştirir. Bunlar hakkında daha çok bilgim olsun isterim. Rahatsızlığım mideye de nüksedince, daha da sert tepkiler vermeye başladım. Bir çocuğun diyalize girdiğini görürsem oturup ağlıyorum. Çevremdekilerin her anlamda tesirinde kalabiliyorum. Çok sinirleniyordum, evdekilere çatıyordum. Ama namaza başladığımdan beri daha sakinleştim, biraz daha ağırbaşlı oldum. Haram helal duygusu davranışlarımı şekillendiriyor. Namaz kılarken veya bir şeyi haram olduğu için terk ederken kendi irademle yaptığım için kendimi daha iyi hissediyorum." (K14)

Tablo 3.2'de bir diğer öne çıkan konu, katılımcıların karar verme süreçlerinde, duygu ve davranışlarında özerklikleri için duaya başvurmalarıdır. Bu bağlamda K25 açıklamasında özerklik için duaya başvurduğunu aşağıdaki cümlelerle ifade etmiştir:

> "Çevremden fazla etkilenmem. Kendi kararlarımı kendim alabilirim. Haram helaller davranışlarımı etkiliyor. Bu haram yapmayayım şu hareketimi Allah sever yapayım dediğim oluyor. Dua isteyerek ve dua ederek daha güçlü olmaya çalışıyorum." (K25)

Araştırmada, Allah'a inancıyla ve O'na olan yakınlığını arttırma çabasıyla özerkliği için destek arayışında olduğunu ifade eden katılımcılar da vardır. Bunlar arasında K36, özerklik durumunu, Allah'a yakınlaşma arzusunu ve helal-haramlar hakkındaki bilgilendirilme isteğini şu şekilde ifade etmektedir:

> "Hastalığa yakalandığımdan ve özellikle tedavim başladığından beri kendi kararlarımı kendim alacak durumda değilim. Görüyorsunuz bir cihaza bağlıyım, adeta onun esiriyim şu an. Allah'a daha çok yakınlaşmak, ona teslimiyetimin artması, beni asıl özgürlüğüme kavuşturacaktır. Helal ve haramlar konusunda bilmediklerimi öğrenmek

> isterim ve Helaller çerçevesinde düşünmek yaşamak beni daha mutlu kılar. Neticede ben ölümden korkmuyorum, günaha girmekten korkuyorum." (K36)

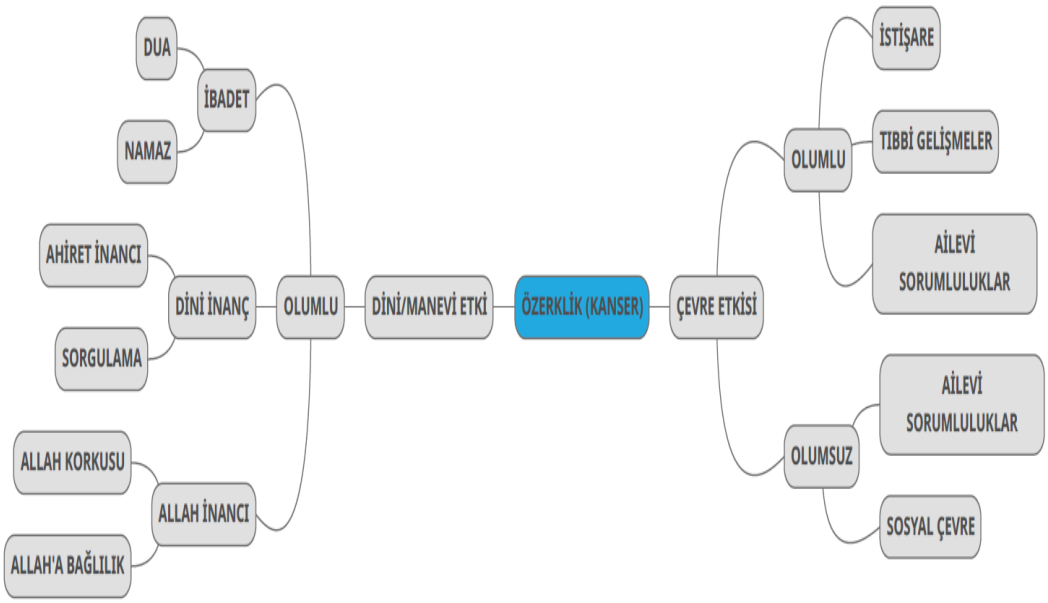
Tablo 3.2'de öne çıkan bir diğer önemli konu da hastalık gruplarının kodlar üzerindeki dağılımlarındaki farklılıklardır. Bu bağlamda veriler incelendiğinde, kanser hastalarının 11. (*ibadet noksanlığında huzursuzluk veren*) kodda, KOAH hastalarının 1., 2., 3. ve 4. (*helal –haram, sevap-günahlarla hayatı düzenleyen, dua yoluyla destek sağlayan, Allah inancını artıran* ve *moral-motivasyon artıran*) kodlarda, KBH hastalarının ise 7. ve 10. (*ahiret inancını güçlendiren* ve *namaz ile teskin eden*) kodlarda görüş bildirmediği sonucuna varılmaktadır. Buna göre, hastalık türüne bağlı olarak katılımcı görüşleri kodlar üzerinde homojen çeşitlilikte dağılım göstermemektedir.

3.1.3. Özerklik Temasıyla İlgili Değerlendirme

Bu temada katılımcıların duygu, düşünce ve davranışlarında çevrelerinin ve dini/manevi unsurların etkisi irdelenmiştir. Tablo 3.1.'de de görüldüğü üzere, katılımcıların %39,8'i kendi duygu, düşünce ve davranışlarından çevreden etkilenmediği; %60,2'sinin de çevresinden etkilendiği tespit edilmiştir. Tablo 3.2.'de ise katılımcıların %92,2'si duygu, düşünce ve davranışlarında dini/manevi unsurların tesirinde kaldıklarını ifade ettikleri raporlanmaktadır. Bu etki dinin kurumsal/sosyal yönüyle olmayıp tamamen bireysel yönüyle alakalıdır. Katılımcıların kendi duygu düşünce ve davranışlarında özgür olmaları için yine dini manevi unsurlara başvurdukları Tablo 3.2'de görülmektedir. Her iki alt temada da hastaların yoğun bir şekilde etkilendiği sonucuna ulaşıldığı görülürken özellikle katılımcıların tamamına yakınının çevresel unsurlara nazaran dini/manevi unsurlardan daha çok etkilendiği anlaşılmaktadır.

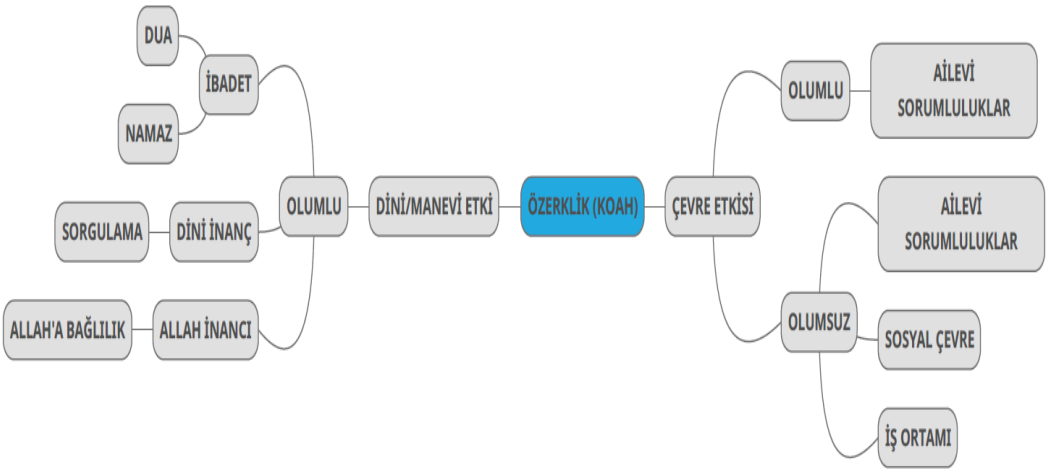
Temadan elde edilen kodlar vasıtasıyla 3 hastalık grubu merkezli kavram haritası çıkarılmıştır. *Özerklik teması, dini/manevi* ve *çevre etkisi* olarak 2 alt temada ele alınmıştır. Bu alt temalar da olumlu ve olumsuz etkiler başlığı altında sınıflandırılarak

kavramlar ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Aşağıda sırasıyla; kanser, KOAH ve KBH hastalarına dair çıkarılan bu kavram haritaları aktarılmaktadır:



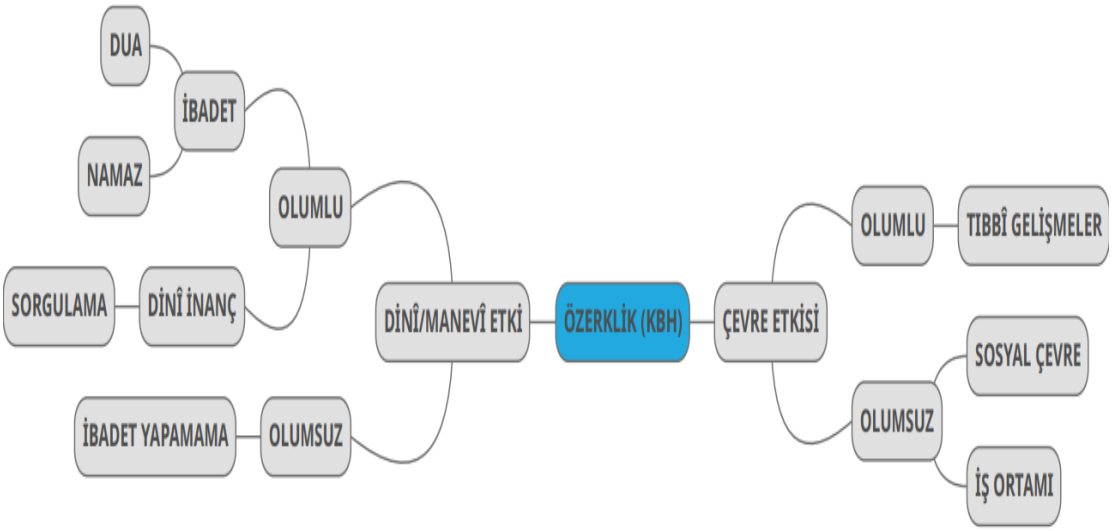
Şekil 3. 1. Özerklik (Kanser) Kavram Haritası

Şekil 3.1.'de görüldüğü üzere; özerklik temasında kanser hastalarının ailevi sorumlulukların ağırlığı ve sosyal çevrelerinin tutumları olumsuz bir etkiye sahipken, ailevi sorumlulukların hem olumlu hem de olumsuz bir etki yaptığı anlaşılmaktadır. Bireyin aile içerisindeki konumu gereği alması gereken kararlar ve yerine getirmesi gereken vazifeler, hastalıkların mutlak tedavisine ilişkin tıbbi gelişmeler ve çevresiyle istişare etmesi özerkliği olumlu yönde etkilemektedir. Kanser hastalarında dini/manevi unsurların özerkliğe olumsuz bir etkisi söz konusu olmazken, Bir ibadet olarak dua ve namazın, Allah inancı bağlamında Allah'a olan bağlılığın ve Allah'tan korkmanın, dini inanç bağlamında ahirete inanmanın ve hayata helal-haram gibi dini merkezli sorgulayıcı yaklaşımlar kanser hastalarının özerkliğine olumlu etkide bulunduğu görülmektedir.



Şekil 3. 2. Özerklik (KOAH) Kavram Haritası

Kanser hastalarındaki gibi KOAH hastalarında da dini/manevi unsurların etkisinin olumsuz boyutu olmadığı ve ailevi sorumlulukların hem olumlu hem de olumsuz bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca bu sonuçlardan hareketle kanser hastalarına kıyasla KOAH hastalarının istişare ve tıbbi gelişmelerden etkilenmediği anlaşılmaktadır. KOAH grubunun kanser hastalarından farklılaştı husus, iş ortamındaki olumsuz tutumların özerkliği olumsuz yönde etkilemesidir.



Şekil 3. 3. Özerklik (KBH) Kavram Haritası

Diğer taraftan KBH hastalarının dini/manevi faktörlerden olumsuz yönde etkilenmeleri, onları kanser ve KOAH hastalarından ayıran önemli bir özellik olmuştur. Bu durumun ortaya çıkmasının nedenleri arasında, diyaliz tedavi sürecinin uzun zaman alması ve bireyin fiziksel yönden büyük etkilere maruz kalması, namaz gibi belirli vakitlerle sınırlandırılmış ve oruç gibi beden gücü gerektiren ibadetlerin zorlaştırıyor olması söylenebilir.

Elde edilen bulgulara göre, hastalıkların tedavileriyle ilgili tıbbi gelişmelerin KBH hastalarını kanser hastaları gibi olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Ayrıca 3 hastalık grubunda da haram ve helallerin sorgulanması, dua ve ibadetin katılımcıların özerkliklerini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde bu bağlamda özerklik-din ilişkilerini ele alan muhtelif araştırmalar mevcuttur. Göçen (2012), özerklik ile dini yönelim arasında negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaştığını ifade etmektedir. Kilit (2019), kader algısının özerklikle ilişkisini ele aldığı çalışmasında bireyin dini mezhebinin bu ilişkide önemli bir rol oynadığını, ehlisünnet ve cebriye mezheplerindeki bireylerde negatif yönde, mutezile mezhebindeki bireylerde kader algısı ile özerklik arasında pozitif yönde ilişkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuçlar, bazı yönleriyle yapılan bu çalışmanın bulgularıyla benzerlikler gösterse de bulgularımızın yorumlanmasında yetersiz kaldığı durumlar da söz konusudur. Örneğin, özerklik için sunulacak manevi destek kapsamında sınırlandırıcı olan haram-helaller hakkında bireyin bilgilendirilmesi, yaratıcısına daha çok bağlanmasına yardım edilmesi gibi talepler büyük bir çelişki gibi görünmektedir. Fakat birçok dindar için Allah'a bağlanma, özerkliğe zarar vermediği gibi güvende olma ve özgürleşme olarak algılanır. Allport'un (2004, s. 72) olgunluk dinini ele alırken özerkliğe yaklaşımı, bu hususun daha da aydınlatılmasına katkı sağlayabilecek niteliktedir. Allport olgunluğun temel şartlarından birisinin de özerklik olduğuna işaret etmektedir. Wulff (1991, s. 583) özerkliğin sadece Allport'un dindarlık yaklaşımının değil onun kişilik kuramının da temelini oluşturduğunu ifade etmektedir. Elbette ki olgunluğun içerisinde ahlâki olgunluğun da olduğunu söylemekte yarar vardır. Ahlâki olgunluğun dindarlığı olumlu etkilemesi de gözlemlenen bir sonuçtur. Koçak ve Kayıklık (2022, s. 109) ahlâkî olgunluğun dindarlığın daha derunî bir dindarlığı ortaya çıkaracağını açıkça dile getirmektedir.

Katılımcıların özerklik için dini yaşantıya meyletmelerini açıklayabilecek bir diğer husus, görüşmelerin pandemi dolayısıyla kısıtlamaların devam ettiği bir dönemde gerçekleştirilmesidir. Katılımcılar pandemiden dolayı uygulanan kısıtlamalara ilave olarak kemoterapi ve diyaliz gibi kısıtlayıcı ve kendilerini bağlayıcı tedaviler alıyor olması katılımcıların özgürlük kavramını sorgulatmasına ve nihai özgürlüğü manevi yollarla aramasına meylini kolaylaştırmaktadır. Maguire ve diğerlerinin (2019) kronik hastaların özerklik anlayışlarının değişmesini, hastaların durumlarını (tedavi için diğer kişilere muhtaç olduklarını) kabullenmeleriyle açıklamıştır. Buna göre, elde edile bu sonuç araştırmanın özerklikle ilgili bulgularını destekler mahiyettedir.

3.2. Kronik hastaların Çevreyi Yönetme Becerisi Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek ihtiyaçları kapsamında *çevreyi yönetme becerisi* temasına yönelik ihtiyaçları iki alt temada incelenmiştir. Bu alt temalar, *kronik hastaların günlük yaşantılarının sorumlulukları ve zorluklarıyla baş etme süreci* ve *günlük yaşantılarının sorumlulukları ve zorluklarıyla baş etme sürecinde, kendilerine dinen ve manen destek olduğunu düşündükleri hususlar* olarak gruplandırılmıştır.

3.2.1. Günlük Yaşantılarının Sorumlulukları ve Zorluklarıyla Baş Etme Süreci

Katılımcıların cevaplarının analizinden elde edilen 7 kod değerlendirilmiştir. Kodlar ve hastalık türlerine ilişkin veriler Tablo 3. 3.'te ortaya konulmuştur.

Tablo 3. 3. Kronik Hastaların Günlük Yaşantılarının Sorumlulukları ve Zorluklarıyla Baş Etme Sürecinde Nasıl Bir Yol İzlediklerine Yönelik Bulgular

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
1. Aile desteği alma	Kanser	12	41,4	33,4	K4, K5, K6, K9, K10, K12, K34, K46, K53, K59, K62, K64
	KOAH	5	17,2		K26, K29, K33, K58, K69

	KBH	12	41,4		K13, K15, K17, K18, K19, K20, K21, K22, K52, K76, K78, K79
	Toplam	29	100,0		
2. Kimseden yardım istememe	Kanser	17	60,7	32,2	K1, K2, K7, K8, K36, K37, K40, K41, K43, K44, K50, K55, K63, K66, K72, K74, K77
	KOAH	8	28,6		K25, K27, K31, K33, K51, K57, K67, K68
	KBH	3	10,7		K24, K30, K73
	Toplam	28	100,0		
3. Zorlansa da yılmama	Kanser	12	66,7	20,7	K3, K11, K34, K38, K39, K45, K48, K49, K54, K56, K65, K71
	KOAH	3	16,7		K28, K32, K69
	KBH	3	16,7		K14, K16, K70
	Toplam	18	100,0		
4. Yorulduğu yerde gayreti bırakma	Kanser	3	60,0	5,7	K46, K47, K61
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	40,0		K23, K60
	Toplam	5	100,0		
5. Zorlukları görmezlikten gelme	Kanser	3	100,0	3,4	K3, K6, K42
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	3	100,0		
6. Bakıcı desteği alma	Kanser	2	100,0	2,3	K10, K35
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	2	100,0		
7. İlaçlardan güç alma	Kanser	0	0,0	2,3	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K22, K70
	Toplam	2	100,0		
Genel Toplam		**87**	-	**100,0**	

Tabloda kronik hastaların, günlük yaşantılarının sorumlulukları ve zorluklarıyla baş etme sürecinde nasıl bir yol izlediklerine ilişkin kodlar incelenmiş, toplam 7 kodun üretildiği ve en yüksek frekansların *aile desteği alma* (f=29; %33,4) ve *kimseden yardım istememe* (f=28; %32,2) kodlarına ait olduğu görülmüştür. Bu kodun hemen ardından *zorlansa da yılmama* (f=18; %20,7) kodunun öne çıktığı belirlenmiştir.

Tabloda kronik hastaların günlük yaşantılarının sorumlulukları ve zorluklarıyla baş etme sürecinde nasıl bir yol izlediklerine yönelik belirlenen diğer kodlar ise sırasıyla, *yorulduğu yerde gayreti bırakma* (f=5; %5,7), *zorlukları görmezlikten gelme* (f=3; %3,4), *bakıcı desteği alma* (f=2; %2,3) ve *ilaçlardan güç alma* (f=2; %2,3) olarak tespit edilmiştir.

Araştırmada, günlük işlerle başa çıkarken ailesinden destek aldığını ifade edenler öne çıkmaktadır. Eşinden destek aldığını ifade eden K22, bu yardımların bir yere kadar kendisine yettiğini şu sözleriyle ifade etmektedir:

> "Çok hoş olacak yollara başvurmuyorum... Hastalıkla birlikte ağır sorumluluklar var çocuklar var onlar zaten kafamın içini daha beter dolduruyor tek başıma olsam daha rahat olurdum evlenirken de bu hastalık vardı. Hayatım düzene girer diye anne zoruyla evlendim. Ama eşimi sevdim seviyorum da bu hastalık etrafınızdakileri de yıpratıyor. Hepsi sorumluluk demektir. Ölsem ne olacak diye düşünmek çok yıprattı. Bazen önce kendini düşün diyorum. Eşim elinden geldiğince destek oluyor ama o da bir yere kadar oluyor..." (K22)

Kimseden yardım istemeyenlerin oranı da ailesinden yardım isteyenlerden sonra öne çıkan sayıdadır. K27 bu durumu özetlerken kimseye muhtaç olmayı istememek şeklinde tasvir etmektedir.

> "Sakince üstesinden gelmeye çalışıyorum. Kimseye yük olmak istemiyorum. Kendimi birisine yükmüşüm gibi hissedersem bu beni daha kötü yapacak, bunu çok iyi biliyorum. Yardım edeyim falan diyorlar ama ben elden ayaktan düştüm mü ki diyorum." (K27)

Bu temadaki bir diğer yüksek frekans da zorlansa da gayreti elden bırakmadıklarını söyleyenlere aittir. Bu, bir önceki kodla her ne kadar aynı görünse de bu kodun ortaya çıkmasını sağlayan bireyler, dış faktörlerden etkilenerek yardım talep etmemektedirler. K14'un ifadelerine de bakıldığında çevrenin tutumunun olumsuz bir şekilde olması veya algılanması üzerine bireylerin günlük işlerle tüm zorluklara rağmen mücadele etmeye çalıştıkları anlaşılmaktadır.

"Zorlansam da gayret ediyorum oturup dinleniyorum. Yoksa başkasından destek almak zoruma gidiyor. Mesela, ayağım kırılmıştı annemden yardım alıyordum o zaman çok zoruma gidiyordu. Sanki ben hasta değilim de öylesine bir rol yapıyormuşum gibi kabul ediyorlar diye düşünüyorum. Azıcık aşım ağrısız başım diye bir söz var ya onu benim kadar kimse iyi bilemez." (K14)

Tablo 3.3.'teki veriler hasta grupları açısından ele alındığında; 7. (*ilaçlardan güç alma*) hariç tüm kodlarda kanser hastalarının, 1., 2. ve 3. (*aile desteği, kimseden yardım istememe* ve *zorlansa da yılmama*) kodlarda KOAH hastalarının, 5. ve 6. (*zorlukları görmezlikten gelme* ve *bakıcı desteği*) kodlar hariç tüm kodlarda KBH hastalarının olduğu görülmüştür. Hasta gruplarının kodlardaki farklılığı sayıca az gibi görünse de bu alt temada toplamda 7 kodun olması, gruplar arasında önceki alt temalarla aynı seviyede bir heterojen dağılım olduğu sonucunu ortaya koymuştur.

3.2.2. Günlük Yaşantılarının Sorumlulukları ve Zorluklarıyla Baş Etme Sürecinde Dinî ve Manevî Unsurlar

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş temelli manevi destek ihtiyaçları kapsamında *çevreyi yönetme becerisi* temasına yönelik ihtiyaçlarındaki ikinci alt tema incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 3.4.'te ortaya konulmuştur.

Tablo 3. 4. Kronik Hastaların Günlük Yaşantılarının Sorumlulukları ve Zorluklarıyla Baş Etme Sürecinde, Kendilerine Dinen ve Manen Destek Olduğunu Düşündükleri Hususlara Yönelik Bulgular

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
1. Dua etmek	Kanser	23	56,1	32,8	K1, K3, K4, K6, K37, K38, K41, K42, K43, K44, K45, K46, K47, K48, K49, K53, K59, K62, K64, K66, K74, K75, K77
	KOAH	9	22,0		K25, K28, K29, K31, K32, K33, K58, K68, K69

	KBH	9	22,0		K14, K18, K19, K20, K21, K23, K30, K73, K79
	Toplam	41	100,0		
2. Şükretmek	Kanser	6	46,2	10,4	K1, K35, K40, K50, K55, K63
	KOAH	5	38,5		K25, K28, K51, K67, K69
	KBH	2	15,4		K15, K60
	Toplam	13	100,0		
3. Tevekkül etmek	Kanser	6	46,2	10,4	K2, K5, K36, K50, K72, K77
	KOAH	5	38,5		K26, K27, K51, K58, K67
	KBH	2	15,4		K16, K30
	Toplam	13	100,0		
4. Kur'an Okumak	Kanser	12	100,0	9,6	K2, K4, K6, K10, K12, K43, K44, K45, K54, K61, K71, K74
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	12	100,0		
5. Namaz kılmak	Kanser	9	81,8	8,8	K4, K6, K10, K39, K43, K44, K54, K62, K64
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	18,2		K14, K78
	Toplam	11	100,0		
6. Zikir çekmek	Kanser	6	75,0	6,4	K8, K39, K43, K47, K63, K66
	KOAH	2	25,0		K28, K68
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	8	100,0		
7. Kelime-i Şahadet ve Kelime-i Tevhid okumak	Kanser	3	42,9	5,6	K37, K39, K59
	KOAH	2	28,6		K32, K57
	KBH	2	28,6		K23, K76
	Toplam	7	100,0		
8. Arkadaşlık bağı	Kanser	5	71,4	5,6	K7, K8, K9, K71, K75
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	28,6		K24, K52
	Toplam	7	100,0		
9. Aile bağı	Kanser	5	100,0	4,0	K7, K10, K11, K53, K65
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	5	100,0		
10. Bütün ibadetler	Kanser	2	50,0	3,2	K37, K56
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	50,0		K17, K70
	Toplam	4	100,0		
	Kanser	2	100,0	1,6	K10, K34

11. Dini mekânları ziyaret etmek	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	2	100,0		
12. Dini kitapları okumak	Kanser	0	0,0	1,6	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K17, K22
	Toplam	2	100,0		
Genel Toplam		**125**	-	**100,0**	

Tabloda kronik hastaların, günlük yaşantılarının sorumlulukları ve zorluklarıyla baş etme sürecinde, kendilerine dinen ve manen destek olduğunu düşündükleri hususlara ilişkin kodlar incelendiğinde, toplam 12 kodun üretildiği ve en yüksek frekansın *dua etmek* (f=41; %32,8) koduna ait olduğu görülmüştür. Bu hususta üretilen diğer kodlar ise sırasıyla, *şükretmek* (f=13; %10,4), *tevekkül etmek* (f=13; %10,4), *Kur'an okumak* (f=12; %9,6), *namaz kılmak* (f=11; %8,8), *zikir çekmek* (f=8; %6,4), *Kelime-i Şahadet ve Kelime-i Tevhid okumak* (f=7; %5,6), *arkadaşlık bağı* (f=7; %5,6), "aile bağı " (f=5; %4,0), *bütün ibadetler* (f=4; %3,2), *dini mekânları ziyaret etmek* (f=2; %1,6) ve *dini kitapları okumak* (f=2; %1,6) olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların günlük hayatın zorluklarıyla baş etmede en çok destek bulduklarını söyledikleri en önemli faktör duadır. Bu kod diğer kodlara nazaran çok daha yüksek frekansla ön plana çıkmaktadır. Hastalığa maddi yaklaşan K19 hastalıkla birlikte ortaya çıkan günlük işlerdeki güç kayıplarına karşı duaya sığındığını belirtmektedir.

> "… Yorulunca dua ediyorum ama neticede biliyorum ki benim bu durumum biyolojik ama rahatlamak için de olsa "Allah'ım bana yardım et" diye dua ediyorum bu beni zihinsel olarak rahatlatıyor." (K19)

Temada ikinci sırada ön plana çıkan kod, *şükretmek*tir. Şükürde bir teslimiyet olduğu ve şükrün önemli bir moral kaynağı olduğunu K25'nin ifadelerinden anlamak mümkündür.

> "Tek başıma yaşadığım için tüm sorumluluklarımı kendim yerine getirmeye çalışıyorum. Zorluklarla da kendi başıma mücadele etmek

> zorunda kalıyorum. Bu yüzden hastalığıma rağmen güçlü olmak zorundayım. Kendimi bıraktığım anda işlerimin daha da zorlaşacağını biliyorum. Mesela, hastalığımdan dolayı nefes tıkanıklığı yaşıyorum. Yanımda yardım edecek kimse olmadığı için her an tedbirli olmak zorunda kalıyorum. ... Ancak hastalığıma alıştığım için artık üzülmüyorum da. Durumu benden kötü olanlar vardı ben yine de kendi işlerimi kendim görebiliyorum diyerek şükrediyorum." (K25)

Şükretmek koduyla aynı ağırlıkta *tevekkül etmek* de araştırmada ön plana çıkan kodlar arasındadır. K50'nin tevekküle dair açıklamalarına bakıldığında tevekkülü içsel bir sükûnet ve motivasyon kaynağı olarak gördüğü anlaşılmaktadır.

> "Kimseden yardım istemiyorum. Çocuklarım var. Aynı zamanda ben bir öğretmenim. Gerek hastalığı yenmem için motive olmamda gerekse evin işlerini yaparken, mesela çocuklarımın bakımı vs., neden bu kadar ağır hastayken pes etmememem gerektiğini bana hatırlatıyor. Şu an mesleğimi yapamıyorum, öğrencilerim de benim evlatlarımdır onlara kavuşabilmek için çaba sarf ediyorum. Bu yüzden günlük işlerde de asla pes etmem. Şükrediyorum halime ve elimden geleni yapıyorum gerisi Allah'ın takdiri diyorum" (K50)

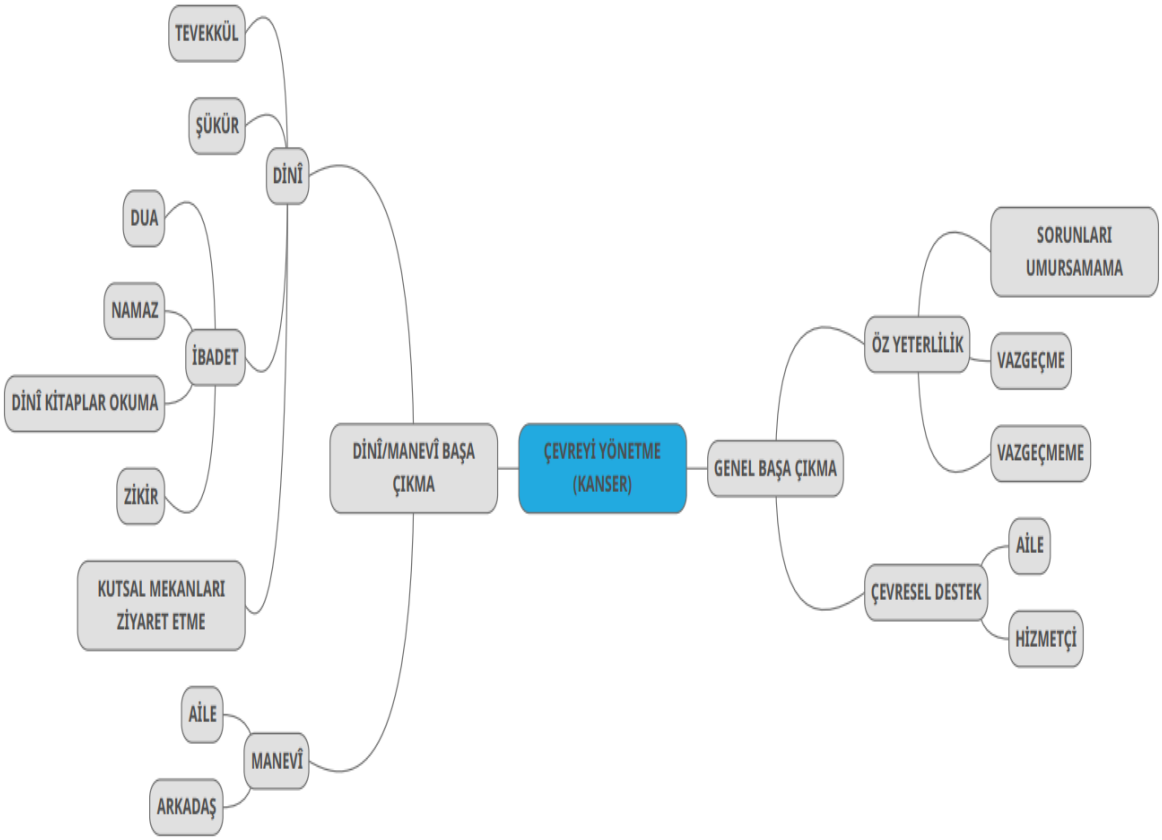
Günlük hayatın zorlukları ve sorunlarıyla baş etmedeki dini ve manevi unsurlar hususunda Tablo 3.4'teki kodlar hasta grupları merkezli ele alınmıştır. 12. kod *(dini kitapları okumak*) hariç tüm kodlarda kanser hastalarının, 4. 6. 9. 11. (*Kur'an okumak zikir çekmek, aile bağı, dini mekânları ziyaret etmek*) haricindeki tüm kodlarda KBH hastalarının, 1.-3. (*dua etmek, şükretmek, tevekkül etmek*) ve 6. ve 7. (*zikir çekmek, Kelime-i şahadet ve Kelime-i tevhid okumak*) kodlarda KOAH hastalarının olduğu görülmüştür. Katılımcı gruplar arasında kanser hastalarının diğer gruplara kıyasla günlük zorluklarla başa çıkarken dini/manevi yollara başvurmada daha çeşitli araçlara sahip olduğu görülmektedir.

3.2.3. Çevreyi Yönetme Ustalığı Temasıyla İlgili Değerlendirme

Bu başlık altında katılımcıların çevreyi yönetme ustalığı kapsamındaki bulgular literatürde yer alan araştırmaların sonuçlarıyla birlikte değerlendirilmiştir.

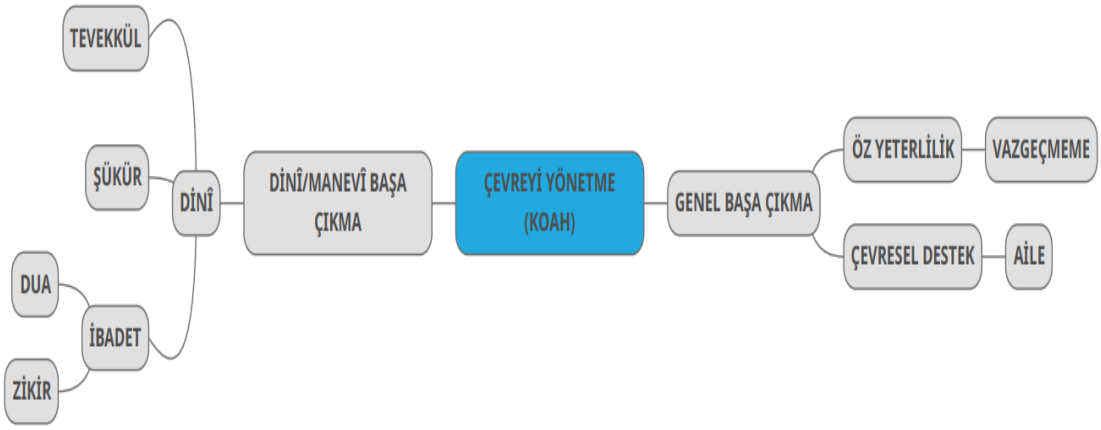
Katılımcıların günlük hayatın sorumluluklarıyla ve zorluklarıyla baş etmede nasıl bir yol izlediklerine bakıldığında; katılımcıların %33,4'ü ailesinden, %2,3'ü bakıcı ve hizmetçilerden, %2,3'ü ilaçlardan destek aldığı görülmektedir (bkz. Tablo 3.3.). Kronik hastaların günlük yaşantılarının sorumlulukları ve zorluklarıyla baş ederken kendilerine destek olduğunu düşündükleri dini/manevi unsurlara bakıldığında; dua, zikir ve ibadet gibi dini vecibelerin, şükür ve tevekkül gibi dini tutumların, arkadaşlık ve aile gibi manevi bağların ön plana çıktığı anlaşılmaktadır.

