

T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI

HASTA YAKINI OLMANIN  
GETİRDİĞİ GÜÇLÜKLER VE DİNİ BAŞA ÇIKMA  
(PALYATİF BAKIM SERVİSİ ONKOLOJİ HASTA  
YAKINLARI)

Yüksek Lisans Tezi

EMİNE AKBULUT ŞAHİN

İZMİR - 2019

**T.C.**  
**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI**  
**DİN PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI**

**HASTA YAKINI OLMANIN GETİRDİĞİ**  
**GÜÇLÜKLER VE DİNİ BAŞA ÇIKMA (PALYATİF**  
**BAKIM SERVİSİ ONKOLOJİ HASTA YAKINLARI)**

**Yüksek Lisans Tezi**

**EMİNE AKBULUT ŞAHİN**

**DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ MERVE ALTINLI MACİC**

**İZMİR -2019**

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Hasta Yakını Olmanın Getirdiği Güçlükler Ve Dini Başa Çıkma (Palyatif Bakım Servisi Onkoloji Hasta Yakınları)**” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

Emine AKBULUT ŞAHİN

İmza



TS EN ISO  
9001:2015

T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü

TEZ SINAVI TUTANAK FORMU

Dok. No: FR/604/21

İlk Yayın Tar.: 03.10.2017

Rev. No/Tar.: 00/..

Sayfa 1 / 1

GÖNDEREN : Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Başkanlığı  
GÖNDERİLEN : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emine AKBULUT ŞAHİN ile ilgili Tez Sınav Tutanağı aşağıdadır.

Tarih:  
Sayı :

Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Başkanı

*Prof. Dr. Nihan AKBAŞ*  
*İmza*

SINAV TUTANAĞI

Tez Sınav Jürimiz tarafından incelenen “*Hasta Yakını Olmanın Getirdiği Güçlükler ve Dini Başa Çıkma (Palyatif Bakım Servisi Onkoloji Hasta Yakınları)*” başlıklı tezli yüksek lisans tezi ile ilgili olarak jürimiz 27.12.2019 tarihinde toplanmış ve adı geçen öğrenciyi Tez Sınavına tabi tutmuştur. Sınav sonucunda adayın tezi hakkında GYBİRLİĞİ/ÇOKLUĞU ile aşağıdaki karar verilmiştir.

KABUL

Kabul Edilen Tezli Yüksek Lisans tezi:

- i) Bilime yenilik getirmiştir  
ii) Yeni bir bilimsel yöntem geliştirmiştir  
iii) Bilinen bir yöntemi yeni bir alana uygulamıştır  
iv) Uygulama yapmıştır (sadece Yüksek Lisans'ta geçerlidir)

RED

DÜZELTME \*

Tez Sınav Jürisi	Unvanı ve Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Merve ALTINLI MACIC	<i>[Signature]</i>
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GEDİK	<i>[Signature]</i>
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Cihat KISA	<i>[Signature]</i>
Üye		
Üye		

Eki : Tez Değerlendirme Formu (Her bir jüri için).

\* Tez sınavında düzeltme kararı verilmesi halinde jüri tarafından öngörülen düzeltmelere ilişkin bir jüri raporu eklenmelidir. Düzeltmeler için Ek süre her defasında en fazla yüksek lisans öğrencileri için 3 ay, doktora öğrencileri için 6 aydır.

# ÖZET

## Yüksek Lisans Tezi

### Hasta Yakını Olmanın Getirdiği Güçlükler Ve Dini Başa Çıkma (Palyatif Bakım Servisi Onkoloji Hasta Yakınları)

Emine AKBULUT ŞAHİN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı

Bu araştırmada kanser hastası yakınlarının hastalık sürecinde dini başa çıkma stratejilerinden yararlanma düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada nitel çalışma deseninden yararlanılmıştır. Araştırmaya 2017-2018 yılında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde yatmakta olan kanser hastası yakınları (n=20) dâhil edilmiştir. Hasta yakınlarının yaşadığı güçlükler ve dini başa çıkmada başvurulan dini referansların rolünü öğrenmek, hangi başa çıkma davranışlarına başvurulduğunu tespit etmek için araştırmacı tarafından hazırlanan mülakat formu kullanılmıştır.

Araştırmanın sonunda hasta yakınlarının tedavi sürecinde birçok sorunla karşılaştıkları belirlenmiş, karşılaşılan sorunların başında aile bireylerinin genel olarak duygusallaşması, refakatçilerin tedavi sürecinde işlerini bırakmaları nedeniyle maddi zorluk yaşamaları, hasta yakınlarından bazılarının aileden uzaklaşması, hasta yakınlarının zamanlarının büyük bir bölümünü hastanın yanında geçirmek zorunda kalmaları gibi bir takım zorlukların geldiği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %80'inde dini başa çıkma stratejilerinden yararlanmanın olumlu katkıları olduğu belirlenmiştir. Hastaların en fazla kullandıkları dini başa çıkma stratejilerinin başında dua ve sabır etmenin geldiği tespit edilmiş, söz konusu dini başa çıkma stratejilerini kader, şükür ve imtihana teslim olmanın takip ettiği tespit edilmiştir. Hasta yakınları tarafından en az kullanılan dini başa çıkma stratejisinin ise tevekkül olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, hasta yakınlarının birçok sorun yaşadığı tedavi sürecinde dini başa çıkma stratejilerini yaygın olarak kullandıkları ve dini

bařa çıkma stratejilerinden faydalanmanın yararlı olduğunu dűřündükleri tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgular ışığında kanser hastası yakınlarında tedavi sűrecinde dini bařa çıkma stratejilerinden yararlanmanın hasta yakınları açısından olumlu sonuçlar ortaya çıkaracağı sűylenebilir.

**Anahtar kelimeler: Hasta Yakınları, Tedavi Sűreci, Dini Bařa ıkma Stratejileri.**

## **ABSTRACT**

**Master's Thesis**

**Hasta Yakını Olmanın Getirdiği Güçlükler Ve Dini Başa Çıkma (Palyatif Bakım**

**Servisi Onkoloji Hasta Yakınları)**

**Emine AKBULUT ŞAHİN**

**İzmir Katip Çelebi Universty**

**Graduate School of Social Sciences**

**Department of Philosophy and Religious Sciences**

The present study aimed to investigate the level of benefiting from religious coping strategies by the relatives of cancer patients. Qualitative study design was performed in the study. In the year of 2017-2018, the relatives of cancer patients (n = 20) who were hospitalized in İzmir Tepecik Training and Research Hospital Palliative Care Service were included in the study. The interview form which was prepared by the researcher was used to find out the difficulties experienced by the relatives of the patients, the role of religious references in religious coping and which coping strategies were used by them.

As a result of the study, it was determined that the relatives of the patients faced many problems during the treatment period. The main problems were the emotional feeling of the family members, the economical difficulty of the participants due to leaving their jobs in the treatment process, being distant from their families, having to spend a large part of their time with the patient. It was determined that 80% of the participants stated that using religious coping strategies made a very positive contribution to their lives. It was found that the most common religious coping strategies of the patients were prayer and patience followed by fate, gratitude and examination. It was concluded that the least common religious coping strategy used by the relatives of the patients was submission to God. According to the findings of the study, in the process of experiencing many problems during treatment. It was determined that the relatives of the patients used religious coping strategies widely and thought that it was advantageous to benefit from religious coping strategies. In the light of these

findings, it is possible to argue that benefiting from religious coping strategies in the treatment process might produce positive results for relatives of patients.

**Key words:** Patient Relatives, Treatment Process, Religious Coping Strategies.



## İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ .....	ii
TEZ SINAV TUTANAK FORMU .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
KISALTMALAR .....	xiii
TABLolar LİSTESİ.....	xiv
EKLER LİSTESİ .....	xv
ÖNSÖZ.....	xv
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

<b>1. HASTALIK.....</b>	<b>8</b>
1.1. Hastalığın Tanımı .....	9
1.2. Hasta/Hastalık Psikolojisi .....	10
1.3. Kanser Hastalarının Psikolojisi .....	11
1.4. Kanser Hastalığı Tanısının Ardından Bireylerde Görülen Değişiklikler .....	14
<b>2. PALYATİF BAKIM SERVİSİ.....</b>	<b>16</b>
2.1. Palyatif Bakım Tanımı, Amacı ve İşlevi .....	17
2.2. Palyatif Bakım Servisi Temel Özellikleri .....	19
2.3. Palyatif Bakım Servisinde Hastaların Etkileşim Halinde Olduğu Bireyler.....	20

2.4. Manevi Bakım .....	22
2.5. Türkiye'de Manevi Bakım Hizmeti .....	24
<b>3. HASTA YAKINLIĞI VE REFAKAT .....</b>	<b>26</b>
3.1. Bakım Hizmetine Eşlik Eden Hasta Yakınının Fonksiyonları.....	28
3.2. Hasta Yakınının Eşlik Ettiği Evreler Ve Yaşadığı Zorluklar .....	29
3.3. Bakım Hizmetine Eşlik Eden Hasta Yakınının İhtiyaçları.....	31
<b>4. DİN VE SAĞLIK İLİŞKİSİ .....</b>	<b>33</b>
4.1. Din ve Beden Sağlığı İlişkisi.....	35
4.2. Din ve Ruh Sağlığı İlişkisi .....	37
<b>5. BAŞA ÇIKMA .....</b>	<b>39</b>
<b>6. DİNİ BAŞA ÇIKMA .....</b>	<b>41</b>
6.1. Dini Başa Çıkma Tanımı.....	42
6.2. Dini Başa Çıkma Türleri ve İşlevleri .....	43
6.3. Bireysel Dini Başa Çıkma Örnekleri.....	46
6.3.1. İman.....	47
6.3.2. Hayır-Şer Eksenli Düşünme.....	50
6.3.3. Sabır .....	52
6.3.4. Şükür Ve Öz-Yeterlilik .....	55
6.3.5. Tevekkül, Olumlu Aktarma.....	57
6.3.6. Affetme.....	59
6.3.7. Dua .....	61
6.3.8. İbadetler.....	64
6.4. Dini Başa Çıkma İle İlgili Yürütülmüş Çalışmalar .....	46