Temadaki kodlar izlenerek oluşturulan 3 hastalık merkezli kavram haritasında, ç*evreyi yönetme* teması, *dini/manevi başa çıkma* ve *genel başa çıkma* olarak 2 alt temada ele alınmıştır. *Dini/manevi başa çıkma* alt teması *dini ve manevi*; *genel başa çıkma* alt teması *öz yeterlilik* ve *çevresel destek* başlıkları şeklinde sınıflandırılarak kavramlar ortaya çıkarılmıştır. Sırasıyla kanser, KOAH ve KBH hastalarına ilişkin kavram haritaları Şekil 3.4., 3.5. ve 3.6.'da sunulmuştur.



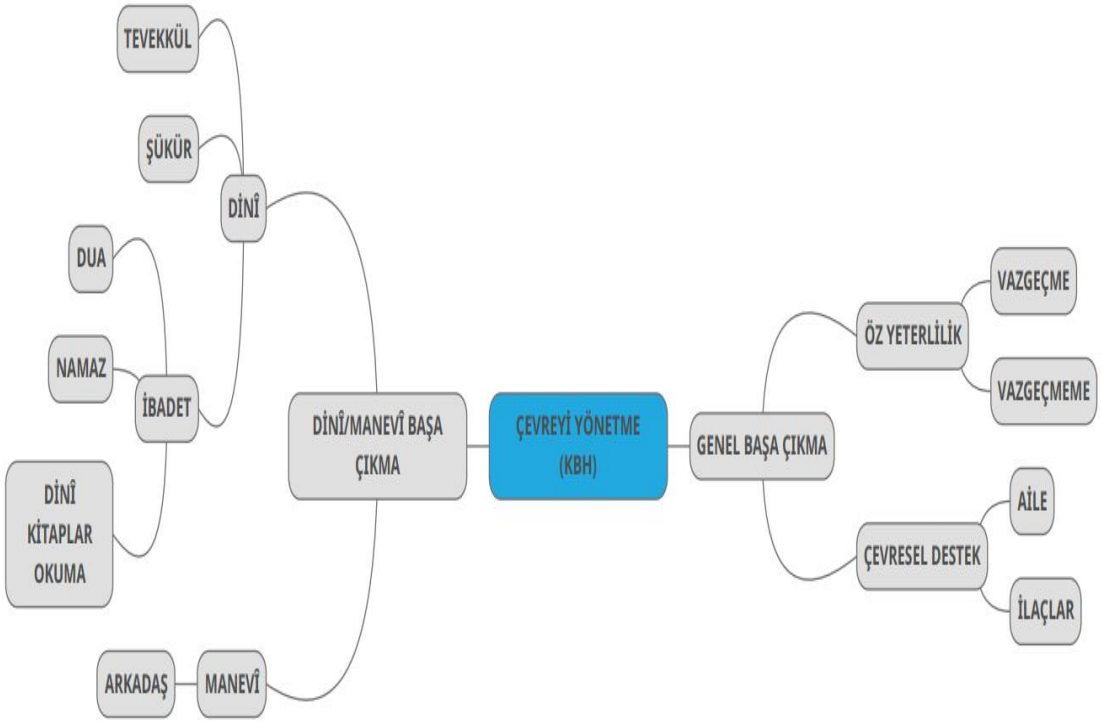
Şekil 3. 4. Çevreyi Yönetme Ustalığı (Kanser) Kavram Haritası

Kanser hastalarının zorlukların üstesinden gelirken manevi olarak aile olmanın verdiği güçle başa çıktıkları görülmektedir. Günlük işlerde tüm hastalık grupları ailesinden destek aldığını ifade etseler de ailenin manevi gücünü sadece kanser hastaları vurgulamıştır. Aynı şekilde, görüşmede kutsal mekânların ziyaretini sadece kanser hastalarının gündeme getirdiği görülmüştür. Katılımcı gruplar arasında diğer hastalık gruplarına kıyasla kanser grubunda dini ve manevi başa çıkma yollarının daha çeşitli olduğunu söylemek mümkündür. Kanser hastalarının gündelik zorluklarla genel başa çıkmada, sorunları görmezden gelmeye çalışması, kemoterapinin olumsuz etkisi nedeniyle hizmetçiden yardım alması da bu grubu diğer hastalık gruplarından ayıran maddeler arasındadır.



Şekil 3. 5. Çevreyi Yönetme Ustalığı (KOAH) Kavram Haritası

Şekil 3.5.'te de sunulduğu gibi, hastalık grupları arasında başa çıkma çeşitliliği bakımından en zayıfı olarak nitelenebilecek grubun KOAH'lılar olduğu söylenebilir. Bu durumun başlıca nedenleri arasında KOAH'lı katılımcıların pes ettiğine dair bir açıklamasının olmaması ve manevi başa çıkma yollarına başvurmaması onları diğer hastalık gruplarından ayırmaktadır.



Şekil 3. 6. Çevreyi Yönetme Ustalığı (KBH) Kavram Haritası

Şekil 3.6.'da görüldüğü üzere, KBH hastalarının dini kitap okumaları, dua ve namaz hususlarında kanser hastalarıyla, aile ve pes etmemek genel başa çıkma araçlarıyla da her iki grupla benzeştiği görülmektedir. Kanser ve KBH hastaları benzer şekilde zorluklar karşısında öncelikle vazgeçmemeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Sorunu tek başlarına aşamadıkları durumlarda vazgeçtiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların vazgeçmeyi, zorlukları aşamamalarının olumsuz psikolojik etkisine karşı bir koruma olarak kullandıklarını söylemek mümkündür. KBH hastalarının ilaçlardan destek aldığını belirtmesi onları kanser ve KOAH hastalarının ayrıştırmaktadır.

Kutsal mekânları ziyaret, zikir ve aileden dini/manevi destek almamaları, KOAH hastalarını kanser hastalarından ayrıştırmaktadır. Sonuç olarak üç hasta grubunun da dini/manevi başa çıkma yollarına genel başa çıkma yollarından daha çeşitli bir şekilde başvurdukları görülmektedir.

Bireyin günlük meşakkati ne kadar zor olursa olsun, bu meşguliyet onun beklentilerine, amaç ve hedeflerine cevap verdiği sürece, hayatını anlamlandırma fonksiyonu kaybolmaz. Buna karşılık bireyin günlük uğraşları ne kadar kolay ve sürükleyici olursa olsun beklentilere cevap veremez hale gelirse anlamlandırma fonksiyonu kaybolur (Bahadır, 2000, s. 448). Bu bağlamda sağlık sorunlarıyla mücadele eden hasta, hayatı anlamlı bulduğunda gündelik hayatın zorluklarıyla da baş etmede gayretli olabilmektedir. Katılımcıların cevapları arasında çocukları ve öğrencileri için günlük hayatın zorluklarıyla mücadelesini vurgulaması ve tüm sıkıntılara rağmen Allah'a şükrettiğini ifade etmesi, hayatın bir amacı olduğunda gayretin elden bırakılmadığının bir göstergesidir.

Katılımcıların gündelik hayatın zorluklarıyla başa çıkmasında başvurdukları yöntemlerden birisi olarak dua, ön plana çıkmaktadır. James, duanın dinin özü ve ruhu olduğunu, sorunların giderilmesinde önemli bir rol oynadığını ifade eder. Ona göre, dua vasıtasıyla ortaya çıkan ruhsal enerji olgusal dünyaya akar ve psikolojik veya maddi etkiler oluşturur (James, 2017, ss. 474, 495). Katılımcılardan K19'un da ifadesinde belirttiği gibi "rahatsızlığın biyolojik olduğunu" bilmesine rağmen dua içsel huzur için önem arz etmektedir. Whittington ve Scher (2010) tapınma (adoration),

günah çıkarma (confession), şükran (thanksgiving), yalvarma/rica (supplication), kabul/rıza (reception), farz olan dua (obligatory) olmak üzere 6 çeşit duanın iyi oluş üzerine etkisini incelediği çalışmasında tapınma, şükran ve kabul/rıza dualarının iyi oluşu olumlu etkilediğini raporlamaktadır. Raporunda bu 3 dua türü ile hayatın anlamı, iyimserlik ve yaşam memnuniyeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmalar, araştırmamızda elde edilen "duanın çok güçlü bir sığınak olduğu" sonucunu destekler niteliktedir.

3.3. Kronik hastaların, Hayatın Amacı Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş temelli manevi destek ihtiyaçları kapsamında "hayatın amacı" temasına yönelik ihtiyaçları, üç alt temada incelenmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak "kronik hastaların, hayatlarında gelecekle ilgili beklentileri konusunda iyimser ve umutlu olup olmadıkları"; ardından iyimser ve umutlu olduğunu belirtenlerin "hayatlarında gelecekle ilgili beklentileri konusunda, hangi açıdan iyimser ve umutlu oldukları" ve son olarak da "hayatlarında gelecekle ilgili beklentileri konusunda ileriye yönelik planları" ele alınarak bu planların nelerden oluştuğu incelenmiştir.

3.3.1. Kronik hastaların Gelecekle İlgili Beklentilerde İyimserlik ve Umut

Bu başlık altında kronik hastaların, hayatlarında gelecekle ilgili beklentileri konusunda iyimser ve umutlu olup olmadıkları; hemen ardından ise iyimser ve umutlu olduğunu hangi açıdan iyimser ve umutlu oldukları ele alınmış ve bu iki alt temaya yönelik elde edilen bulgular Tablo 3.5.'te ortaya konulmuştur.

Tablo 3. 5. Kronik hastaların, Hayatlarında Gelecekle İlgili Beklentileri Konusunda İyimser ve Umutlu Olup Olmadıklarına / Hangi Açıdan İyimser ve Umutlu Olduklarına Yönelik Bulgular

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
İyimser ve Umutlu Değil	Kanser	2	40,0	6,3	K11, K48
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	3	60,0		K21, K22, K60
	Toplam	5	100,0		
Kararsız	Kanser	11	78,6	17,7	K5, K6, K34, K36, K37, K38, K40, K53, K55, K64, K77
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	3	21,4		K24, K30, K68
	Toplam	14	100,0		
İyimser ve Umutlu	Kanser	30	50,0	76,0	K1, K2, K3, K4 , K7, K8, K9, K10, K12, K35, K39, K41, K42, K43, K44, K45, K46, K47, K49, K50, K54, K56, K59, K61, K62, K63, K65, K66, K71, K72, K74, K75
	KOAH	16	26,7		K25, K26, K27, K28, K29, K31, K32, K33, K51, K57, K58, K67, K68, K69
	KBH	14	23,3		K13, K14, K15, K16, K17, K18, K19, K20, K23, K52, K70, K73, K76, K79
	Toplam	60	100,0		
Genel Toplam		**79**	-	**100,0**	
İyimser ve umutlu ise hangi açıdan?					
1. İyileşme beklentisi	Kanser	29	69,0	51,9	K1, K3, K4, K7, K8, K9, K10, K12, K39, K43, K44, K45, K46, K47, K49, K50, K55, K56, K59, K61, K62, K64, K65, K66, K71, K72, K74, K75, K77
	KOAH	5	11,9		K25, K32, K33, K58, K69
	KBH	8	19,0		K14, K15, K17, K19, K20, K52, K73, K76
	Toplam	42	100,0		
2. Güzel bir hayat ümidi	Kanser	11	55,0	24,7	K1, K2, K4, K41, K42, K43, K44, K49, K54, K61, K63
	KOAH	9	45,0		K27, K28, K29, K31, K32, K51, K57, K67, K68
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	20	100,0		
3. Torunlarının geleceği	Kanser	2	40,0	6,2	K35, K47
	KOAH	0	0,0		-

	KBH	3	60,0		K13, K23, K79
	Toplam	5	100,0		
4. Yaşama sevinci	Kanser	2	50,0	4,9	K39, K53
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	50,0		K16, K76
	Toplam	4	100,0		
5. İş hayatına dair beklentiler	Kanser	0	0,0	4,9	-
	KOAH	2	50,0		K33, K67
	KBH	2	50,0		K14, K70
	Toplam	4	100,0		
6. Ülkenin geleceği	Kanser	0	0,0	4,9	-
	KOAH	2	50,0		K26, K68
	KBH	2	50,0		K18, K52
	Toplam	4	100,0		
7. Hasta olan çocuğunun iyileşmesi ümidi	Kanser	0	0,0	2,5	-
	KOAH	2	100,0		K26, K57
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	2	100,0		
Genel Toplam		**81**	**-**	**100,0**	

Tabloda kronik hastaların, hayatlarında gelecekle ilgili beklentileri konusunda iyimser ve umutlu olup olmadıklarına ilişkin üretilen üç kod incelendiğinde, 79 katılımcının 60'ı (%76) *iyimser ve umutlu* olduğunu, 14'ü (%17,7) *kararsız* olduğunu ve 5'i (%6,3) ise *iyimser ve umutlu olmadığını* belirtmiştir.

İyimser ve umutlu olmadığını belirten katılımcılara bakıldığında onlarda bir tükenmişlik hali görmek mümkündür. İntihar girişimlerinden bahseden katılımcılar arasındaki K21, umutlu ve iyimser olmadığını ifade ederken çocuklarının büyüyüp kendisiyle iletişime geçmesinin onu daha çok kontrol ettiğini şu sözleriyle belirtmektedir:

> "Önceden intihar etmeyi düşündüm. Kendimi komple jiletledim. Sonradan çocuklarım bunu hak etmiyor dedim. Ayakta durmaya çalışıyorum. Çocuklarım büyüdükçe konuşmaya başladıkça onlara karşı mahcup olmayayım diye ayakta duruyorum gelecekten umudum yok." (K21)

Katılımcılar arasında gelecekle ilgili beklentileri konusunda iyimserlik ve umut hususunda kararsız olduklarını ifade edenler de vardır. İyileşme umudunun genel iyimserlik ve umut haline etkisini ifade eden K34'ün açıklamaları bu duruma örnek teşkil etmektedir.

> "Kararsızım, yani düşünüyorum da ne umutluyum ve iyimserim ne de umutsuz ve karamsarım. Genel olarak kendime baktığımda, iyileşip iyileşmeyeceğim net olmadığı için bu benim yaşantıma yansıyor sanki. Bu hastalık beni öldürecek mi yoksa eski sağlığıma kavuşacak mıyım bilemiyorum. Herkes bir şey söylüyor aslında söylemek de değil hareketlerinden anlıyorum." (K34)

Hayatlarında gelecekle ilgili beklentileri konusunda iyimser ve umutlu olduklarını belirten 60 kronik hastanın, hangi açıdan iyimser ve umutlu olduklarına ilişkin 7 kod ürettikleri görülmüştür. Bu hususta en yüksek frekansın *iyileşme beklentisi* (f=42; %51,9) koduna ait olduğu; hemen ardından ise *güzel bir hayat ümidi* (f=20; %24,7) kodunun öne çıktığı belirlenmiştir. Bu hususta üretilen diğer kodlar sırayla incelendiğinde kronik hastaların *torunlarının geleceği* (f=5; %6,2), *yaşama sevinci* (f=4; %4,9), *iş hayatına dair beklentiler* (f=4; %4,9), *ülkenin geleceği* (f=4; %4,9) ve *hasta çocuğunun iyileşmesi ümidi* (f=2; %2,5) konularında iyimser ve umutlu oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların hangi açıdan iyimser ve umutlu olduklarına hastalık grupları merkezli bakıldığında; 1., 2., 3. ve 4. (*iyileşme beklentisi, güzel bir hayat ümidi, torunlarının geleceği* ve *yaşama sevinci*) kodlarda kanser hastalarının, 3. ve 4. (*torunlarının geleceği* ve *yaşama sevinci*) kodlar hariç diğer kodlarda KOAH hastalarının, 2. ve 7. (*güzel bir hayat ümidi* ve *hasta çocuğunun iyileşmesi ümidi*) kodlar hariç tüm kodlarda KBH hastalarının olduğu görülmüştür.

3.3.2. Kronik hastaların Gelecekle İlgili Planları

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş temelli manevi destek ihtiyaçları kapsamında *hayatın amacı* temasına yönelik ihtiyaçlarında üçüncü alt temada geleceğe dair planları incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 3.6.'da ortaya konulmuştur.

Tablo 3. 6. Kronik hastaların, Hayatlarında Gelecekle İlgili Beklentileri Konusunda İleriye Yönelik Planlarına İlişkin Bulgular

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
1.Çocukların/torunların geleceği için çabalama	Kanser	23	67,6	24,5	K2, K5, K34, K35, K37, K38, K39, K40 K42, K44, K45, K46, K47, K48, K49, K50, K53, K54, K64, K66, K72, K74, K77
	KOAH	6	17,6		K27, K28, K33, K51, K67, K68
	KBH	5	14,7		K13, K16, K18, K52, K79
	Toplam	34	100,0		
2. Daha sağlıklı bir yaşam için çabalama	Kanser	9	56,3	11,5	K4, K9, K11, K34, K49, K50, K54, K59, K65
	KOAH	2	12,5		K26, K69
	KBH	5	31,3		K17, K18, K19, K60, K76
	Toplam	16	100,0		
3. Hacca/Umreye gitme	Kanser	11	73,3	10,8	K8, K10, K39, K41, K42, K43, K46, K55, K59, K62, K77
	KOAH	2	13,3		K32, K68
	KBH	2	13,3		K23, K73
	Toplam	15	100,0		
4. İş hayatını düzene sokma	Kanser	2	16,7	8,6	K40, K63
	KOAH	2	16,7		K27, K57
	KBH	8	66,7		K14, K15, K18, K20, K24, K52, K60, K79
	Toplam	12	100,0		
5. İmanlı bir şekilde ölmek için çabalama (ibadet boyutunda)	Kanser	6	60,0	7,2	K8, K9, K45, K55, K61, K72
	KOAH	4	40,0		K25, K31, K32, K58
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	10	100,0		
6. Kültürel gezi yapma	Kanser	6	75,0	5,8	K39, K41, K43, K46, K64, K75
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	25,0		K14, K60
	Toplam	8	100,0		
7. Araba satın alma	Kanser	0	0,0	5,0	-

	KOAH	5	71,4		K27, K33, K51, K67, K69
	KBH	2	28,6		K14, K76
	Toplam	7	100,0		
8. Mutlu ve keyifli bir hayat için hobilerle ilgilenme	Kanser	3	42,9	5,0	K7, K42, K66
	KOAH	2	28,6		K26, K68
	KBH	2	28,6		K16, K79
	Toplam	7	100,0		
9. Sevdikleriyle daha çok zaman geçirme	Kanser	6	100,0	4,3	K4, K6, K34, K49, K56, K62
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	6	100,0		
10. Evlilik	Kanser	3	60,0	3,6	K1, K47, K53
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	40,0		K20, K76
	Toplam	5	100,0		
11. İnsanlara faydalı/yardımcı olma	Kanser	2	50,0	2,9	K36, K43
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	50,0		K18, K52
	Toplam	4	100,0		
12. Çocuk sahibi olma	Kanser	0	0,0	1,4	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K20, K73
	Toplam	2	100,0		
13. Kimseye muhtaç olmadan yaşamaya çalışma	Kanser	0	0,0	1,4	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K15, K60
	Toplam	2	100,0		
14. Planım yok	Kanser	2	18,2	7,9	K3, K12
	KOAH	3	27,3		K29, K31, K58
	KBH	6	54,5		K13, K21, K22, K30, K70, K78
	Toplam	11	100,0		
Genel Toplam		**139**	-	**100,0**	

Tablo 3.6.'da kronik hastaların, hayatlarında gelecekle ilgili beklentileri konusunda ileriye yönelik planlarına ilişkin kodlar incelendiğinde, toplam 14 kodun üretildiği ve en yüksek frekansın *çocukların/torunların geleceği için çabalama* (f=34; %24,5) koduna ait olduğu görülmüştür. Bu kodun hemen ardından *daha sağlıklı bir*

yaşam için çabalama (f=16; %11,5) ve *Hacca/umreye gitme* (f=15; %10,8) kodlarının öne çıktığı belirlenmiştir.

Tabloda kronik hastaların hayatlarında gelecekle ilgili beklentileri konusunda ileriye yönelik planlarına ilişkin belirlenen diğer kodlar ise sırasıyla, *iş hayatını düzene koyma* (f=15; %10,8), *imanlı bir şekilde ölmek için çabalama (ibadet boyutunda)* (f=15; %10,8), *kültürel gezi yapma* (f=15; %10,8), *araba satın alma* (f=15; %10,8), *mutlu ve keyifli bir hayat için hobilerle ilgilenmek* (f=15; %10,8), *sevdikleriyle daha çok zaman geçirme* (f=15; %10,8), *evlilik* (f=15; %10,8), *insanlara faydalı/yardımcı olma* (f=15; %10,8), *çocuk sahibi olmak* (f=15; %10,8) ve *kimseye muhtaç olmadan yaşamaya çalışma* (f=15; %10,8) olarak tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların 11'i ise (%7,9) hayatlarında gelecekle ilgili beklentiler konusunda ileriye yönelik herhangi bir planlarının olmadığını belirtmişlerdir.

Gelecekle ilgili beklentilere ve planlara dair öne çıkan ilk kod çocuk ve torunların geleceği ile ilgilidir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%51,9) tedaviye dair iyimser ve iyileşmeye dair umutlu olduğunu ifade etmektedirler. Bu katılımcıların da ekseriyeti (%24,5) çocuklarının ve torunlarının geleceklerine dair plan yaptıklarını belirtmektedir. Bu durum da K50'nin ifadesinde olduğu gibi, onların her ne kadar sağlıkları eksenli yaşam sürdürseler de çocukları için plan yaptıklarını ve yaşadıklarını göstermektedir.

> "İyimserim, eski sağlığıma kavuşacağım buna inanıyorum. Daha sağlıklı yaşamaya çalışıyorum hayatımı artık bu yönde düzenlemeye çalışıyorum. Önceden de vardı bu kaygı. Ama şimdi daha çok var daha özen gösteriyorum ve yediğime içtiğime dikkat ediyorum. Çocuklarımı çok seviyorum. Onları mutlu etmek için çabalıyorum. Çocuklarım için çalışıyorum onlara güzel bir gelecek hazırlamaya çalışıyorum." (K50)

Katılımcılar arasında geleceğe dair planlamalarında dini manevi husus olarak hac ve umreye gitmek ön plana çıkmaktadır. K23'ün cevaplarına bakıldığında hacca ve umreye gitmek en sistemli planı olarak göze çarpmaktadır. Bu planı kendisi için

istediği tek şey olarak vurgulaması da onun için kutsal toprakları ziyaretin önemini izah etmektedir.

> "…Yeterli parayı biriktirince hacca ve umreye gitmeyi çok istiyorum. Kutsal topraklara gitmeyi yıllardır istiyorum ama ya maddi imkânlar el vermedi ya da sağlık vs. durumları engel oldu. Kendim için istediğim tek şey bu diyebilirim..." (K23)

Dini ve manevi diğer kod ise "imanlı bir şekilde ölmek". Katılımcılardan K25'in konuyla ilgili görüşlerine bakıldığında, imanlı bir şekilde ölmeyi tek planı olarak ifade etmektedir.

> "İyimserim; çünkü bu hastalığı bana Allah verdi. Ben de hastalığımla yaşamayı öğrenmek zorundayım. Derdi veren Allah dermanını da vereceğini bildiğim için her zaman umut dolu olmalıyım. İleriye dönük planım, imanlı bir şekilde ruhumu teslim edeyim. Başka ne planım olacak bu yaştan sonra" (K25)

Tablo 3.6.'daki verilere bakıldığında hasta gruplarının kodlara göre dağılımlarında farklılıklar olduğu görülmektedir. 7. 12. ve 13. (*araba satın alma, çocuk sahibi olma* ve *kimseye muhtaç olmadan yaşamaya çalışma*) kodlar haricinde kanser hastalarının, 6. ve 9.-13. (*kültürel gezi yapma, sevdikleriyle daha çok zaman geçirme, evlilik, insanlara faydalı/yardımcı olma, çocuk sahibi olma* ve *kimseye muhtaç olmadan yaşamaya çalışma*) haricindeki kodlarda KOAH hastalarının, 5. ve 9. (*imanlı bir şekilde ölmek için çabalama* ve *sevdikleriyle daha çok zaman geçirme*) haricindeki tüm kodlarda da KBH hastalarının olduğu anlaşılmaktadır. KBH hastalarının diğer iki gruba kıyasla umutlu olduğu hususların daha fazla çeşitlilik arz ettiğini söylemek mümkündür.

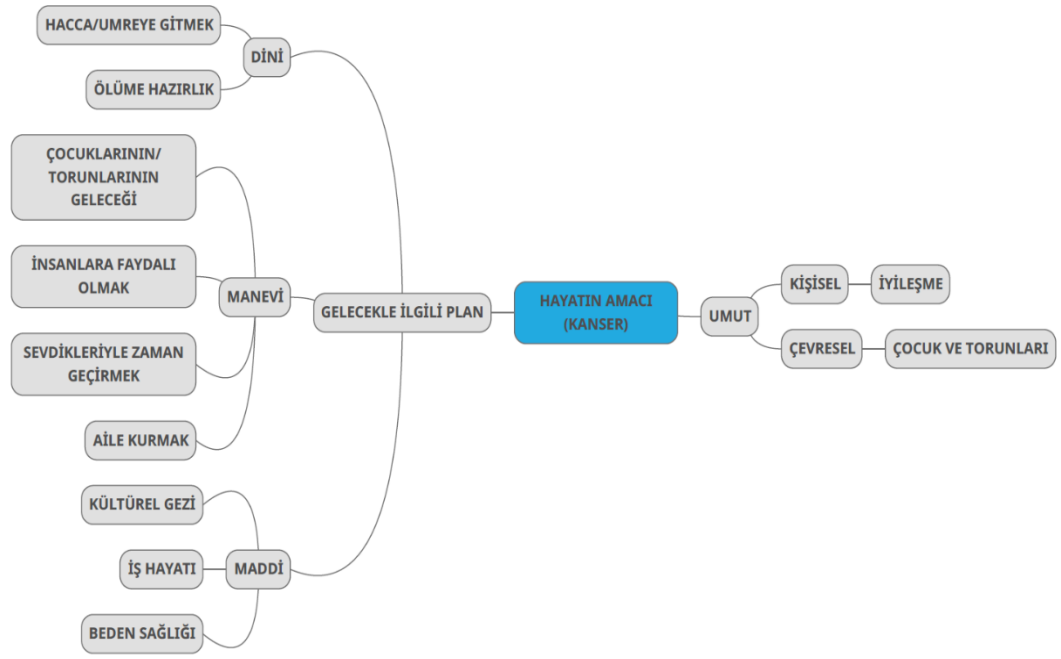
3.3.3. Hayatın Amacı Temasıyla İlgili Değerlendirme

Bu başlık altında katılımcıların gelecekle ilgili planları, umut ve iyimserlik düzeylerine ilişkin bulgular literatürde yer alan araştırmalar bağlamında değerlendirilmektedir.

Hayatın amacı teması kapsamında katılımcıların açıklamalarına bakıldığında, katılımcıların %6,3'ü gelecekle ilgili beklentileri konusunda iyimser ve umutlu olmadıkları, %17,7'si kararsız olduğu görülmektedir. İyimser ve umutlu olanlar (%76) ise hangi açıdan iyimser ve umutlusunuz sorusuna; %51,9'u önceki sağlığına kavuşacağı, %24,7'si güzel bir hayat beklentisinde olduğu, %4,9'u hayatın her anının değerli olduğu, %4,9'u iş hayatına dair iyimser beklentilere sahip olduğu yönünde cevaplar vermişlerdir. İyimser ve umutlu olduğunu belirtenlerin %6,2'si torunlarının geleceğine dair güzel beklentiler, %4,9'u ülkenin geleceğine dair beklentiler, %2,5'i hasta olan çocuğunun iyileşeceğine dair beklenti içindedirler. Bu bilgiler ışığında araştırmada yer alan katılımcıların %86,4'ü iyimser ve umutlu olmaya bireysel olarak; %13,6'sı ise sosyal çevre odaklı baktığı sonucuna ulaşılmaktadır.

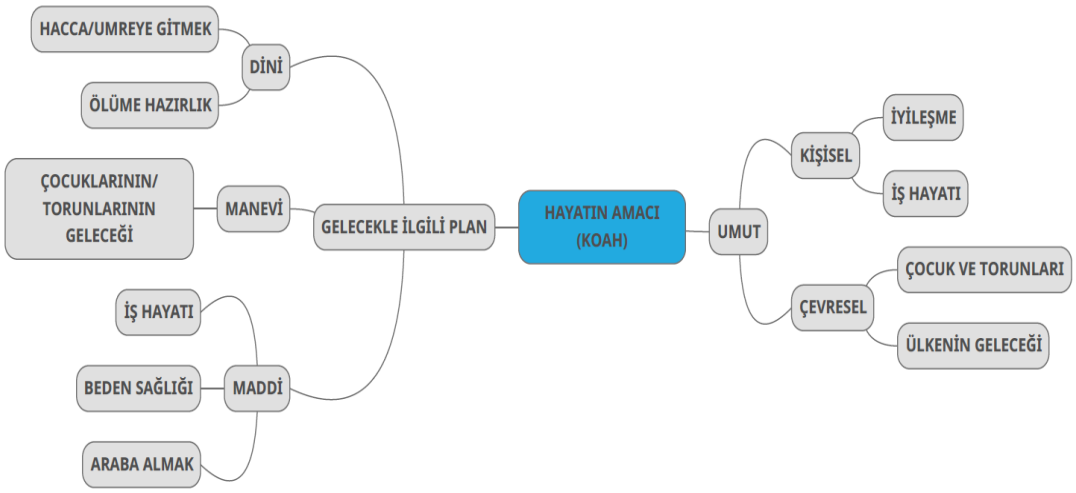
Katılımcıların gelecekle ilgili planlarına bakıldığında, hacca/umreye gitme planı yapanların oranı %10,8 ve imanlı bir şekilde ölmek için gayret gösterenlerin oranı %7,2 olmak üzere toplamda dini hayat merkezli planın %18 oranında olduğu görülmektedir. Katılımcılar arasında bireysel ihtiyaçlarıyla ilgili olan araba satın almak, gezi yapmak gibi yaşam standartlarını yükseltmeye yönelik planlar yapanların oranı %46,6'dır. Katılımcılardan başkaları merkezli planlar yapanların oranı %27,4'dür. Herhangi bir plan yapmadığını söyleyenlerin oranı ise %7,9'dur.

Temadaki kodlar izlenerek oluşturulan 3 hastalık grubu merkezli kavram haritasında, *hayatın amacı* teması, *gelecekle ilgili plan* ve *umut* olmak üzere iki alt temada ele alınmıştır. *Umut* alt teması *kişisel* ve *çevresel*, *gelecekle ilgili plan* alt teması *dini, manevi* ve *maddi* başlıkları şeklinde sınıflandırılarak kavramlar ortaya çıkarılmıştır. Sırasıyla; kanser, KOAH ve KBH hastalarına dair çıkarılan bu kavram haritaları Şekil 3.7., 3.8. ve 3.9.'da sunulmuştur.



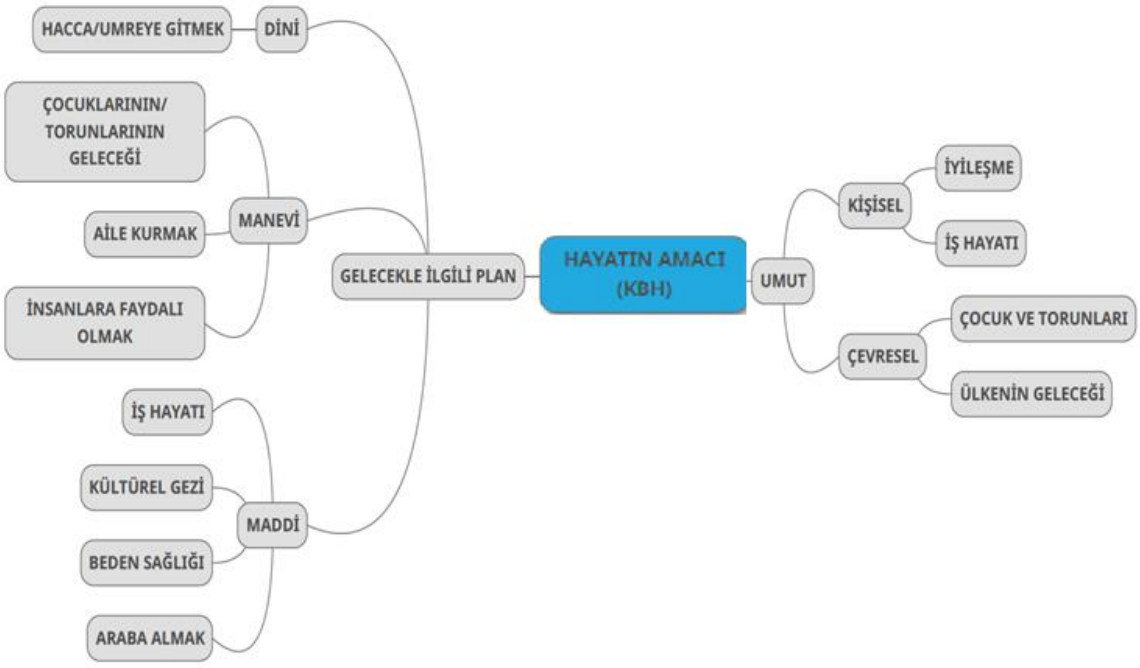
Şekil 3. 7. Hayatın Amacı (Kanser) Kavram Haritası

Kanser hastalarının hayatın amacına dair kavram haritasına bakıldığında, umut konusunda kanser hastalarının beklentisi diğer iki hasta gruptan daha az çeşitliliğe sahip olduğu görülmektedir. Şekil 3.7.'de görüldüğü üzere, kanser hastaları gelecekle ilgili yapılan planların diğer iki grubun sonuçlarıyla benzerlikler taşımaktadır.



Şekil 3. 8. Hayatın Amacı (KOAH) Kavram Haritası

Şekil 3.8.'de görüldüğü üzere, KOAH hastalarının cevapları arasında umut konusunda KBH hastalarıyla benzer kavramları ön plana çıkardığı görülmektedir. Görüşmelerin özellikle KOAH hastalarını etkileyen pandemi sürecinde yapılmış olması, bu hastalık grubunun gelecekle ilgili planlar hususunda, ölüme hazırlığı önceleyerek sosyalleşmesini azaltmasına neden olduğu şeklinde yorumlanabilir.



Şekil 3. 9. Hayatın Amacı (KBH) Kavram Haritası

Şekil 3.9.'da görüldüğü üzere, KBH hastaları diğer iki hasta grubundan farklı olarak ölüme hazırlığa dair planı olmadığı, bununla birlikte en çok çeşitte kavramların ortaya çıkartıldığı hasta grubu olduğu görülmektedir. Üç hasta grubunun da umut konusunda daha az bir çeşitliliğe sahip olduğu, gelecekle ilgili planlarda ise bu çeşitliliğin tüm gruplar için arttığı görülmektedir.

Engellilik, doğal afetler, kronik hastalıklar gibi olumsuzluklarla yüzleşen insan, katlanılması güç çeşitli acı ve sıkıntıları deneyimleyebilir. Karşılaştığı sorunlara çözüm bulmak ve kaybettiği huzuru tekrar tesis etmek adına birey, bir yandan tıbbî ve hukukî yöntemlerle çareler ararken, diğer yandan da genellikle, *Bütün bu olanlar, niçin benim başıma geldi?* sorusuyla özetlenebilecek zihinsel bir sorgulamaya girişebilmektedir. Birey bunun sonucunda, başına gelenlere dair tatminkâr bir

açıklama ve anlam arayışına yönelmektedir. Bu arayışta din, insanın vazgeçilmezleri arasındadır. Genel olarak din, bireyin hayatında bir yer edinmişken böylesi kriz ortamlarında dine olan ihtiyaç daha da artmaktadır. Hayatı anlamlı ve değerli kılan; dünya hayatı ve sonrası için hedefler göstererek insanı eyleme yönelten ve tecrübe ettiği zorluklarda güven aşılayarak dayanma gücü veren bir motivasyon aracı olarak din, bireyi tatmin edebilecek önemli referans kaynakları sunar (Bahadır, 2010, ss. 14-15).