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	69
2. VERİ TOPLAMA ARACI.....	70
3. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	71
4. KATILIMCILARIN SEÇİMİ .....	71
5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	76
6. VERİLERİN İŞLENMESİ VE ANALİZİ.....	77
7. ETİK DEĞERLENDİRMELER.....	78

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

<b>1. HASTA YAKINI OLMANIN GETİRDİĞİ GÜÇLÜKLERE YÖNELİK BULGULAR.....</b>	<b>80</b>
1.1.Katılımcıların Refakat Ettikleri Hastaların Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Zorluklar Ve Bu Zorlukların Hasta Yakınlarına Yansımaları.....	80
1.2. Katılımcıların Refakat Sürecinde Karşılaştıkları Zorluklar .....	84
1.2.1. Fiziki Koşullar ve Ortam Paylaşımı .....	88
1.2.2. İş ve Aile Yaşamı .....	91
1.2.3. Ulaşım ve Barınma.....	93
<b>2. KATILIMCILARIN DİNİ BAŞA ÇIKMA SÜRECİNE YÖNELİK BULGULAR.....</b>	<b>96</b>
2.1. Katılımcıların Dini Başa Çıkma Sürecinde Duygu ve Düşünce Odaklı İnanç Unsurlarına Yönelik Bulgular.....	96
2.2. Katılımcıların Dini Başa Çıkma Sürecinde Başvurdukları İnanç Unsurlarına Yönelik Bulgular.....	98
2.2.1. Hayır-Şer Eksenli Düşünme.....	99

2.2.2. Kader .....	101
2.2.3. Sabır .....	103
2.2.4. Şükür .....	108
2.2.5. Dua .....	110
2.2.6. İmtihan .....	114
2.2.7. Tevekkül.....	116
2.3. Katılımcıların Dini Başa Çıkma Sürecinde Başvurdukları Dini RitüellereYönelik Bulgular.....	119
2.4. Katılımcıların Dini Başa Çıkma Sürecinde Refakat Ettikleri Hastalar İle Geliştirdikleri Dini Etkileşimlere Yönelik Bulgular .....	121
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>125</b>
<b>BİBLİYOGRAFYA .....</b>	<b>131</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>143</b>

## TABLÖLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Katılımcıların Özellikleri	72
<b>Tablo 2:</b> Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Yaş Durumu	73
<b>Tablo 3:</b> Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Cinsiyet Durumu	74
<b>Tablo 4:</b> Araştırmaya Katılanlar Hasta Yakınlarının Eğitim Durumu	74
<b>Tablo 5:</b> Araştırmaya Katılanların Hasta Yakınlarının Yerleşim Durumu	75
<b>Tablo 6:</b> Araştırmaya Katılanların Hasta Yakınlık Derecesi	75
<b>Tablo 7:</b> Araştırmaya Katılan Hasta yakınlarının İş Durumu	76

## KISALTMALAR

**Akt:** Aktaran

**AAPC:** Amerikan Pastoral Danışmanlar Derneği

**Ark:** Arkadaşları

**A.Ü:** Ankara Üniversitesi

**A.Ü.İ.F.D:** Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi

**Bknz:** bakınız

**C:** Cilt

**C.Ü:** Cumhuriyet Üniversitesi

**Çev:** Çeviren

**D.İ.B:** Diyanet İşleri Başkanlığı

**Diğ:** Diğerleri

**Edt:** Editör

**F.D.B.A.D:** Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı

**İ.K.Ç.Ü:** İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

**HAÖ:** Hastalık Algısı Ölçeği

**OMÜ:** On Dokuz Mayıs Üniversitesi

**Örn:** Örnek

**s:** Sayfa

**ss:** Sayfalar

**S:** Sayı

**S.B.E:** Sosyal Bilimler Enstitüsü

**T.C:** Türkiye Cumhuriyeti

**Üniv:** Üniversite

**Vb:** Ve benzerleri

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

**Yay:** Yayıncılık

**YL:** Yüksek Lisans

**Yy:** Yüzyıl

## **EKLER LİSTESİ**

<b>Ek 1:</b> Bireysel İzin Formu	143
<b>Ek 2:</b> Kişisel Bilgi Formu	144
<b>Ek 3:</b> Mülakat Formu	145
<b>Ek 4:</b> İzin Talebi	146
<b>Ek 5:</b> Etik Kurulu Karar Formu	147
<b>Ek 6:</b> Hastane Araştırma Ön İzin Belgesi	148



## ÖNSÖZ

Tez çalışmamın tamamlanma sürecinde değerli tecrübelerini bizlerle paylaşan; planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim, özellikle uyarı, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle bilimsel temeller ışığında akademik usule uygun bir şekilde çalışmamızın tamamlanmasını sağlayan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Merve Altınlı Macıç'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans ders dönemi boyunca yardım bilgi ve tecrübeleri ışığında destek olan Prof. Dr. Muhsin Akbaş ve Prof. Dr. Mehmet Bahçekapılı hocalarımıza ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma sürecinde bana her türlü desteği sağlayan Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi sorumlu hekimleri sayın Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk ve Dr. Adnan Güçlü'ye, AR-GE birimi sorumlusu sayın Hakan Saka, hemşire, çalışma arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Ayrıca eğitim ve öğretim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini esirgemeyip beni motive eden Annem'e, Babam'a, eşim Osman Şahin, oğlum Eşref Milhan ve Hüseyin Ensar'a, kızım Ayşe Zeyneb'e sabırla eşlik ettikleri için minnet ve şükranlarımı sunarım.

Emine AKBULUT ŞAHİN

## GİRİŞ

Kanser hastalığı denildiğinde birinci öznesi, tanısı konulan hasta birey olan, mücadelesi için zorlu bir sürecin beklediği, çoğu zaman ölümlü sonuçlanan ağır bir rahatsızlık akla gelmektedir. Her ne kadar hastanın kendisi hastalık ve tedavi sürecinde öncelikli özne olarak kabul edilse de, edilgen anlamda en az onun kadar, hastaya ve hastanın yaşamının içerisindeki zorlu süreçlere tanıklık eden, hem kendi psikolojisini hem de hastanın psikolojisini ve moral kaynaklarını gözetip bunun sorumluluğunu üstlenen bir şahıs olarak karşımıza, hasta yakını ve refakatçisi olan birey çıkmaktadır.

Yaşadığımız dünyada her geçen gün yeni hastalıklar ortaya çıkmakta, hastalıklara karşı mücadelede gerek tıbbi gerek alternatif bakımdan farklı yöntemler benimsenmektedir. Kanser hastalığında hastanın psiko-sosyal yönden desteklenmesi, hastalığın seyri ve tedaviye yanıtı etkileme durumu açısından önemini korumaktadır. Tüm bunlarla mücadelede hastanın iyileşmesi ve iyi olma halinin sadece tıbbi tedavi ile gerçekleşeceği düşüncesi, hasta ve hasta yakınlarının psiko-sosyal yönden desteklenmeyişi gibi durumlar yaşanan sorunları halen canlı tutmaktadır (Ülger ve ark., 2014: 85-92). Duygusal, ruhsal yönden iyi olma hali ve yapılabilecekler karşısında hasta, hasta yakınlarının tedavi süresince karmaşık ve bilinçsiz bir davranış sergilemesi tedavide sosyal ve manevi yönden destek hususunda yeterince bilgi sahibi olunamadığı gerçeğini açığa çıkarmaktadır (Gümüş, 2007: 8). Genel anlamda iyi olma hali gözle görülür yöntem ve yaklaşımlarla tespit edilebilirken, dini yaşamda mistik değerlerin içsel deneyimlere etkisi, metafizik âleme dair inanç ve düşüncelerin etkisi ile ilgili araştırmalara rastlanmaktadır (Uysal, Göktepe, Karagöz ve İlerisoy, 2017; Batan ve Ayten, 2015). Dini tabiatlı eylemlerde yaratıcı bir unsur olduğunu belirten Malinowski, yerli topluluklar üzerinde yaptığı araştırmalar sonucunda “dini ayin, tören ve ibadet gibi ritüelleri bireyin yaşamında oluşsal bir yapıda kalmayıp, iç dünyasında da zihinsel bir dönüşüm meydana getirmekte din ve dini eylemler insanlarda karışık güdülerini manevileştirip, birleştirerek bireye ruhsal bütünlük sağlamaktadır” demiştir (Malinowski, 1990: 56).

Bu sebeple dini ritüeller, ayinler, pratikler ve dini başa çıkmada olumlu katkı

sağlayan terimler (sabır, tevekkül, teslimiyet, şükür vb.), sorunları yaşamsal ve dini açıdan anlamlandırmada, zorlu süreçlerle baş etmede, dini psiko-sosyal desteği sağlamada ve bireyin iç motivasyonunu etkilemede önemli bir yer tutmaktadır (Batan ve Ayten, 2015).

Tüm bunlar tıbbi tedavi sürecinde bütüncül yaklaşım ile ele alındığında, dini başa çıkma sürecinde hasta ve yakınında bu dönemde düşünce saplantıları (inkâr, kabullenememe, yalnızlık, çaresizlik), korku ve kaygılarını kontrol etmede bir disiplin sağlamaktadır. Bunun yanı sıra olumsuz dini düşünce tarzının, olumlu dini düşünce tarzına yerini bırakmasında etkili olmaktadır (Özçelik, Fadiloğlu ve diğ. 2014). Dolayısıyla dini başa çıkma yaşam olaylarının içerisinde yer alan hastalık dönemlerinde krizlerin, çatışmaların önlenmesinde önemli bir fonksiyon üstlenmektedir (Eryücel, 2013). Teşhis ve tedavi aşamasında devam eden tıbbi bakım süreçleri ve sonrasında hastanın geliştirdiği davranışlar ve bu davranışları sorgulamada, olumlu veya olumsuz değişikliklere uyum göstermede, sağlığına yeniden kavuşma ümidini canlı tutmada manevi gereksinimlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir (Çınar ve Aslan, 2017: 37-42).

Dini başa çıkma ile ilgili yapılmış çalışmalarda araştırma verilerinin sonuçları dini başa çıkma stratejilerinden yararlanmanın birey üzerinde olumlu etkilerinin bulunduğu görüşünü doğrular niteliktedir (Kavas, 2012: 143; Ayten ve diğ., 2012: 45). Bu çerçevede bireylerin yaşam süreçlerinde ve geçirdikleri hastalıklarda dini başa çıkma yöntemlerine başvurulmasına ilişkin çalışmalara hem Türkiye’de hem de yurtdışında geniş kapsamda önem verildiği ve bu tür araştırmalara devam edildiği görülmektedir (Eryücel, 2013: 251; Ayten ve Sağır, 2014: 5). Yürütülen bu çalışmada da hastaya tedavi sürecinde eşlik etmede, olumlu baş etme becerilerini kazanmada, hastanın birincil muhataplarının davranışları, sürecin maddi, manevi ve psikolojik boyutunu üstlenen, refakat eden hasta yakınlarının, dini başa çıkma becerilerini nasıl kazandıkları ve hastanın tedavi sürecinde üstlendikleri etkin rol araştırmanın ana konusunu teşkil etmektedir.

Tezin birinci bölümü olan kavramsal ve kuramsal çerçevede tez içerisinde geçen temel kavramlar açıklanarak, okuyucunun aydınlatılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda ana başlıklar olan hastalık, palyatif bakım servisi, hasta yakınlığı ve refakat, din ve sağlık ilişkisi ve başa çıkma ile dini başa çıkma ele alınmıştır. Bu ana

başlıklar ayrıntılandırılarak geniş bir görüngeden konunun kavranması için zemin hazırlanmaya çalışılmıştır. Hastalığın tanımı verilirken hastalık psikolojisi ve özelde kanser hastalarının psikolojisi ve ardından da kanser hastalığı tanısının konulması sonrasında hastalarda görülen değişiklikler anlatılmaktadır. Palyatif bakım servisinin incelendiği kısımda palyatif bakımın tanımı, amacı ve işlevinin yanı sıra palyatif bakım servisinin temel özelliklerine ve bu serviste bulunan hastaların etkileşim içerisinde oldukları kimselere değinilmektedir. Konuyla ilişkisi bakımından manevi bakım ve Türkiye’de manevi bakım hizmeti ile ilgili bilgilere yer verilmektedir. Hasta yakını ve refakatçisi olma boyutunda ise bakım hizmetinde hasta yakınının fonksiyonları, bakım hizmetine eşlik ettiği evreler ve yaşadığı zorluklara değinilmiştir. Bu zorluklar neticesinde hasta yakını ve refakatçinin gelişen ihtiyaçlarının neler olduğu konularına yer verilmiştir. Din ve sağlık ilişkisi başlığı altında hasta ve yakınlarının din ile bağlantılı olarak sağlık sorunlarında yaşadıkları motivasyona yer verilmiş, dinin, beden ve ruh sağlığı ile ilişkisi bağlamında literatür bilgisi ve yapılmış araştırmalardan bahsedilmiştir. Mevcut sıkıntı ve zorluklarda stres oluşturan durumlarda “başa çıkma” konusu temel olarak anlatılmış, başa çıkma türlerinden “dini başa çıkma” tanımı ve kapsamına yer verilmiştir. Başa çıkmanın türleri ve işlevlerine değinilerek konunun anlaşılması sağlanmaya çalışılmıştır. Dini başa çıkmada bireysel örneklendirmelerin açıklamalarına yer verilmiştir. Tezin ikinci bölümü olan yöntem bölümünde ise çalışmanın gerçekleştirilme sürecinde geçmiş olduğu aşamalar ayrıntılı bir şekilde açıklanmaktadır. Araştırmanın yöntemi kısmında çalışmada kullanılmış olan araştırma tekniğinden, veri toplama başlığı altında görüşme türlerinden olan mülakatın benimsenme gerekçeleri ile beraber mülakat görüşmesi için mevcut ortam, zaman ve uygunluk şartlarından, mülakat sorularının oluşturulması ve uygulanma sürecinden bahsedilmiştir. Evren ve örneklem kısmında ise çalışmamızın gerçekleştirildiği hastanede verilen sağlık hizmetlerinin çeşitli olması sebebiyle araştırmamızın ilgili olduğu bölüm ve servis anlatılmıştır. Ayrıca araştırmanın evrenini oluşturan katılımcı hasta yakınlarının hangi bölümü içerdiği ve örneklemini oluşturan kanser hastası yakınları ile terminal dönem hasta yakınlarından oluştuğu anlatılmaktadır. Verilerin işlenmesi ve analiz kısmında ise mevcut görüşmeler neticesinde elde edilen bilgilerin ilgili konu başlığı altında toplayarak değerlendirilmesi yapılmış olup, kişisel bilgi formu ve katılımcı

hasta yakınlarının değişken (yaş, cinsiyet, eğitim, yerleşim durumu, hasta yakınlık derecesi vb.) durumları sayısal veri olarak yüzdelenmiştir. Tezin üçüncü bölümü olan bulgular ve değerlendirme kısmında da hasta yakını olmanın getirdiği güçlüklerle yönelik bulgular ile ilgili görüşme içerikleri aktarılmış, refakat ettikleri hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları sıkıntılar neticesinde katılımcıların yaşadıkları zorluklar ele alınmış, ayrıca katılımcı hasta yakınlarının ailelerinin de refakat sürecinde yaşadığı zorluklar değerlendirilmiştir. Sırasıyla hastane ortamında fiziki koşullar ve ortam paylaşımı, iş ve aile yaşamında karşılaşılan zorluklara yönelik görüşme içerikleri yazıya aktarılmış, elde edilen verilerin analizleri yapılmış, değerlendirmeler ve yorumlamalar gerçekleştirilmiştir. Dini başa çıkma sürecine ait bulgular ise iki ayrı başlık altında ele alınmış, birinci başlıkta duygu ve düşünce odaklı inanç unsurlarına ait bulgular ve dini başa çıkmada başvuru dini referanslar ile ilgili ayrıntılı görüşme içeriklerine yer verilmiştir. Ayrıca başa çıkmada başvuru dini pratik ve ritüeller ile ilgili bilgiler ve katılımcı hasta yakınlarının refakat ettikleri hastaları ile etkileşimlerinde ortaya çıkan dini başa çıkma unsurlarına dair görüşme içeriğine de yer verilmiştir. Çalışmanın sonuç bölümünde bulgulara dair genel değerlendirme ve yorumlamalar yapılmıştır ve çalışma daha sonraki çalışmalara teoriye ve pratiğe yönelik önerilerle sonlandırılmıştır.

## **1. ARAŞTIRMANIN KONUSU, PROBLEMİ VE AMACI**

Bu araştırmanın konusunu dini başa çıkma oluşturmaktadır. Bu bağlamda problemini ise, bireylerin yaşam koşullarını olumsuz yönde etkileyen, ölümle sonuçlanabilen kanser hastalığı teşhisi konulan hasta yakınlarının veya hastalara refakat eden kişilerin yaşadığı güçlükler ve bu güçlüklerle başa çıkmada yöntem olarak hangi dini terim ve referansları kullandıkları ve bu terim ve referansların başa çıkmada etkilerinin belirlenmesi hedeflenmektedir.

Araştırmanın amacı ise hasta yakınlarının refakat etme sürecinde fiziksel, ruhsal ve psikolojik açıdan karşılaştıkları güçlüklerle baş etmede, dini referanslardan hangilerini kullanarak fiziksel ve ruhsal iyi olma halini korumaya çalıştıklarının ve bu referansların kendileri üzerindeki düşünce etkilerinin ortaya konulması

amaçlanmıştır.

## 2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Günümüze kadar kanser hastalarına psikososyal destek ve dini inancın rolü (Ülger ve ark. 2014), “şükür ve hayat memnuniyeti ilişkisi ve başa çıkma” (Ayten ve ark. 2012) vb. gibi kanser hastaları veya yakınlarına yönelik bir takım çalışmalar yapılmıştır. Araştırmamızı diğer çalışmalardan ayıran özellik, hasta yakınlarının hastane ortamı sorumluluk sürecinde ev, yaşam, aile ilişkileri ve rol dengesinin değişmesi, hasta ile gelişen etkileşim, yaşadığı zorluklar ve dini başa çıkma konusunda derinlemesine yapılmış ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır.