Dinin umut üzerine etkisini ele alan saha çalışmalarına bakıldığında; Şahin (2002) İlahiyat fakültesi 4. sınıftaki öğrencilerin 1. sınıftaki öğrencilere kıyasla daha az umutsuzluk puanı aldığını raporlamaktadır. Bülow ve diğerleri (2012) tarafından hastalar üzerine yapılan araştırmada, bir dini aidiyeti olmayanlara kıyasla dindar olan katılımcıların yaşamak için daha çok çaba sarf ettiği sonucu yer almaktadır. Uysal ve diğerleri (2017) çalışmalarında olumlu dini başa çıkma ile umut arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu ifade etmektedir. Alpaslan ve diğerleri (2022) yaptıkları çalışmada, yaşamın anlam kaynağını maneviyat olarak gören katılımcıların psikolojik iyi oluş düzeylerinin, yaşamın bir anlamı yok diyen katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Dini vecibeleri yerine getirememek bireyde var olan stres ve gerilimi daha da arttırabilmektedir. Kimi zaman farzlardaki bu eksiklik stresle başa çıkarken manevi başa çıkma araçlarına başvurulmamasına neden olabilmekte, bu durum da ayrıyeten stres yaratabilmektedir (Mitchell, 2008, s. 369). Yapılan bir başka çalışmada (Kaya ve Küçük, 2017) namaz ve dua ibadetlerine devam etmenin, hayatın anlamı düzeyleri ile birlikte psikolojik iyi olma düzeylerini de arttırdığı görülmektedir. Bu çalışmalar ışığında araştırmamızda elde edilen bulgular ibadetin hayatın anlamını bulmada önemli olduğunu söylemek mümkündür. Bu bağlamda katılımcıların verdiği cevaplar arasında özellikle hacca gitmek dikkat çekmektedir. Çünkü Türkiye'de hacca gitmenin yaşlılık dönemine bırakılmış olması (DİB, 2021) "ileride vakit bulurum" düşüncesinin hâkim olmasıyla genç yaşlarda bu farz ibadetin yapılmamasına neden olmaktadır. Bundan dolayı da katılımcılar arasında hac ve umreye gitme isteği gelecek planlamasında öne çıkmasında aktif rol oynadığı ve bu hedefin de katılımcıların anlam arayışlarına katkı sunabildiği söylenebilir.

3.4. Kronik hastaların, Öz Kabul Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş temelli manevi destek ihtiyaçları kapsamında *öz kabul* temasına yönelik ihtiyaçları, iki alt temada incelenmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak, kronik hastaların, geçmiş yaşamlarından memnuniyet konusunda pişmanlıklarının olup olmadığı; daha sonra, pişmanlık duydukları olay/olayların olduğunu belirtenlerin geçmiş yaşamlarından memnuniyet konusunda varsa, pişmanlıklarını gideren ya da hafifleten faktörler incelenmiştir. Bu iki alt temaya yönelik elde edilen bulgular Tablo 3.7.'de ortaya konulmuştur.

Tablo 3. 7. Kronik hastaların, Geçmiş Yaşamlarından Memnuniyet Konusunda Önceden Yaşadıkları ve Hala Pişmanlık Duydukları Olay/Olayların Olup Olmadığına ve Varsa, Pişmanlıklarını Gideren ya da Hafifleten Faktörlere Yönelik Bulgular

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
Pişmanlığım yok	Kanser	19	57,6	41,8	K3, K4, K12, K35, K37, K40, K41, K42, K44, K45, K46, K49, K53, K59, K64, K66, K72, K74, K77
	KOAH	5	15,2		K27, K28, K32, K57, K68
	KBH	9	27,3		K13, K15, K16, K18, K20, K21, K70, K78, K79
	Toplam	33	100,0		
Pişmanlığım var	Kanser	26	56,5	58,2	K1, K2, K5, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K34, K36, K38, K39, K43, K47, K48, K50, K54, K55, K56, K61, K62, K63, K65, K71, K75
	KOAH	9	19,6		K25, K26, K29, K31, K33, K51, K58, K67, K69

	KBH	11	23,9		K14, K17, K19, K22, K23 K24, K30, K52, K60, K73, K76
	Toplam	46	100,0		
Genel Toplam		**79**	-	**100,0**	
Varsa; pişmanlığınızı gideren ya da hafifleten faktörler nelerdir?					
1.Allah'tan af dileme	Kanser	6	46,2	15,9	K36, K47, K48, K50, K61, K75
	KOAH	5	38,5		K26, K29, K31, K58, K67
	KBH	2	15,4		K23, K76
	Toplam	13	100,0		
2. Kadere ve hayrın/şerrin Allah'tan geldiğine inanma	Kanser	6	54,5	13,4	K34, K39, K43, K47, K54, K55
	KOAH	2	18,2		K26, K69
	KBH	3	27,3		K19, K21, K73
	Toplam	11	100,0		
3. Dua etme	Kanser	5	71,4	8,5	K2, K47, K48, K56, K75
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	28,6		K23, K60
	Toplam	7	100,0		
4. Hatayı düzeltmek için gayret etme	Kanser	3	60,0	6,1	K7, K50, K71
	KOAH	2	40,0		K31, K67
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	5	100,0		
5. Allah'tan sabır dileme	Kanser	2	50,0	4,9	K47, K63
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	50,0		K23, K52
	Toplam	4	100,0		
6. Mantığa bürüme	Kanser	2	50,0	4,9	K5, K63
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	50,0		K14, K73
	Toplam	4	100,0		
7. Unutmaya çalışma	Kanser	2	50,0	4,9	K39, K65
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	50,0		K24, K60
	Toplam	4	100,0		
8. Kendisini cezalandırma	Kanser	3	100,0	3,7	K5, K8, K55

	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	3	100,0		
9. Alkole sığınma	Kanser	0	0,0	3,7	-
	KOAH	3	100,0		K33, K51, K67
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	3	100,0		
10. Hatalardan ders çıkarma	Kanser	3	100,0	3,7	K9, K10, K54
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	3	100,0		
11. Hayır yapma	Kanser	2	100,0	2,4	K8, K61
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	2	100,0		
12. Çocuklarıyla huzurlu olmaya çalışma	Kanser	2	100,0	2,4	K11, K65
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	2	100,0		
13. Sağlığının iyiye gitmesi	Kanser	0	0,0	2,4	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K17, K73
	Toplam	2	100,0		
14. Ödeşme duygusu	Kanser	2	100,0	2,4	K1, K62
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	2	100,0		
15. Psikiyatr desteği alma	Kanser	0	0,0	2,4	-
	KOAH	2	100,0		K25, K69
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	2	100,0		
16. Umutsuzluğa kapılmama	Kanser	0	0,0	2,4	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K21, K76
	Toplam	2	100,0		
17. Herhangi bir şekilde hafiflemiyor	Kanser	3	27,3	13,4	K6, K38, K56
	KOAH	3	27,3		K25, K51, K57

	KBH	5	45,5		K22, K24, K30, K52, K73
	Toplam	11	100,0		
18. Açıklamak istemiyor	Kanser	0	0,0	2,4	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K17, K60
	Toplam	2	100,0		
Genel Toplam		**82**	-	**100,0**	

Tabloda kronik hastaların, geçmiş yaşamlarından memnuniyet konusunda önceden yaşadıkları ve hala pişmanlık duydukları olay/olayların olup olmadığına ilişkin üretilen iki kod incelendiğinde, 79 katılımcının 46'sı (%58,2) pişmanlıklarının olduğunu, 33'ü (%41,8) ise pişmanlıklarının olmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.7.'ye göre, geçmiş yaşamlarından memnuniyet konusunda önceden yaşadıkları ve hala pişmanlık duydukları olay/olayların olduğunu belirten 46 katılımcının, pişmanlıklarını gideren ya da hafifleten faktörlere yönelik 18 kod ürettikleri görülmüştür. Bu hususta en yüksek frekansın *Allah'tan af dileme* (f=13; %15,9) koduna ait olduğu; hemen ardından ise *kadere ve hayrın/şerrin Allah'tan geldiğine inanma* (f=11; %13,4) kodunun öne çıktığı belirlenmiştir. Bu hususta üretilen diğer kodlar sırayla incelendiğinde, kronik hastaların geçmiş yaşamlarından memnuniyet konusunda önceden yaşadıkları ve hala pişmanlık duydukları olay/olaylara ilişkin pişmanlıklarını gideren ya da hafifleten faktörlerin, *dua etme* (f=7; %8,5), *hatayı düzeltmek için gayret etmek* (f=5; %6,1), *Allah'tan sabır dileme* (f=4; %4,9), *mantığa bürüme* (f=4; %4,9), *unutmaya çalışma* (f=4; %4,9), *kendisini cezalandırma* (f=3; %3,7), a*lkole sığınma* (f=3; %3,7), h*atalardan ders çıkarmak* (f=3; %3,7), *hayır yapma* (f=2; %2,4), *çocuklarıyla huzurlu olmaya çalışma* (f=2; %2,4), *sağlığının iyiye gitmesi* (f=2; %2,4), *ödeşme duygusu* (f=2; %2,4), *psikiyatr desteği alma* (f=2; %2,4) ve *umutsuzluğa kapılmama* (f=2; %2,4) olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra katılımcıların 11'i (%13,4) pişmanlık duygularının herhangi bir şekilde hafiflemediğini; 2'si (%2,4) ise bu hususta herhangi bir açıklama yapmak istemediğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların geçmişlerindeki hatalarıyla yüzleşmelerinde iç huzurlarını tesis etmede dinî/manevî yolların tema içindeki ağırlığı %45,1'dir. Bu dini/manevi yolların

içerisinde öne çıkanı ise, *Allah'tan af dilemektir* (f=13; %15,9). K48'in ifadelerine bakıldığında birçok teselli edici unsura başvurduğu ancak nihai noktada Allah'a sığınarak ondan af dileyerek kendisini teskin etmeye çalıştığını söylemek mümkündür.

> "Evet, önceden yaşayıp da pişman olduğum hem de çok pişman olduğum bir şey var. Bunun ne olduğunu şu an sizinle paylaşamam. Ama büyük bir üzüntü sebebimdir. Olayı bilenlerden teselli edici cümleler dinledim hiçbiri üzüntümü hafifletmeye yetmiyor. Kendi kendime yaptım bir cahillik desem de kendimi affedemiyorum. Beni sadece Allah kurtarır. Bu halde, o yüzden Allah'tan af diliyorum. Aklıma geldikçe Allah'ım sen beni affet diyorum." (K48)

Tema içindeki frekansı yüksek olan bir diğer dinî/manevî unsur, *kadere ve hayrın/şerrin Allah'tan geldiğine inanmaktır* (f=11; %13,4). K19'un açıklamalarına bakıldığında geçmişe dair hayıflanmalarına karşı Allah'a olan teslimiyete sığındığını ifade etmektedir.

> "Pişmanlığını duyduğum şeyler var. Ama napayım her şey Allahtan gelir kadermiş diyerek bunları yaşamam gerekiyormuş ki yaşamışım diyorum… Hastalığın da Allahtan geldiğini düşünüyorum yine de." (K19)

Bu temada, dini manevi faktörlerin sadece kader olarak görme veya affedilme talebi şeklinde olmadığı aynı zamanda geçmişe dair pişmanlıkların insana yüklediği olumsuz duygulardan kurtulup ferahlamak için de dua edildiğini katılımcıların (%8,5) cevaplarında görmek mümkündür. Katılımcılar arasındaki K26'nın bu hususstaki açıklamalarında, yaşananları kader olarak kabul etmesinin ve tövbe etmesinin yanı sıra iç huzuru için Allah'a dua ettiğini ifade etmektedir.

> "Geçmişte dini vecibelerimi çok aksattım. Gençtim akıl ermiyordu o zamanlar. Şimdi keşke yapabilseydim diyorum. Tövbe ediyorum af diliyorum. Çok sevdiğim bir kız vardı ve onunla evlenemedim. Hep aklıma gelir. Olsa ne güzel olurdu diyorum. Ama dediğim gibi, ben kaderciyim bunları yaşamam gerekiyormuş. Hastalığa yakalanmama çok

> üzülüyorum. Ama biliyorum ki ilk ben değilim son da ben olmayacağım. Bu bir imtihan diyorum. Her şey Allahtan gelir diyorum. Allah'ım beni affet günahlarımı bağışla, içimi ferahlat diyerek dua ederim kendimi böyle teskin ediyorum." (K26)

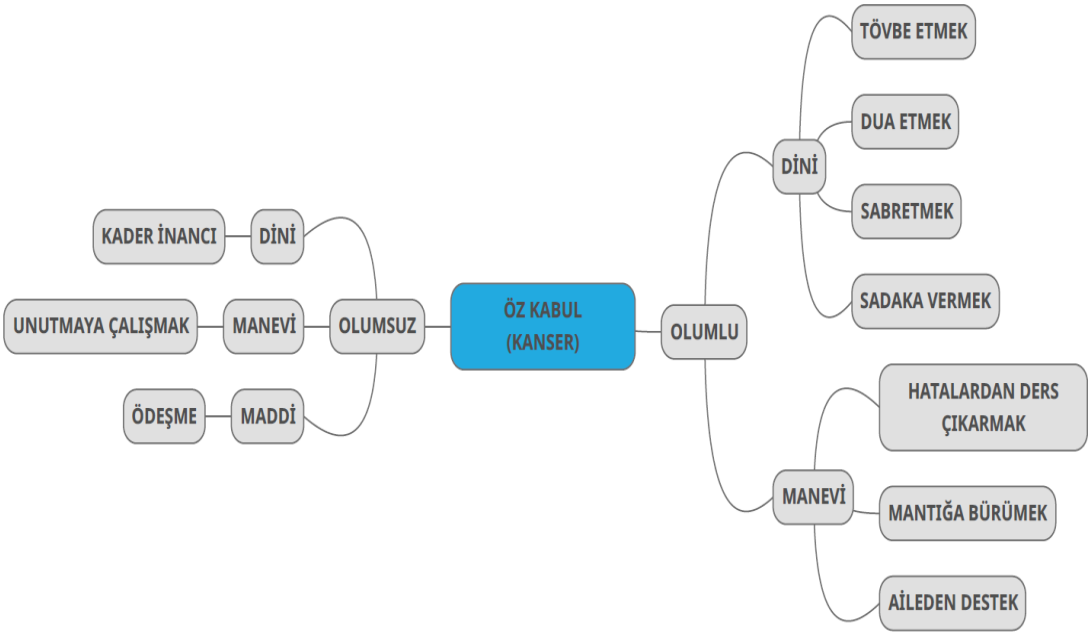
Katılımcıların pişmanlıklarını hafifleten unsurlara, hastalık türleri merkezli bakıldığında; 9. 13. 15. ve 16. (*alkole sığınmak, sağlığının iyiye gitmesi, psikiyatr desteği almak* ve *umutsuzluğa kapılmamak*) kodlar hariç tüm kodlarda kanser hastalarının, 4. 8.-12. ve 14. 15. (*hatayı düzeltmek için gayret etmek, kendisini cezalandırmak, alkole sığınmak, hatalardan ders çıkarmak, hayır yapmak, çocuklarıyla huzurlu olmaya çalışmak, ödeşme duygusu, psikiyatr desteği almak*) hariç diğer kodlarda KBH hastalarının, KOAH hastalarının ise 1. 2. 4. 9. ve 15. (*Allah'tan af dilemek, kadere ve hayrın/şerrin Allah'tan geldiğine inanmak, hatayı düzeltmek için gayret etmek, alkole sığınmak* ve *psikiyatr desteği almak*) kodlarda olduğu tespit edilmiştir.

3.4.1. Öz Kabul Temasıyla İlgili Değerlendirme

Bu tema bağlamında katılımcıların pişmanlıklarıyla nasıl baş ettikleri ele alınmıştır. Katılımcıların yaşadıkları ve hala pişmanlık duydukları olayların varlığına ilişkin soruya verdikleri cevaplara bakıldığında; katılımcının 46'sının (%58,2) geçmiş yaşama dair pişmanlıklarının olduğu, 33'ünün (%41,8) ise pişmanlık duymadığı görülmektedir.

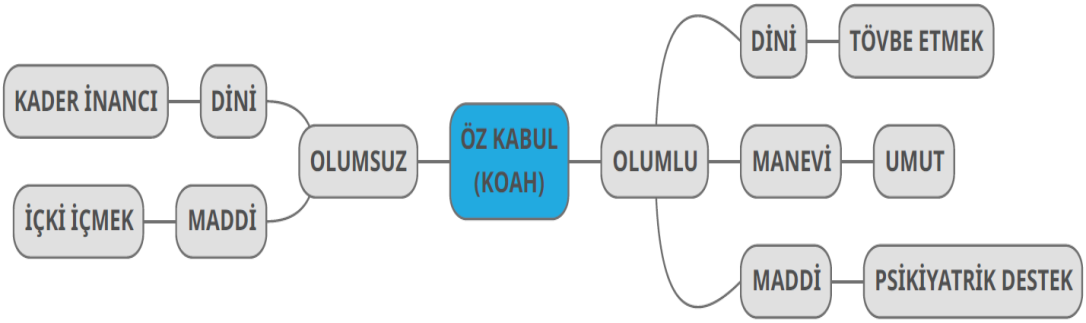
Geçmiş yaşantıya yönelik pişmanlıkları olduğunu belirten katılımcıların bu pişmanlıklarıyla başa çıkma yollarının %45,1'inin dini başa çıkma olduğu görülmektedir. Allah'tan af dilemek (%15,9) ve hayrın/şerrin Allah'tan geldiğine inanmak (%13,4) tüm başa çıkma araçları içinde ilk öne çıkan başa çıkma araçlarıdır. Katılımcıların verdikleri cevaplar arasında dini başa çıkma araçlarının yanı sıra; hatalardan ders çıkarmak (%3,7) ve çocuklarıyla huzurlu olmaya çalışmak (%2,4) gibi olumlu başa çıkma araçları, kendisini cezalandırmak (%3,7) ve alkole sığınmak (%3,7) gibi olumsuz başa çıkma araçları da vardır.

Öz kabul temasındaki kodlar izlenerek oluşturulan 3 hastalık grubu merkezli kavram haritalarında, *öz kabul* teması, *olumlu* ve *olumsuz* olarak 2 alt temada ele alınmıştır. Alt temalar, *maddi*, *manevi* ve *dini* şeklinde sınıflandırılarak kavramlar ortaya çıkarılmıştır. Kanser, KOAH ve KBH hastalarına dair çıkarılan bu kavram haritaları sırasıyla aşağıda sunulmuştur.



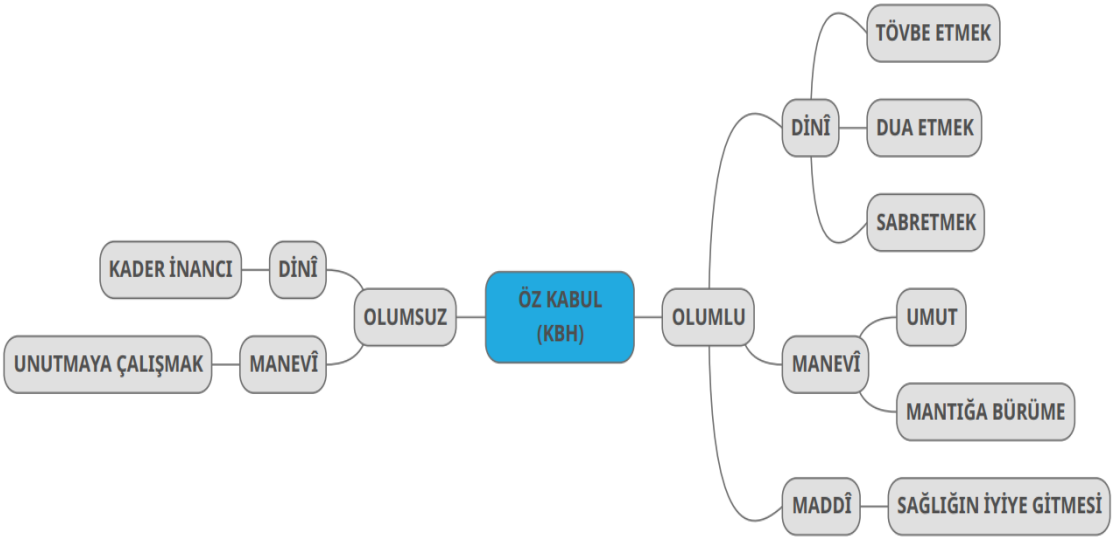
Şekil 3. 10. Öz Kabul (Kanser) Kavram Haritası

Şekil 3.10.'da görüldüğü üzere, katılımcıların pişmanlıklarıyla baş etmede nasıl bir yol izlediklerinin ortaya koyulmaya çalışıldığı temada, kanser hastalarının diğer gruplara kıyasla olumlu maddi herhangi bir başa çıkmaya başvurmadığı, olumlu dini ve manevi başa çıkmada da daha çeşitli araçları tercih ettiği görülmektedir. Kanser hastalarından bir kısmı, geçmişteki olumsuzluklar arasında kendilerine karşı yapılan onaylamadıkları tutum ve davranışlara tepki göstermemelerini belirtmektedirler. Bu durumun telafisi olarak da ödeşmek amacıyla yeterli tepkiyi göstermek istediklerini ifade etmektedirler.



Şekil 3. 11. Öz Kabul (KOAH) Kavram Haritası

Şekil 3.11.'de KOAH grubu diğer iki gruptan, içki içerek (olumsuz maddi) ve psikiyatrik destekle (olumlu maddi) problemlerin üstesinden gelme tercihleriyle ayrışmaktadır.



Şekil 3. 12. Öz Kabul (KBH) Kavram Haritası

Şekil 3.12.'de görüldüğü üzere, sağlığın iyiye gitmesini bağışlanmanın bir işareti olarak kabul eden KBH hastaları, bu yönüyle diğer hastalık gruplarından ayrışmaktadır. Tüm gruplarda olumlu başa çıkma araçlarının fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca tüm hasta gruplarının geçmişlerine dair pişmanlıklarını kader inancıyla yorumlamak ve tövbe etmek ortak iki başa çıkma aracı olarak tercih edilmiştir. Katılımcıların öz kabullerinde olumlu başa çıkma araçlarına daha çok başvurması, tedavileri için önem arz eden umuda kendilerini kabulde de sarıldıklarını söylemek mümkündür.

Gerek Şekil 3.10, 3.11. ve 3.12.'deki kavram haritalarından gerekse Tablo 3.7.'den anlaşılacağı üzere katılımcıların pişmanlıkları için dini başa çıkma araçlarından tövbeye başvurdukları görülmektedir. Günah, bireyin çevreye, kendisine ve yaratıcısına karşı sorumluluklarını yerine getirememesi ve haddi aşması şeklinde geniş bir kapsama sahip beşerî bir olgudur. İnanç sistemleri günahkâr bireyi ceza, mükâfattan geri kalma, sevgi mahrumiyeti gibi çeşitli tehditlerle uyarmaktadır. Dinler mensuplarına bu hatalarından kurtulmaları için tövbe adında ortak bir çözüm sunmaktadır. Bu çözüm dine göre uygulamada değişimler arz etse de amaç olarak benzerlik taşımaktadır. Örneğin Hristiyanlık'ta papaz vasıtasıyla, İslam'da ise herhangi bir araç olmaksızın tövbe edilerek geçmişte yapılan hatanın affı talep edilmektedir (Peker, 2003, ss. 131-136).

Din psikolojisinin kurucularından William James başta olmak üzere bu alanla ilgilenen birçok bilim adamı günah ve tövbe konusunu ele almıştır (Bahadır, 2017, ss. 26-37). Çünkü din, yapısı itibariyle bireyin deneyimlediklerini açıklamaya çalıştığı gibi olumsuzluklarla baş etmede de dayanak oluşturmaktadır (Ayten, 2012, s. 40). Bu doğrultuda; katılımcıların pişmanlıklarıyla diğer bir ifadeyle geçmişteki olumsuzlukların günümüze yansımalarıyla başa çıkmada (Allah'tan af dilemek, kadere ve hayrın/şerrin Allah'tan geldiğine inanmak, dua etmek, Allah'tan sabır dilemek, hayır yapmak) dini başa çıkma araçlarına başvurduğu görülmektedir. Bunların oranı ise %45,1'lik bir ağırlığa sahiptir. Diyaliz tedavisi alan hastalarda iyi oluş ve dindarlık konusunu ele alan Gencer, bulgularımızı destekler mahiyette KBH hastalarında iyi oluşla dindarlık arasında pozitif yönde ilişki olduğu sonucunu ifade etmiştir. Hastanın tedavi sürecinin de etkisiyle kendisini yaşamın sonunda gibi hissetme, umutsuzluk, karamsarlık yaşaması ve hayattan zevk alamaması gibi olumsuz duygulara karşı dinin sunduğu reçeteler çok önemli bir destektir. Din, çözümsüzlük içinde kalmış bireye yol gösterici konumdadır. Allah'a güvenmek, onun her daim gözetiminde olduğu düşüncesinde olmak psikolojik olarak hastayı rahatlatır (Gencer, 2019, ss. 226-227). Bu durum, bireyler için dinin ne denli vazgeçilmez bir sığınak olduğunun göstergesi sayılabilir.

3.5. Kronik hastaların, Başkalarıyla Olumlu İlişkiler Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş temelli manevi destek ihtiyaçları kapsamında "başkalarıyla olumlu ilişkiler" temasına yönelik ihtiyaçları, iki alt temada incelenmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların insanlarla iletişimlerini değerlendirdiklerinde çevrelerindeki bireylerin tahammül edemedikleri yönleri olduğunda sergiledikleri tepkiler ve insanlarla iletişim kurarken ve bu iletişimi sürdürürken özen gösterdikleri hususlar incelenmiştir.

3.5.1. Çevredeki İnsanların Olumsuzluklarına Karşı Tutum ve Davranışlar

Katılımcıların başkalarıyla olan ilişkileri bağlamında, kronik hastaların çevrelerindeki insanların tahammül edemedikleri yönleri olduğunda verdikleri tepkiler incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 3.8.'de sunulmuştur.

Tablo 3. 8. Kronik Hastaların, Genel Olarak İnsanlarla İletişimlerini Değerlendirdiklerinde Çevrelerindeki İnsanların, Tahammül Edilemeyen Yönleri Olduğunda Nasıl Tepkiler Verdiklerine Yönelik Bulgular

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
1. Ortamdan uzaklaşma	Kanser	11	42,3	23,9	K1, K3, K37, K43, K45, K47, K50, K55, K63, K72, K74
	KOAH	9	34,6		K26, K27, K28, K29, K31, K32, K57, K68, K69
	KBH	6	23,1		K15, K20, K23, K30, K52, K60
	Toplam	26	100,0		
2. Öfkeyle karşılık verme	Kanser	9	52,9	15,6	K1, K5, K8, K12, K35, K41, K59, K61, K65
	KOAH	2	11,8		K51, K67
	KBH	6	35,3		K14, K17, K22, K24, K70, K73
	Toplam	17	100,0		
3. Nezaketle/olumu dille karşılık verme	Kanser	9	64,3	12,8	K2, K3, K36, K43, K44, K46, K54, K62, K75
	KOAH	2	14,3		K26, K67
	KBH	3	21,4		K13, K16, K78
	Toplam	14	100,0		

4. Uyarma/Akıl verme	Kanser	6	54,5	10,1	K7, K12, K35, K48, K72, K77
	KOAH	3	27,3		K33, K51, K57
	KBH	2	18,2		K23, K78
	Toplam	11	100,0		
5. Susma/içine atma	Kanser	9	81,8	10,1	K11, K38, K39, K42, K46, K47, K61, K64, K71
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	18,2		K18, K76
	Toplam	11	100,0		
6. Sabır gösterme	Kanser	3	37,5	7,3	K4, K34, K74
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	5	62,5		K19, K23, K24, K70, K79
	Toplam	8	100,0		
7. İrtibatı kesme	Kanser	3	42,9	6,4	K40, K49, K53
	KOAH	2	28,6		K51, K68
	KBH	2	28,6		K18, K60
	Toplam	7	100,0		
8. Hatayı kendisinde arama/özür dileme	Kanser	2	33,3	5,5	K6, K65
	KOAH	2	33,3		K26, K58
	KBH	2	33,3		K19, K52
	Toplam	6	100,0		
9. Acısını kendisinden veya başka birinden çıkarma	Kanser	2	50,0	3,7	K11, K56
	KOAH	2	50,0		K25, K69
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	4	100,0		
10. Affedici yaklaşma	Kanser	3	100,0	2,8	K4, K6, K66
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	3	100,0		
11. Umursamama	Kanser	0	0,0	1,8	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K21, K73
	Toplam	2	100,0		
Genel Toplam		**109**	-	**100,0**	

Kronik hastaların Tablo 3.8.'de, genel olarak insanlarla iletişimlerini değerlendirdiklerinde çevrelerindeki insanların, tahammül edilemeyen yönleri olduğunda nasıl tepkiler verdiklerine ilişkin kodlar incelendiğinde, toplam 11 kodun üretildiği ve en yüksek frekansın *ortamdan uzaklaşma* (f=26; %23,9) koduna ait olduğu görülmüştür. Bu kodun hemen ardından *öfkeyle karşılık verme* (f=17; %15,6),

nezaketle/olumu dille karşılık verme (f=14; %12,8), *uyarma/akıl verme* (f=11; %10,1) ve *susma/içine atma* (f=11; %10,1) kodlarının öne çıktığı belirlenmiştir.

Tabloda kronik hastaların, genel olarak insanlarla iletişimlerini değerlendirdiklerinde çevrelerindeki insanların, tahammül edilemeyen yönleri olduğunda nasıl tepkiler verdiklerine ilişkin belirlenen diğer kodlar ise sırasıyla, *sabır gösterme* (f=8; %7,3), *irtibatı kesme* (f=7; %6,4), *hatayı kendisinde arama/özür dileme* (f=6; %5,5), *acısını kendisinden veya başka birinden çıkarma* (f=4; %3,7), *affedici yaklaşma* (f=3; %2,8) ve *umursamama* (f=2; %1,8) olarak tespit edilmiştir.

Temada öne çıkan ilk 3 kod, *ortamdan uzaklaşma, sert karşılık verme* ve *tatlı dille uyarma*dır. Homojen bir şekilde dağılmasa da bu üç kodun benzerleri temada tekrar etmektedir.

Ortamdan uzaklaşıp ne olumlu ne de olumsuz tavır sergilediğini ifade eden K20, tedavinin olumsuz etkilerinden dolayı çevresindeki bireylere olumsuz tutum ve davranışlarını şu cümleleriyle belirtmektedir:

> "Uzaklaşmaya çalışıyorum çünkü zaten tedaviden dolayı bedenen kendimi yorgun hissediyorum gerilime gelemiyorum üzülüyorum ama yapacağım bir şey olmuyor elimden bir şey gelmiyorsa uzaklaşıyorum." (K20)

Öne çıkan bir diğer kod, öfkeyle karşılık vermedir (%15,6). K12 cevabında insanlarla uğraşamayacağını ve bu yüzden direk hatalı davrandıklarını insanlara söylediğini aktarmaktadır.

> "Ben sert bir kadınım. Kızlarım da kocam da (kocam ölmeden önce) hep beni düşündüler. Canımı sıkanlarla hiç uğraşmadım. Anında sert bir şekilde yaptığı şey ne ise onun hata olduğunu yüzlerine söylerim. İçime hiç atmam yumuşak söyleyeyim diye düşünmem." (K12)

Nezaketle/olumu dille karşılık verme (%12,8), olumlu tepki olarak öne çıkan koddur. K46 bu nezaketini insanlara olan değerinden dolayı sergilediğini belirtmektedir.

"Susarım, hatasını söylerim yine de anlamazsa susarım. İnsanları kıramam onlar beni kırsa bile kıramam çünkü insana değer veririm." (K46)

Katılımcıların çevresindeki insanların tahammül edemedikleri yönlerine gösterdikleri tepkilere hastalık grupları merkezli bakıldığında; 11. (*umursamama*) kod hariç tüm kodlarda kanser hastalarının, 5. 6. 10. 11. (*susma/içine atma, sabır gösterme, affedici yaklaşma, umursamama*) kodlar hariç diğer kodlarda KOAH hastalarının, 9. ve 10. (*acısını kendisinden veya başka birinden çıkarma* ve *affedici yaklaşma*) kodlar hariç tüm kodlarda KBH hastalarının olduğu görülmüştür.

3.5.2. İnsanlarla İletişim Kurmada ve Bu İletişimi Sürdürmedeki Faktörler

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş temelli manevi destek ihtiyaçları kapsamında *başkalarıyla olumlu ilişkiler* temasına yönelik ihtiyaçlarında ikinci alt temada, katılımcıların insanlarla iletişim kurarken ve bu iletişimi sürdürürken önemsedikleri hususlar incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 3.9.'da ortaya konulmuştur.

Tablo 3. 9. Kronik Hastaların, Genel Olarak İnsanlarla İletişimlerini Değerlendirdiklerinde, İnsanlarla İletişim Kurarken ve Bu İletişimi Sürdürürken Nelere Özen Gösterdiklerine Yönelik Bulgular

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
1. Karşılıklı saygıya	Kanser	19	52,8	22,9	K10, K12, K34, K35, K36, K37, K38, K40, K42, K44, K45, K49, K54, K56, K64, K65, K66, K71, K77
	KOAH	8	22,2		K28, K29, K31, K32, K33, K57, K67, K69
	KBH	9	25,0		K13, K14, K15, K20, K23, K30, K60, K73, K79
	Toplam	36	100,0		
2. Karşılıklı samimiyete	Kanser	14	56,0	15,9	K4, K37, K42, K44, K46, K47, K48, K49, K50, K53, K61, K63, K66, K74
	KOAH	6	24,0		K26, K31, K33, K51, K57, K68

	KBH	5	20,0		K14, K15, K23, K70, K76
	Toplam	25	100,0		
3. Karşılıklı anlayışa	Kanser	15	65,2	14,6	K2, K3, K5, K34, K35, K36, K44, K45, K48, K50, K54, K59, K62, K65, K72
	KOAH	3	13,0		K32, K51, K67
	KBH	5	21,7		K18, K20, K22, K52, K70
	Toplam	23	100,0		
4. Karşılıklı dürüstlüğe	Kanser	11	68,8	10,2	K4, K34, K39, K40, K46, K48, K49, K55, K61, K62, K75
	KOAH	3	18,8		K26, K33, K58
	KBH	2	12,5		K17, K78
	Toplam	16	100,0		
5. Karşılıklı empatiye	Kanser	8	72,7	7,0	K35, K36, K37, K41, K49, K55, K56, K63
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	3	27,3		K20, K21, K76
	Toplam	11	100,0		
6. Kırmamaya/fedakar davranmaya	Kanser	5	45,5	7,0	K6, K38, K50, K71, K77
	KOAH	3	27,3		K25, K51, K57
	KBH	3	27,3		K16, K18, K79
	Toplam	11	100,0		
7. Karşı tarafın dini/manevi yönünün ağır basmasına	Kanser	3	33,3	5,7	K37, K39, K72
	KOAH	3	33,3		K26, K32, K58
	KBH	3	33,3		K15, K23, K70
	Toplam	9	100,0		
8. Karşı tarafın hak ettiği şekilde davranmaya	Kanser	2	28,6	4,5	K8, K75
	KOAH	3	42,9		K27, K33, K68
	KBH	2	28,6		K19, K60
	Toplam	7	100,0		
9. Karşı tarafın merhametli/vicdanlı olmasına	Kanser	2	33,3	3,8	K42, K74
	KOAH	2	33,3		K28, K69
	KBH	2	33,3		K21, K52
	Toplam	6	100,0		
10. Karşı tarafın değer sahibi olmasına	Kanser	2	50,0	2,5	K47, K53
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	50,0		K15, K73
	Toplam	4	100,0		
11. Mütevazi olmaya	Kanser	2	50,0	2,5	K36, K64
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	50,0		K24, K78
	Toplam	4	100,0		

12. Dedikodudan kaçınmaya	Kanser	3	100,0	1,9	K1, K35, K59
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	3	100,0		
13. Kendini doğru ifade etmeye	Kanser	2	100,0	1,3	K11, K66
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	2	100,0		
Genel Toplam		**157**	-	**100,0**	

Tablo 3.9.'da kronik hastaların, genel olarak insanlarla iletişimlerini değerlendirdiklerinde insanlarla iletişim kurarken ve bu iletişimi sürdürürken nelere özen gösterdiklerine ilişkin kodlar incelendiğinde, toplam 13 kodun üretildiği ve en yüksek frekansın *karşılıklı saygıya* (f=36; %22,9) koduna ait olduğu görülmüştür. Bu kodun hemen ardından *karşılıklı samimiyete* (f=25; %15,9), *karşılıklı anlayışa* (f=23; %14,6) ve *karşılıklı dürüstlüğe* (f=16; %10,2) kodlarının öne çıktığı belirlenmiştir.