Gerek servis çalışanları gerekse hasta ve hasta yakınları duygusal ve psikososyal açıdan manevi ihtiyaçlar çerçevesinde moral, motivasyon yönü ile desteğe ihtiyaç duymaktadır. Hasta birey ve hasta bireyin hastalık öyküsünün birinci takipçisi olan, tüm ilgi ve çalışmasını hassasiyet içerisinde yerine getirmeye çalışan hasta yakınları tedavinin gerçekleşmesinde olumlu-olumsuz sonuçlanma ihtimaline karşılık önemli bir yere sahiptir. Hasta ve diğer aile bireylerinin ortak noktasında yer alan hasta yakınları hem hasta hem de diğer aile bireylerinin kontrolünü sağlamaya çalışmaktadır. Dolayısıyla hasta yakınlarının manevi destek, moral ve motivasyon açısından desteklenmesi gerek hastanın tedavi seyrinde hastanın iyi olma halini, gerekse servis çalışanları ile uyumlu olmayı ve diğer hasta yakınları ile daha anlaşılır, uyumlu ve olumlu bir tutum içerisinde olmaları hususunda önem arz etmektedir (Esendir ve Kaplan, 2018).

Bu çalışmanın hasta dışındaki hastane konukları olan hasta yakınlarının moral kaynaklarının yükseltilmesi hususunda ruh sağlığı çalışanlarında farkındalık oluşturması, duygusal sağaltımının gerçekleşmesi hususunda çalışmaların artırılması ve yürütülen çalışmaların desteklenmesi gibi hususlarda katkıda bulunması beklenmektedir. Literatürde bu alanda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu göz önünde bulundurularak yapılan bu çalışmanın literatürde yer alan eksikliği giderme noktasında bir açığı dolduracağı ümit edilmektedir.

### **3. HİPOTEZLER**

1. Palyatif bakım servisinde onkoloji hastaları ve terminal dönem hastalarına refakat eden hasta yakınlarının yaşadıkları süreci açıklama, anlamlandırma ve zorlukların üstesinden gelmede din bir başvuru kaynağıdır.

2. Hasta ve yakınının hastane öncesi yaşam süresince dini referanslara yakınlık ve uzaklığı dini başa çıkma referanslarından faydalanmalarını etkilemektedir.

3. Refakat etme süreci hasta yakınının dini duygu ve düşüncelerini olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir.

4. Katılımcıların dini başa çıkma şekillerine yönelmelerinde cinsiyet, yaş, sosyal çevre ve eğitim durumu farklılıklar oluşturmaktadır.

5. Olumsuz dini başa çıkma, kaygı ve korku düzeyini arttırmakta kişiyi ruhsal açıdan olumsuz yönde etkilemektedir.

6. Dini başa çıkmada, hasta yakınının, moral ve motivasyonunun artmasını, diğer yakınların ve sosyal çevresindeki kişilerin telkin ve dini destek söylemleri etkilemektedir.

7. Dini başa çıkmada hasta yakınlarının din ve tanrı algısı, dini eğilimleri dini terim ve referans tercihlerini etkilemektedir.

### **4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Bu çalışma nitel araştırma türlerinden fenomenolojik araştırma yöntemi benimsenmiş, yarı yapılandırılmış mülakat tekniği uygulanmıştır. Çalışmanın katılımcıları 2017-2018 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde tedavi görmekte olan hastalara refakat eden bireylerden oluşmaktadır. Bu çalışmada hastaların zorlu tedavi sürecinde kendilerine refakat eden yakınlarının yaşadığı güçlükler ve sıkıntılar yarı yapılandırılmış mülakat soruları ile tespit edilmiş ve hangi dini başa çıkma şekillerine başvurdukları ve kullandıkları metodların etkileri tespit edilmeye çalışılmıştır.

Bilgi toplama aracı olan mülakat formu, uygulama şekli ve analiz tekniklerinden yöntem bölümünde ayrıntılı bir şekilde bahsedilmektedir.

## 5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmaya katılan katılımcılar 2017-2018 yılı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi'nde onkolojik tedavisi devam eden hastaların yakınları ile sınırlıdır. Çalışmada elde edilen bulgular katılımcıların yöneltilen sorulara verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır. Mevcut araştırmada elde edilen bilgiler 2017-2018 yılında toplandığı için elde edilen veriler ve bulgular kısmında yorumlanan bilgiler bu zaman dilimini kapsamaktadır. Araştırmanın örneklemini Palyatif Bakım Servisi'ndeki onkoloji hastalarının yakınlarının oluşturması ve bazı hastaların terminal dönem<sup>1</sup> hasta yakınları olmasının etkisi ile bazı sorular cevaplandırılırken duygusal anların yaşanması cevapların detaylandırılmasını sınırlandırmıştır.

---

<sup>1</sup> “Terminal evredeki hasta, yaşamının son günlerini yaşayan ölmek üzere olan hasta anlamına gelir”. Mustafa Haki Sucaklı, “Ölmekte Olan Hasta Ve Yaşam Sonu Bakım”, K.S.İ.Ü. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, A.D. Turkish journal of family medicine and primary care (TJFMPC) [www.tjfmpe.com](http://www.tjfmpe.com) Vol.7, NO.3, September 2013.



# BİRİNCİ BÖLÜM

## KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

### 1. HASTALIK

Hastalık konusunda ilk tanımlamalarla birlikte tarihi süreçte değişik bakış açıları ve yaklaşımlar geliştirilmiştir. “Sağlık-hastalık olgusu, ilk kez ABD’de 1960’lardan itibaren sosyolojik ve antropolojik bakış açıları ile ele alınmış, konu salt tıp biliminin dışına çıkarılmak suretiyle, toplum-insan ilişkileri çerçevesinde rol-statü, norm ve oryantasyon doğrultusunda” ele alınmıştır (Türkdoğan, 2006: 10). Hastalıkların tıbbi boyut yönü ile kalınmayıp organizmada bıraktığı diğer etki ve değişimler olarak psikolojik ve sosyolojik etkileşimler de araştırma konusu olmuştur (Kasapoğlu, 2008: 13). Çünkü Dünya Sağlık Örgütü tarafından insan “biyopsiko-sosyal bir varlıktır” şeklinde tanımlanmaktadır (Kasapoğlu, 2008: 15).

Hastalık ve sağlık değişkeninin oluşum temelinde bireylerin yaşam tarzı ve iş hayatlarındaki çalışma koşulları, toplumdaki bireylerle ilişkileri bu iki değişkenin olumlu veya olumsuz ilerlemesinde belirleyici unsura sahiptir. Bu sebeple hastalık bilişleri<sup>2</sup> toplum içindeki dağılımda birçok etken rol oynamaktadır (Dirik, 2016, 233). Bunlar:

- “1. Hastalık etkeni (hastalığa neden olan etken bakteri, besin vb.)
2. Hem fiziksel hem de sosyal çevre (sıcaklık, coğrafya, yaşanılan yer, sosyal statü vb.)
3. İnsanın özellikleri (yaş, cinsiyet, yaşam stili vb.)” (Coe’den akt. Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 231-250).

Toplumsal ve sosyolojik değişimlere bağlı olarak geride bıraktığımız son üç yüzyılda oluşagelen gelişimlere bağlı olarak sanayi toplumlarında hastalık biçimleri de değişmiştir (Aytaç ve Kurtdaş, 2015: 231-250).

Örneğin, “Çok yemek yeme, yetersiz egzersiz yapma, sigara ve içki gibi zararlı alışkanlıklar sonucu ortaya çıkan hastalıklar, ortalama yaşam süresinin artmasına

---

<sup>2</sup> Hastalık bilişi: Bireyin hastalık konusunda belirtileri algılama yollarını, hastalık temsilleri üzerinde zihninde oluşturduğu şemalardır. (Sağlık Psikolojisi, Jane Odgen, Editör Gülay Dirik, 2017, Nobel Yayıncılık).

bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar, kalp damar hastalıkları, şeker hastalığı, akciğer kanseri” bu hastalıklardandır (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 231-250; Adak, 2002:38).

İnsan ve ona ait sistemin tek başına değerlendirilemeyişi, bireyi sağlıklı olma-hasta olma ikileminde bırakmakta, dışsal uyarıcı rolünde olan sosyal yapı ve buna bağlı olarak sağlık ve hastalık bilişlerinin önemine dikkat çekmektedir<sup>3</sup>. Bir diğer deyişle “Sosyal içerikli bir yaklaşımla tıbbın konusu biçiminde algılanan sağlık-hastalık sistemi yeni norm ve değerler” kazanmaktadır (Türkdoğan, 2006: 10). Parsons’un da belirttiği gibi kültür, bireylerin hastalığı yaşama modellerini hastalık tanımlamalarını etkilemektedir. Hastalık hali gerçekleştiğinde, her toplumda nasıl davranılacağını belirleyen hasta rol kalıpları vardır. Hastalık, hasta bireyin görev ve sorumlulukları ile beraber beklemediği durumları da meydana getirmektedir (Parsons, Newman’dan akt. Aytaç ve Kurttaş, 2015: 231-250). Bu bağlamda toplumsal değişimler farklı sağlık ve hastalık anlam şemaları oluşturduğu gibi mevcut sağlık ve hastalık anlayışlarında da farklılık oluşturmaktadır.