Tablo 3.9.'da kronik hastaların, genel olarak insanlarla iletişimlerini değerlendirdiklerinde insanlarla iletişim kurarken ve bu iletişimi sürdürürken nelere özen gösterdiklerine ilişkin belirlenen diğer kodlar ise sırasıyla, *karşılıklı empatiye* (f=11; %7,0), *kırmamaya/fedakar davranmaya* (f=11; %7,0), *karşı tarafın dini/manevi yönünün ağır basmasına* (f=9; %5,7), *karşı tarafın hak ettiği şekilde davranmaya* (f=7; %4,5), *karşı tarafın merhametli/vicdanlı olmasına* (f=6; %3,8), *karşı tarafın değer sahibi olmasına* (f=4; %2,5), *mütevazi olmaya* (f=4; %2,5), *dedikodudan kaçınmaya* (f=3; %1,9) ve *kendini doğru ifade etmeye* (f=2; %1,3) olarak tespit edilmiştir.

Verilen cevaplara bakıldığında katılımcıların büyük çoğunluğu (%22,9) insanlarla iletişimi kurarken ve sürdürürken karşılıklı saygı aradıkları görülmektedir. K30 cevabında tedaviyle birlikte gelen sıkıntılara dem vurarak karşı taraftan saygı beklediğini ifade etmektedir.

> "Uzaklaşırım hemen uğraşamam kendi halinde birisiyim kavgaya gelemem. İnan kendi derdim bana yetiyor. Şu makineye bağlıyım resmen ağrısı sancısı derken ben bir başkasını neden çekeyim. Saygılı olsun yeter kendisi bana saygılı olmazsa ben nasıl saygılı olayım." (K30)

Bu temadaki ikinci en yüksek (%15,9) frekansa ulaşan kod, *karşılıklı samimiyettir*. K23'ün açıklamalarında insanlarla iletişimde gerekli gördüğü şeyleri sıralarken ilk olarak samimiyeti söylediği görülmektedir.

> "…Karşımdaki hep benim gibi samimi olsun isterim, Allaha inancı olsun isterim dini konulardan konuşsun isterim bana güzellikler anlatsın muhabbet edebilen birisi olsun." (K23)

Yüksek frekansa sahip bir diğer kod ise *karşılıklı anlayıştır* (%14,6). K5 gerilim durumunda iletişimi sürdüremediğini bundan dolayı da anlayış beklediğini ifade etmektedir.

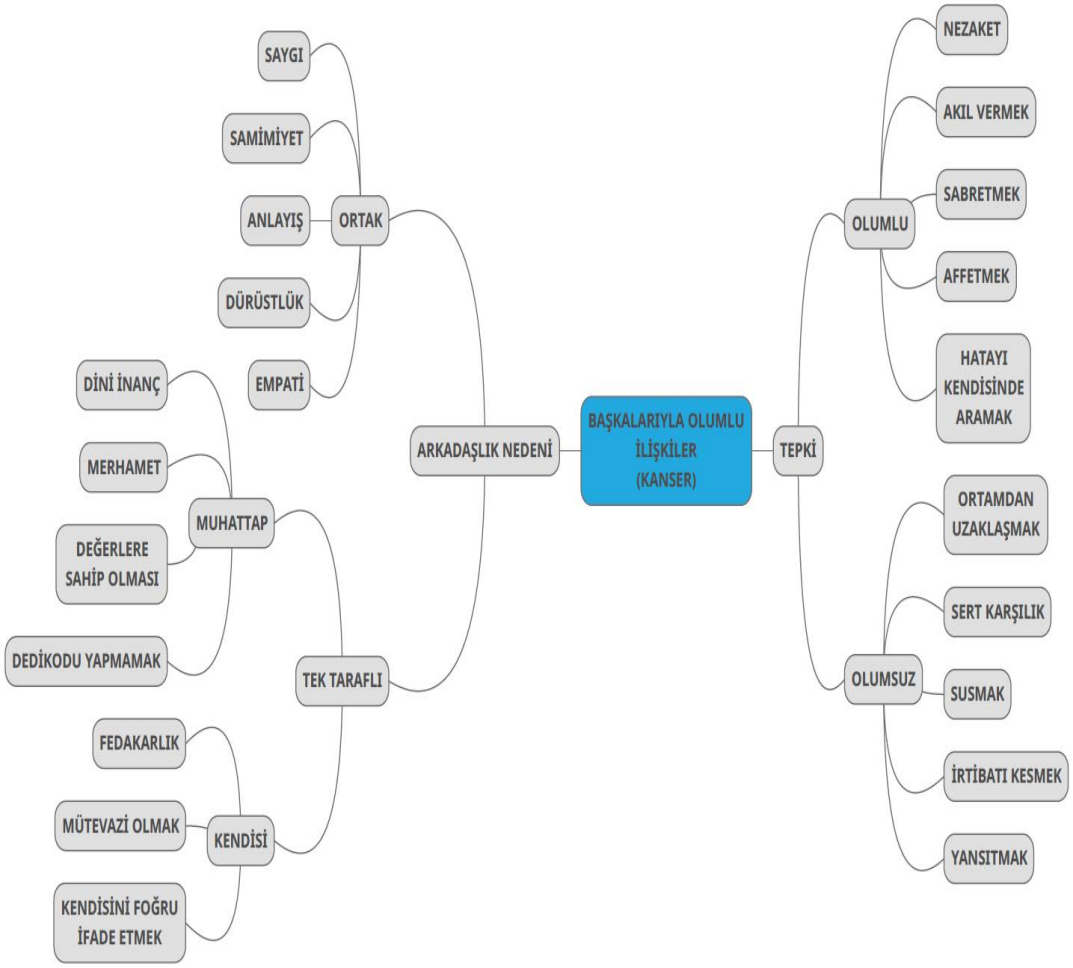
> "…Tedavi süreci beni yıpratıyor ben her şeyi alttan alamıyorum karşımdaki cidden benim arkadaşımsa ve bu ilişkiyi devam ettirmek istiyorsa o beni alttan almalı ben de bunu yapmalıyım ama bu bende her zaman olmuyor neticede sakin olamıyorum fazlaca geriliyorum." (K5)

İletişim kurma ve bu iletişimi sürdürmede katılımcılardan elde edilen kodlara hastalık grupları merkezli bakıldığında; tüm kodlarda kanser hastalarının, 5. 10.-13. (*karşılıklı empatiye, karşı tarafın değer sahibi olmasına, mütevazi olmaya, dedikodudan kaçınmaya, kendini doğru ifade etmeye*) kodlar hariç diğer kodlarda KOAH hastalarının, 12. ve 13. (*dedikodudan kaçınmaya* ve *kendini doğru ifade etmeye*) kodlar dışındaki kodlarda da KBH hastalarının olduğu tespit edilmiştir.

3.5.3. Başkalarıyla Olumlu İlişkiler Temasıyla İlgili Değerlendirme

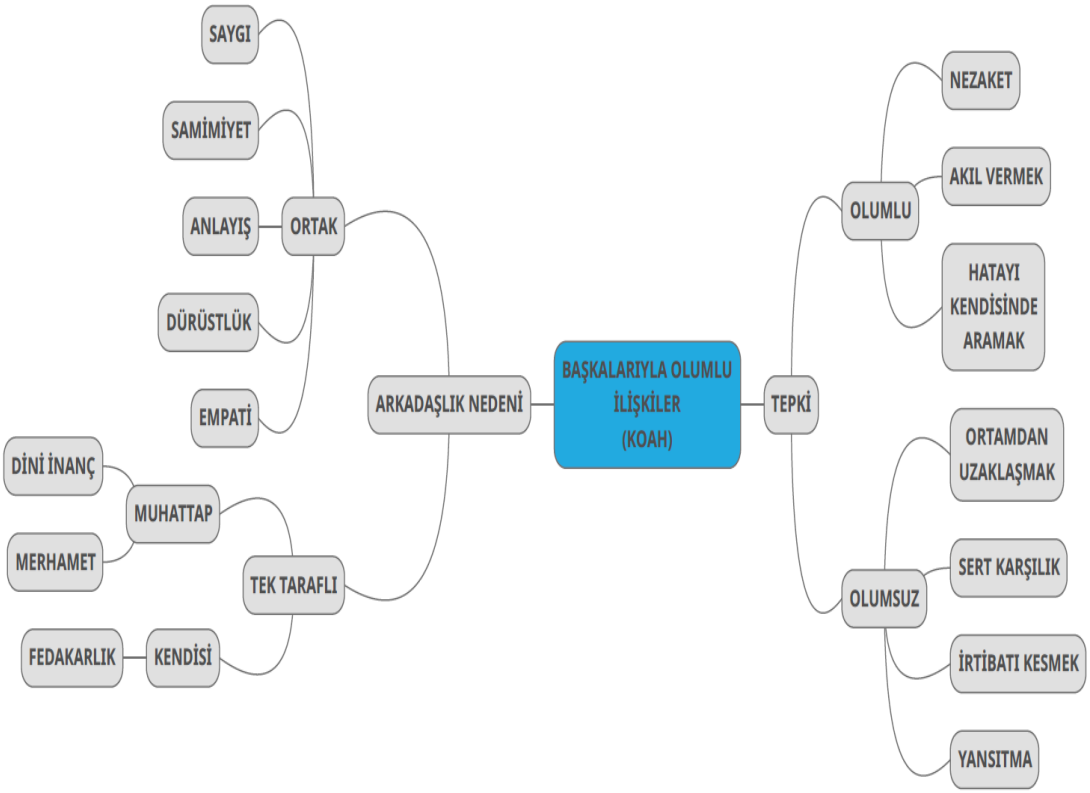
Katılımcıların çevresindeki kişilerin tahammül edemedikleri yönleri olduklarında verecekleri tepkileri genel olarak değerlendirildiğinde; katılımcıların çevrelerindeki kişilerin olumsuzlukları karşısında dikkat çekici bir oranda (%61,5) iletişim açısından olumsuz tutum ve davranışlar (ortamdan uzaklaşma, öfkeyle karşılık verme, susma/içine atma, irtibatı kesme, acısını kendisinden veya başka birinden çıkarma, umursamama) sergiledikleri görülmektedir.

Bu temadaki kodlar izlenerek oluşturulan 3 hastalık grubu merkezli kavram haritasında; tema, katılımcıların sosyal çevresine verdiği *tepki* ve *arkadaşlık nedeni* olarak 2 alt temada ele alınmıştır. *Tepki*, olumlu ve olumsuz; *arkadaşlık nedeni*, ortak ve tek taraflı beklentiler şeklinde sınıflandırılarak kavramlar ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Sırasıyla kanser, KOAH ve KBH hastalarına dair çıkarılan bu kavram haritaları aşağıda sunulmuştur.



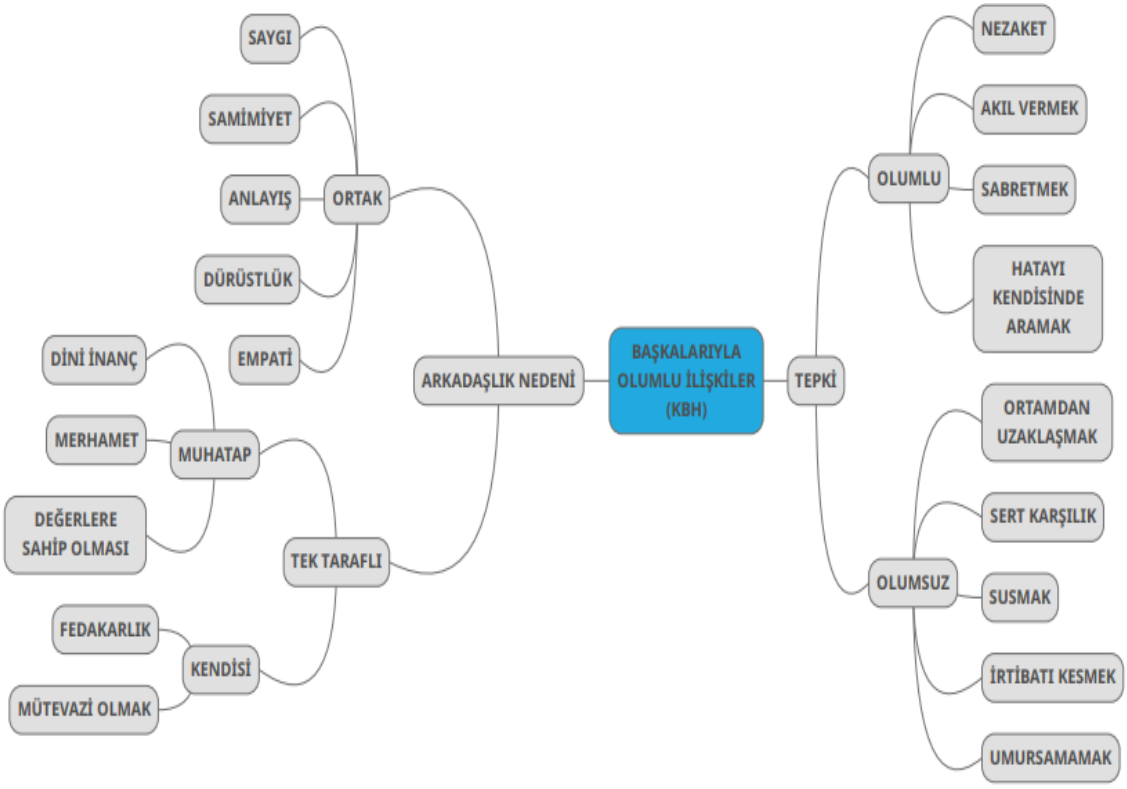
Şekil 3. 13. Başkalarıyla Olumlu İlişkiler (Kanser) Kavram Haritası

Şekil 3.13.'te görüldüğü üzere, arkadaşlığın tesis edilmesinde muhataptan beklenen *dedikodu yapmaması*, bireyin *kendisini doğru ifade etme* çabası ve olumlu bir tepki olarak muhatabın hatalarını *affetmek*, kanser hastalarını diğer iki gruptan ayırmaktadır. Kanser hastalarının ikili ilişkilerde diğer gruplara kıyasla daha yapıcı ve merhametli olduğunu söylemek mümkündür.



Şekil 3. 14. Başkalarıyla Olumlu İlişkiler (KOAH) Kavram Haritası

Başkalarıyla olumlu ilişkiler temasında KOAH'lı grupta olup da diğer gruplarda olmayan bir kavrama rastlanmamıştır. Bununla birlikte, KOAH hastaları çevresine sergilediği olumsuz tepkilerden *susmayı;* olumlu tepkilerden *affetmeyi* ve *sabretmeyi* tercih etmemesiyle kanser ve KBH hastalarından farklılaşmaktadır.



Şekil 3. 15. Başkalarıyla Olumlu İlişkiler (KBH) Kavram Haritası

KBH hastalarının diğer hastalık gruplarından (olumsuz tepki kapsamında) *umursamamak* ile ayrışmaktadır. Hasta gruplarının *kişisel gelişim* temasından sonra en az farklılaştığı temanın *başkalarıyla olumlu ilişkiler* olduğunu söylemek mümkündür. Arkadaşlık kurmanın ortak nedenlerinin, muhataptan beklenen dini inancın, bireyin sergilediği fedakârlığın, muhataba verilen tepkilerin üç hastalık grubunda da olduğu görülmektedir. Üç katılımcı grubun da arkadaşlığa önem verdiğini söylemek mümkündür. Kanser hastaları gurubu, merhamet ve anlayışta ön plana çıkarken; pandemi tedbirleri nedeniyle sosyal çevresiyle iletişimi zayıflayan KOAH hastalarının arkadaşlık ilişkisi kurmada daha az şart öne sürdüğü görülmektedir.

Araştırmaya katılan kronik hastaların genel olarak insanlarla iletişimleri değerlendirildiğinde, insanlarla iletişim kurarken ve bu iletişimi sürdürürken nelere özen gösterdikleri de irdelenmektedir. Elde edilen kodlara bakıldığında; katılımcıların büyük bir kısmı (%87,1) insanlarla iletişim kurarken ve bu iletişimi sürdürürken karşılıklı ilişkiyi (karşılıklı saygı, karşılıklı samimiyet, karşılıklı anlayış, karşılıklı dürüstlük, karşılıklı empati, karşı tarafın hak ettiği şekilde davranma, karşı tarafın

merhametli/vicdanlı olması, karşı tarafın değer sahibi olması) önceledikleri görülmektedir. Katılımcıların çevrelerindeki bireylerin olumsuz davranışlarına karşı cevapları da göz önüne alındığında, hastalığın ve tedavisinin hasta bireye getirdiği yükten dolayı çevreyle olan ilişkinin tesisinde ve sürekliliğinde ortaya çıkabilecek olumsuzluklarla tek başına mücadele edemedikleri, bu hususta muhataplarından da yardım bekledikleri söylenebilir.

Başkalarıyla olumlu ilişki, hasta birey için bir destek olarak da nitelendirilebilir. Bu bağlamda kurulacak ve sürdürülecek her ilişki bireye pozitif yansıyabilir. Down sendromlu bireyler ve aileleri üzerine yaptığı çalışmada Tokur (2018, s.109), down sendromlu bireye yardımın ailesine yardımla başladığını ifade etmektedir. Tokur ayrıca, her türlü sosyal destek alan down sendromlu bireyin ve ailesinin, almayanlara oranla daha mutlu olduğunu belirtmektedir. KOAH'lı bireyler üzerine yapılan bir araştırmada sosyal destek azaldıkça depresyon belirti puanının arttığı; sevgi, şefkat, benlik saygısı gibi kişinin sosyal ihtiyaçlarının sosyal destek vasıtasıyla karşılanarak fiziksel ve ruhsal sağlığın pozitif yönde etkilendiği ifade edilmektedir (Korkmaz ve Tel, 2010, s. 85). Aralarında Türkiye'nin de bulunduğu Avrupa birliğine aday 5 ülke ile toplamda 33 Avrupa ülkesi evrenli kronik hastalar üzerine yapılan bir araştırmada arkadaş ve komşularıyla iletişimde bulunanların diğerlerine nazaran daha yüksek iyi oluş puanına sahip olduğu raporlanmaktadır (Maguire vd., 2021, s. 1503).

Sosyal desteğin bu olumlu etkisi hastaya tamamen yansıyamayabilir (Dinicola vd., 2013, s. 113). Uyumlu ve olgun bir kişilik gelişiminde önemli bir role sahip olan değerler (Bahadır, 2002c, s. 131) bu hususta tamamlayıcı bir görev üstlenebilir. Neticede, hastaların yaşamda bir amaç duygusu bulmalarına ve başkalarıyla bağlantı kurmalarına yardımcı olabilecek herhangi bir strateji veya başa çıkma yöntemi, kronik hastalıklarla düzenli olarak başa çıkmak zorunda olanlar için yaşam kalitesini ve memnuniyetini artırma potansiyeline sahiptir. Bu başa çıkma yöntemleri içerisinde maneviyatı zikretmek mümkündür. Çünkü maneviyatın başa çıkma üzerinde önemli bir etkisi vardır ve hastaların manevî gelişimi yoluyla sorunlarıyla daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olunabilir (Rowe ve Allen, 2004, s. 66).

3.6. Kronik hastaların, Kişisel Gelişim Boyutuna Yönelik Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi

Kronik hastaların, psikolojik iyi oluş temelli manevi destek ihtiyaçları kapsamında *kişisel gelişim* temasına yönelik ihtiyaçları, bir alt temada incelenmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların kişisel gelişim süreçlerine olumlu katkı sunan unsurlar incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 3.10.'da sunulmuştur.

Tablo 3. 10. Kronik hastaların, Kişisel Gelişim Süreçlerinde Kendilerine Güç Veren Unsurlara Yönelik Bulgular

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
1. Ebeveynlik	Kanser	22	66,7	18,3	K5, K10, K34, K36, K38, K39, K40, K41, K42, K44, K45, K46, K48, K49, K53, K54, K55, K56, K59, K61, K64, K71,
	KOAH	9	27,3		K25, K26, K29, K32, K33, K51, K57, K58, K68
	KBH	2	6,1		K18, K76
	Toplam	33	100,0		
2. Dini/manevi duygular	Kanser	23	74,2	17,2	K2, K3, K4, K6, K7, K9, K10, K12, K36, K37, K39, K42, K45, K46, K48, K50, K54, K56, K63, K65, K72, K74, K75
	KOAH	5	16,1		K26, K28, K29, K68, K69
	KBH	3	9,7		K19, K24, K52
	Toplam	31	100,0		
3. Aile fertlerinin desteği	Kanser	14	50,0	15,6	K3, K6, K12, K35, K39, K42, K43, K46, K47, K53, K59, K64, K65, K72
	KOAH	6	21,4		K26, K28, K31, K32, K57, K69
	KBH	8	28,6		K16, K18, K21, K24, K30, K73, K78, K79
	Toplam	28	100,0		
3. Akraba ve arkadaş çevresi	Kanser	15	68,2	12,2	K1, K2, K3, K9, K10, K11, K38, K41, K47, K48, K55, K64, K66, K74, K77
	KOAH	5	22,7		K25, K28, K29, K58, K68
	KBH	2	9,1		K30, K76
	Toplam	22	100,0		
4. İş hayatı	Kanser	6	40,0	8,3	K39, K41, K47, K50, K59, K64

	KOAH	6	40,0		K26, K27, K33, K51, K57, K69
	KBH	3	20,0		K15, K16, K52
	Toplam	15	100,0		
5. Geçmiş yaşantılardan edinilen tecrübeler	Kanser	3	27,3	6,1	K5, K34, K61
	KOAH	5	45,5		K25, K31, K51, K58, K67
	KBH	3	27,3		K18, K23, K79
	Toplam	11	100,0		
6. Hastalıkla mücadele azmi	Kanser	3	27,3	6,1	K4, K34, K62
	KOAH	3	27,3		K32, K33, K57
	KBH	5	45,5		K14, K20, K23, K60, K78
	Toplam	11	100,0		
7. Kitap okumak	Kanser	6	75,0	4,4	K2, K42, K43, K44, K54, K77
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	25,0		K18, K79
	Toplam	8	100,0		
8. İbadet, dua, tövbe	Kanser	3	60,0	2,8	K1, K8, K75
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	40,0		K23, K73
	Toplam	5	100,0		
9. Sabır	Kanser	2	50,0	2,2	K42, K53
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	50,0		K13, K70
	Toplam	4	100,0		
10. TV, radyo, gazete	Kanser	2	50,0	2,2	K44, K74
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	50,0		K19, K52
	Toplam	4	100,0		
11. Kendisinden daha kötü durumdaki bireyler	Kanser	0	0,0	1,7	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	3	100,0		K14, K15, K60
	Toplam	3	100,0		
12. Gezmek	Kanser	0	0,0	1,1	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K18, K52
	Toplam	2	100,0		
13. Kendimi geliştiremiyorum	Kanser	0	0,0	1,7	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	3	100,0		K17, K22, K76
	Toplam	3	100,0		
Genel Toplam		**180**	-	**100,0**	

Tablo 3.10.'da kronik hastaların, kişisel gelişim süreçlerinde kendilerine güç veren unsurlara ilişkin kodlar incelendiğinde, toplam 14 kodun üretildiği ve en yüksek frekansların *ebeveynlik* (f=33; %18,3), *dini/manevi duygular* (f=31; %17,2) ve *aile fertlerinin desteği* (f=28; %15,6) kodlarına ait olduğu görülmüştür.

Tablo 3.10.'da kronik hastaların kişisel gelişim süreçlerinde kendilerine güç veren unsurlara ilişkin belirlenen diğer kodlar ise sırasıyla, *akraba ve arkadaş çevresi* (f=22; %12,2), *iş hayatı* (f=15; %8,3), *geçmiş yaşantılardan edinilen tecrübeler* (f=11; %6,1), *hastalıkla mücadele azmi* (f=11; %6,1), *kitap okumak* (f=8; %4,4), *ibadet, dua, tövbe* (f=5; %2,8), *sabır* (f=4; %2,2), *TV, radyo, gazete* (f=4; %2,2), *kendisinden daha kötü durumdaki bireyler* (f=3; %1,7) ve *gezmek* (f=2; %1,1) olarak tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların 3'ü (%1,7) ise kişisel gelişim noktasında kendisini geliştiremediğini belirtmiştir.

Temada bireylerin kendisini geliştirmesinde katkı sağlamada öne çıkan ilk kod *ebeveynlik*tir (%18,3). Katılımcılardan K26 bu hususstaki açıklamalarında, yaşları küçük de olsa çocuklarından bir şeyler öğrendiğine ve aile olmanın verdiği güce vurgu yapmaktadır.

> "… Aile olmak bana güç verdi çok şey kattı onlardan çok şey öğrendim. Kızımdan oğlumdan bile onlar küçük demedim dinledim. Karımın çok katkısı oldu." (K26)

Katılımcıların verdiği cevaplar arasında ikinci yüksek frekansa sahip olan kod *dini manevi duygular*dır (%17,2). Temadaki din/maneviyatla ilgili kodlara bakıldığında toplam kodların %20'sini oluşturduğu görülmektedir. Tedavi sürecinin Allah ile olan bağına zarar vermesinden kaygı duyan K2, Allah ile olduğu düşüncesinin kendisine çok şey kattığını ifade etmektedir.

> "… Allah ile olan ilişkime zarar vermeden süreci atlatmayı çok isterim. Çünkü bazen neden diye sorgular halde buluyorsunuz kendinizi ve kendine gel diyorum neyle baş edeceğini öğrenmen lazım, hastalık aslında güç vermedi desem yalan olur evet ağır oldu ama neyle karşılaşıp nasıl davranmam gerektiğini de öğretti. Aslında dünya bu

kadar dedirtti birçok şeyle ilgili heveslerim vardı herkesin vardır belki Allah bir dur kulum dedi bilmiyorum çok gel git yaşıyorum bir bakıyorum bu süreçte olgun tavırlar sergiliyorum sonra bir bakarsın o güçlü halden eser yok her şeyi kafaya takar moda sokuyorum kendimi. Belki de bende böyle böyle gelişeceğim. Kabullenmek lazım belki de savaştan vazgeçip. Bazları kişisel gelişim ile ilgili bir yerlere götürmeye çalışıyorlar da sevemedim onları da sanki gerçeklikten uzak gibi geliyor. Oralara gidince Allah ile arama daha mesafe girdiğini hissettim. Bana özel bir durumda olabilir çünkü iyi gelen bir sürü insan var. Ben kendimle Allah ile kalmayı tercih ediyorum onlarla birlikte olacağıma. Çünkü bu bana iyi geliyor ve bu beni geliştiriyor. Böyle düşünüyorum en azından." (K2)

Aile fertlerinin desteği (%15,6) temada üçüncü en yüksek frekansa ulaşan koddur. Bu tema ile ilgili soruya cevabına "iyi bir eşim var" sözleriyle başlayan K19 eşinden ve çocuklarından gördüğü destekle ve onların aracılığıyla edindiği deneyimler vasıtasıyla kendisini geliştirdiğini ifade etmektedir.

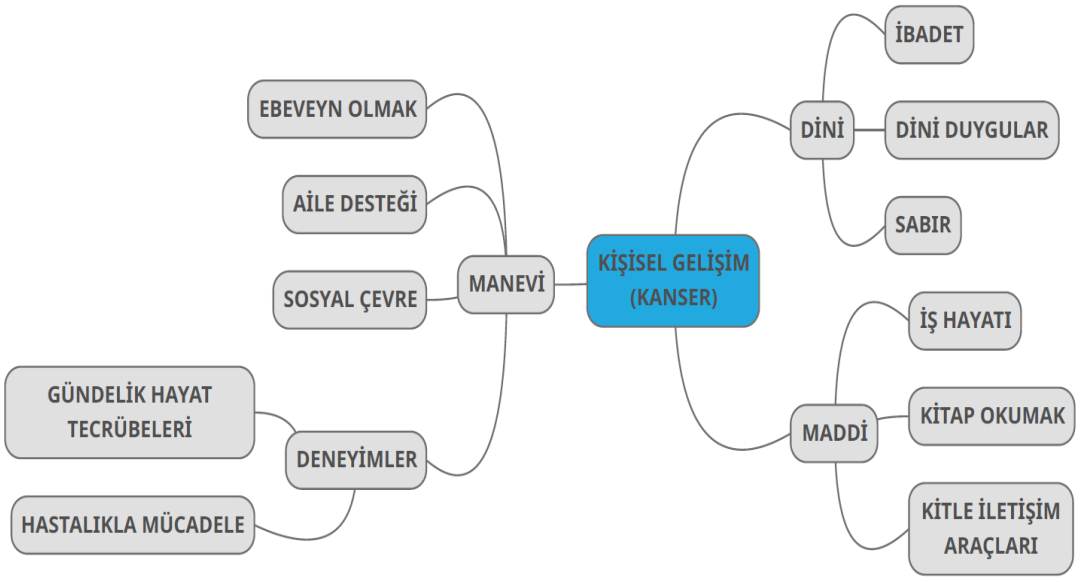
İyi bir eşim var. Derdimi paylaşıyorum dertleşiyorum. 2 çocuğum vardı birisi öldü. Yaşayanıyla da öleniyle de kendime çok dersler çıkardım. Vefat eden oğlum 38 gün yoğun bakımda kaldı o esnada çokça dua ettim Rabbime. Eşimin yanımda durması onun sadakati beni çok etkiledi. ...." (K19)

Katılımcıların kişisel gelişimlerine katkı sağlayan unsurlara hastalık grupları merkezli bakıldığında; 11. ve 12. (*TV, radyo, gazete* ve *kendisinden daha kötü durumdaki bireyler*) hariç tüm kodlarda kanser hastalarının, 1.-6. (*ebeveynlik, dini/manevi duygular, aile fertlerinin desteği, akraba ve arkadaş çevresi, iş hayatı, geçmiş yaşantılardan edinilen tecrübeler*) kodlarda KOAH hastalarının, KBH hastalarının ise tüm kodlarda olduğu tespit edilmiştir.

3.6.1. Kişisel Gelişim Temasıyla İlgili Değerlendirme

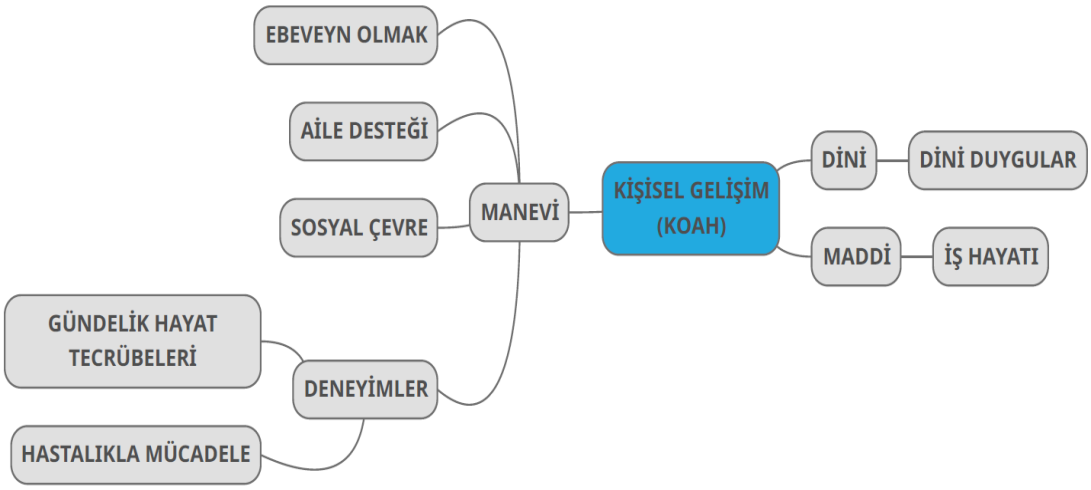
Araştırmaya katılan kronik hastaların kişisel gelişimlerine katkı sağlayan unsurlar içerisinde ebeveynlik duygusu (%18,3), dini/manevi duygular (%17,2) ve aile fertlerinin desteği (%15,6), ön plana çıkmaktadır.

Kişisel gelişim temasındaki kodlar izlenerek oluşturulan 3 hastalık grubu merkezli kavram haritasında, *kişisel gelişim* temasındaki kodlar *dini*, *manevi* ve *maddi* olmak üzere üç alt başlık altında tasniflenmiştir. Sırasıyla kanser, KOAH ve KBH hastalarına dair çıkarılan bu kavram haritaları, Şekil 3.16., 3.17. ve 3.18.'de sunulmuştur.



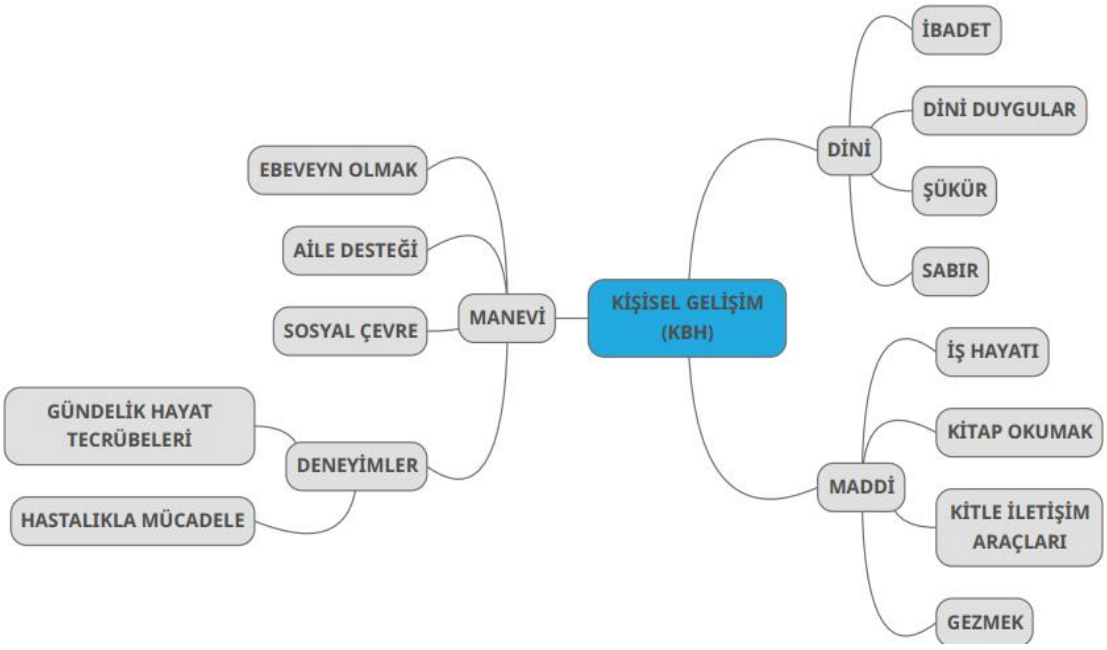
Şekil 3. 16. Kişisel Gelişim (Kanser) Kavram Haritası

Kişisel gelişimde kanser hastaları grubu, dini (ibadet, sabır) ve maddi (kitap okumak ve kitle iletişim araçları) hususta KOAH hastaları grubundan ayrışmaktadır.