### **1.1. Hastalığın Tanımı**

Hastalık kavramı tarihte birkaç aşama geçirdikten sonra anlam kazanabilmiştir. Modern tıbbın çıkışından çok daha önceleri hastalıklar, ruhsal ve mekanik güçlerin bir ürünü olarak değerlendirilir, ya vücudu meydana getiren öğelerdeki dengesizlikten ya da günahkâr davranışlardan ötürü tanrının bireylere verdiği ceza olarak kabul edilirdi (Cirhinlioğlu, 2010: 23).

“Olumsuz birçok niteliği barındıran ya da kendisine iliştirilmiş olan hastalık sözcüğü, ‘kötü, çirkin, kaçınılması gereken’ bir anlam yüküne sahiptir. Dilimizde ‘organizmada birtakım değişikliklerin meydana gelmesiyle fizyolojik işlevlerin bozulması hali, esenlik karşıtı’ olarak tanımlanmıştır” (Arda, 1996: 105-112).

Öncelikle hastalık hali durumuna netlik kazandırmamız gerekirse üç farklı boyut karşımıza çıkar. Organizmada organlar üzerinden belirti, bulgu veren ve ölçülebilen bozukluklar tıbbi boyutu teşkil eder. Hasta konumunda olan bireyin bedenindeki ve ruhundaki normalin dışında görülen his, değişiklik ve rahatsızlıkları

---

<sup>3</sup> Bireyin hastalık konusunda belirtileri algılama yollarını, hastalık temsilleri üzerinde zihninde oluşturduğu şemalardır. (Sağlık Psikolojisi, Jane Odgen, Editör Gülay Dirik, 2017, Nobel Yayıncılık).

ifade eden sübjektif boyutu ifade eder. Üçüncü olarak ise tanısı hekim tarafından konulmuş bireyin hasta hissetmesi ve bu hastadan beklenen davranış biçimi olarak çevresine bir tür sosyal rol olarak yansımadır (Hayran ve Sur, 1998: 4).

Yukarıda verilen tanımların yanı sıra insanların da hastalıklara yaklaşımları farklı olabilmektedir. Bu yaklaşımlar belirti algısını, duygu durumu ve bilişleri etkilemektedir (Dirik, 2016, 9: 226). Araştırmalar neticesinde halkın hastalıklar arasında ayırım yaptığı, normal hastalıklara göre kanser, kalp, tüberküloz gibi hastalıkları birbirinden ayırarak muamele ettikleri anlaşılmaktadır (Cirhinlioğlu, 2010: 22). Örneğin; Beck (1984) birincil ve ikincil düşünme süreçlerini bilişsel süreçler olarak tanımlar. Birincil süreçte olayların kategorik, tek yönlü ve abartılı (genel yargılarda bulunma, felaketçi olarak ele alma, genelleme yapma, kişiselleştirme, seçici soyutlama yapma) gibi bir biçimde algılandığını, ikincil süreçte ise göreceli, uyarıların birçok boyutta birleştiği şekliyle algılandığı kabul edilmektedir (Özalp, 2018; Akgül, 2016: 215).

## **1.2. Hasta/Hastalık Psikolojisi**

Hasta olmak da sağlıklı olmak kadar yaşam seyrinin olağan belirtilerinden olsa da yaşamını sürdüren bireyin yaşam kalitesini ve hayatının sona erme durumunu belirleyebilecek olma durumundan dolayı hasta bireyde bazı duygusal farklılıklara yol açmaktadır. Hasta bireyin hastalık ve tedavi sürecine verdiği tepkiler o kadar çeşitlidir ki, hastalık ve tedavi süreci için belirgin bir tablo çıkarmak neredeyse imkânsızdır (Baykara, 2016: 3).

Hastalığın yaşam koşullarını etkileme ve engelleme düzeyinde, daha önce yaşanmış hastalık tecrübeleri, kişilik özellikleri, yaşı, cinsiyeti, stresle baş etme becerisi, yaşam ideali, aile ve toplumdaki konumu, bireylerarası ilişkiler ve çevresinden aldığı sosyal destek gibi unsurlar belirleyicidir (Hasta ve Hasta Yakınları, 2019: <https://hemsirelersitesi.net> Erişim: 01.05.2019).

Bu durumda bireyin hastalık algısı önem kazanmaktadır. Hastalık algısını, bireylerin hastalık boyunca edindiği tecrübeler, süreçte geliştirdiği baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde etkili olan bir kavram olarak tanımlamaktadır. Zira Armay'a (2006) göre bireyin hastalık sürecinde yaşadıklarını

nasıl algıladığı psikolojik, fizyolojik ve sosyal iyi olma hali ile beraber hastalığının seyri ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Göksu, 2017: 185; Kartal, 2016: 381).

Armay ve arkadaşlarının çalışmasında, “Her hasta kendi hastalık temsili modelini oluşturmaktadır. Bu modele göre kişiler zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlar ile ilgili şemalar oluşturur” diyerek hasta bireyin zihninde farklı etki ve oluşumların gelişebileceği konusunda düşüncesini beyan etmektedir (Armay’dan akt. Kavradım ve Özer, 2014: 154-164).

Bir başka çalışmada Petrie ve Weinman (2006), “olumsuz hastalık algısı geliştirilmenin gelecekte yaşanacak olan yetersizlikleri arttırması ve hastaların daha yavaş iyileşme göstermeleri ile ilişkili olduğuna” yer vererek hastalık iyileşme gösterse bile sonraki süreçte etki seyrinde olumlu-olumsuz sonuçlar oluşturmasına sebep olduğunu açıklamaktadırlar<sup>4</sup> (Petrie ve Weinman akt. Göksu, 2017: 185).

### **1.3. Kanser Hastalarının Psikolojisi**

Kanser hastalığı, ülkemiz ve pek çok toplumda diğer hastalıklara göre değişik duygusal ve tepkisel farklılıklarla karşılanan bir hastalık türü olarak bilinmekte ve kabul edilmektedir. Kuşkusuz her hastalık türü kendi içerisinde farklı bir önem ve dikkate sahip olsa da ve farklı bir özen gerektirse de, kanser hastalığını bu tür hastalık tepki türlerinden ayıran bazı özellikler bulunmaktadır (Kartal, 2016: 381; Dirik, 2016: 217).

Sağlıklı yaşamın negatif yönünü teşkil eden hastalık türleri ile ölümcül sonuç ile karşılaşma ihtimali yüksek durumlara karşı sosyal düzende değer, uyum, alıştırma, tutum ve davranış şekillerini yeniden düzenleme zorunluluğunun göz önünde bulundurulması gerekir. Hastalık sosyal sistem içinde bireyin “kişisel ve toplumsal uyumunu sağlayan normal görevinin bozulma hali” olarak tanımlanmaktadır (Türkdoğan, 2006: 13). Bu tanıma göre hastalığın hem sosyal hem de biyolojik uçlarda etkileşim halinde olduğu gerçeği anlaşılmaktadır (Kartal, 2016,

---

<sup>4</sup> Hastalık algısı üzerine 1996 yılında Weinmann ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçek (Hayat Algısı Ölçeği, H.A.Ö), ülkemizde Armay ve arkadaşları tarafından Türk diline uyarlanarak geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış, içerik olarak ise hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri ve boyutları şeklinde ayrıntılandırılmış olarak gerçekleştirilmiştir (Kocaman, Özkan, Armay ve Özkan, 2007: 271-280).

14: 382).

Diğer hastalıklara göre en ayırıcı özellik ise, bireyin zihinsel ve toplumsal ön kabullerinden oluşan yaşamının sonlanacağı düşüncesi, tüm tıbbi ve kişisel çabalarla sonuç alınamayacağı yargısının kuvvetli olması, kriz durumu ile önce kendisini daha sonra çevresindeki bireyleri zorlu bir sürecin beklemesidir (Kartal, 2016: 383). Tüm bu nedenler durumu travmatik ve trajik bir hale getirmektedir (Işıksan, 2007: 1).

Hastalar, stres verici bir durum olan kanser tanısı konulduğunda, tanının yadsınması, dayanılması zor olan durumların oluşturduğu kaygı, çaresizlik gibi insan doğasına özgü tepkiler içerisinde olma gibi davranışlar geliştirmektedirler. Kanser tanısı konulan bireylerde en yaygın olan tepkiler şok ve inanmamadır (Ateşçi, 2003: 145-152). Diğer tepki evreleri ise bazen sırayla bazen karmaşık olarak öfke, inkâr, pazarlık, depresyon, kabullenme (Roshdal ve Kowalski) gibi duygusal dönemleri içermektedir (Kartal, 2016: 379). Bu sebeple, hastanın hastalık öncesi, sonraki süreçte uygulanan tedavi yöntemleri, doktor ve sağlık memurları ile ilişkiler, hastalığın anlam verilemeyen yönleri, fizyolojik olarak olumlu ve olumsuz dönüşümler, yıpranmalar gibi durumlar hastalığın geleceğini -Aktör İlişkiler Ağ Kuramına- göre, bilgi/hastalığın bilgisi/ilişkileri aktörler aracılığıyla gelişmektedir. Hasta bu süreçte tedavisi boyunca sesli ve sessiz olarak iletişim ve etkileşimini sürdürmektedir (Kasapoğlu, 2008: 47).