Şekil 3. 17. Kişisel Gelişim (KOAH) Kavram Haritası

Diğer hastalık gruplarının kavram haritalarında olup KOAH grubunun haritasında olmayan kavram tespit edilememiştir.



Şekil 3. 18. Kişisel Gelişim (KBH) Kavram Haritası

Temanın en kapsayıcı kavram haritası KBH grubuna aittir. KBH hastaları grubu, *şükür* ve *gezmek* kavramlarıyla diğer hastalık gruplarından ayrışmaktadır. Tüm gruplarda *kişisel gelişime* etki eden *manevi* faktörlerin aynı olduğu görülmüştür. *Sosyal çevre, aile desteği* ve *ebeveyn olmak,* her ne kadar sosyal çevre bağlamında

benzer kabul edilebilecek bir yapıda ifadeler olsa da, katılımcılarca ayrı ayrı bir kişisel gelişime katkı faktörü olarak sıralandığı ve ebeveyn olma ve aile desteğinin diğer sosyal desteklerden daha üstün tutulduğu anlaşılmaktadır.

Kişisel gelişimi sorumlulukla açıklayan araştırmacılar mevcuttur (Debognies vd., 2018, s. 904). Göz önüne alındığında, çocuk sahibi olmadan önce intihar girişimlerinde bulunduğunu söyleyen, baba olup çocuklarının konuşacak çağa gelmesiyle birlikte kişisel gelişim noktasında çocuklarından çok şey öğrendiğini belirten katılımcılardan K21 gibi, ebeveyn olmanın kişisel gelişime katkısı olduğunu belirtenleri anlamak daha mümkün olabilecektir. Bu bağlamda İsrâ suresi 24. ayetteki duaya (*anne babam nasıl küçüklükte beni şefkatle eğitip yetiştirdilerse şimdi sen de onlara merhamet göster* diye dua edin) bakıldığında; çocukların eğitiminin aslında ebeveyne yansımaları olacağı şeklinde yorumlanabilir.

Ebeveynliğin kişisel gelişime katkıları sorumlulukların bir yansımasıyken, aile olmanın katkıları o sorumluluklarda kendisine en yakın çevresi olan ailesinden destek bulmanın bir yansıması şeklinde ifade edilebilir. Engelli üyesi bulunan aileler üzerine yapılan araştırmada aile bütünlüğünün tüm olumsuzluklara anlam vermede ve zorluklarla mücadele etmede önemli görevler üstlendiği, ailenin inanç sisteminin de etkili olduğu bulgusu raporlanmaktadır (Özbay ve Aydoğan, 2013, ss. 138-142).

Katılımcıların kişisel gelişime dair cevaplarına bakıldığında, dini manevi unsurlardan destek almanın, çevreden öğrenme veya rol model alma şeklinde olmayıp kendi deneyimleri ve tercihleri sonucunda meydana geldiği ifade edilebilir. K2'nin açıklamalarına bakıldığında, kişisel gelişim uzmanları da başta olmak üzere kişisel gelişimi için bir insandan destek almak istemediği, Allah ile arasındaki bağı kuvvetli tutarak kişisel gelişimini devam ettirmek istediği görülmektedir. Refahi ve diğerleri (2015) İran'da evli öğretmenler üzerine gerçekleştirdikleri çalışmalarında dinin kendini geliştirmeyle pozitif ilişkisi olduğu bulgusuna ulaştıklarını aktarmaktadırlar. Araştırmamızın katılımcılarının sağlık sorunları yaşayan bireyler olması, onları gençliğin rehavetinden ziyade deneyimledikleri olumsuzluklar esnasında kendisini geliştirirken sağlam referanslar aramaya zorladığı için hayatın birçok yönüne öneriler sunan dine eğilimli oldukları düşünülebilir.

Bireyin kişisel gelişiminde dinin rolü, algılanan din formuyla da alakalı olduğunu belirtmekte yarar vardır. Kilit (2019, ss. 110-111) yaptığı araştırmada kaderci bir anlayışla bireysel gelişim arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki, mutezile ve ehlisünnet anlayışıyla bireysel gelişim arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki bulduğunu raporlamaktadır. Bununla birlikte İslam öğretisinde bireyin doğruyu ve yanlışı seçmesi, dünya hayatının bir imtihan oluşu vardır. İslam dini, bireyin bu tercih sürecinde en büyük ve tek anlam merkezli (Allah) bir yaşam sürmesi için rol model (insan-ı kâmil) sunmaktadır (Tokur, 2013, s. 161). Bu modele insan ne kadar uygun yaşarsa o kadar kendisini geliştirecektir denebilir, diğer bir ifadeyle kişisel gelişim ile özgür irade arasında derin bir bağdan bahsedilebilir. Dolayısıyla, bireyin iradesini ön plana çıkaran dinin, bireyin kişisel gelişimine katkıda bulunduğunu söylemek mümkündür. Bu durum, katılımcılarımızın kişisel gelişimleri için iradelerini ön plana çıkarmalarıyla örtüşmektedir.

3.7. Kronik hastaların Psikolojik İyi Oluş Odaklı Manevi Destek İhtiyaçlarına İlişkin Bulgular ve Değerlendirilmesi

Araştırmada son olarak kronik hastaların, psikolojik iyi oluş perspektifinde manevi destek ihtiyaçları genel açıdan ele alınmış ve bireylerin, özerklik, çevreyi yönetme ustalığı, öz kabul, diğerleriyle olumlu ilişkiler kurma, kişisel gelişim (psikolojik iyi oluşun boyutları olan) hususlarında nasıl bir manevi desteğe ihtiyaç duydukları incelenmiştir. Bu kapsamda elde edilen bulgular Tablo 3.11.'de ortaya konulmuştur.

Tablo 3. 11. Kronik hastaların Genel Olarak Psikolojik İyi Oluş Odaklı Manevi Destek İhtiyaçlarına Yönelik Bulgular

Kod	Kronik Hastalık	f	%	Kodun Temadaki Ağırlığı (%)	Katılımcılar
1. Hastalıkla başa çıkmaya yönelik ayetleri ve hadisleri *(şifa, sabır, kendini kontrol üzerine)* sunan	Kanser	11	52,4	10,6	K35, K41, K42, K43, K44, K45, K49, K53, K64, K75, K77
	KOAH	2	9,5		K51, K58
	KBH	8	38,1		K14, K19, K23, K24, K30, K52, K70, K78

	Toplam	21	100,0		
2. Tövbe ve istiğfarı öğreten	Kanser	12	63,2	9,6	K34, K35, K37, K41, K42, K44, K45, K49, K56, K65, K74, K77
	KOAH	5	26,3		K29, K32, K51, K68, K69
	KBH	2	10,5		K15, K60
	Toplam	19	100,0		
3. Umut vermeye odaklı	Kanser	8	50,0	8,1	K37, K38, K39, K40, K43, K55, K64, K71
	KOAH	3	18,8		K26, K31, K58
	KBH	5	31,3		K18, K24, K30, K78, K79
	Toplam	16	100,0		
4. Dini hususlar ve ibadetler hakkında bilgi veren ve yönlendiren	Kanser	8	53,3	7,6	K3, K5, K6, K9, K39, K54, K65, K72
	KOAH	2	13,3		K51, K69
	KBH	5	33,3		K17, K19, K21, K52, K78
	Toplam	15	100,0		
5. Peygamber ve sahabe hayatlarından örnekler sunan	Kanser	11	73,3	7,6	K12, K38, K39, K43, K46, K47, K48, K56, K65, K71, K77
	KOAH	2	13,3		K32, K57
	KBH	2	13,3		K23, K70
	Toplam	15	100,0		
6. Yalnızca olumlu düşünceler aşılayan	Kanser	8	57,1	7,1	K1, K2, K6, K34, K37, K63, K65, K74
	KOAH	3	21,4		K26, K31, K57
	KBH	3	21,4		K15, K18, K78
	Toplam	14	100,0		
7. Dua etmeyi öğreten	Kanser	6	54,5	5,6	K36, K39, K46, K48, K55, K71
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	5	45,5		K13, K20, K23, K70, K79
	Toplam	11	100,0		
8. Sabrı öğreten	Kanser	2	20,0	5,1	K47, K75
	KOAH	3	30,0		K33, K51, K69
	KBH	5	50,0		K18, K20, K22, K60, K76
	Toplam	10	100,0		
9. Cenneti anlatan ayetleri açıklayan	Kanser	6	60,0	5,1	K36, K40, K41, K42, K53, K77
	KOAH	2	20,0		K29, K67
	KBH	2	20,0		K23, K76
	Toplam	10	100,0		
10. Toplumdaki bireylere ve sağlık çalışanlarına, hastalara doğru yaklaşım üzerine destek	Kanser	3	37,5	4,0	K36, K44, K59
	KOAH	2	25,0		K26, K58
	KBH	3	37,5		K17, K22, K76
	Toplam	8	100,0		
	Kanser	3	42,9	3,5	K6, K50, K55

11. Allah'la olan bağı güçlendiren	KOAH	2	28,6		K51, K68
	KBH	2	28,6		K15, K52
	Toplam	7	100,0		
12. Huzur vermeye odaklı	Kanser	3	42,9	3,5	K37, K43, K53
	KOAH	2	28,6		K28, K57
	KBH	2	28,6		K18, K76
	Toplam	7	100,0		
13. Yaşama şevkini artıran	Kanser	6	100,0	3,0	K1, K2, K39, K50, K59, K63
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	6	100,0		
14. Ahiret inancına yönelik destek (mükafat-ceza vb.)	Kanser	0	0,0	2,5	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	5	100,0		K20, K21, K22, K52, K78
	Toplam	5	100,0		
15. Bu dünyaya yönelik destek sunan	Kanser	5	100,0	2,5	K1, K47, K50, K56, K72
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	5	100,0		
16. Kendini anlatabileceği danışma seanslarına yer veren	Kanser	5	100,0	2,5	K5, K37, K48, K55, K74
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	5	100,0		
17. Ölüm üzerine nasihatler veren ve rahatlatan	Kanser	0	0,0	1,5	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	3	100,0		K19, K23, K70
	Toplam	3	100,0		
18. Şükür etmeyi öğreten	Kanser	3	100,0	1,5	K6, K43, K64
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	3	100,0		
19. Kendini ve başka insanları sevmeyi öğreten	Kanser	2	100,0	1,0	K9, K61
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	2	100,0		
20. Yalnız olmadığını hissettiren	Kanser	0	0,0	1,0	-
	KOAH	0	0,0		-
	KBH	2	100,0		K18, K73
	Toplam	2	100,0		
21. Her türlü destek isteyen	Kanser	3	42,9	3,5	K4, K37, K54
	KOAH	2	28,6		K27, K58
	KBH	2	28,6		K16, K60

	Toplam	7	100,0		
22. Destek ihtiyacı duymayan	Kanser	5	71,4	3,5	K3, K7, K10, K62, K66
	KOAH	2	28,6		K25, K67
	KBH	0	0,0		-
	Toplam	7	100,0		
Genel Toplam		**198**	-	**100,0**	

Tablo 3.11.'de psikolojik iyi oluş perspektifinde kronik hastaların genel olarak manevi destek ihtiyaçlarına ilişkin kodlar incelendiğinde, toplam 22 kodun üretildiği görülmüştür. Söz konusu kodlar frekans sırasına göre incelendiğinde, psikolojik iyi oluş perspektifinde kronik hastaların genel olarak manevi destek ihtiyaçlarına yönelik, *hastalıkla başa çıkmaya yönelik ayetleri ve hadisleri (şifa, sabır, kendini kontrol üzerine) sunan* (f=21; %10,6), *tövbe ve istiğfarı öğreten* (f=19; %9,6), *umut vermeye odaklı* (f=16; %8,1), *dinî hususlar ve ibadetler hakkında bilgi veren ve yönlendiren* (f=15; %7,6), *peygamber ve sahabe hayatlarından örnekler sunan* (f=15; %7,6), *yalnızca olumlu düşünceler aşılayan* (f=14; %7,1), *dua etmeyi öğreten* (f=11; %5,6), *sabrı öğreten* (f=10; %5,1), *cenneti anlatan ayetleri açıklayan* (f=10; %5,1), *toplumdaki bireylere ve sağlık çalışanlarına, hastalara doğru yaklaşım üzerine destek* (f=8; %4,0), *Allah'la olan bağı güçlendiren* (f=7; %3,5), *huzur vermeye odaklı* (f=7; %3,5), *yaşama şevkini artıran* (f=6; %3,0), *ahiret inancına yönelik destek (mükafat-ceza vb.)* (f=5; %2,5), *bu dünyaya yönelik destek sunan* (f=5; %2,5), *kendini anlatabileceği danışma seanslarına yer veren* (f=5; %2,5), *ölüm üzerine nasihatler veren ve rahatlatan* (f=3; %1,5), *şükür etmeyi öğreten* (f=3; %1,5), *kendini ve başka insanları sevmeyi öğreten* (f=2; %1,0) ve *yalnız olmadığını hissettiren* (f=2; %1,0) kodlarını ürettikleri tespit edilmiştir. Ayrıca kronik hastalardan 7'si (%3,5) herhangi bir ayrım yapmadan her türlü manevi desteğe ihtiyaç duyduğunu; 7'si (%3,5) ise herhangi bir manevi desteğe ihtiyaç duymadığını belirtmişlerdir.

Kronik hastaların nasıl bir manevi destek istediklerini ortaya koymaya çalışan bu temada ön plana çıkan ilk kod, *hastalıkla başa çıkmaya yönelik ayetleri ve hadisleri (şifa, sabır, kendini kontrol üzerine) sunandır* (%10,6). K45'in cevabı ahiret ve dünya hayatını gözeterek beklediği manevi desteği açıklarken dünyaya dair sadece şifaya odaklandığı görülmektedir.

> "Allah'ın beni affetmesi için dualar söylesin. Ayetlerin anlamını açıklasın şifa üzerine olan ayetlerden bahsetsin." (K45)

Tövbe ve istiğfar öğreten (9,6) manevi destek ihtiyacı ikinci en yüksek frekansa sahip olan koddur. Bu talep geçmişteki hatalardan bugününe ve gelecekte yapabileceği hatalara kadar geniş bir zaman dilimini kapsayan bireyin kendisiyle yüzleşmesi ve bağışlanma arayışıdır. K15'in ifadelerinde de bu durum Allah'a yakın olma isteğinden hemen sonra zikredilmektedir.

> "Allaha daha nasıl yakın olabilirim, geçmişteki günahlarım ve son nefesimi verinceye kadar ki hatalarımın bağışlanması için dualar öğretsin. Bana iyi yaklaşsın iyilikten güzellikten bahsetsin." (K15)

Temada tövbe ve istiğfarın öğretilmesi talebinden sonra öne çıkan kod *umut vermeye odaklı* (%8,1) manevi destek ihtiyacıdır. Bu bağlamda bir diğer kod da "şükür etmeyi öğreten" (%1,5) manevi destek ihtiyacıdır. K43 sıkıntıların içinde olduğunu vurgulayarak peygamber ve arkadaşlarının hayatından örneklerle kendisine umut verici konuşmalar yapılmasını istediğini belirtmektedir. Ayrıca şükür konusuna da değinen K43, şükrü umuttan önce zikrederek kendisi için şükrün önemine işaret etmektedir.

> "Neden şükretmem gerektiği… Bu hastalığa düştüm. Ama neden şükretmeliyim neye şükretmeliyim? Huzur verici konuşsun. Ne konuşursa konuşsun. Zaten fırtınalı bir hayatım var. Sıkıntının içindeyim bana umut verici konuşsun. Peygamberden ashabından bahsetsin..." (K43)

Dinî hususlar ve ibadetler hakkında bilgi veren ve yönlendiren (%7,6) manevi destek ihtiyacı temadaki bir diğer koddur. K51 bu yardımı ibadetler hakkında bilgi ve onları yapmaya motive olması şeklinde betimlemektedir.

> "... Dini konularda bilgilendirilmek isterim. Yani her türlü dini bilgiyi dinlemek isterim. Mesela ibadetler hakkında bilgi versin. Namaza başlamak istiyorum ama motive olamıyor, hemen bırakıyorum. Bu

konuda ve Allaha nasıl yakınlaşırım. Yani o beni çağırmıyor ki namaz kılamıyorum diyorum. Bu konuda da beni aydınlatsın isterim. İbadetlere başlama, devam etme ve onlar hakkında bilgiler hususunda bana destek olsun isterim." (K51)

Katılımcılar arasında yalnızca olumlu düşünceler aşılayan (%7,1) manevi desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade edenler de vardır. K2 bu yöndeki düşüncelerini aktarırken, dini konuşmaların ilk etapta hastaların öleceğini düşündüğünü ancak dinin pozitif düşünceler aşılayabileceğini ve hastalara dinin bu yönüyle yaklaşılması gerektiğini ifade etmektedir.

"İlk önce yapılması gereken şey, hepimizin hep bildiği ama farkına varamadığımız şeylerin farkına vardırılması. Yani bildiğimiz şeyleri hissetmemiz lazım. Bu, insana güç veriyor. Mesela sürekli Allah'ı anmak ama bu tek başında değil. Kişisel gelişimle din olgusunu bir arada bütünleştirmek lazım. Sadece din anlatıldığında insanlar zorlanıyorlar. Hâlbuki din, insan hayatını çok güzel destekliyor. Eğer güzel anlatılırsa, insanlar insanlara güvenirse daha etkileyici oluyor. İlk etapta, bu hastalığın en dışında olan ben dindar biri olmayarak birine direk olarak, *Allah şöyle diyor, böyle yap* dediğinizde hasta zannediyor ki tamam ölüm yaklaştı benim yapacaklarım artık bu kadar, bunları yapmam lazım ve korkuyor hasta. Hâlbuki Allah merhametlidir..." (K2)

Manevî desteği sınırlı görenlerin yanında her türlü manevi desteği bekleyen (%3,5) katılımcılar da araştırmada mevcuttur. K4'ün dini/manevi hususlardaki ilgisinden, kendisini her hususta dinleyecek ve doğru yönlendirecek her türlü manevi desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade etmesi beklentinin sadece sağlık veya dini hususlarla sınırlandırılamayacağını göstermektedir.

"Din, hayatımda olsun isterdim. Böyle şeyleri Allah ilham mı ediyor yoksa insanlar kendilerini zorluyorlar mı bilmiyorum. Ben kendini zorlayan biri de değilim. Kafa doldu mu dağıtacak başka yollara başvururdum. Hastalandıktan sonra içmeyi bıraktım. Biraz daha dikkatli

> davrandım. En büyük eksiklik konuşacak birilerinin olmaması sanırım. Evet, herkes anlıyor ama dinlemiyorlar. Hemen "bak şurada şu bitkisel yöntem var onu dene şurda şu profesör var". Evet, varlar ama bir şeylerin eksikliği var büyük bir boşluk neyle doldurmam gerektiğini bilmiyorum. Doğru yönlendirmelere ihtiyacım ve ihtiyacımız var. Dinlediği, doğru yönlendirdiği müddetçe manevi danışmanı neden istemeyeyim. Yeter ki bana yardımcı olsun.” (K4)

Tedavilere devam eden hastaların dua etme ve yeni dualar öğrenmeye olan ilgilerini, temadaki *dua etmeyi öğreten* (%5,6) kodundan anlamak mümkündür. Dua edilmesini ve bilmediği duaların öğretilmesini isteyen K46 bu duruma örnek teşkil etmektedir.

> “Peygamberin ve sahabenin hayatından bahsetsin. Yanımda Kur'an okusun. Dertlerimi dinlesin. Bana dua etsin yeni dualar öğretsin. Özellikle Kur'an'da geçen ve peygamberin hayatında ettiği duaları öğretsin.” (K46)

Sabır konusunda manevi destek (%5,1) temadaki kodlar arasındadır. K47, tedavi sürecinin ve hastane ortamının olumsuz etkisiyle sabır hususunda destek beklediğini ifade etmektedir.

> “Tedavi sürecinden ve hastane ortamından dolayı çok çabuk sinirlenebiliyorum. Bu yüzden, öncelikle sabırdan bahsedilsin. Mesela, sabrın faziletinden bahsedilse iyi olur...” (K47)

Katılımcılar arasında cenneti anlatan ayetleri açıklayan (%5,1) manevi destek isteyenler de vardır. K42’nin açıklamalarına bakıldığında cennet, şifa bulma ve affedilme arzusunun öne çıktığını söylemek mümkündür.

> “Cennet ayetlerinden bahsetsin. Şifa hakkındaki ayetlerden bahsetsin. Allah’ın beni affetmesi için dualardan bahsetsin.” K42:

Hastaların çevresinde olan (sağlık çalışanları vb.) bireylerin hastalara daha iyi bir yaklaşım sergilemesi için bir destek beklentisi de göze çarpmaktadır (%4). K22 deneyiminden yola çıkarak bu hususstaki ihtiyacı vurgulamaktadır.

> "Bu hastalıkla uğraşmak insanı çok yıpratıyor. Hastanelerdeki psikiyatriler bence yetersiz ya da ben yetersize denk geldim. Özelde bir doktora gittim. Bu da ciddi bir külfet. Evet, sağlık çok önemli. Ama 500 lira seansa para veriyoruz özenle ilgileniyorlar. Bu hastalığı atlatırken bu özene ilgiye ihtiyacımız var. İlk gittiğim diyaliz merkezindeki hemşireler sanki o bağlantıları bağladığı mekanik alet gibi bizde o aletin bir parçasıymışım gibi davranıyordu. Ben mi çok hassastım bilmiyorum. Şu an gittiğim merkezden memnunum. Kimsenin ekstra bir çabaya girmesine gerek yok psikologluk yapmayacak ama az da halden anlasın. Bu konuda onlara biraz uyarıda bulunabilirsiniz..." (K22)

Allah ile olan bağı güçlendirmeye yardımcı olan manevi destek (%3,5) ihtiyacı da katılımcıların cevapları arasında yer almaktadır. Geçmişteki hataları için pişmanlığı manevi destek ihtiyacına yansına K15 Allah ile kurduğu bağı güçlendirmek için manevi desteğe ihtiyaç duyduğunu ifade etmektedir.

> "Allaha daha nasıl yakın olabilirim, geçmişteki günahlarım ve son nefesimi verinceye kadar ki hatalarımın bağışlanması için dualar öğretsin. Bana iyi yaklaşsın iyilikten güzellikten bahsetsin." (K15)

Katılımcılar nasıl bir manevi destek sorusuna verdikleri cevaplar arasında huzur vermeye odaklı (%3,5) manevi destek de vardır. K37 manevi desteğin bahsettiği diğer yönlerini kendi isteği olarak belirtirken, huzur verici olmasının gerekli olduğunu vurgulamaktadır.

> "Her türlü dini konuda gelsin ben dinlerim akıl almak isterim. Benim konuşmamdan sonra noksanlıklarımı söylerse sevinirim. Umut verici konuşmasını isterim. Huzur verici olması lazım çünkü hastalığım çok sert geçiyor rahatlamak isterim. Allah'ın affediciliğinden bahsetsin." (K37)

Yaşama şevkini artıran (%3,0) ve bu dünyaya yönelik destek sunan (%2,5) manevi destek ihtiyacı da cevaplar arasındadır. Katılımcıların bu ve bunun gibi talepleri onların manevi destek algılarının sadece ahirete yönelik olmadığının bir göstergesi konumundadır. K50'nin manevi destekten beklentisinin yaşama daha çok sarılmasına ve Allah'a daha çok yaklaşmasına yardım edilmesi şeklinde olması da yerinde bir örnek teşkil etmektedir.

> "Bu dünya hayatına dair konuşsun. Yaşama daha çok sarılmama yardımcı olsun öncelikle. Allaha daha çok nasıl yaklaşırım bu konuda da yardım etsin." (K50)

Katılımcılar arasında ahiret inancına yönelik destek (mükâfat-ceza vb.) (%2,5) bekleyenler de mevcuttur. K21, hastalık yüzünden deneyimlediği olumsuzluklar çerçevesinde ahiret hayatına yönelik açıklamalar beklediğini ifade etmektedir.

> "Beni bu konularda teskin edecek çektiğim çilelerin anlamını bulduracak sözlerle gelsinler. Bu çilenin mükâfatı var mı? ahirette bu hastalığı çektiğim için ödül verilecek mi? Neden daha fazla dayanmalıyım bu hayata ve bu çileye? Kimin günahına girdim de bu hale geldiğimi açıklasınlar? İsyan etmedim hep daha kötülerine baktım Allah evlat acısı vermesin..." (K21)

Kendisini (anlatacaklarını) dinleyen (%2,5), manevi desteğe ihtiyaç duyduğunu belirten katılımcılar da vardır. Kendisi için dua edilmesini isteyen K48 sağlık kurumunda bedeninin iyileştiğini ancak ruhun ihmal edildiğini belirtmektedir.

> "Dinleyen birisine ihtiyaç duyuyor insan. İlaç ve tedavilerin verdiği gerginlik bunlara mahkûm olmak beni çok bunaltıyor. Burada sadece tedavi alıyoruz. Ama biz sadece etten kemikten değiliz ki halden anlayan dinleyen lazım. Allah razı olsun çalışanlar ilgileniyor ama bilmem hangi ilaç bilmem neye iyi geliyor. Gönül de muhabbetle insanı dinleyenle iyileşir..." (K48)

Ölüm üzerine nasihatler veren ve rahatlatan (%1,5) manevi destek ihtiyacı, kronik hastalığa yakalanan bireylerde beklenen bir durumdur. K19, bu bağlamda kutsal kitabı sadece okuyarak değil anlamını öğrenerek ondan pratik faydalar sağlanarak ölümü anlamlandırmak ve ölüm korkusunu yenmek için yardım istemektedir.

> "Verilecek destekte Kur'an okumak falandan ziyade o Kur'an'ın anlamını bize nasıl fayda sağlayacağını açıklamalısınız. Ben Kur'an'ın Arapçasından ziyade bana yönelik pratik faydalarından bahsedilsin. Zaten bir ayağım çukurda, ölüm an meselesi. O yüzden elbette manevi bir destek beni daha çok rahatlatacaktır. Ölüm korkumu yenmemi sağlayacaktır." (K19)

Temadaki kodlardan birisi de "kendisini ve başka insanları sevmeyi öğreten" (%1,0) manevi destek ihtiyacıdır. K9, ibadetlerle, kendisine ve insanlara olan sevgisiyle eksiklilerini gidermeye çalıştığını ifade ederken ihtiyaç duyduğu manevi desteğin insanları ve kendisini sevmede yardımcı olacak şekilde olduğunu belirtmektedir.

> "İbadetlerime dikkat ederek, insanları ve kendimi sevmeye çalışarak eksikliklerimi gidermeye çalışıyorum. İnsanları ve kendimi sevmemde bana yardımcı olacak bir yardımı isterim doğrusu." (K9)

Kronik hastaların manevi destekten beklentilerinden birisi de yalnız olmadığını hissettirmesidir (%1,0). K73 kendisiyle hasta olmasını geri planda bırakarak kendisiyle diyaloğa geçecek birisine ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir.

> "Benim pek kimsem yok. Yanıma gelip bir iki kelam etse ondan mutlu olurum. Hastalıkla birlikte bu yalnızlığı daha çok hisseder oldum. Hem bana da moral olur. Beni hasta olarak değil de arkadaş olarak görmeli zaten böyle oldu mu o ne anlatırsa ben dinlerim." (K73)

Tüm bunların yanı sıra herhangi bir ayrım yapmadan "her türlü manevi desteğe ihtiyaç duyduğunu" (%3,5) ve "herhangi bir manevi desteğe ihtiyaç

duymadığını" (%3,5) belirtenler de temada mevcuttur. Herhangi bir manevi desteğe ihtiyaç duymadığını belirtenler arasındaki K7'nin 1. soruya verdiği cevapla bu son soruya verdiği cevap arasında çelişki görülmektedir. Bu çelişki, katılımcının ihtiyacını hissettiği manevi danışmanlık hizmetini ifade etmek istemediği şeklinde yorumlanabilir.

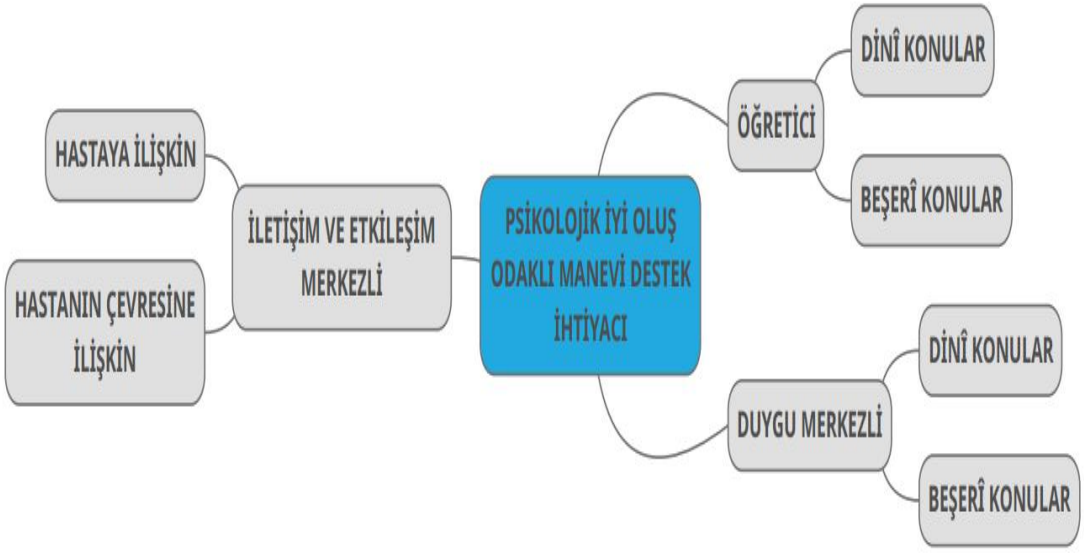
> (1. Soruya verdiği cevap) "Hastalığın tüm aşamalarını ve neler yaşayacağımı biliyorum; fakat yine de kutsal bir varlığın gücüne ihtiyaç duyuyorsunuz." (K7)

Psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek ihtiyaçlarına hastalık grupları üzerinden yaklaşıldığında;14. 17. 20. (*Ahiret inancına yönelik destek (mükafat-ceza vb.), ölüm üzerine nasihatler veren ve rahatlatan, yalnız olmadığını hissettiren*) hariç tüm kodlarda kanser hastalarının, 7. 13.-20. (*Dua etmeyi öğreten, Yaşama şevkini, artıran, Ahiret inancına yönelik destek (mükafat-ceza vb.), Bu dünyaya yönelik destek sunan, Kendini anlatabileceği danışma seanslarına yer veren, Ölüm üzerine nasihatler veren ve rahatlatan, Şükür etmeyi öğreten, Kendini ve başka insanları sevmeyi öğreten, Yalnız olmadığını hissettiren*) hariç diğer kodlarda KOAH hastalarının, KBH hastalarının ise 13. 15. 16. 18. 19. (*yaşama şevkini artıran, bu dünyaya yönelik destek sunan, kendini anlatabileceği danışma seanslarına yer veren, şükür etmeyi öğreten, kendini ve başka insanları sevmeyi öğreten*) kodlar hariç tüm kodlarda olduğu tespit edilmiştir.

3.7.1. Psikolojik İyi Oluş Odaklı Manevi Destek İhtiyacı Temasıyla İlgili Değerlendirme

Araştırmanın amacına uygun düşecek şekilde, kronik hastalara psikolojik iyi oluşlarına katkı sağlamak adına nasıl bir manevi destek bekledikleri soruldu. Alınan cevaplar değerlendirildiğinde katılımcıların istediği manevi desteği; *öğretici, duygu merkezli* ve *iletişim ve etkileşim merkezli* manevi destek olarak 3 gruba ayırmak mümkün görünmektedir. Araştırmaya katılanların psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek ihtiyacı Şekil 3.19'da betimlenmektedir. Katılımcılar çoğunlukla *öğretici* bir manevi desteğe ihtiyaç duyarken yaşadıkları hastalıklar neticesinde deneyimledikleri

duygusal yıkımla da baş etmede *duygu merkezli* manevi desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmektedirler. *Öğretici* ve *duygu merkezli* manevi destek ihtiyaçları, *dinî* ve *beşerî*; *iletişim ve etkileşim merkezli manevi* destek ihtiyaçları, *hastaya ilişkin* ve *hastanın çevresine ilişkin* hususlarda olmak üzere iki boyutta ele alınabilir.

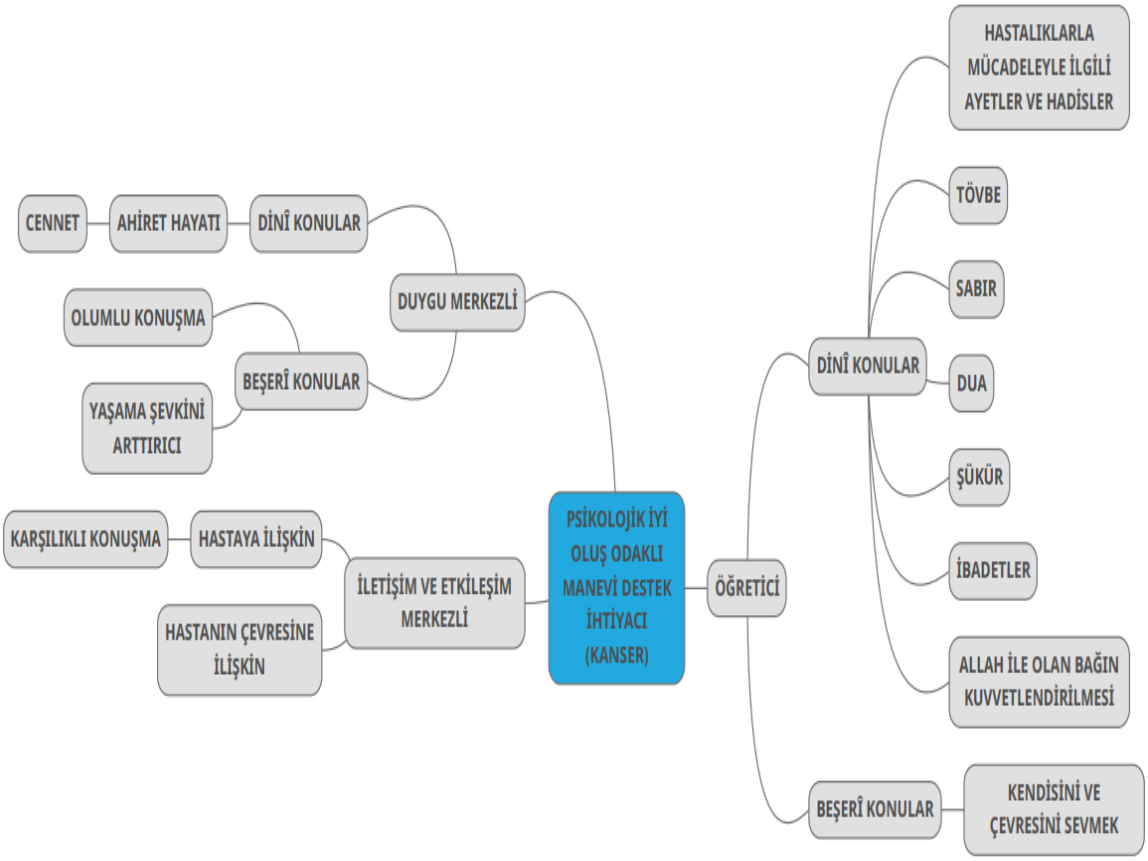


Şekil 3. 19. Manevi Destek İhtiyacının Çeşitleri

Katılımcıların psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek ihtiyaçlarına genel olarak bakıldığında tema içinde en öne (%48,6) çıkan öğretici bir yaklaşım ihtiyacı olmaktadır. *Hastalıkla başa çıkmaya yönelik ayetleri ve hadisleri (şifa, sabır, kendini kontrol üzerine) sunan* (%10,6), *tövbe ve istiğfarı öğreten* (%9,6), *dini hususlar ve ibadetler hakkında bilgi veren ve yönlendiren* (%7,6), *peygamber ve sahabe hayatlarından örnekler sunan* (%7,6), *dua etmeyi öğreten* (%5,6), *sabrı öğreten* (%5,1), *şükretmeyi öğreten* (%1,5) ve *kendini ve başka insanları sevmeyi öğreten* (%1,0) kodları katılımcıların *öğretici* manevi destek beklediklerine işaret etmektedir. Tema içinde ikinci derecede öne çıkan manevi destek ihtiyacı ise *duygu merkezli* (%34,3) manevi destek ihtiyacıdır. Bu ihtiyaç; *umut vermeye odaklı* (%8,1), *yalnızca olumlu düşünceler aşılayan* (%7,1), *cenneti anlatan ayetleri açıklayan* (%5,1), *huzur vermeye odaklı* (%3,5), *Allah'la olan bağı güçlendiren* (%3,5), *yaşama şevkini artıran* (%3,0), *ahiret inancına yönelik destek (mükafat-ceza vb.)* (%2,5), *ölüm üzerine nasihatler veren ve rahatlatan* (%1,5) ve kodlarından anlaşılabilir. *İletişim ve etkileşim*

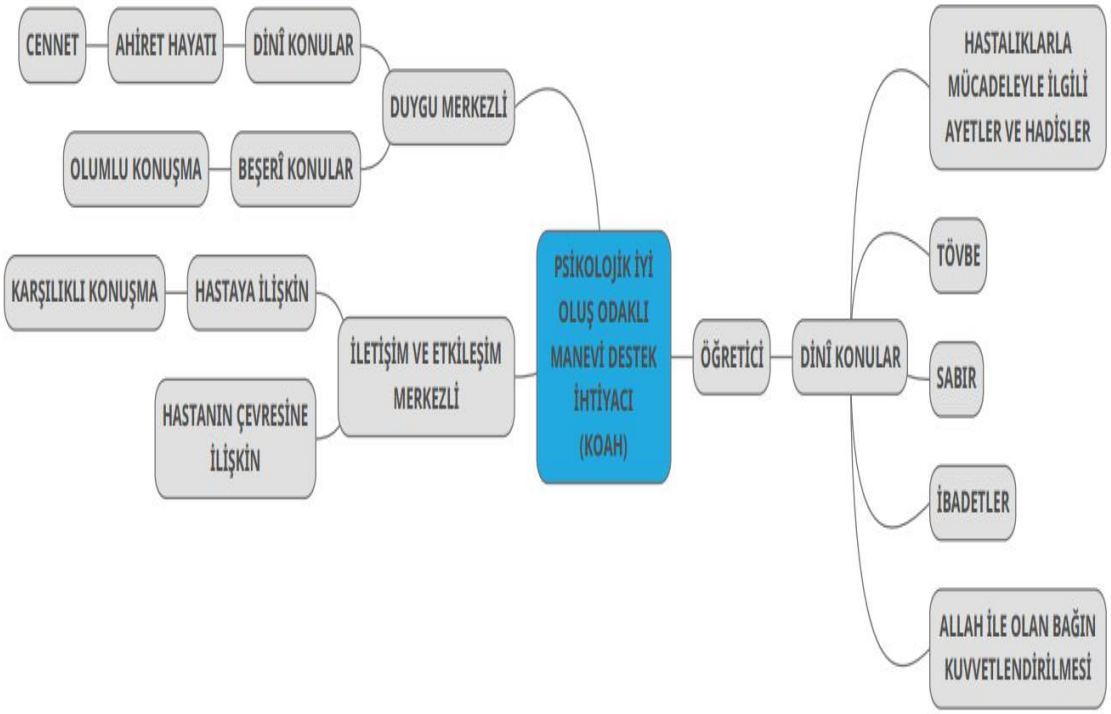
merkezli (%7,5) manevî destek ihtiyacı da temadan çıkarılabilir. Bu ihtiyaç *toplumdaki bireylere ve sağlık çalışanlarına, hastalara doğru yaklaşım üzerine destek* (%4,0), *kendini anlatabileceği danışma seanslarına yer veren* (%2,5) ve *yalnız olmadığını hissettiren* (%1,0) koduyla ortaya çıkmaktadır. Herhangi bir desteğe ihtiyacı olmadığını da belirtenler vardır (%3,5). Bu kişilerin verdiği cevaplara bakıldığında (örn. K7: Bunun için bir desteğe ihtiyaç duymuyorum. Okuyup öğrenerek, kendimi eksik olduğum konularda bu şekilde geliştirerek tamamlıyorum) diğer sorulara verdikleri cevaplarda (K7, 1. Soru: Yıllardır sağlık alanında çalışıyorum. Etrafımda bu tarz bir sürü hasta vardı. İnsanlara bakınca demek ki tam olarak algılayamıyormuşuz, kendim de hasta olunca çok şaşırdım. Sanki hiç ben hasta olmayacakmışım gibi geliyordu. Hastalığın tüm aşamalarını ve neler yaşayacağımı biliyorum; fakat yine de *kutsal bir varlığın gücüne ihtiyaç duyuyorsunuz*) manevi ihtiyaçlarından bahsedebilmektedirler. Bu durum, bireyin kendisini aciz göstermeme veya manevi danışmanlığa ön yargıyla bakması şeklinde yorumlanabilir. Katılımcılar arasında her türlü manevi desteği istediklerini ifade edenler de (%3,5) mevcuttur.

Temada elde edilen kodlar merkezli kavram haritaları aşağıda sunulmuştur. Manevi destek ihtiyaç türleri, iletişim ve etkileşim merkezli manevi destek ihtiyacı hastaya ilişkin ve hastanın çevresine ilişkin, duygu merkezli ve öğretici manevi destek ihtiyaç türü dinî ve beşerî olmak üzere iki alt başlık altında sınıflandırılmıştır. Sırasıyla kanser, KOAH ve KBH hastalarına dair çıkarılan bu kavram haritaları:



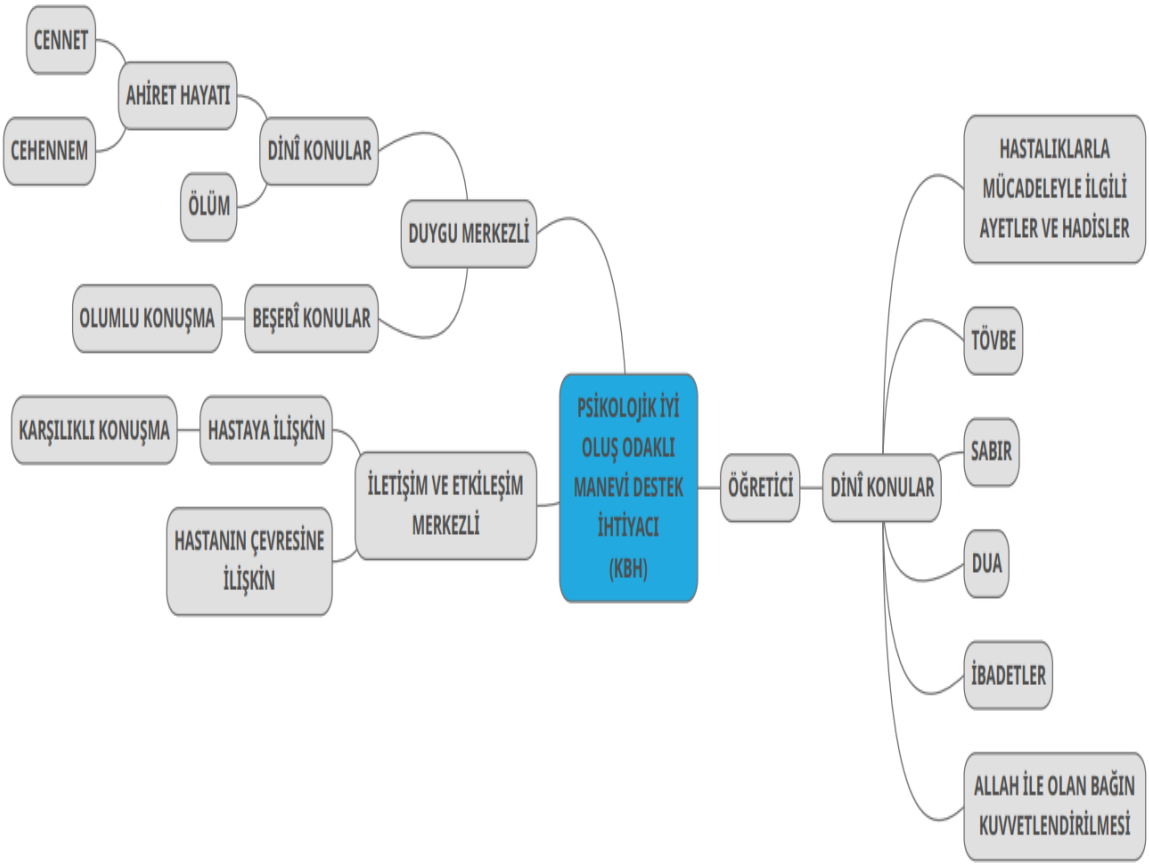
Şekil 3. 20. Kanser Hastalarının Psikolojik İyi Oluş Odaklı Manevi Destek İhtiyacına İlişkin Kavram Haritası

Kanser hastaları beşerî konularda öğretici, dini konularda şükrü öğretici, duygu merkezli yaşama şevkini arttırıcı umut verici konuşmaları istemesiyle diğer iki hastalık grubundan ayrışmaktadır. *Duygu merkezli dini konulardaki* ihtiyaç olarak *cennet* e dair konuşmaları talep etmeleri, katılımcıların bilgiden ziyade huzur verici bir konuşma olarak bu isteği belirtmeleri nedeniyle *duygu merkezli* ihtiyaçlar grubuna dâhil edilmiştir.



Şekil 3. 21. KOAH Hastalarının Psikolojik İyi Oluş Odaklı Manevi Destek İhtiyacına İlişkin Kavram Haritası

Üç grup içerisinde KOAH hastaları en az ihtiyaç çeşitliliğine sahiptir. Bu grupta olan tüm ihtiyaçların diğer gruplarda da olduğu görülmektedir.



Şekil 3. 22. KBH Hastalarının Psikolojik İyi Oluş Odaklı Manevi Destek İhtiyacına İlişkin Kavram Haritası

KBH hastaları, ölüm ve cehennem hayatına dair duygu merkezli manevi destek ihtiyacı ile diğer iki gruptan ayrışmaktadır. Cehenneme dair konuşmalarda katılımcılar, bilgilendirmenin ötesinde ilahi adalet ve her kötülüğün bir karşılığının olacağı düşüncesiyle intikam hislerini bastırmaya destek aradıkları için bu kavram duygu merkezli manevi destek ihtiyacı altına alınmıştır. Üç hastalık grubunda da ortak olan kavramlar; *dini konularda öğretici* manevi destek kapsamındaki, hastalıkla ilgili ayet ve hadisler, tövbe, sabır, ibadetler, Allah ile olan bağın güçlendirilmesi; *duygu merkezli dinî* hususlar kapsamında cennetin anlatılması, *duygu merkezli beşerî* konular kapsamında olumlu her türlü konuşma; *iletişim ve etkileşim merkezli* manevi danışmanlık, hastayla karşılıklı sohbet edilmesi ve hastanın çevresine yönelik (sağlık personeli, akraba, arkadaş gibi) manevi danışmanlık şeklinde sıralanabilir.

Hastalık gruplarının karşılaştırılmasından sonra manevi destek ihtiyaç türleri ve alt konuları hakkında değerlendirmeye geçilecektir. Sırasıyla; *öğretici manevi destek, duygu merkezli manevi destek* ve *iletişim ve etkileşim merkezli manevi destek* ihtiyaçları değerlendirilecektir.

3.7.1.1. Öğretici Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme

Katılımcılar arasında öğretici manevi desteği bekleyenlerin bilgi merkezli yaklaştıklarını söylemek mümkündür. Bu tür bir destek ihtiyacının tema içerisinde %48,6'lık bir oranla öne çıkması, manevi destek uzmanın katılımcıların zihninde din görevlilerinden tam ayrışamamış olması ve bu eksende müftü, vaiz ve imam gibi din görevlilerinin vazifeleri arasında dinî hükümler konusunda bilgilendirmenin bulunması nedenleriyle açıklanabilir. Bilgi merkezli yaklaşım dini ve beşerî olmak üzere iki alt başlıkta ele alınabilir.

3.7.1.1.a. Dini Konularda Öğretici Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme

Katılımcıların beklediği dini hususlarda bilgi aktaran manevi destek; Allah ile olan gönül bağlarının nasıl geliştirileceği, dini sorumlulukları olan ibadetler hakkında bilgiler, haram ve helaller, tövbe ve istiğfar, sabır, Kuran ve peygamberin hayatı, şükür konularında aydınlatıcı bilgilerin aktarılmasıdır.

Katılımcıların dini konularda öğretici manevi danışmanlık beklentilerinde ilk sırayı hastalıkla mücadele ederken bu hususta yardımcı olacak ayet ve hadisleri öğretmesi almaktadır. Temanın genelinde ikinci olarak ön plana çıkan ise tövbe ve istiğfarı öğreten manevi danışmanlık ihtiyacıdır. Bu iki kod, katılımcıların dünya ve ahiret yaşantısına dair kaygılarını dengede tuttuğunun bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Çünkü diğer dinlere kıyasla İslam dini dünya ahiret dengesini gözetmekte ve ne dünya için ahiretin ne de ahiret için dünya hayatının hüsran edilmesine rıza göstermektedir (Varlı, 2005, s. 125). K45'in açıklamalarına bakılınca tövbeyle birlikte şifa üzerine ayetleri açıklamasını istemektedir. Bu da bahsi geçen dengenin hastaların manevi destek taleplerinde vücut bulmuş hali olarak nitelendirilebilir. Otuzoğlu ve Talas (2019), geliştirdikleri "onkoloji hastalarının

manevi bakım gereksinimleri ölçeği"nde "geçmişteki hatalarınızdan dolayı Yaradan'dan af dilemeye", "Şifa bulmak için Yaradan'a daha çok teslim olmaya", "Şifa bulmak için Yaradan'a daha yakın olmaya", "Şifa bulmak için Yaradan'dan güç almaya" maddeleri yer almaktadır. Geliştirilen ilgili ölçekteki maddeler araştırmamızdaki ortaya çıkan kodlarla uyuşmaktadır.

Araştırmamıza katılan hastalar arasında dini hususlar ve ibadetler hakkında bilgi veren ve yönlendiren, peygamber ve sahabe hayatlarından örnekler sunan manevi desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtenler de mevcuttur. Bu kodların başlıca nedenleri arasında insanın rol modele olan ihtiyacı zikredilebilir. Çünkü ahlak ve karakter bakımından öne çıkan kişiler; karakter, davranış, değerler eğitiminde ve kişilik gelişiminde önemli bir role sahiptirler (Karakuş ve Çoksever, 2019, s. 47). Galek ve diğerlerinin (2005) geliştirdiği "hastaların manevi ihtiyaçlarını değerlendirme ölçeği"nin ilahi (divine) boyutunda "kendimin dışında bir gücün rehberliğine ihtiyaç duyarım" maddesinin olması da bulgularımızla örtüşmektedir.

Dua etmeyi, sabrı, şükretmeyi öğreten manevi destek ihtiyacı, dini hususlarda bilgilendirici manevi destek ihtiyaçları arasındadır. Araştırmanın çalışma grubu kronik hastalar olması hasebiyle, sabır, şükür ve dua etme üzerine ihtiyaçların ortaya çıkması olası bir durum halini almaktadır. İslami öğreti çerçevesinde sabır ve şükür birbirinden ayrılamayan iki salih ameldir. Peygamberlerin amaçlarından birisi de sabrı ve şükrü insanlara öğretmesidir (Bulut, 2020, s. 353). Dolayısıyla, sabır ve şükür bir vazife olduğu gibi sabrı ve şükrü öğretmek insanlara peygamberlerden kalan bir görev/ mirastır. Şükür ve sabrın dua formatının da olduğu göz önüne alındığında bu üç kod birbiriyle ilintili kabul edilebilir.

Kronik hastalık gibi bireyi sınırlandıran yaşam kalitesini düşüren olumsuzluklar karşısında mücadele eden birey sabır olmadan zorlanabilmektedir (Doğan, 2016, s. 3235). Sabrın psikolojik iyi oluş üzerine etkisini ele alan bir araştırmada sabırla psikolojik iyi oluş arasında anlamlılık seviyesine ulaşan pozitif yönde bir ilişki ($r=.345$, $p<.01$) tespit edildiği raporlanmaktadır (Doğan, 2014, s.282). Şehit aileleri, gaziler ve gazi aileleri üzerine yapılan çalışmada bu grupların sabır konusunda görüşleri incelenmektedir. Gaziler ve gazi ailelerinin kendilerinden daha

zor durumda olan şehit ailelerinin yaşadıklarını gözlemlediklerinde, bu durumun sabır tutumları üzerine olumlu yansıdığı ifade edilmektedir. Çalışmada, gaziler ve gazi ailelerinin yaşadıkları zorluğun daha zorunu yaşayan kişilerin var olduğu düşüncesi, kendi travmalarına sabretme tutumlarını güçlendirdiği; durumları kendilerinden kötü olan insanlarla empati kurup, hallerine şükretme ve dirayetli olma tutumlarının, her iki grup içinde de yaygın olduğu belirtilmektedir. İlgili araştırmadaki şehit ailelerinin, gazilerin ve gazi ailelerinin büyük kısmı yardımı Allah'tan isteyerek sabretmeye çalıştığı, bunun da Kur'an'da öğütlenen durum ile paralellik arz ettiği ifade edilmektedir. Tüm bunlar ışığında araştırmacılar, deneyimlenen olumsuzluklara dinî bir anlam bulmanın, sabrı olumlu etkileyebildiğini aktarmaktadırlar (Esen-Ateş ve Kayıklık, 2019, s. 233).

Şükür ve mutluluk arasında görmezden gelinemez bir bağ olduğunu belirten Göçen (2014) şükür konusunu ele aldığı araştırmasında, psikolojik iyi oluş ile şükür arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulgusunu raporlamaktadır.

Benzer sonuçları yurt dışında gerçekleştirilen çalışmalarda da görmek mümkündür. Smith ve diğerlerinin (2012) 13 kanser hastası kadın katılımcıyla gerçekleştirdikleri kanser hastaları için dua etmenin önemini ele alan çalışmalarında zorluklarla başa çıkmada kanser hastalarının şükran duasına da başvurduklarını belirtmektedirler. Diyaliz tedavisi alan böbrek yetmezliği hastalarının dini başa çıkma ve yaşam kalitesini konu alan Sağlam-Demirkan'ın (2020) çalışması da katılımcıların kimseye muhtaç olmamak için duaya başvurduklarını raporlamaktadır.

Netice olarak, yurt içindeki ve yurtdışındaki çalışmalarda duanın, sabrın ve şükrün iyi oluş üzerine olumlu etkisi olduğu ifade edilmiştir. Kronik hastaların ve kronik hastalar gibi sürekli olumsuzlukları deneyimleyenlerin (gaziler ve yakınları gibi) sabır, şükür ve duaya başvurdukları göz önüne alındığında; bu araştırmanın katılımcılarının duayı, şükrü ve sabrı öğreten manevi desteği isteme nedenleri dua, sabır ve şükür üzerine yapılan çalışmalar ışığında daha iyi anlaşılabilecektir.

3.7.1.1.b. Beşerî Konularda Öğretici Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme

Beşerî konularda öğretici manevi destek ihtiyacı, *kendini ve başka insanları sevmeyi öğreten* kodundan çıkarılabilir. Sevgi denince akla gelen ilk psikologlardan birisi şüphesiz Erich Fromm'dur. Fromm sevgiyi, "insanın, kendisinin dışında birisi ya da bir şeyle kendi benliğinin ayrıştığını ve bütünlüğünü yitirmeme koşuluyla bir olmasıdır; insanın kendi iç etkinliklerini tam olarak dışarı dökebilmesine izin veren bir paylaşma, bir kaynaşma yaşantısıdır" şeklinde tanımlamaktadır. Fromm, sevgi kavramına öz sevgiyi dâhil etmektedir. O, kendisini sevmeyen bireyin çevresindeki insanları da sevemeyeceğini öne sürer. Bencillik ile kendisini sevmenin birbirinden ayrılması gerektiğini vurgulayan Fromm, bu yaklaşımıyla sevgiyi libidoya indirgeyen Freud'u da tenkit etmektedir (Fromm, 2000, ss. 62-65). Katılımcıların öz sevgisinin artmasında yardımcı olunmasını istemekle birlikte çevresini de sevmesi hususunda yardım talebi (bkz. K9'un açıklamaları) Jung'un bireyleşme kavramını anımsatmaktadır. Jung, kişiliğin ancak bireyin toplum içerisinde ayrı bir varlık olarak bireyleşmesi ve toplumun diğer üyeleriyle uyumlu bir bütünlük halinde yaşamasına bağlı olduğunu ifade etmektedir (Kavut, 2020, s. 692). Jung'un bireyleşmeyle birlikte ifade edilen bireyin toplum ile uyum ve bütünlük içinde yaşaması, ortak karar ve amaçların daha iyi ve mükemmel bir şekilde tatmin bulma gayretidir (Bahadır, 2007, s. 161). Bu bağlamda katılımcılardan kendisini ve çevresini sevmesine yardım isteği, bütünleşmenin, kendisiyle ve çevresiyle barışık olma arzusunun bir yansıması olarak nitelendirilebilir.

3.7.1.2. Duygu Merkezli Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme

Tema içinde ikinci öne çıkan manevi destek ihtiyacı ise duygu merkezli (%34,3) manevi destek ihtiyacıdır. Bu manevi destek ihtiyacı da kendi içerisinde *dini* ve *beşerî* olmak üzere iki alt başlıkta ele alınabilir. *Öğretici* manevi destekle karşılaştırıldığında, *duygu merkezli* manevi destek ihtiyaçta daha az kavram çıkması, kronik hastaların gündelik hayata katılımlarının ve sorumluluklarının az olmasıyla açıklanabilir. Bu durumun da katılımcıların dine olan meyliyle sonuçlandığı söylenebilir. Katılımcılara yöneltilen 7. soruda (nasıl bir dini-manevi desteğe ihtiyaç duymaktasınız?) din ve maneviyat ifadelerinin de cevaplara etkisi olduğu göz önünde

bulundurularak verilen cevaplar arasında beşerî hususların da olduğu görülmektedir. Dini ve beşerî hususlardaki kod sayıları kıyaslandığında kodların fazlalığı dini konuların lehine olduğu anlaşılmaktadır.

3.7.1.2.a. Duygu Merkezli Dini Konularda Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme

Duygu merkezli dini konulardaki manevi destek ihtiyacının ölüme yakın olduğu düşünülen kronik hastalar tarafından talep edilmesi normal karşılanabilir. Temadaki ilgili kodlara bakıldığında cennet, ahiret hayatı, ölüm üzerine kodların olduğu görülmektedir. Bunların yanı sıra Allah ile olan bağın güçlendirilmesine dair kodun da varlığı genel bir perspektifle bakıldığında diğer kodlarla bir anlam bütünlüğü oluşturduğunu söylemek mümkündür. Duygu ve din arasında çok yakın bir ilişki vardır (Emmons ve Paloutzian, 2010, s. 25). Örneğin din, stres gibi olumsuz duygu durumlarında, bireye yol gösteren ve şartlara göre onu belirli ruhsal eğilimlere yönelten faktörleri ihtiva etmesi bakımından doğrudan ve/veya dolaylı bir şekilde başa çıkma stratejisi olarak görev yapmaktadır (Tokur, 2017, s. 109). Stresin kaynağının din olması da dinin bu başa çıkma görevinden geri kalmadığını, diğer bir ifadeyle din kaynaklı streste de başa çıkma stratejisi olarak dinin çözümler sunacağını söylemek mümkündür (Şahin, 2006, s. 175).

Doğrudan din konularını içeren duygu merkezli manevi destek ihtiyacına işaret eden kodlar; *cenneti anlatan ayetleri açıklayan, Allah'la olan bağı güçlendiren, ahiret inancına yönelik destek (mükafat-ceza vb.), ölüm üzerine nasihatler veren ve rahatlatan* manevi destek ihtiyaçlarıdır. Cenneti anlatan ayetleri açıklanmasına dair manevi destek ihtiyacı beşerî konulardan umut verme ve olumlu düşünceler aşılayan koduyla örtüşmektedir. Ancak bu kod ahiret inancı merkezli yani din merkezli olduğu için dini konularda ele alınmaktadır.

Cennetin anlatılması, ceza mükâfat bağlamında ahiretin anlatılması, ölüm üzerine rahatlatıcı konuşmalar yapılması ölüm kaygısıyla başlayan sonsuz bir sürecin tedirginliğinin işaretidir. Karaca (2000) araştırmasında ölüm korkusunu hafifleten en yüksek faktör olarak, Allah'a kavuşmak arzusunun olduğunu belirtmektedir. Danimarkalı varoluşçu filozof Kierkegaard, farkında olunan bir umutsuzluğun

bilinçsiz umutsuzluktan daha iyi olduğunu vurgulamaktadır. Bu durumda katılımcıların umutsuzluktan kurtulma çabaları ona göre umuda yaklaşma çabası olarak nitelendirilebilir. Yine Kierkegaard'ı takip ettiğimizde, ona göre; umutsuzluk içerisinde kalıp her şeyin sonuna gelmiş bir insanın yegâne muktedirin Tanrı olduğuna inanması, tüm şeylerin Tanrının istemesiyle mümkün olacağı düşüncesine teslim olması bireyi mutluluğa götürecektir (Kierkegaard, 2010, ss. 48, 55). Bu minvalde katılımcıların Tanrıyla olan bağlarını güçlendirme talepleri düşünüldüğünde bu umutsuzluğun ve ölüm korkusunun üstesinden gelme gayreti olarak yorumlanabilir.

Yaratılışından dolayı insan sonsuzluğu arzular. Çünkü insandaki bir takım manevi duyguların sadece bu dünyanın geçici olgularıyla doyurulması mümkün değildir. Bu duyguların tam tatmini, ahiretteki sonsuzluk ile mümkün olabilir (Yeşilyurt ve Taşdelen, 2012, s. 59). Ahiret inancı, ölümsüzlük arzusundaki bireye sonsuzluğun kapılarını aralarken aynı zamanda bireye sıkıntıları karşısında büyük bir teselli kaynağı oluşturmaktadır (Cengil, 2003, s. 142). Dünya hayatının yapısı gereği sınırlandırılmış birey, kronik hastalık gibi engelliliklere karşı mücadele verirken, sonsuzluğa olan arzusu daha da artabilmektedir. Bu durumda da sonsuzluk ve sınırsızlık diyarına dair konuşmalarla rahatlama çabasıyla ahiret ve cennete dair konuşmaları istemesi beklenen bir sonuç olmaktadır.

3.7.1.2. b. Duygu Merkezli Beşerî Konularda Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme

Bu ihtiyaç; *umut vermeye odaklı, yalnızca olumlu düşünceler aşılayan, huzur vermeye odaklı, yaşama şevkini arttıran* manevi destek ihtiyaçlarından çıkarılabilir. Katılımcıların bu ihtiyaçlarıyla yalnızlıkları ve yarınlarına dair umutlu olmalarında yardım beklediğini söylemek de mümkündür.

Olumlu düşünceler, yaşama şevkini arttıran, huzur ve umut verici konuşmalar katılımcıların manevi destekten beklentileri içerisindedir. Bu beklentiler, kronik hastaların hastalık ve tedavisi süresince maruz kaldığı olumsuzluklar/zorluklar karşısında istenen destekler olarak yorumlanabilir. Kronik hastalarda umut üzerine yapılan çalışmalar da umudun önemini ortaya koymaktadır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalar üzerine yaptığı çalışmasında Altıparmak (2006), tedavi hizmeti alınan kuruma

ve cihazlara bağımlı olmanın yanı sıra diyaliz tedavisinin getirdiği kısıtlamaların hastayı alışkanlıklarından mahrum bıraktığından dolayı hastaların umutsuzluk duygusunu yoğun yaşadıklarını belirtmektedir. Altıparmak, umutsuzluğun hastalık sonucu ortaya çıkan hareketsizliğe, izolasyona, gündelik yaşam faaliyetlerini yapamamasına neden olabileceğini de ifade etmektedir. Güner (2020) araştırmasında umudun kanser hastalarının tedavi sürecinde özgüven sağlayan önemli bir faktör olduğunu ve umut aracılığıyla hastanın kansere ve tedavi sürecine uyum sağlamada avantaj elde ettiğini belirtmektedir. Güner, aynı çalışmasında manevi yönelimle umut düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit ettiğini de raporlamaktadır. Saud ve diğerleri (2021) araştırmalarında korona salgını esnasında duygusal sorunlarla baş etmede dinin önemli bir referans oluşturduğu sonucuna ulaştıklarını ifade etmektedir.

3.7.1.3. İletişim ve Etkileşim Merkezli Manevi Destek İhtiyacıyla İlgili Değerlendirme

Kronik hastaların çevresindeki insanlara yönelik manevi destek ihtiyacı da temadan çıkarılabilecek istekler arasındadır. Bu ihtiyaç "toplumdaki bireylere ve sağlık çalışanlarına, hastalara doğru yaklaşım üzerine destek", kendini anlatabileceği danışma seanslarına yer veren, yalnız olmadığını hissettiren kodlarıyla ortaya çıkmaktadır.

Öztürk ve diğerleri (2009), hemodiyaliz hastaları üzerine yaptıkları araştırmada aile ve yakın çevresinden her zaman destek alan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların bu desteği az alan ve hiç almayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha az psikiyatrik desteğe başvurduklarını raporlamaktadırlar. Aynı çalışmalarında Öztürk ve diğerleri, hastalık ve hastalığın tedavisi hususunda hastanın tam bir şekilde bilgilendirilmesi; sistemli bir şekilde tekrar ve düzenli olarak psikolojik destek sunulması ve şayet mümkünse sosyal desteğin de sağlanması kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam sürelerini ve kalitesini arttıracağını da ifade etmektedirler. Tel ve Tel (2012) çalışmalarında KOAH hastalarına gösterilen sosyal tepkilerin hastaları olumsuz etkilediğini ve hastaların KOAH belirtilerinin sosyal ortamlarda kabul görmediğini, mesai arkadaşlarının yanında KOAH belirtilerinden dolayı utandıkları için tek başlarına kalacakları yerlere kaçmayı istediklerini belirtmektedirler.

Katılımcılardan K26'nın cevaplarına bakıldığında da benzer şekilde sosyal çevresinin kendisini hastalığından dolayı dışlamasından yakınmakta ve kitle iletişim araçları vasıtasıyla toplumun KOAH hakkında bilgilendirilmesi gerektiğini söylemektedir. K22 de sağlık personellerinden yakınarak sağlık personellerinden uzman bir psikolojik destek değil sadece normal düzeyde iletişim beklediklerini kendilerine daha ılıman yaklaşılmasını istediğini belirtmektedir.

Bu ihtiyaç kapsamında sağlık personeline yönelik şiddete de değinilebilir. Solmaz ve Duğan (2018, ss. 190-191) araştırmalarında sağlık personeline yönelik şiddetin nedenlerini aktarırken; "hastaların konfor ve güvenliğinin sağlanamaması, personel ve hastane idaresinde kriz yönetimi politikası eksikliği, medyada sağlıkta şiddet haberlerinin sağlık çalışanlarının itibarını zedeleyici şekilde verilmesi, iletişim eksiklikleri, sağlık çalışanlarının tutumları" gibi hastayla iletişim ve hastaya yönelik tutumları sıralamaktadır. Solmaz ve Duğan, sağlık hizmetlerinde iletişimin önemine vurgu yaparken; Turkan (2013), bu iletişimin tesis edilmesi adına sağlık personeline düzenli periyotlarla davranış eğitimi verilmesi şiddetin önüne geçilmesinde katkı sağlayacağını belirtmektedir. Turkan, sağlık kurumlarındaki şiddetin personel, hasta ve hasta yakınlarının hoşgörülü sabırlı ve anlayışlı olmalarıyla aşılabileceğini vurgulamaktadır. Bulgularımıza bu perspektifle bakıldığında; hastaların bu hususa da manevi destek hizmeti sunan personelden katkı beklediğini söylemek mümkündür.

Katılımcıların yalnızlık hususunda da beklentileri söz konusudur. Yalnız olmadığını ve kendisini anlatacak birilerini aradığını ifade eden katılımcılar mevcuttur. K73'ün cevaplarına bakıldığında, hastanın dinlemeye açık olmakla birlikte anlatma ve bir şeyleri paylaşma arzusu da görülmektedir. Hemodiyaliz alan hastalar üzerine gerçekleştirdikleri araştırmalarında yalnızlığın kronik hastaların temel sorunlarından birisi olduğunu belirten Ovayolu ve diğerleri (2007), yalnızlıkla depresyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu raporlamaktadırlar. Maguire ve diğerlerinin (2019) kronik hastalar üzerine yaptıkları çalışmada yalnızlığın iyi oluşun önemli bir yordayıcısı olduğunu ve kronik hastaların tedavi süreci için yalnızlığın üstesinden gelinmesi gerektiğini ifade etmektedirler. Araştırmacılar aynı çalışmada bizim araştırmamızda olduğu gibi, yalnızlıkla mücadele edilmesinin yanı

sıra umudun da önemine vurgu yapmaktadırlar. Turan (2018), Yakut (2021) ve Kızılgeçit (2021) çalışmalarında yalnızlıkla dindarlık arasında negatif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki olduğunu raporlamaktadırlar. Sağlıklı bireyler, yalnızlıkla mücadelede spor gibi (Şahin vd., 2019) farklı alanlara başvurabiliyorken, hastaların böylesi araçlara başvuramaması onları din ve maneviyata yöneltebilmektedir. Bu bulgulardan hareketle, hastalıklar ve tedavilerinin zorluklarından dolayı katılımcıların bu süreçte yalnız olmadıklarının hissettirilmesinde, yaşama dair olumlu ve motive edici konuşmalar için manevi destek bağlamında yardım istemeleri özelde manevi desteğin genelde din ve maneviyatın katılımcılar nezdindeki etkisine işaret ettiğini söylemek mümkündür.

Kronik hastalığı bulunan bireylerin psikolojik iyi oluşları için arzuladıkları manevi desteklerin ele alındığı bu araştırmada katılımcıların cevapları genel olarak değerlendirildiğinde, katılımcılar manevi desteğin mahiyetini tam olarak bilmemekle birlikte beklentilerinin hayatın birçok yönüne ilişkin olduğunu görmek mümkündür. Genel bir sonuç olarak tüm katılımcılar (ateist olduğunu açıkça beyan edenler de dâhil olmak üzere) psikolojik iyilik hallerinin sağlanması ve devamı için dini/manevi destek ihtiyaçlarının olduğunu ifade etmektedir. Gerek yurt içinde (Erdoğruca-Korkmaz, 2012; Balcı-Arvas, 2017; Yapıcı ve Koçak, 2017; Karslı, 2019; Özçelik, 2023) gerekse yurt dışında (Green ve Elliott, 2010; Krok, 2015; Ganaprakasam ve Hutagalung, 2018; Hoogeveen vd., 2023) gerçekleştirilen farklı desenlerdeki din/maneviyat ve iyi oluş bağlamlı çalışmalarda da benzer şekilde din/maneviyatın iyi oluşa olumlu etkileri olduğu raporlanmaktadır. Sağlıklı bireylerle karşılaştırıldıklarında kronik hastalığı bulunan bireylerin ölüm deneyimine kendilerini daha yakın hissetmeleri bu araştırmanın yurt içindeki ve yurt dışındaki çalışmalarla benzer sonuçlara ulaşmasını sağladığını söylemek mümkündür.

Bu bölümde son olarak, katılımcıların tüm temalarda çıkardığı, tekrar eden ve etmeyen kod sayılarının dağılımlarını ele alınmıştır.