Bireylerin sosyal sistem içinde hastalığa karşı geliştirdikleri algı ve davranış, modern tıbbın öngördüğü bilgileri edinmeleri ve geleneksel tedavi yöntemlerinden uzaklaşma şekilleri farklılaşmakta, bireyler çoğu zaman kendi davranış şemalarını oluşturmaktadırlar (Türkdoğan, 2006: 50). Genel olarak kişi kendini ve yakınlarını duygusal bir savunma içerisinde ve korunmuş olarak görme hissine bağlı olarak, “dünya kesinlikle adildir, onlar iyi insanlardır ve kötü şeyler iyi insanların başına gelmez, tanrı iyidir ve onları (iyi insanları) korur ve gözetir” gibi düşüncelere sahiptir (Paloutzian ve Park, 2013: 35). Bu sebeple karşılaşılan yaşam olaylarında hasta psikolojisinin anlaşılması ve aynı sonuç göstermesi bakımından karmaşık iken, hastalık döneminde sağlık psikolojisi açısından daha zor anlaşılır olmaktadır. Hastalık döneminde stres, yaşam kalitesi, tedavi sürecine adapte olabilme, baş etme, inançlar gibi faktörler hastalıkla baş etme sürecini nihai sonuca kadar ulaştıran hastalığın parçası olarak görülmektedir (Kartal, 2016: 370).

Fizyolojide olumsuz etkiler oluşturan stres, stresin kaynağı, stres tepkisi, biyokimyasal, davranışsal ve psikolojik değişimlerin rol aldığı bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Günlük yaşantının içerisinde normal kabul edilen sorunlardan (boşanma, iş değiştirme, evlilik, yakının kaybı) birkaçının bir arada yaşanmasının önce stresin oluşmasında sonrasında da stresin hastalığa dönüşmesinde (Yorulmaz, 2016: 292-293) etkili olduğu düşünülmektedir. Stresörlerin kısa veya uzun süreli olmasının sağlık üzerinde etkili olduğunu savunan araştırmacılar stresörleri fiziksel ve finansal stresörler, ev ve komşuluk, iş ortamı, eş durumu, çocuk, geniş aile ve arkadaşlık stresörleri (Yorulmaz, 2016: 293) şeklinde kategorilendirmişlerdir.

İnsanlar, başkalarıyla sürekli ve anlamlı ilişkiler kurmak ve sürdürmek için çaba gösterirler. Başkaları açısından önemsenmek, kendisinin onlar açısından değerli bir varlık olarak algılandığını düşünmek, ‘ilişki değeri’ olarak ifade edilen bu sürecin kişilerin yaşamını sürdürmesindeki önemini vurgulamaktadır (Okyayuz, 2013: 45).

Bireylerin yaşam olaylarını değerlendirmedeki düşünce etkilerinin farklı olduğu savunulmaktadır; nitekim Seligman ve arkadaşlarının (1988) kötümserliğin, T hücreleri<sup>5</sup> ve bağışıklık sistemini baskıladığını sonuca ulaştıran verilerin davranışlardaki farklılıktan çok, bireylerin yükleme tarzı ve inançlarının fizyolojik etkilerinin olduğu yönünde çalışması bulunmaktadır (Seligman akt Yorulmaz, 2016: 318). Sosyal davranışlarda olumlu destek, bireyin sağlık durumunu olumlu yönde etkilemekte, yaşamsal zorluklarda baş etme ve stres gibi organizmayı olumsuz tesirlerden korumada, sıkıntılı dönemden geçen aile üyelerinin, akrabalarının, arkadaşlarının sağladığı sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve iyi oluş (well-being) ile de ilişkili olduğu belirtilmektedir (Okyayuz, 2013: 81).

Sosyologların tanımlarına baktığımızda, sosyal desteğin farklı türlerini, özgüven sağlayıcı destek, eşlik etme, araçsal destek (fiziksel yardımı içeren desteğin verilmesi) şeklinde tanımlarken, yapısal destek (veya sosyal ağ) ve işlevsel destek (işlevsel destek yani desteğe ulaşma potansiyeli) şeklinde tanımlamaktadır (Yorulmaz, 2016: 329).

Tüm bunlar ışığında, sosyal desteğin olumlu katkıları, desteğin biçimi, desteği

---

<sup>5</sup> Kazanılmış bağışıklık sisteminin hücresel savunmasında rol alan T hücreleri vücuttaki tüm kan hücrelerinde olduğu gibi kemik iliğindeki kök hücrelerden farklılaşırlar. Timüs bezi T hücrelerini üretir. <https://www.drozdogan.com/t-lenfosit-hucre-nedir-bagisiklik-sistemi-tedavisi-anahtari/>

sağlayan kişiler ve yapıcı düşünce yaklaşımları sergilemeleri kanser hastalarının psikolojileri açısından önemlidir. Sosyal destek sağlayan kişilerin olumsuz tavırları ve yanlış düşünce yaklaşımları hasta ve yakını üzerinde olumsuz etki bırakabilmekte, sosyal desteğin kavram olarak içeriğinin doldurulması ve yaklaşım yanlışlarının en aza indirilerek bilinçli olunması tedavi sürecini etkilemektedir (Işıkkhan, 2007: 1).

#### **1.4. Kanser Hastalığı Tanısının Ardından Bireylerde Görülen Değişiklikler**

Dünya’da hastalık hali ya da sağlıklı olamama durumu artık bireysel olmaktan çıkmakta, sağlıklı olamayan birey ve bireyler sistemdeki çeşitli ilişkiler ağı aracılığıyla diğer aktörleri etkilemektedir. Bu durumda güven, toplumsal bir boyut olan sosyal ihmaller ve doğal riskler, toplumun sağlığının risk altında olduğunu düşündürmektedir (Kasapoğlu, 2008: 40). Hastalıklar; kişilerin duygusal, fiziksel, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarının yanında manevi ihtiyaçlarını da artırır. Bilindiği üzere kanserin tedavi sürecinin uzun olmasının, bireyin yaşam kalite düzeyini azaltan bir durum oluşturması ve bu durum karşısında bireyin manevi ve sosyal yardıma olan gereksinimlerini arttırmaktadır (Bostancı, Daştan ve Buzlu, 2010: 73).

Kanser hastalığı bireylerin yaşamlarını fiziksel, psiko-sosyal ve manevi açıdan ciddi bir şekilde etkileyen yaşam olayı olarak karşımıza çıkmaktadır (Ekşi, 2017: 312). Bu olaylar “izolasyon, ayrılık, bağımlılık, acizlik, stres, depresyon ve çaresizlik” gibi durumlardan oluşmaktadır. Hastalıklar içerisinde hiç de iyi anılmayan -kanser- tanısında ise beklemediğimiz davranış şekilleri oluşmaktadır. Bu davranış şekillerinin gelişmesinde, kanser rahatsızlığının yaşamı sona erdirmeye ihtimalinin yüksek olması, türlü zorlukları barındıran tedavi süreci ve sonrasındaki belirsizlik gibi düşünceler etkili olmaktadır (Altaş ve Köylü, 2015: 112). Kanserde yaşanan fiziksel değişiklikler olarak kimlik değişimi de önemli bir değişimdir. Hastalığın geçimini sağlayan bir bireyden hastalığı olan bir kişiye veya bakım veren birinden hasta olma rolü yönünde değişim oluşturması oldukça önemli bir durumdur (Dirik, 2016: 232). Hastalık tanısı ile birlikte fiziki iyileşme çabaları ve beklentisi ile birlikte, tedavi esnasında hasta bireyin vücudunda görülen değişiklikler, yatağa bağımlı hale gelme, hastaneye yatırılma gibi değişimler psiko-sosyal uyum

sorunlarını beraberinde getirmektedir (Kara, 2004: 124-29).

Kanserli bireyin dış görüntüsünü ve fizyolojik işlevlerini etkileyen, vücudunu kontrol edememesine sebep olan “yorgunluk, stomatit, ağrı, bulantı, kusma ve alopesi” (saçların dökülmesi) gibi durumlar kanser sebebi ile gelişen diğer sorunlar arasında önemli bir yer tutmaktadır. Kemoterapi ile oluşan alopesi, kanser hastası bireyin beden görünümünü değiştirmesi ile hasta üzerinde travma etkisi oluşturmakta ve anksiyeteyi tetiklemektedir. Alopesi (saç dökülmesi), bireydeki hastalığı çevresindeki insanların anlamasını kolaylaştırdığı için hasta üzerinde hem fiziksel hem psikolojik yönden var olan anksiyeteyi daha da arttırmaktadır (Kara, 2004: 126-29).

Kanser hastalığında psikolojik olarak etkilenmede süreğen hastalıklar içerisinde kanser tanısı almanın, kanser sözcüğünün oluşturduğu korku, kaygı, etiketlenme ve benzeri nedenlerle ayrı bir yeri vardır (Okyayuz, 2013: 179). Bu sebeple kanser kelimesinin olumsuz çağrışım yapması ve hastalık sürecinde yaşanan çoklu sorunların temelinde, bireyin varoluşsal kaybına dair belirti ya da şüpheyi barındırmasının yüksek kaygı ve korkunun zamana yayılmış bir göstergesi olduğu düşünülmektedir (Arıkan, 2017). Ölümle yüzleşen hastalar, ilahi inanç, yalnızlık, acının anlamı ile birlikte belirsizlik, yaşamın anlamını kaybetme, başka bireye yük olma korkusu, izole olma hissi, yoğun bir ölüm korkusu gibi varoluşsal kaygılar yaşamaktadırlar (Ekşi, 2017: 312).