Tablo 3. 12. Kodların Katılımcılar Bağlamında Temalara Göre Dağılımı

Katılımcı No	Hastalık Türü	Tema Bazında Her Bir Katılımcının Ürettiği Kod Sayısı							
		1. Tema	2. Tema	3. Tema	4. Tema	5. Tema	6. Tema	7. Tema	Toplam

K01	Kanser	2	3	4	2	3	2	3	**19**
K02	Kanser	4	3	3	2	2	3	2	**19**
K03	Kanser	2	3	3	1	3	3	2	**17**
K04	Kanser	2	4	5	1	4	2	1	**19**
K05	Kanser	3	2	2	3	2	2	2	**16**
K06	Kanser	3	5	2	2	3	2	4	**21**
K07	Kanser	2	3	3	2	1	1	1	**13**
K08	Kanser	3	3	4	3	2	1	0	**16**
K09	Kanser	2	2	4	2	0	2	2	**14**
K10	Kanser	2	6	3	2	1	3	1	**18**
K11	Kanser	2	2	2	2	3	1	0	**12**
K12	Kanser	3	2	3	1	3	2	1	**15**
K34	Kanser	3	3	4	2	4	3	2	**21**
K35	Kanser	3	2	3	1	6	1	2	**18**
K36	Kanser	3	2	2	2	5	2	3	**19**
K37	Kanser	3	4	2	1	5	1	6	**22**
K38	Kanser	3	2	2	2	3	2	2	**16**
K39	Kanser	3	4	6	3	3	4	5	**28**
K40	Kanser	3	2	3	1	3	1	2	**15**
K41	Kanser	4	2	4	1	2	3	3	**19**
K42	Kanser	3	2	5	1	4	5	3	**23**
K43	Kanser	4	5	6	2	3	2	5	**27**
K44	Kanser	4	4	4	1	3	3	3	**22**
K45	Kanser	3	3	4	1	3	2	2	**18**
K46	Kanser	3	3	5	1	4	3	2	**21**
K47	Kanser	3	3	5	5	4	3	3	**26**
K48	Kanser	3	2	2	3	4	3	3	**20**
K49	Kanser	3	2	6	1	5	1	2	**20**
K50	Kanser	6	3	4	3	4	2	3	**25**
K53	Kanser	2	3	4	1	3	3	3	**19**
K54	Kanser	2	3	4	3	3	3	2	**20**
K55	Kanser	3	2	4	3	3	2	4	**21**
K56	Kanser	3	2	3	3	3	2	3	**19**
K59	Kanser	3	3	4	1	3	3	2	**19**
K61	Kanser	2	2	4	3	4	2	1	**18**
K62	Kanser	2	3	4	2	3	1	1	**16**
K63	Kanser	3	3	3	3	3	2	2	**19**
K64	Kanser	2	3	4	1	3	3	3	**19**
K65	Kanser	2	2	3	3	4	2	4	**20**
K66	Kanser	2	3	3	1	4	1	1	**15**
K71	Kanser	3	3	3	2	3	1	3	**18**
K72	Kanser	2	2	4	1	4	2	2	**17**

K74	Kanser	2	3	3	1	4	3	3	**19**
K75	Kanser	2	2	3	3	3	2	2	**17**
K77	Kanser	2	3	4	1	3	2	4	**19**
K25	KOAH	3	3	3	3	2	3	1	**18**
K26	KOAH	5	2	5	3	6	4	3	**28**
K27	KOAH	2	2	5	1	2	3	1	**16**
K28	KOAH	2	4	3	1	3	2	1	**16**
K29	KOAH	3	2	3	2	2	2	2	**16**
K31	KOAH	2	2	4	3	3	2	2	**18**
K32	KOAH	2	3	5	1	4	3	2	**20**
K33	KOAH	5	3	5	2	5	3	1	**24**
K51	KOAH	2	3	4	3	6	3	5	**26**
K57	KOAH	2	2	4	1	5	4	3	**21**
K58	KOAH	3	3	4	3	3	3	4	**23**
K67	KOAH	3	3	5	4	4	1	2	**22**
K68	KOAH	2	3	6	1	4	3	2	**21**
K69	KOAH	3	4	4	3	4	3	3	**24**
K13	KBH	4	1	4	1	2	1	1	**14**
K14	KBH	4	3	6	2	3	2	1	**21**
K15	KBH	5	2	4	1	5	2	3	**22**
K16	KBH	2	2	4	1	2	2	1	**14**
K17	KBH	3	3	3	3	2	1	2	**17**
K18	KBH	2	2	6	1	4	5	5	**25**
K19	KBH	4	2	3	2	3	2	3	**19**
K20	KBH	3	2	5	1	4	1	3	**19**
K21	KBH	3	2	2	3	4	1	2	**17**
K22	KBH	3	3	2	2	1	1	3	**15**
K23	KBH	2	3	3	4	6	3	5	**26**
K24	KBH	3	2	2	3	3	2	2	**17**
K30	KBH	4	3	2	2	2	2	2	**17**
K52	KBH	4	2	6	3	4	4	4	**27**
K60	KBH	2	2	5	4	4	2	3	**22**
K70	KBH	2	3	3	1	5	1	4	**19**
K73	KBH	3	2	4	5	4	2	1	**21**
K76	KBH	4	2	6	3	3	3	4	**25**
K78	KBH	2	2	2	1	4	2	5	**18**
K79	KBH	2	2	5	1	3	3	2	**18**
Toplam Kod (Tekrarlı)		**224**	**212**	**299**	**161**	**266**	**180**	**198**	**1540**
Üretilen Farklı Kod Sayısı		**22**	**19**	**24**	**20**	**24**	**14**	**22**	**145**

Tablo 3.12.'de katılımcıların cevaplarından üretilen kodların temalar bağlamında genel dağılımları sunulmuştur. Tabloda öne çıkan sonuçlar arasında ilk olarak *özerklik, çevreyi yönetme, hayatın amacı, öz kabul* ve *kişisel gelişim* temalarında tüm katılımcıların kod ürettiği görülmektedir. Bunun yanında öne çıkan bir diğer önemli sonuç da en fazla toplam kodun (299) *hayatın amacı* temasında, en az kodun (161) ise *öz kabul* temasında yer almış olmasıdır. Ayrıca, üretilen en fazla farklı kod sayısı *hayatın amacı* (24) ve *başkalarıyla olumlu ilişkiler* (24) temasında olduğu tespit edilmiştir. Üretilen en az farklı kod sayısı ise *kişisel gelişim* (14) temasında yer almaktadır. Tabloda sunulan bulgulara göre, kanser hastalığı taşıyan K8, K9 ve K11 hariç diğer katılımcılar kodların tamamı hakkında görüş bildirmiştir. K8 ve K11'in manevi destek beklentisi temasında, K9'un ise *başkalarıyla olumlu ilişkiler* temasında kod üretmediği görülmektedir.

SONUÇLAR

Kronik hastaların psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek ihtiyaçlarını konu alan bu çalışma, psikolojik iyi oluşun boyutlarını kendisine tema olarak kabul etmektedir. Bu temalar; *özerklik, çevreyi yönetme ustalığı, hayatı anlamlandırma, öz kabul, başkalarıyla olumlu ilişkiler, kişisel gelişim* olmak üzere psikolojik iyi oluşun altı boyutudur. Bu temalara ilaveten hastaların psikolojik iyi oluş odaklı bir manevi destekten beklentilerinin ele alındığı ayrı bir tema olarak "psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek" çalışmaya eklenmiştir. Araştırma kapsamında gerçekleştirilen mülakattan elde edilen bulguların analizi sonucunda ortaya çıkan kodlar ilgili temalar altında değerlendirilmiştir. Ortaya çıkan kodların ışığında katılımcıların manevi destek ihtiyaçlarının niteliği üzerine çıkarımlar ve bulguların genel değerlendirilmesi şu şekilde ele alınmıştır:

Özerklik ile ilgili olarak; katılımcıların %60,2'si kendi duygu düşünce ve davranışlarında diğer insanlardan etkilendiği, özerklikleri konusunda destek ve yardım aldıklarını ifade eden katılımcıların %92,2'sinin dini manevi unsurlara başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların özerkliklerini arttırmak amacıyla din ve maneviyata yöneldikleri görülmüştür. Katılımcılar, günlük yaşantılarında tedaviye, sağlık ekibine ve çevresindeki bireylerden bir ya da birkaçına muhtaç olmasından dolayı özerkliğe yaklaşımlarının sağlıklı bireylere kıyasla farklılaştığını söylemek mümkündür. Katılımcıların özerklik anlayışlarının din merkezli olduğu ve ahiretteki arzu edilen yaşam ile özerkliğin mümkün olacağı kanaatini taşıdıkları düşünülmektedir.

Çevreyi yönetme ustalığı ile ilgili olarak; katılımcıların tedavilerine rağmen gündelik hayatın sorunları ve görevleriyle baş ederken yardım alma durumları irdelendiğinde cevapların %62'sinde katılımcıların yardım almadığı yönünde bir takım ifadeler tespit edilmiştir. Çevresindeki bireylerden destek istemediğini belirtenler de dahil olmak üzere katılımcıların verdikleri cevapların %90,4'ü katılımcıların dini olgulardan yardım aldığını; cevapların %9,6'sı da katılımcıların arkadaş çevresi ve aileden yardım aldığını göstermektedir. Katılımcıların günlük zorluk ve sorumluluklarla baş ederken dua ve dua merkezli tevekkül, şükür, zikir gibi

dini faaliyetlerden destek alması ve aynı zamanda bu katılımcıların önemli bir kısmının insanlardan yardım talep etmemesi, katılımcıların bahsi geçen dini olguları içselleştirdiği ve insanlardan destek almaya yeğlediği şeklinde değerlendirilmektedir.

Hayatın amacına yönelik olarak; tekrarlı (299) ve tekrarsız (24) en fazla kodun olduğu bu temada katılımcıların hayatın amacına yönelik desteğe olan ihtiyaçlarını daha çok vurguladığı görülmektedir. Hayatlarına dair umut ve iyimserlikleri hakkında yöneltilen sorulara katılımcılar (%76 gibi önemli bir oranda) olumlu cevaplar vermişlerdir. Katılımcıların gelecekle ilgili planlarına bakıldığında din merkezli plan yaptığını ifade edenler (%18), bu planlarını hac/umreye gitmek ve imanlı bir şekilde ölmek şeklinde açıklamıştır. Türkiye'deki hac ve umreye gidenlerin durumuna bakıldığında ilerleyen yaşla birlikte hacca gitme oranının arttığı görülür. Buna göre, hayatının son demlerini yaşadığını düşünen kronik hastaların hac ve umreye gitme planı yapmasında, kültürel etkilerin belirleyici olduğu söylenebilir.

Öz kabulle ilgili olarak; katılımcıların %58,2'si geçmiş yaşantılarına dair pişmanlıkları olduğunu ve pişmanlıklarıyla başa çıkan katılımcıların %45,1'i dini başa çıkma yollarını kullandığını ifade etmiştir. Temada öne çıkan iki kodun da dini başa çıkma olması, katılımcıların geçmişe dair pişmanlıklarla mücadelede dinin önemli bir unsur olduğunu düşündürmektedir.

Başkalarıyla olumlu ilişkilere dair; katılımcıların %61,5'i çevresiyle iletişimdeki sıkıntılarda olumsuz tavır takındığını belirtmiştir. Katılımcıların %87,1'i ise arkadaşlığı kurarken ve bunu sürdürürken karşı taraftan fedakârlık ve anlayış beklediğini ifade etmiştir. Bireyin çevresiyle kurduğu olumlu ilişkisinin onun iyi oluşuna olumlu etkiler yapacağı, fakat bu desteğin bireye tam anlamıyla yansıyamayacağı göz önünde bulundurulduğunda, tamamlayıcı bir unsur olarak dini ve manevi değerlerin de bu hususta yardımcı olabileceği sonucuna ulaşılmaktadır.

Kişisel gelişimle ilgili; çalışmaya katılan kronik hastalar kişisel gelişimleri hususunda sosyal çevresinden ve dini manevi duygulardan etkilendiklerini ifade etmişlerdir. Ebeveyn olmak, arkadaş çevresi, anne babasına karşı sorumlu olmak gibi geniş bir kapsamı olan sosyal çevrenin katılımcıların kişisel gelişimine katkı sağladığı

tespit edilmiştir. Anne babanın çocuklarına sergileyeceği tutum ve davranışların, çocuklar büyüdüğünde ebeveynleri başta olmak üzere sosyal çevreye yansıtacağı bilinci, ebeveyni kendilerini geliştirmeye teşvik ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Kişisel gelişim sürecinde din, ebeveyn-çocuk ilişkisini düzenlemede dolaylı, yanlış/ haram ve doğru/helallerin tercihinde insanlara yol göstererek doğrudan bir etkiye sahip olabileceği sonucuna ulaşılmaktadır.

Katılımcıların gerek deneyimlemiş oldukları travmatik tecrübeler, gerekse içinde bulundukları zor durumlarıyla baş etme çerçevesinde dile getirdikleri psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek ihtiyaçları 3 temel boyutta ele alınmıştır.

Öğretici manevi destek, bilgi verme amaçlı manevi destek ihtiyacı şeklinde tanımlanabilir. Katılımcıların bilgilerini yetersiz gördüğü hususlarda kendilerinin aydınlatılmasını istemelerinin başlıca nedenleri arasında, manevi danışmanı din görevlileri olarak kabul etmeleri zikredilebilir. Din görevlilerinin ramazan ayındaki programlarda genellikle soru cevaplar eşliğinde bilgiler aktarması ve bulundukları beldelerde söz sahibi kişiler olması, toplum nezdinde onların itibarlı bir konumda olduklarına işaret etmektedir. Tüm bunlar ışığında, katılımcıların manevi destek görevlisinden bilgilendirici konuşmalar yapmasını beklemesi doğal bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Öğretici manevi destek de dini ve beşerî konularda olmak üzere iki alt başlıkta ele alınmıştır. İbadetler hakkında bilgiler, peygamberlerin hayatlarından dersler, sabır, şükür ve duanın nasıl edileceğine dair bilgiler, *dini konularda öğretici manevi desteğin* kapsamında değerlendirilmiştir. Psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek ihtiyacında dini konularda öğretici manevi destek talebinin fazla olması, yaşamlarının son dönemlerinde olduğunu düşünen bireylerin dine olan ilgisiyle izah edilmiştir. *Beşerî konularda manevi destek*, öz sevginin ve çevresindeki insanları sevmenin öğretilmesini içermektedir. Katılımcıların kendisini ve diğer insanları sevme hususunda yardım talep etmeleri, yaşam boyu devam eden kişisel gelişimin bir yansıması olarak yorumlanmıştır

Duygu merkezli manevi destek, ölüm kaygısını aşma, yaşama dair umutlu konuşmalar gibi destekleri içermektedir. Öğretici manevi destekte olduğu gibi duygu merkezli manevi destek de dini ve beşerî konularda olmak üzere iki alt başlıkta ele

alınmıştır. *Dini konularda duygu merkezli manevi destek,* ölüm kaygısıyla baş etme, cennet ayetlerinden ve cennetten bahsetme, Allah ile bağ kurma ve bu bağı kuvvetlendirme gibi doğrudan dini, dolaylı olarak beşerî hususları içermektedir. Katılımcıların stres gibi olumsuz durumlarla başa çıkmada dine sığınması, gerek alan yazınında gerekse toplumda kabul gören bir durumdur. *Beşerî konularda duygu merkezli manevi destek,* katılımcıların umut düzeylerinin, yaşama sevincini arttırılması ve yalnız olmadığının hissettirilmesi konularını içermektedir. Düzenli ve/veya sürekli bir tedaviye ve kuruma muhtaç olan hastanın yaşama dair olumlu düşünceleri, hasta bireye ve tedavisine pozitif yönde katkılar sağladığı, hastaların manevi destekten beklentileri ile ilgili dile getirdiği ifadelerinde tespit edilmiştir.

İletişim ve etkileşim merkezli manevi destek ihtiyacı, katılımcıların sağlık personellerinin, aile ve arkadaş çevresinin tutum ve davranışlarından rahatsız oldukları için onlarda bir farkındalık ve anlayış oluşturmalarını istemelerini içermektedir. Bu isteğin sağlık çalışanlarına yapılan şiddetin de önüne geçme adına önemli bir adım olacağı, hasta-personel, hasta-sosyal çevresi ve hasta yakınları-personel arasındaki iletişimin tesis edilmesinde manevi destek hizmetlerinin de aktif olarak görev alması gerektiği sonucuna ulaştırmaktadır.

Genel bir değerlendirme olarak; manevi destek ihtiyaçlarının büyük bir kısmının dini konular üzerinde yoğunlaşmasından hareketle, katılımcıların din ve maneviyatı birbirinden ayırmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun nezdinde manevi danışman, din görevlisi olarak algılandığı tespit edilmiştir. Manevi destekten beklentilerin hem dini hem de beşerî konularda olduğu görülmüştür. Bu durum, manevi destek görevlisinin din görevlisi olarak algılanmasıyla ve katılımcıların ölüm kaygısı nedeniyle dünya-ahiret hayatında dengeyi kurmakta zorlandığı için bu dengeyi yine manevi destekle tesis edebileceği düşüncesiyle açıklanmıştır. Manevi destekten beklentilerin fazla olması hem etkileyici hem de bu alanda topluma hizmet sunan personelin sorumluluklarını hissetmesi açısından önem arz etmektedir.

ÖNERİLER

Öneriler iki başlık altında sunulmuştur. Bunların birincisi, bu ve benzeri konularda çalışmalar yapacak araştırmacılar için, ikincisi kronik hastaların psikolojik iyi oluşlarına odaklı geliştirilecek manevi destek programına ilişkin önerilerdir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Çalışma pandemi sürecinde gerçekleştirildiği için çalışmanın pandemi sonrasında da yapılması, sıra dışı durumlar ve olağan şartlar altında kronik hastaların ihtiyaçlarındaki değişimin ortaya konması uygulama kolaylığı açısından alana katkı sağlayıcı olacaktır.

KOAH hastalarının pandemi nedeniyle az katılım sağladığı görülmektedir. Solunum zorluğu çeken hastalarda ölümcül sonuçlar doğuran salgın hastalık (covid-19) sonrası özellikle KOAH hastalarını kapsayan bir çalışma yapılması da bu hastaların pandemiden nasıl etkilendiğini ve sosyal ilişkilerin etkilerinin ortaya konması açısından yarar sağlayıcı olacaktır.

Araştırma ölüm oranının yüksek olduğu hastalıkları kapsadığından tansiyon gibi ölüm oranı düşük kronik hastalara yönelik bir çalışma da konuya farklı bir bakış açısı getirecektir.

. Araştırma kapsamında gerçekleştirilen mülakatlar nihayete erdiğinde onkoloji bölümü hemşireleri; iş ortamı, hasta ve hasta yakınları tarafından yıpratıldıklarını ve bu yüzden kendilerinin de bu tarz bir manevi desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle kronik hastalara hizmet veren sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek çalışmaları yapılmalıdır.

Araştırma kapsamında yapılması planlanan mülakatlar için kurum ve kuruluşlardan izinler talep edilmiştir. Ne var ki, manevi desteğe ön yargı ile yaklaşan kurum çalışanlarının çeşitli engellemeleri, veri toplama süresinin uzamasına neden olmuştur. Manevi destek üzerine çalışma yapacak araştırmacıların manevi desteğin

amaç ve kapsamını sözlü ve yazılı bir şekilde açıklamaları bu süreci daha başarılı yönetmelerine katkı sağlayacaktır.

Kronik hastalarla mülakat yapacak araştırmacıların; hastaların bedenlerindeki bozukluklara (örn. kafatasındaki şekilsel bozulmalar), organ kayıplarına karşı (örn. kesilen bacak) duygularını kontrol altına almaları veya hazırlıklı olmaları, mülakatın sağlıklı bir şekilde yürütülmesi açısından önem arz etmektedir.

Katılımcıların cevaplarından anlaşıldığı üzere, sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınları arasında iletişim sorunları olduğu anlaşılmaktadır. Bu iletişim sorunlarının şiddetle sonuçlanması muhtemeldir. Katılımcılar, bu sorunlara çözümü manevi danışmandan talep etmektedirler. Sağlık kurumlarındaki şiddeti konu alan çalışmaların yapılması, ilgili soruna çözümde katkılar sağlayacaktır.

Sağlık kurumlarındaki hastalara ilişkin gerçekleştirilecek çalışmalarda, ilgili kurumdaki manevi danışman, hasta yakını ve sağlık personelinden hastanı hakkında alınacak bilgi, daha isabetli sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

Mülakatlar gerçekleştirilirken; uygulamacının sağlık personeli üniforması giymesi, mülakatları olumsuz etkileyip hastaların görüşmelerde çekimser davranıp görüşmeye katılmamalarına ya da sağlık sorunları üzerinden bir görüşme talebinde bulunmalarına neden olduğu, aynı katılımcıların ilerleyen günlerde üniforma giymeyen görüşmecinin sorularına cevap verdiği görülmüştür. Araştırmanın planı dışında ortaya çıkan bu sonuca göre, manevi danışmanın üniforması hususundaki çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Psikolojik İyi Oluş Odaklı Manevi Destek Programına Dair Öneriler

Bu araştırmanın dikkat çekmeye çalıştığı hususlardan birisi de sunulacak manevi danışmanlık hizmetinin danışanın tüm manevi ihtiyaçlarından ziyade literatürde karşılığı olan belirli bir ihtiyaç kümesinin hedef alınmasını önermesidir. Bu çerçevede kronik hastaların psikolojik iyi oluş odaklı manevi destek ihtiyacı üzerine geliştirilmeye çalışılacak programla ilgili önerileri şu şekilde sıralamak mümkündür;

Özerklik: Katılımcıların verdiği cevaplar doğrultusunda nihai anlam olan yaratıcıya bağlılığın bireyi daha da özerk yapacağını çıkarmanın mümkün olduğu daha önceki bölümlerde ifade edilmişti. Bu bağlamda dünya hayatının imtihan olduğuna ahiret hayatının sonsuzluğuna vurgu yapan ayet ve hadislerden yararlanılabilir.

Çevreyi Yönetme Ustalığı: Kronik hastaların günlük hayatın zorluk ve sorumluluklarıyla baş etmelerinde ayet ve hadislerden yararlanılabilir. Örneğin, İnşirah suresi 5. ve 6. ayetler gibi zorlukla birlikte kolaylığı olduğunu konu edinen ayet ve hadisler vasıtasıyla kronik hastaların gündelik görevlerle ve zorluklarla başa çıkmasına katkılar sağlanabilir.

Hayatın Amacı: Hastalıklar ve zorlu tedavileri esnasında umut ve yaşama enerjisi kaybı gibi bireyin hayatın amacını yitirdiği durumlarda, Talak suresi 2. ayet (Kim Allah'a karşı gelmekten sakınırsa, Allah ona bir çıkış yolu açar) ve umuda dair hadisler (örn.: Allah, rahmeti yüz parçaya bölmüştür. Doksan dokuzunu kendi katında tutmuş, bir parçasını da yeryüzüne indirmiştir. İşte bu bir parça ile yaratılmışlar birbirine şefkat eder. Hatta hayvan, yavrusunu (emzirirken) incitirim korkusuyla ayağını bu rahmetle kaldırır.) hastaların umut ve yaşama şevkini arttırıcı içerikler faydalı olabilir.

Öz Kabul: Ölüme sağlıklı bireylerden daha yakın olduğunu hisseden, tedavilerle faaliyeti kısıtlandığı için geçmişteki pişmanlıkların telafisini yapmakta yetersiz kalan kronik hastalara bu hususta sunulacak manevi destek onların stresle baş etmelerine ve öz kabullerine olumlu katkı sağlayacaktır. Bu bağlamda Tevbe Sûresine de konu olan sahabeden "Kâ'b b. Mâlik, Mirâre b. Rabî' ve Hilâl b. Ümeyye"nin tövbeleri gibi sahabe ve peygamberlerin hayatlarından örneklerin kronik hastalara anlatılması öz kabul hususunda olumlu olabilir.

Başkalarıyla Olumlu İlişkiler: Hastalıkla birlikte kısıtlanan ve umutsuzluğa düşen birey sosyal çevresine karşı olumsuz tutum ve davranışlarda bulunabilmektedir. Bu hususta, ikili ilişkilerin daha sağlıklı yönetilmesinin mükâfatlarından bahseden hadislerden yararlanılabilir.

Kişisel Gelişim: Gelişim süreklilik arz eden bir süreçtir. Katılımcıların gelişimleri için sabır şükür öğreten manevi destek talepleri göz önüne alındığında Nahl Sûresi 126. ayet gibi kötülüklere bile sabrın müjdelendiği ayetlerden yararlanılabilir.

Geliştirilmesi muhtemel manevi destek programı için son öneri; dinin kaynağının tanrı, psikoterapinin kaynağının insan olduğu; dinin temel amacının insanı kurtuluşa erdirmek, psikoterapinin amacının bireyi ruhsal ve zihinsel sorunlardan kurtarıp uzaklaştırmak olduğu; dinin inanç ve süreklilikten aldığı güç ile psikoterapinin iyileştirici etkisinden daha güçlü ve kuşatıcı olduğu göz önünde bulundurularak psikoterapinin tekniğiyle dinin iyileştirmedeki gücünü birbirilerini tamamlayan bir anlayışla hedeflenen programın geliştirilmesidir.

KAYNAKÇA

ABUL, Y. ve T. Özlü (2013). "Türkiye'de KOAH Epidemiyolojisi", **Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi**, 1(1): 7-12.

ACA (2008). **The ACA Encyclopedia of Counseling,** New Jersey: Whiley.

ACAR, A. E. (2011). **Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim BE.

AĞILKAYA-ŞAHİN, Z. (2014). **Federal Almanya Cumhuriyeti'nde Dini Danışmanlık: Teori – Eğitim – Uygulama,** Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi SBE.

AKBIYIK, A., G. Koçak ve E. Oksel (2016). "Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Öz-Bakım Davranışlarının İncelenmesi", **İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi**, 1(2): 1-8.

AKPOLAT, T. ve C. Utaş (2008). "Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler", **Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1,** ed. T. Akpolat ve C. Utaş, Samsun: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 1-21.

AKPOLAT, T. ve C. Utaş (2008). "Diyaliz: Genel Bilgiler", **Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1,** ed. T. Akpolat ve C. Utaş, Samsun: Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 22-29.

ALKAN, B. (2018). **Kronik Kalp Yetmezliği Hastalarında Semptom Limitli Merdiven Çıkma Testinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi,** Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık BE.

ALPARSLAN, A.M. ve diğerleri (2022). "Yaşamın Anlam Kaynakları ve Psikolojik İyi Oluş İlişkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma", **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** (42): 30-51.

ALTAŞ, N. (2017) "Hastanelerde Dini Danışmanlık Hizmetleri", **Dini Danışmanlık ve Din Hizmetleri**, ed. N. Altaş ve M. Köylü, İstanbul: DEM Yayınları, s. 127-140.

ALTINTAŞ, M. E. (2018). "Hastanelerde Gerçekleştirilen Manevi Danışmanlık Ve Rehberlik Hizmetleri Üzerine Nitel Bir Araştırma (Kayseri Örneği)", **Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, (11), 221-256

ALTIPARMAK, S. (2006). "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Cinsel Yaşama İlişkin Yaşadıkları Sorunlar ve Danışmanlık Gereksinimleri", **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, 22(1), 189-196.

AMBS, A. H. ve diğerleri (2007). "Religious and Spiritual Practices and Identification Among İndividuals Living with Cancer and Other Chronic Disease", **Journal of the Society for Integrative Oncology**, 5(2): 53-60

APA (2009). **APA College Dictionary Psycliology,** Washington: American Psychological Association.

APPLETON, S. ve L. Song. (2008). "Life Satisfaction in Urban China: Components and Determinants". **World Development**, 36 (11): 2325–2340.

ASAGM (2007). **Aile Eğitim Rehberi Süreğen Hastalıklar**, Ankara: Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları.

AŞICI, M. (2009). "Kişisel ve Sosyal Bir Değer Olarak Okuryazarlık", **Değerler Eğitimi Dergisi**, 7 (17): 9-26.

ATA, Z. (2018). **Diyaliz Tedavisi Almayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Glomerüler Filtrasyon Hızı ile Ortalama Platelet Hacmi Arasındaki İlişkinin Araştırılması**, , Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi Balıkesir Üniversitesi Sağlık BE.

ATEŞCİ, F. Ç. ve diğerleri (2003). "Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler", **Türk Psikiyatri Dergisi**,14(2):145-152.

ATMACA, V. (2010). "Eski Medeniyetlerde Günah- Hastalık İlişkisi veya Tanrının Gazabı Meselesi", **Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 34: 109-121.

AYDEMİR, Y. (2018). "Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Fibrozis Hastalıklarının Karşılaştırmalı Klinik Farmakolojisi" **Turkiye Klinikleri Pharmacology-Special Topics,** 6 (2): 118-125.

AYTEN, A. (2005). "Kendini Gerçekleştirme ve Dindarlık: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma", **Marmara Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi**, (29), 185-204.

AYTEN, A. (2015a). **Erdeme Dönüş**, İstanbul: İz Yayınları.

AYTEN, A. (2015b). "Dindarlık Ruhsal ve Fiziksel Sağlığı Etkiler mi?", **Din Erdem ve Sağlık,** Ed. Ali Ayten, İstanbul: Çamlıca Yayınları.

AYTEN, A. (2018). **Din ve Sağlık**, İstanbul: Marmara Akademi Yayınları.

AYTEN, Ali (2012). **Tanrı'ya Sığınmak,** İstanbul: İz Yayınları.

BAHADIR, A. (2000). **"**Hayatın Sorgulayıcılığı Karşısında İnsan ve Üretkenlik"**. SÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 10 (10), 443-452.

BAHADIR, A. (2002a). **İnsanın Anlam Arayışı ve Din**, İstanbul: İnsan Yayınları.

BAHADIR, A. (2002b). "Ergen Kişiliği Bağlamında Din-Kişilik İlişkisi", **Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi,** 14: 111-123

BAHADIR, A. (2002c). "Modernitenin Yıkıcı Etkileri Karşısında Savunmasız İnsan", **SÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 13(13): 129-142.

BAHADIR, A. (2005). Çocukluk Dönemi Din ve Değer Yapılanmasında TV Yayınlarının Olumsuz Etkileri ve Çözüm Önerileri" **SÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi,** 20: 29-64.

BAHADIR, A. (2007). **Jung ve Din**, İstanbul: İz Yayınları.

BAHADIR, A. (2010). "Psiko-Sosyal Bir Sorun Olarak Engelliliği Anlamlandırmada Dinî Referanslar ve Pratik Yansımaları", **Marife Dergisi**, 10 (2): 9-26.

BAHADIR, A. (2017). "Din Psikologlarının Dindarlık, Değerler ve Ruh Sağlığı Konusunda Temel Yaklaşımları: W. James, S. Freud, G. Jung ve V. Frankl Örneği". **Din, Değerler ve Sağlık**, ed. H. Hökelekli, İstanbul: DEM Yayınları, 13-63.

BALCI-ARVAS, F. (2017). "Öznel İyi-Olma Hali İle Dini İnançlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme", **Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 26(2): 165-201.

BALLARD, A.ve diğerleri (1997). "A Comparison of the Level of Hope in Patients with Newly Diagnosed and Recurrent Cancer". **Oncol Nurs Forum,** 24 (5) :899-921.

BALLEW, S. H. ve diğerleri (2012). "The Role of Spiritual Experiences and Activities in the Relationship Between Chronic Illness and Psychological Well-Being", **Journal of Religion and Health**, 51(4): 1386–1396.

BAUER, J. J. ve P. M. Dan ve L. P. Jennifer (2008). "Narrative Identity and Eudaimonic Well-Being", **Journal of Happiness Studies**, 9:81-104.

BAYKARA, O. (2016). "Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar", **Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi**, 5(3): 154-165.

BAYMUR, F. (1994). **Genel Psikoloji**, İstanbul: İnkılap Kitabevi Yayınları.

BEBEK, A. (2003). "Mağfiret", **TDV İslâm Ansiklopedisi**, Ankara: TDV Yayınları, 27, 313-314.

BERK, L. S. ve diğerleri (2015). "Effects of Religious vs. Conventional Cognitive-Behavioral Therapy on Inflammatory Markers And Stress Hormones in Major Depression and Chronic Medical Illness: a Randomized Clinical Trial", **Open Journal of Psychiatry,** 5(3): 238-259.

BİLİR, N. ve N. P. Subaşı (2006). "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü". **Halk Sağlığı Temel Bilgileri,** ed., Ç. Güler ve L. Akın, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1032–1034

BİNGÖL, Z., ve A. Kaya (2020). "Solunum Destekli Tedaviler", **Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları**, ed. O. Arseven, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 373-378.

BİRİMOĞLU-OKUYAN, C., ve F. KARASU (2021). "Covid-19 Pandemi Sürecinde Kronik Hastalığa Sahip Olan Yaşlıların Sağlık Riski ve Bu Süreç İçin Öneriler", **Sağlık Akademisi Kastamonu**, 6(3):11-12.

BÖLÜKTAŞ, R. (2018). "Palyatif Bakım Hastalarında Manevi Bakım", **İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 6 (13): 51-72.

BÖREKÇİ, S., ve S. Umut, (2011). "Oksijen Tedavisi", **Türk Toraks Dergisi**, 12, 12-18.

BRADBURN, N. M. (1969). **The Structure of Psychological Well-Being**. Oxford: Aldine.

BUDAK, S. (2003). **Psikoloji Sözlüğü,** Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

BULUT, H. 82020). "Kur'an Bağlamında Sabır ve Şükür İlişkisi", **Bingöl Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, (16): 338-355.

BURCU, E. (2006). "Özürlülük Kimliği ve Etiketlemenin Kişisel ve Sosyal Söylemleri", **Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi**, 23(2): 61-83.

BUSSING, A. ve T. Ostermann ve H. G. Koenig (2007). "Relevance of Religion and Spirituality in German Patients with Chronic Disease", **International Journal of Psychiatry in Medicine**, 37(1):39-58.

BÜLOW, HH. ve diğerleri (2012). "Are religion and religiosity important to end-of-life decisions and patient autonomy in the ICU? The Ethicatt study", **Intensive Care Med** 38: 1126–1133.

CEBECİ, S. (2010). "Bir Din Öğretimi Yaklaşımı Olarak Dini Danışma ve Rehberlik", **Değerler Eğitimi Dergisi**, 8(19): 53-69.

CENGİL, M. (2003). "Depresyonu Önlemede Dini İnancın Koruyucu Rolü", **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi,** 3(3): 129-152.

CHRISTOPHER, J. C. (1999). "Situating Psychological Well-Being: Exploring the Cultural Roots of its Theory and Research". **Journal of Counseling & Deveelopment,** 77 (2):141-152

COUNIHAN, T. J. (2008). "Serebrovasküler Hastalıklar", çev. A. Özdemir Ersoy ve S. Korkmaz, **Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine,** İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1104-1115

CURA, Ş. Ü., ve E., ATEŞ (2020). "Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkları Zorluklar", **Journal of Academic Research in Nursing**, 6 (3): 483-90.

CURTIS, S. (1992). "Promoting Health Through A Developmental Analysis of Adolescent Risk Behavior"**. Journal of School Health,** 62: 417-420

ÇAKMAK, M. D. (2017). **Kronik Rahatsızlıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Benlik Algıları Üzerine Etkisi**, , Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim BE.

ÇETİNCELİ, K., ve İ. H. Çarıkçı, (2020). "İş-Aile Çatışması Neden ve Sonuçları: Kuramsal Bir Değerlendirme", **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, (37): 174-192.

ÇINAR, F. (2016). "Ceza İnfaz Kurumlarında Din Eğitimi", **Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 15(29), 131-149.

ÇİFTÇİ-TEKİNARSLAN, İ. (2015). **"**Zihinsel Yetersizliği Olan Öğrenciler" **Özel Eğitim**, ed. İ. H. Diken, Ankara: Pegem Akademi Yayınları, 135-166.

ÇUFTA, M. (2014). **Kanser Hastalığı ile Başa Çıkmada Dini İnanç ve Tutumların Rolü (Kosova Örneği),** Yayınlanmamış Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi SBE.

DALBAY, R. S. (2009). **Özürlü Yakınlarının Özürlülere Yönelik Sosyal Politikalara İlişkin Bilgi, Beklenti ve Memnuniyet Dereceleri (Isparta Örneği),** Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi SBE.

DALE, H.ve H. Nigel (2008). "Perceived Need for Spiritual and Religious Treatment Options in Chronically Ill Individuals", **Journal of Health Psychology**, 13(5): 712–718.

DEBOGNIES, P. ve diğerleri. (2019). "Personal Development of Disadvantaged Youth Through Community Sports: A Theory-Driven Analysis of Relational Strategies", **Sport in Society**, 22 (6): 897-918.

DELGADO, C. (2007). "Sense of Coherence, Spirituality, Stress and Quality of Life in Chronic Illness", **Journal of Nursing Scholarship**, 39 (3):229-234.

DEMİRCİ, İ. ve A. H. Şar, (2017). "Kendini Bilme ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", **İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi**, 6 (5): 2710-2728.

DIENER E. ve C. N. Scollon ve R. E. Lucas (2003). "The Evolving Concept of Subjective Well-Being: The Multifaceted Nature of Happiness" **Advances in Cell Aging and Gerontology,** 15: 187-219.

DIENER, E. (2006). "Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being". **Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being**, 7 (4), 397–404.

DIENER, E. (1994). "Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities". **Social Indicators Research,** 31 (2): 103–157.

DIENER, E. ve R. E. Lucas, ve S. Oishi (2002). "Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction". **Handbook Of Positive Psychology,** Ed. C. R. Snyder ve S. J. Lopez, New York: Oxford University Press, 63–73.

DINICOLA, G. ve diğerleri (2013). "The role of Social Support in anxiety for Persons with COPD", **Journal of Psychosomatic Research**, 74 (2), 110-115.

DİE (2004). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002, Ankara: DİE Yayınları.

DOĞAN, M. (2014). **Dindarlık Sabır ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişkiler**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi SBE.

DOĞAN, M. (2016). "Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynler ile Sağlıklı Çocuk Sahibi Ebeveynlerin Dinî Başa Çıkma, Umut ve Sabır Düzeylerinin Karşılaştırılması", **İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi**, 5(8): 3214-3245.

DOĞAN, T.ve F. Sapmaz, (2012). "Kişiler Arası İlişki Tarzları ve Öznel İyi Oluş", **Türk Eğitim Bilimleri Dergisi**, 10 (3): 585-602

DOMOCMAT, M. C. (2014). "Spirituality and Chronic Illness: A Concept Analysis", **International Journal of Science and Research**, 3(9): 1579-1583.

DSÖ (2011). **World Report on Disability**, Malta: Press of the World Health Organization.

DÜZGÜNER, S. (2013). **Maneviyat Algısı ve Diğerkâmlıkla İlişkisi: Kan Bağışı Örneğinde Türkiye ve Amerika Karşılaştırmalı Nitel Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi SBE.

DÜZGÜNER, S. (2016). "Nereden Çıktı Bu Maneviyat: Manevi Bakımın Temellerine İlişkin Kültürlerarası Bir Analiz", **Manevi Danışmanlık ve Rehberlik,** ed. A. Ayten ve M. Koç ve N. Tınaz, İstanbul: DEM Yayınları, 17-44.

DÜZGÜNER, S. ve S. Telek (2020). **Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetleri**, Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları.

EGEMEN, B. Z. (1952). **Din Psikolojisi**, Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi.

EKENCİ, M. T. (2015). "2012 Türkiye Sağlık Araştırması'nın Engelliliğe İlişkin Yaygınlık Ölçümü Açısından İncelenmesi*"*, **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi** 35(2): 95-112.

EMMONS R. ve R. F. Paloutzian (2010). "Din Psikolojisi: Dün, Bugün ve Yarın", çev. A. Ayten, **Din Psikolojisi**, İstanbul: İz Yayıncılık.

ERBAY, E. ve diğerleri (2016). "Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Kaygı Düzeyleri ve Başetme Tutumları: Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı Örneği", **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, 25 (1): 95-99.

ERDOĞRUCA-KORKMAZ, N. (2012). "Tanri'ya Bağlanma ve Psikolojik İyi Olma", **Toplum Bilimleri Dergisi,** 6 (12): 95-112.

ERYILMAZ, B. (2010). **Turizmde Engelli Pazarının Değerlendirilmesi ve Bodrum Örneği**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi SBE.

ESEN-ATEŞ N. ve H. Kayıklık (2019). "Şehit Ailelerinde, Gazilerde ve Gazi Ailelerinde Sabır ve Dinî Başa Çıkma İlişkisi" **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 19(1): 225-236.

FIRAT, O. (2019). **İnme Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyunç Üzerine Klinik Eczacının Katkısı,** Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi SBE.

FRANKL, V. E. (2009). **İnsanın Anlam Arayışı,** çev. Selçuk Budak, İstanbul: Okyanus Yayınları.

FROMM, E. (1990). **Sağlıklı Toplum,** çev. Y. Salman ve Z. Tanrısever, İstanbul: Payel Yayınevi.

FROMM, E. (2000). **Sevme Sanatı,** çev. I. Gündüz, İstanbul: Say Dağıtım.

GALEK, K. ve diğerleri (2005). "Assessing a Patient's Spiritual Needs: a Comprehensive Instrument", **Holistic Nursing Practice**, 19(2): 62-69.

GANAPRAKASAM, C., ve F. D. Hutagalung (2018). "Religion on Psychological Well-being and Self-efficacy Among Secondary School Students", **International Journal of Scientific and Research Publications**, 8(5): 38-45.

GENCER, N. (2019). **Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık ve Öznel İyi Oluş**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hitit Üniversitesi SBE.

GORDON, P. A. ve diğerleri (2002). "the Role of Religious Beliefs in Coping With Chronic Illness", **Counseling and Values**, 46 (3):162-174.

GÖÇER, Ö. (2008). **Hastaların Kronik Hastalığa Uyum Sağlamada Karşılaştıkları Engeller,** Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi.

GÖKCAN, M. (2016). "Havf ve Recâ (Korku ve Ümit) Dengesi", **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 16(2), 171-192.

GREEN, M. ve M. Elliott (2010). "Religion, Health, and Psychological Well-Being", **Journal of Religion and Health**, 49: 149–163.

GREENSTREET, W. (2006). "From Spirituality to Coping Strategy: Making Sense of Chronic Illness", **British Journal of Nursing**, 15 (17): 938-942.

GÜNER, S. (2020). **Meme Kanseri Cerrahisi Uygulanacak Hastaların Sosyal Destek Algısı, Manevi Yönelim ve Umut Düzeyleri**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık BE.

GÜRSES, E. (2019). **Kalp Yetmezliğinde Alveolakapiller Membran Fonksiyonlarının Toraks Ultrasonografi ile Değerlendirilmesi,** Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ege Ünversitesi Sağlık BE.

GÜRSU, O. (2015). "Ergenlik Dönemi Dindarlığı ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", **Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi,** 34(34): 49-75.

HAKBİLİR, O. ve diğerleri (2006). "İnme Popülasyonun Demografik Özellikleri ve Geç Acil Servis Başvurularının Yeni Tedavi Yaklaşımları Üzerine Etkisi", **Türkiye Acil Tıp Dergisi**, 6(3):132-138.

HALLAHAN, D. P. ve J. M. Kauffman ve P. C. Pullen (2014). **Exceptional Learners,** New Jersey: Pearson Yayınları.

HANÇERLİOĞLU, S. (2014). **Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ve Uyum Soru Formu'nun Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği,** Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık BE.

HARVEY, I.. S. (2009). "Spiritual Self-Management: a Look at Older Adults with Chronic Illness", **Journal of Religion, Spirituality & Aging**, 21(3):200-218.

HERTH, K. (2000). "Enhancing Hope in People with a First Recurrence of Cancer". **Journal of Advanced Nursing,** 32 (6):1431-1441.

HILL, P.L. ve M. Allemand (2010). "Forgivingness and Adult Patterns of İndividual Differences in Environmental Masteryand Personal Growth", **Journal of Research in Personality**, 44: 245–250

HOLM, N. G. (2007). **Din Psikolojisine Giriş**, çev. A. Bahadır, İstanbul: İnsan Yayınları.

HOOGEVEEN, S. ve diğerleri (2023). "A Many-Analysts Approach to the Relation Between Religiosity and Well-Being", **Religion, Brain & Behavior,** 13(3): 237-283.

HOROZCU, Ü. (2010). "Tecrübî Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki", **Milel ve Nihal: İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi**, 7(1): 209-240.

IŞIK, H. ve K. Karaman (2020). **Ceza İnfaz Kurumlarında Manevi Danışmanlık ve Rehberlik,** Ankara: DİB Yayınları.

IŞIK, H., ve A. Demir (2012). **Ceza İnfaz Kurumları Din Hizmetleri Rehberi**. Ankara: DİB Yayınları.

JAMES, W. (2017). **Dinsel Deneyimin Çeşitleri**, çev. İsmail Hakkı Yılmaz), İstanbul: Pinhan Yayıncılık.

KAĞITÇIBAŞI, Ç. (1996). "Özerk-İlişkisel Benlik: Yeni Bir Sentez", **Türk Psikoloji Dergisi**, 11 (37): 36-43.

KAHRAMAN, H. (2018). "Klinik Bir Olgu Olarak Yalnızlık: Yalnızlık ve Psikolojik Bozukluklar", **AYNA Klinik Psikoloji Dergisi,** 5 (2): 1-24

KAHVECİ, Rabia ve diğerleri (2013). "Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporu", **Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi**, Ankara.

KARABUDAK, S. S. (2008), **Diyaliz Tedavisi Alan Çocuğun Hastalığının Aile Bireyleri Üzerindeki Biyopsikososyal Etkilerinin Fenomenolojik Olarak Belirlenmesi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık BE.

KARACA, F. (2000). **Ölüm Psikolojisi,** İstanbul: Beyan Yayınları.

KARACA, F. (2007). **Dinî Gelişim Teorileri,** İstanbul: DEM Yayınları.

KARACABEY, M. F. (2019). "Nitel Veri Toplama Teknikleri", **Eğitimde Araştırma Yöntemleri**, ed. S. Şen ve İ. Yıldırım, Ankara: Nobel Yayınları, 385-406.

KARAGÜL, A. (2012). "Manevi Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi (Hollanda Örneği)", **Dinî Araştırmalar**, 14 (40): 5-27

KARAKOÇ, B. (2021). "Olgubilim (Fenomenoloji) Araştırması", **Eğitimde Araştırma Yöntemleri** ed. S. Şen ve İ. Yıldırım, Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık, 263-282.

KARAKUŞ, N., ve P. ÇOKSEVER (2019). "Değerler Eğitiminde Rol Model Olarak Kadın Kahramanlar", **Eğitim ve İnsani Bilimler Dergisi: Teori ve Uygulama**, 10 (20): 46-62.

KARAL, H. ve E. Çiftçi (2008), "İşitme Engelli Bireylerin Eğitim Sürecinde Bilgisayar Destekli Animasyonlardan Yararlanma", **8. Uluslararası Eğitim Teknolojileri Konferansı**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

KARSLI, N. (2018). **Mutluluk ve Dindarlık**, Kayseri: Kimlik Yayınları.

KARSLI, N. (2019). "Psikolojik İyi Oluş ve Dindarlık İlişkisi: Trabzon İlahiyat Örneği", **Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi,** 15: 173-205.

KAVRADIM, S. T. ve Z. Canlı Özer (2014). "Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 6 (2):154-164.

KAVUT, S. (2020). "Carl Gustav Jung: Kavramları, Kuramları ve Düşünce Yapısı Üzerine Bir İnceleme", **Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 6(2), 681-695.

KAYA, B. (2007). "Depresyon: Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış" **Klinik Psikiyatri**, 10(6): 11-20.

KAYA, M. ve N. Küçük (2017). "İbadetler ile Hayatın Anlamı ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". **Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi,** 42: 17-43.

KIERKEGAARD, S. A. (2010). **Ölümcül Hastalık Umutsuzluk**, çev. M. M. Yakupoğlu, Ankara: Doğu Batı Yayınları.

KILIÇOĞLU, M. (2021). "İrade: Din Psikolojisi Perspektifinden Bir İnceleme", **Kastamonu Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 5(1): 130-158.

KILINÇER, H. (2017). "Manevi Danışmanlık ve Rehberlik (MDR) Üzerine: Psikoloji, İlahiyat ve Tıp Alanında Maneviyat ve MDR Algısı", **Manevi Danışmanlık ve Rehberlik**, ed. A.Ayten. İstanbul: DEM Yayınları.

KIZILGEÇİT, M. (2021). **Yalnızlık Umutsuzluk ve Dindarlık,** İstanbul: Çamlıca Yayınları.

KİLİT, N. (2019). **Kader Algısı-Psikolojik İyi Oluş İlişkisi Üzerine Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi SBE.

KNIGHT, T., Tanya E. Davıson, Marıta P. Mccabe ve David Mellor (2011). "Environmental Mastery and Depression in Older Adults in Residential Care", **Ageing and Society**, 31(5):870-884

KOBAL, G. (2005). "Ortopedik Yetersizlikten Etkilenmiş Olan ve Sağlık Yetersizliği Olan Çocuklar" **Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitime Giriş**, ed., A. Ataman, Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.

KOCABAŞ, A. (2020). "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)", **Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları**, ed. O. Arseven, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

KOÇ, M. (2002). Gelişim psikolojisi açısından yaşlılık döneminde ruhsal gelişim. **Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,** 1(12), 287-304.

KOÇ, M. (2017). "Diyanet İşleri Başkanlığı'nın Hastanelerdeki Manevî Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetleri (1995-2015): Sınırlılıklar ve Bir Eğitim Programı Önerisi", **Manevi Danışmanlık ve Rehberlik**, 53(4), 321-371.

KOÇAK, A., ve H. Kayıklık (2019). "Duygular Bağlamında Din Duygusu Ve Dinî Duygular", **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 19(2): 685-713

KOENIG, H. G. (2002). "Religion, Congestive Heart Failure and Chronic Pulmonary Disease". **Journal of Religion and Health** 41 (3):263-278

KOENIG, H. G. (2009). "Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review", **The Canadian Journal of Psychiatry**, 54 (5): 283-291.

KOENIG, H. G. (2014). "Depression in Chronic Illness: Does Religion Help?", **Journal of Christian Nursing**, 31 (1): 40–46.

KOENIG, H. G. ve diğerleri (2015). "Religious vs. Conventional Cognitive-Behavioral Therapy for Major Depression in Persons with Chronic Medical Illness a Pilot Randomized Trial", **Journal of Nervous and Mental Disease** , 203 (4): 243-251.

KOENIG, H. G. ve diğerleri (2014). "Religious Involvement, Depressive Symptoms, and Positive Emotions in The Setting of Chronic Medical Illness and Major Depression". **Journal of Psychosomatic Research,** 77(2):135-43.

KORKMAZ, E. (2010). **Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık BE.

KORKMAZ, T. ve H. Tel. (2010). "KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi", **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 13(4), 79-86.

KRAUSE, M. W. ve S. V. Shah (2008). "Böbrek Hastalığı Olan Hastaya Yaklaşım", çev. M. Sipahioğlu, **Andreoli And Carpenter's Cecil Essentials Of Medicine,** çev. ed. S. Mıstık, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

KROK, D. (2015). "The Role of Meaning in Life Within the Relations of Religious Coping and Psychological Well-Being", **Journal of Religion and Health**, 54: 2292–2308.

KULAKSIZOĞLU, A., ve B. Dilmaç (2000). "İnsani Değerler Eğitimi Programı" **Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi**,12 (12) : 199-208.

KUMAR, J. ve S. R. Abul-Ezz (2008). "Kronik Böbrek Yetmezliği", çev. Aydın Ünal, **Andreoli And Carpenter's Cecil Essentials Of Medicine** çev. ed. Selçuk Mıstık, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 278-284.

KURT, E. (2015). **Meme Kanserli Hastalarda Ağrı ve Uzuv Kaybına (Mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Dindarlık ile İlişkisi,** Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi SBE.

KURT, E. (2021). **Kanser Hastalarında Manevi Danışmanlık Uygulamalarının Kaygı ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi,** Yayınlanmamış Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi SBE.

KUZGUN, Y. (2008). **Rehberlik ve Psikolojik Danışma**, Ankara: ÖSYM Yayınevi.

LANDIS, B. (1996). "Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adjustment to Chronic Illness",**Issues Ment Health Nurs**,17(3):217-231.

LEVEY A. S. ve J. Coresh (2012). "Chronic Kidney Disease", **The Lancet**, 379 (9811): 165-180.

MAGUIRE, R. ve P. Hanly, ve P. Maguire, (2021). "Living Well with Chronic Illness: How Social Support, Loneliness and Psychological Appraisals Relate to Well-Being in a Population-Based European Sample", **Journal of Health Psychology**, 26(10), 1494-1507.

MALKOÇ, A. (2011). **Öznel İyi Oluş Müdahale Programının Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeylerine Etkisi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi SBE.

MARGARET, L. M. (2008). "The Patient with Spiritual Distress", **Psychosocial Nursing for General Patient Care**, ed. L. M. Gorman ve D. F. Sultan, Philadelphia: F. A. Davis Company, 369-386.

MCCAULEY, J. ve diğerleri (2011). "A Randomized Controlled Trial to Assess Effectiveness of a Spiritually-Based Intervention to Help Chronically Ill Adults", **International Journal of Psychiatry in Medicine**, 41(1):91-105.

MEB (2013b). **Çocuk Gelişimi ve Eğitimi (Bedensel ve Süreğen Hastalıklar)**, Ankara: MEB Yayınları.

METE, H. E. (2008). "Kronik Hastalık ve Depresyon", **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 11 (Ek 3): 3-18.

METİNTAŞ, S. ve diğerleri (2002) "Kronik Hastalıklar", **Aile Sağlığı**, ed. F. Akyürek, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, 213-217.

MEYDAN, H. (2015). **Din Eğitiminde Manevi Boyut**, İstanbul: Dem Yayınları.

MILES, M.B. ve A.M. Huberman (1994). **Qualitative Data Analysis: an Expanded Sourcebook**, California: Sage.

MILLER, J. F. (1985). "Assessment of Loneliness and Spiritual Well-Being in Chronically Ill and Healthy Adults", **Journal of Professional Nursing**, 1 (2): 79–85.

MISH, F.C. (1990). **Webster's Ninth New Collegiate Dictionary**, Massachussetts: Publishers Springfield.

NARAYANASAMY, A. (2002). "Spiritual Coping Mechanisms in Chronically Ill Patients", **British Journal of Nursing**, 11, 1461–1470.

NAZİR, T. (2020). "Pozitif Psikoloji ve Umut", **Pozitif Psikoloji**, ed. S. Bulut, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 365-393.

NKF (2002). **Clinical Practice Guidelines For Chronic Kidney Disease: Evaluation,Classification and Stratification,** New York: National Kidney Foundation.

OK, Ü. (2008). "İnanç Bakım ve Danışmanlığı: Bir Model Geliştirme Denemesi", **1. Din Hizmetleri Sempozyumu,** ed. M. Bulut, Ankara: Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, s. 550-574.

OK, Ü. (2015). "İnanç, Bakım ve Danışmanlığı: Bir Model Geliştirme Denemesi", **Manevi Sosyal Hizmetler,** ed. A. Seyyar, İstanbul: Rağbet Yayınları, s. 103-140

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

OKUMUŞ, E. (2014). "Din ve Sosyalleşme", **Turkish Studies**, 9 (11): 429-454.

O'NEILL, D. P. ve E. K. Kenny (1998). "Spirituality and Chronic Illness", **Journal of Nursing Scholarship**, 30 (3):275-280.

OTUZOĞLU, M., ve M. S. Talas (2019). "Development of a Scale to Identify Spiritual Care Needs of Oncology Patients", **International Journal of Medical Research & Health Sciences**, 8(4), 39-53.

OVAYOLU, N., ve diğerleri (2007). "Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki", **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 8 (4): 293-296.

ÖZBAY, Y., ve A. G. D. AYDOĞAN (2013). "Aile Yılmazlığı: Bir Engele Rağmen Birlikte Güçlenen Aile", **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, 7(31), 129-146.

ÖZÇELİK, B. (2023). **Pozitif Psikoloji Bağlamında Üniversite Öğrencilerinde Mutluluk ve Dindarlık İlişkisi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi SBE.

ÖZDEMİR, Y. (2012). "Ergenlerin Öznel İyi Oluşlarının Özerk, İlişkisel ve Özerk-İlişkisel Benlik Kurguları Açısından İncelenmesi" **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi,** 4 (38): 188-198.

ÖZDEMİR, Y. ve F. Çok (2011). "Ergenlikte Özerklik Gelişimi", **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**, 4 (36): 152-164.

ÖZDOĞAN, Ö. (2009). "Hastalara Manevi-Psikolojik Yaklaşım", **IV. Din Şûrası Tebliğ ve Müzakereleri** 12-16 Ekim 2009 Ankara, cilt: II, 366-372.

ÖZER, M. ve Ö. Ö. Karabulut (2003). "Yaşlılarda Yaşam Doyumu", **Turkish Journal of Geriatrics,** 6 (2): 72-74.

ÖZSAN, M. ve F. Hasret (2017). "Görme Engelli Bireylerin Günlük Yaşamını Kolaylaştırmak Adına Bir Önerme: Braille Alfabeli Giysiler", **Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi**, 5 (Özel Sayı): 89-94.

ÖZSOY, Y. ve M. Özyürek ve S. Eripek (1996). **Özel Eğitime Giriş**, Ankara: Karatepe Yayınları.

ÖZTÜRK, A., Altuntaş, Y., Özsan, M., Gündüz, E. (2009). "Hemodiyaliz Tedavisi Alan Kronik Böbrek Yetmezliği Olgularının Hastalıkları ve Hemodiyaliz Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi", **Erciyes Tıp Dergisi**, 31(2):119-125

ÖZTÜRK, M. (2008). **Hastalıklı Çocukların Gelişimi ve Eğitimi Süreğen Hastalıklı Çocuklar,** Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.

PARAKURT, P. ve M. Kaşıkçı (2008). "İnmeli Bir Olgunun Yaşam Modeline Göre İncelenmesi", **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 11(1): 76-84.

PARSONS, W. B. (2013). "Psikoloji: Din Psikolojisi", çev. Mustafa Ulu, **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, 13 (1):253-273.

PATTON, M.Q. (2002). **Qualitative Research and Evaluation Methods**, Sage Publications, California.

PAVOT, W. ve E. Diener (1993). "Review of the Satisfaction With Life Scale", **Psychological Assessment,** 5 (2): 164-172.

PEARCE M. J. ve diğerleri (2015). "Religiously-Integrated Cognitive Behavioral Therapy: a New Method of Treatment for Major Depression in Patients with Chronic Medical Illness", **Psychotherapy,** 52 (1):56-66.

PEARCE, M. J. ve diğerleri (2016). "Effects of Religious vs. Conventional Cognitive Behavioral Therapy on Gratitude in Major Depression Chronic Medical Illness: a Randomized Clinical Trial", **Journal of Spirituality in Mental Health,** 18 (2): 124-144.

PEKER, H. (2003). **Din Psikolojisi**, İstanbul: Çamlıca Yayınları.

PETERSON, C. ve N. Park (2014). "Din Psikolojisi", çev. M. Ulu, **Bilimname Dergisi,** 26(1): 157-165.

RASKOVIC, J. (1982). "Group Society as a Psychotherapy Concept", **The Individual and the Group,** ed. Malcolm Pines, New York: Plenum Press, 55-78.

REFAHI, Z., B.Bahmani, A. Nayeri, ve R. Nayeri, (2015). the Relationship Between Attachment to God and Identity Styles with Psychological Well-Being in Married Teachers, **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 174, 1922-1927.

ROCHA, A. ve S. I. Ciosak (2014). "Chronic Disease in the Elderly: Spirituality and Coping", **The University of São Paulo Nursing School Journal**, 48 (2): 87-93.

ROGERS, C. R. (1961). **On Becoming a Person**, Boston: Houghton Mifflin Company.

ROMAN, J.ve K. L. Brigham (2008). "Obstrükfif Akciğer Hastalıkları", çev. E. Ünsay, **Andreoli And Carpenter's Cecil Essentials Of Medicine** çev. ed. S. Mıstık, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 214-223.

ROWE, M.ve R. Allen (2004). "Spirituality as a Means of Coping With Chronic Illness" **American Journal of Health Studies**, 19(1): 62-67.

RYFF, C. D. ve B. H. Singer (1998). "The Contours of Positive Human Health", **Psychological Inquiry**, 9(1): 1-28

RYFF, C. D. ve B. H. Singer (2008). "Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being", **Journal of Happiness Studies** 9: 13-39.

SAĞLAM-DEMİRKAN, F. (2020). **Diyaliz Hastalarında Bağlanma, Dini Başa Çıkma ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi SBE.

SARI, T. ve G. Çakır (2016). "Mutluluk Korkusu ile Öznel ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", **Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi**, 5(25), 222-229.

SARP, F. T. (2013). **İşitme Engelli Bireylerde Görsel Algı**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi SBE.

SAUD, M. vd. (2021). "Social Support Through Religion and Psychological Well-Being: COVID-19 and Coping Strategies in Indonesia", **Journal of Religion and Health**, 60: 3309–3325.

SAYIN, E. (2015). "Kulluk ve Özgürlük Açısından Tasavvuftaki Kadın Anlayışına bir Bakış", **Türk İslam Medeniyeti Akademik Araştırmalar Dergisi**, 10(20): 147-155.

SEDES, N. (2016). **Kemik İliği Nakil Programına Alınan Lösemi Hastalarında Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek Düzeyi, Psikiyatrik Komorbidite Sıklığı ve**

Bu Etmenlerin Nakil Başarısı ile İlişkisi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi.

SMITH, A. R. ve diğerleri (2012, May). "How Women with Advanced Cancer Pray: a Report from Two Focus Groups", **in Oncology Nursing Forum,** 39(3): 310-316.

SOEKEN K. L. ve V. Carson (1987). "Responding to the spiritual needs of the Chronically Ill", **The Nursing Clinics of North America**, 22(3): 603-611.

SOLMAZ, B., ve Ö. Duğan (2018). "Sağlık Çalışanı ile Hasta ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden" İletişim" Üzerine Bir İnceleme" **Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi SBE. Dergisi**, 18(2): 185-206.

SPEAR, H. J. ve P. Kulbok (2004). "Autonomy and Adolescence: A Concept Analysis", **Public Health Nursing**, 21 (2): 144-152.

ŞAHİN, A. (2002). "İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma", **SÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 13(13): 143-157

ŞAHİN, A. (2005). "Ergenlerde Dindarlık-Benlik Saygısı İlişkisi", **SÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 19: 187-197.

ŞAHİN, A. (2006). "Din Kaynaklı Stres Üzerine Bir Araştırma", **SÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 21: 147-180.

ŞAHİN, A. (2007a). "Din Psikolojisinde Bilişsel Yaklaşım: McIntosh'un 'Bilişsel Bir Şema Olarak Din' Teorisi Örneği", **SÜ İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 23: 35–50.

ŞAHİN, A. (2007b). "Ergenlerde Dindarlık, Algılanan Anne-Baba Dindarlığı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Arasındaki İlişki", **Marife Dergisi**, 7(1): 221-247.

ŞAHİN, A. (2008). "Ergenlerde Dindarlık ve Empati", **Marife Dergisi**, 8(1): 149-166.

ŞAHİN, M., M. Baş, M ve A. Çelik, (2019). "Öznel İyi Oluş ve Spor", **Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi**, 17(1): 23-31.

ŞAHİN, M. vd. (2012). "Öznel İyi Oluşu Açıklamada Umut ve Yaşamda Anlamın", **Kastamonu Eğitim Dergisi**, 20(3): 827-836.

ŞAHİN, T. (2009). **Sosyal Dışlanma ve Yoksulluk İlişkisi**, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü.

TAN, H. (2000). **Psikolojik Danışma ve Rehberlik**, Ankara: MEB Yayınları.

TANRIVERDİ, M. H. ve T. Çelepkolu, ve H. Aslanhan (2013). "Diyabet ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri", **Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi**, 4(4): 562-567.

TAŞPINAR, İ. (2017). "Yahudilik ve Hıristiyanlık'ta Tıp". **SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, (41): 36–41.

TEL, H., ve H. Tel. (2012). "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Sosyokültürel Yansıması: Stigma" **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,** 28(3): 137-142.

TOKUR, B. (2006). **Kişisel Gelişim (NLP) – Din ilişkisi Üzerine Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi SBE.

TOKUR, B. (2013). "Gaye-Anlam Bağlamında Kendini Gerçekleştirmek", **Atatürk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, (40):149-162.

TOKUR, B. (2017). **Stres ve Din**, İstanbul: Çamlıca Yayınları.

TOPALOĞLU, B. (2012). "Tövbe", **TDV İslâm Ansiklopedisi**, Ankara: TDV Yayınları, 41: 279-283.

TSHGM (2012). **Kronik Solunum Yolu Hastalıkları Modülleri**, Ankara: Anıl Yayıncılık.

TURAN, F. ve G. G. Akoğlu (2015). "Görme Engelli Çocuklar ve Eğitimleri", **Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitim**, ed. Necate Baykoç, Ankara: Eğiten Kitap Yayıncılık.

TURAN, Y. (2018). "Yalnızlıkla Başa Çıkma: Yalnızlık, Dini Başa Çıkma, Dindarlık, Hayat Memnuniyeti ve Sosyal Medya Kullanımı". **Cumhuriyet İlahiyat Dergisi**, 22(1): 395-434.

TURKAN, S. (2013). "Sağlık Çalışanlarına Şiddet Üzerine Analiz". **ANDROLOJİ**, (55): 254-255.

TÜRKMEN, E. (2012). "Kronik Hastalıklar ve Önemi", **Kronik Hastalıklar ve Bakım**, ed. Z. Durna, İstanbul: Nobel Matbaacılık.

TÜRKMEN, M. (2011). **Öznel İyi Oluşun Yapısı ve Anababa Tutumları, Özsaygı ve Sosyal Destekle İlişkisi: Bir Model Sınaması**. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi SBE.

TÜRKMEN, M. (2012). "Öznel İyi Oluşun Yapısı ve Ana-baba Tutumları, Özsaygı Ve Sosyal Destekle İlişkisi: Bir Model Sınaması" **Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 5 (1): 41-73

ULU, M. (2018). "İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Psikolojik İyi Oluşları ile Değer Yönelimleri Arasındaki İlişki", **Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 20 (37): 183-215.

UNANTENNE, N. ve diğerleri (2013). "The Strength to Cope: Spirituality and Faith in Chronic Disease", **Journal of Religion and Health**, 5 (4): 1147–1161.

UYSAL, V. ve diğerleri (2017). Dinî Başa Çıkma ile Umut, Hayat Memnuniyeti ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki Etkileşim Üzerine Bir Araştırma. **Marmara Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi**, 52(52): 139-160.

ÜZEN-CURA, Ş., ve E. Ateş, (2020). "Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkları Zorluklar", **Journal of Academic Research in Nursing**, 6(3): 483-490.

VARLI, A. (2005). **Kur'an'da Dünya Ahiret Dengesi.** Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi SBE.

VURAL, U. K., C. A. Vural ve S. Gökalp (2016). "Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar ve Diş Çürüğü", **Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi,** 15: 80-86

WHITTINGTON, B. L., ve Scher, S. J. (2010). "Prayer and Subjective Well-Being: an Examination of Six Different Types of Prayer", **International Journal for the Psychology of Religion**, 20(1): 59-68.

WULFF, D. M. (1991). **Psychology of Religion**, New York: John Wiley & Sons

YAKUT, S. (2021). **Yabancılaşma, Yalnızlık ve Dindarlık**, Ankara: İksad Yayınevi.

YAPICI, A. ve A. Koçak (2017). "Türkiye'de Ruh Sağlığı, Maneviyat ve Dindarlık: Meta-Analitik Bir Değerlendirme". **Din, Değerler ve Sağlık**, ed. H. Hökelekli, İstanbul: DEM Yayınları, 65-115.

YAPICI, A. (2007). **Ruh Sağlığı ve Din (Psiko-sosyal Uyum ve Dindarlık),** Adana: Karahan Yayınevi.

YAPICI, A. (2011). "Kuramdan Yönteme "Ruh Sağlığı-Din" Çalışmalarında Karşılaşılan Güçlükler", **Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, 11 (2): 25-61.

YAVUZ, H. (2020). Kronik **Böbrek Yetmezliği Hastalarında ve Böbrek Nakli Olan Hastalarda Biyokimyasal Değişkenlerin Seyrinin Retrospektif Olarak İncelenmesi,** Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık BE.

YEŞİLÇAYIR, C. (2014). "Thomas Hobbes'un Geleneksel Siyaset Felsefesine Karşı Çıkışı", **Mavi Atlas**, 2: 62-72

YEŞİLYURT, T., ve M. Taşdelen (2012). "Ahiret İnancının Pratik Yansımaları", **Kelam Araştırmaları Dergisi**, 10 (2), 55-68.

YILDIRIM, A. ve H. Şimşek (2008). **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

YILDIRIM, M. (2021). "Örneklem ve örnekleme yöntemleri", **Eğitimde Araştırma Yöntemleri,** ed. S. Şen ve İ. Yıldırım, Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık, 61-93.

YILDIRIM, N. K. ve N. Kaçmaz ve M. Özkan (2013). "İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri", **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi**, 4 (3):153-158.

YÖRÜKAN, A. (1994). "Çevirmen Önsözü" , **Erdem ve Mutluluk** (E. Fromm), İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları**.**

ZINNBAUER, B.J. ve K. I. Pargament (2013). "Dindarlık ve Maneviyat", çev. S. Düzgüner, **Din ve Maneviyat Psikolojisi,** der. Raymond F. Poutzian ve Crystal L. Park, çev. ed. İ. Çapçıoğlu ve A.Ayten, Ankara: Phoenix Yayınevi, 61-102.

İnternet Siteleri

DİB (2021) http://www.netdata.com/netsite/6d0c4cba/yas-gruplarina-gore-hacca-umreye-gidenlerin-sayisi Erişim Tarihi: 15.07.2021

DİYALİZ HASTALIĞI (2020). Erişim Adresi: https://kursunludh.saglik.gov.tr/yazdir?5603C480728993E0A10EBA8834C2ADFE Erişim Tarihi: 10.01.2020

DSÖ (2009). Vision Impairment and Blindness, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/ Erişim Tarihi: 25.07.2021

DSÖ (2021). https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates. Erişim Tarihi: 20.10.2021

HSGM (2021) https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/evreleme.html Erişim Tarihi: 20.08.2021

KOCA, C. (2010). "Engelsiz Şehir Planlaması Bilgilendirme Raporu", **Dünya Engelliler Vakfı**: İstanbul. http://engellileriz.blogspot.com.tr/2013/01/engelsiz-sehir-planlamasi-bilgilendirme.html Erişim Tarihi: 02.09.2020

TDK (2018a). Özür Maddesi http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a268dd2247df7.87998695 Erişim Tarihi: 10.07.2018

TDK (2018b). Engel Maddesi http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a268ded7f9791.12479028 Erişim Tarihi: 10.07.2018

TDK (2018c). Hastalık Maddesi http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a2452247df7.65495676 Erişim Tarihi: 10.07.2018

TDK (2018d). Maneviyat Maddesi http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a2452247df7.73598695 Erişim Tarihi: 11.07.2018

TPD (2021). Manevi Danışmanlık Meslek Standardı Taslağı Hakkında Açıklama - Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Erişim Tarihi: 07.02.2021

TÜRKİYE KANSER DERNEĞİ (2017). Kanser Türleri, http://www.turkkanserdernegi.org/kanserturleri.php Erişim Tarihi: 20.09.2017