Günlük yaşantının içerisinde sağlık kontrolünde kanser teşhisi alma veya kanser teşhisi ihtimali olan bireylerde bu hastalık bir yıkım gibi algılanır ve bu durum bireylerin psikolojik dengesinde krize neden olur (Ülger, 2014: 88). Artık kanser hastasının en önemli yaşamsal etkinliği; tedaviye karar vermek, tedaviye uyum, önemli ilişkilerin sürdürülmesi, ailevi, sosyal ve mesleki işlevlerin devamı şeklinde yer almaktadır (Arıkan, 2017). Bu süreçte eylemler için hızlı kararlar alma konusu ve bilhassa hastalık deneyiminin ailede ve kişide ilk olması durumunda sınırlı deneyim sorununun gündeme gelmesi, deneyimin pozitif veya negatif yönde algı oluşturmalarının tedavi ve sonuç algısı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Dirik, 2016: 232). Hastalık tanısı konan birey hayatı normal seyrinde yaşarken tanı ile beraber kaygı ve tedirginlik yaşamakta, yaşamsal işlevler olan çocuk sahibi olmak, kariyer yapmak veya seyahat etmek gibi gelecek planları belirsiz hale gelmektedir



(Dirik, 2016: 232).

Hasta, kanser tanısı alma ve sonraki süreçte sosyal işlevler bakımından rol, sorumluluk bakımından ailesinde ve sosyal çevresinde kayba uğramakta, çalışma hayatında gerileme, işe devamlılıkta zorlanma ve bu durumlarla birlikte sosyal statüde değişim ve ekonomik yetersizlik gibi durumlarla karşı karşıya gelmektedir (Ülger, 2014: 87).

Hastada yalnızlaşma eğilimi bazen kendi tercihi ile bazen de tedavinin gereği (kemoterapi vb.) aşamalar sonrası enfeksiyon riskine bağlı olarak “zorunlu sosyal izolasyon” gelişebilmektedir. Kanser hastalığında sosyal destek, hastaların tedavi sürecinde fizyolojik, psikolojik ve ruhsal açıdan gelişen problemlerle baş etmede en önemli destek kaynağı olma özelliğini korumaktadır. Bu desteğe ihtiyaç bazen kendiliğinden bazen de zorunlu olarak gelişebilmekte, düzenli ve sürekli olarak bir başkasının bakımına ihtiyaç duyma ile acizlik ve bağımlılık duygusunun gelişmesine sebep olmaktadır (Altaş ve Köylü, 2015: 112).

Hastanın ailesindeki kişiler ve çevresindeki insanlar hastaya nasıl davranacakları konusundaki belirsizlik ve hastayı olumsuz etkileyebilecek alışkanlıklar sebebi ile uzaklaşma, kaçınma vb. durumlarından dolayı hasta birey sosyal izolasyona maruz kalabilmektedir. Yukarıda yer alan bilgiler değerlendirildiği zaman kanser hastalarında biyo-psiko-sosyal problemlerin çok yönlü olarak ortaya çıkması kaçınılmaz bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır.

## **2. PALYATİF BAKIM SERVİSİ**

Multidisipliner bir çalışma prensibinin göz önünde bulundurulduğu Palyatif Bakım Servisinde sağlık çalışanları ve diğer görevliler diğer bakım servislerine göre daha yoğun ve hassasiyet içerisinde çalışmaktadır. Özellikle de hastalığın yaşamın sonlanabildiği bir hastalık türü olan ‘kanser’ olmasından ötürü, söz konusu hassasiyet olması, ekip çalışanlarının daha duyarlı, özenli ve olumlu davranış sergileme tutumu içerisinde olmalarını sağlamaktadır. (Özdoğan, 2018: <https://www.drozdogan.com> Erişim: 01.09.2018).

Tedavi ve bakım sürecinde sağlık uzmanlarının ve hastanın birden fazla söz konusu durumla baş edebilmesindeki en önemli etkileyici yol, sorunun kontrol altına

alınmasını hedefleyen palyatif bakım yardımının sağlanmasıdır (Uysal ve diğ. , 2015: 104). “Palyatif bakım hem bir bakım felsefesi, hem de organize, üst düzeyde yapılandırılmış bir bakım verme sistemidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO); Palyatif Bakım kavramını ilk olarak 1989 yılında tanımlamıştır” (Yavuzşen, 2015: 15).

Palyatif bakım; ilk başta tedavi edici yöntemlerin bittiği ve yapılacak bir işlem kalmadığı zamanda düşünülen bir sistem iken, şimdilerde ise bireye hastalığı ile ilgili teşhis konmasından itibaren, hastayı tedavi etmeye yönelik amaçla birlikte gündeme gelen bir sistem görülmektedir. Bu anlamda ‘Palyatif Bakım’ bireylerin kanser hastalığı sürecinde önemli bir yere sahiptir (Aydoğan ve Uygun, 2011: 4).

## **2.1. Palyatif Bakım Tanımı, Amacı ve İşlevi**

Palyatif bakım özellikle kanserli hastalarda “önemli bir sağlık hizmeti, vicdani sorumluluk ve tıbbi gerekliliktir”. Ayrıca milli sağlık politikaları bakımından elzem unsurlarından biri olduğu kabul edilmektedir (Uslu, 2015: 82).

Kanser teşhisi konmuş ve tedaviye cevap vermeyen hasta bireylerin bütün bakımlarını ilgilendirdiği için hastanın ağrıları ve diğer bütün durumların yanında manevi, psikolojik ve sosyal sorunlarının kontrol altına alınması önemlidir. Palyatif bakımın hedefi, hasta yakını ve hastanın en iyi düzeyde yaşam kalitesini arttırmak, diğer bir söylemle hasta ve yakınlarının psiko-sosyal, fiziksel ve manevi sorunlarını en aza indirmektir (Elçigil, 2006: 75). Hastanın ölümüne doğru yaklaştıkça belirtileri agresif palyasyon (hafifletme) gerektirir. Bireyin ölümü meydana geldikten sonra da hasta yakınlarına ilişkin palyatif bakım üzerine yoğunlaşılır, aile desteklenir ve ailenin yasına yönelik bakım yapılır. Bütüncül görüş doğru tedavi etmede vazgeçilmezdir (Kabalak ve diğerleri, 2013: 56). Bu şekliyle palyatif bakım kanser hastası olan bireylerde de çoğu kez kullanılmaktadır (Kuzeyli-Yıldırım ve diğ, 2006: 26).

Palyatif bakım, aile ve hastanın yaşamını tehlikeye sokan problemlerle karşı karşıya kalındığı zaman, bedensel ağrı, manevi ve psiko-sosyal sorunların erken tespit edilmesi, özenle incelenmesi ve hastanın tedavi edilmesiyle ağrı ve acının önlenmesi ve aile bireylerinin yaşam kalite düzeyinin artırılması olarak

tanımlanmaktadır (Elçigil, 2012: 329). “Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan sorunlar ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psiko-sosyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır” (Yavuzşen, 2015: 15). Palyatif bakım özellikle kanserli hastalarda önemini koruyan “sağlık hizmeti, vicdani sorumluluk ve tıbbi gerekliliktir”. Ayrıca milli sağlık politikalarının elzem unsurlarından biri olduğu kabul edilmektedir (Uslu, F, 2015: 82).

Hastalıklarında en son evrede olan ve yaşamlarının artık son dönemlerinde bulunan bireylerin çektiği işkence ve acılar, hastaların mutluluk düzeylerini azaltır ve kişilerle iletişim kurmalarını azaltır. Palyatif tıp, hasta bireylerin huzurlu, daha az acı çekerek ölmelerinde ve sağlıklarına kavuşmasında önemli bir yere sahiptir. Çolak ve Özyılkan’a (2006: 1) göre ise palyatif bakım; bireyin yaşamında tehlike oluşturan ve bu tehlike ile karşı karşıya gelen, hasta yakınları ve hastanın, yaşam kalite düzeyini arttırmaya yönelik bir yöntem olup, bireyin ruhsal, psiko-sosyal, fiziksel ve ağrılarını erken teşhis edip tedavisini amaçlar.

Ortaçağ’da Roma, İtalya, Santiago ve İspanya’da diğer ülkelerden iltica eden ve içlerinde süregelen, ölümle sonlanma ihtimali yüksek hastalıkları olan insanlara tıbbi yardım ve bakım sağlanan barınma yerleri, on altı ve on sekizinci yüzyıllarda dini emirleri sunan yerler olarak bilinen hospis, kelime anlamı olarak misafirperverlik anlamına gelmekte ve bugün modern palyatif bakım kavramının temellerini oluşturmaktadır (Yavuzşen, 2015: 15). “İlk olarak 1800 yılında Fransa Lyon’da Madame Garnier Calvaire adı altında hastalara yardım amaçlı yer açılmıştır”. 1900’lü yıllarda Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri’nde yaygınlaşmış, ilk modern hospis, 1957 yılında Dame Cicely Saunders tarafından kurulan St. Christopher’s Hospisi olmuştur. 1984 yılından sonra palyatif bakımın, hospislerin (destek evi) ve evde bakımın önemi anlaşıldıktan sonra Amerika’da sağlık sisteminde geri ödeme kapsamında hizmete alınmıştır (Yavuzşen, 2015: 15).

Palyatif bakım sistemi gelişmeye devam eden ülkelerde, gelişimini tamamlamış ülkelere nazaran hala oluşum safhasındadır. Bu gelişim ve gelişme modelleri ülkeler arasında farklılıklar barındırmaktadır. Palyatif bakım servisleri ve geliştirilecek hizmetler sağlık politikaları arasında uzun yıllar yer almamıştır

(Gültekin ve diğ., 2010: 1). Yapılan çalışmalar neticesinde günümüz sağlık politikalarında palyatif bakım çalışmaları yer almakta ve desteklenmektedir. (Uslu, 2015: 81). Bununla birlikte “Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programı kapsamında evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında başlatılmıştır. Palyatif bakım birimlerinin hastanelerde kurulması için, yasal düzenlemeler yapılmış ve ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi Ankara’da Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde açılmıştır” (Benli, 2016: 5-6).

Palyatif bakım, özellikle son yirmi yıldır halk sağlığının önemli bir unsuru haline gelmiştir. Yaşlanan nüfus, sürekli artış gösteren kronik hastalıklar, yaşam beklenti düzeyinin yüksek olması palyatif bakımın gelişmesine destek olmaktadır. Bunun yanı sıra gelişen teknoloji, epidemiyolojik geçiş, tıbbî bilgi gelişimi palyatif bakım bireylerin son dönemlerinde ihtiyaç olarak görülmüş ve büyümesine zemin hazırlamıştır (Kabalak ve diğ., 2012: 122). Tüm tedavi süreçlerinin sonrasında gelişebilecek bir durum olan hastanın ölümünden sonraki süreçte de aile üyelerinin ve yakınlarının yas sürecinde desteklenmesi konusunda terminal dönem hasta ve yakınlarının palyatif bakıma olan ihtiyacı artmaktadır (Uslu, 2015: 82).

## **2.2. Palyatif Bakım Servisi Temel Özellikleri**

Hastaneye gitmek ve hastanede bulunmak pek çok insanı duygusal açıdan rahatsız eden bir durumdur. Ancak tedavinin daha sağlıklı ve yerinde ilerlemesi için bazen bir süreliğine hastane ortamında tedavinin devam edilmesi gerekebilmektedir. Bu durum hastayı öz yaşamını sürdürdüğü alandan farklı bir ortamda kendisi gibi pek çok kişiyi barındıran bir sağlık kuruluşunda konuk olması gibi bir durumla karşı karşıya bırakmaktadır. Ortam farklılığı ile beraber belki de hiç tanımadığı bir hasta ve bu hastanın yakınları ve ziyaretçileri ile beraber aynı odayı, aynı koridorları paylaşmak durumunda kalmaktadır. Aynı ortamın paylaşılması hastaya bazen güzel zamanlar bazen de rahatsız edici durumlar ile karşı karşıya bırakabilmektedir. Hasta yakını olarak bazen yakın aile bireyleri ailevi sorun ve güçlükler, iş ve sağlık etkenleri sebebiyle refakat sürecine eşlik edememekte, bakım hizmeti veren kişiler hasta ile ilgilenmek durumunda kalabilmektedirler.

Tüm bunlarla birlikte palyatif bakım ekibinin prensipleri arasında hasta ve ailesine bakım modeli oluşturma, hastanın tanı, tedavi aşamalarında anlık ve sonraki süreçte gelişebilecek ihtiyaçları göz önünde bulundurularak çeşitli bileşenleri içerecek şekilde planlama yer almaktadır (Uslu, 2015: 81). Palyatif bakım planı; hasta popülasyonu, hasta ve aile merkezli bakım, palyatif bakımın sürekliliği, disiplinler arası ekip, iletişim yetenekleri, hastanın yaşamının sona ermesi ve yas süreci ile ilgili baş etme becerisi, kurumlar arasında bakımın sürekliliğini sağlama, palyatif bakıma erişimde eşitlik, kaliteli hizmet sunumu gibi bileşenlerden oluşmaktadır (Uslu, 2015: 82).

Palyatif bakımın temel özellikleri arasında hastaya göre hizmet şeması oluşturulması esastır. Tedavide müdahaleler ve tıbbi gereklilik açısından gerekli tüm bakımlar hastanın ihtiyaç ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak verilir. Hastaya saygı, hasta memnuniyeti ve hastanın tercihleri temel prensipler arasında yer alır (Tanrıverdi ve Kömürücü, <http://www.solunum.org.tr> [Erişim:10.05.2019]; Uslu, F, 2015: 82).

“Palyatif bakım ünitelerinin fonksiyonel ve fiziksel yapılanması bakım alan hastaların tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi yönden yoğun bir şekilde rehabilite edilmelerini sağlayacak şekilde olmalıdır” (Tanrıverdi ve Kömürücü, <http://www.solunum.org.tr> [Erişim:10.05.2019]). Özellikle kanserli hastalara sağlanan palyatif bakım hizmetinde “semptom kontrolü, psikolojik, ruhsal ve duygusal/manevi destek, kanser hastalarının aileleri ve yakınları için destek, yas desteği” gibi temel boyutlara sahip olması önemlidir (Uslu, 2015: 82).

### **2.3. Palyatif Bakım Servisinde Hastaların Etkileşim Halinde Oldukları Bireyler**

Bütüncül yaklaşım prensibi göz önünde bulundurularak mesleki profesyonellerden oluşturulan “doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, din görevlisi ve gereksinimine göre çeşitli terapistlerden ve gönüllü çalışanlardan” olmaktadır. Bakım sürecinin etkili olabilmesi için ekibin farklı meslek gruplarından oluşmasıdır (Saruç, 2013: 2).

İngiltere’de hasta bakımı ve palyatif bakımla ilgili standartlarla ilgili kurula göre:

-“psikoterapist

-sosyal hizmet uzmanı

-hastalar, aileler ve bakıcıların psikolojik gereksinimlerini karşılamak için özel eğitim almış elemanlar

-din adamı

-cenaze kaldırma işleri ile ilgili eleman

-dil ve konuşma terapisti

-diyetisyen/klinik beslenme uzmanı

-eczacı

-destek tedavisi uzmanı

-gönüllü koordinatör

-eğitim elemanı”

diğer “gerekli yönetim, sekreter ve genel destek elemanları uzman palyatif bakım üniteleri” gibi görevli ve servis ağı oluşması beklenmektedir. Palyatif bakım servis ağına hastanın fiziksel tedavi, sosyal ve manevi yönden beklentilerini karşılayacak şekilde olması aynı zamanda tedavi sürecinde ihtiyaç duyulabilecek bakım üniteleri arasında yakın ve geçilebilir mesafede olması beklenmektedir (Tanrıverdi ve Kömürcü, <http://www.solunum.org.tr> [Erişim:10.05.2019]).

Multidisipliner bir ekip bünyesinde palyatif bakım servisinde: “algolog, onkolog, nörolog, cerrah, palyatif bakım hemşiresi, din adamı, sosyal gönüllülerin bir arada bulunduğu bunun yanı sıra psikolog, sivil gönüllüler” yer alır. “Palyatif bakım hizmetleri; hastane ortamında, birinci basamak sağlık alanlarında, ev ortamında, son dönem bakım evleri/hospislerde sağlanmaktadır”. Ancak Ülkemizde yaşam sonu bakım merkezleri olmadığı için bu tıbbi bakım anlayışı ve uygulaması birinci basamak sağlık alanlarında yani hastanelerde yer bulmaktadır (Özçelik ve ark.’dan akt. Kıvanç, 2017: 132-135).

Beauchamp ve Childress, palyatif bakımda hasta ve yakınının muhatap olduğu bireyler arasında olan sağlık profesyonelleri, yardımcı sağlık görevlilerinin

benimsemesi gereken dört prensip belirlemişlerdir; “otonomiye saygı, yarar, zararsızlık ve adalet” olarak sıralanmıştır (Tanrıverdi ve Kömürcü, <http://www.solunum.org.tr> [Erişim:10.05.2019]).

## 2.4. Manevi Bakım

Manevi bakım insanların üzüntülü, korkulu, ümitsizlik, yalnızlık zamanlarında ve tabii afet, hastalık, yaşlılık, askerlik, mahk mluk, sakatlık gibi sıkıntılı durumlarda baş etmede zorlandığı durumlarda yanlarında olabilmek, onlara din ve inanç desteği sunabilmek, soru ve sorunlarına rehberlik edebilmek amacı ile karşılaştıkları zorluklara anlam verebilmelerinde onlara eşlik etme sürecidir (Karag l, 2012: 5-27).

Bireyin yaşamında karşılaştığı zorlukların pek çoğunda karşımıza çıkan manevi bakımın temelleri, dinin ve maneviyatın “metafizik” yönden bireyin varoluşsal gereksinimi olduğunu vurgulayan ve doğu bilgeliğiyle batı biliminin sentezini gerçekleştirmeyi amaçlayan Maslow’un düşüncelerinin öncülük ettiği ‘transpersonel (ben ötesi) psikoloji’ ekolü ile başlamıştır (Koç, 2016: 38).

“Psikolojik iyi oluş, din ve maneviyat ilişkisi bağlamında Seligman, din gibi kurumsallaşmış geleneksel düşünce sistemleri, insanın hem bugününü hem geleceğini anlamlandırmasına yardımcı olmanın yanı sıra; insanlara huzur ve mutluluk konusunda da rehber olma iddiası taşımaktadır” şeklinde ifade etmektedir (Seligman akt. Ekşi, 2017: 216). Seligman “dinin insana sağladığı manevi değerlerin gelecek için umut aşıladığını ve yaşamda anlam yarattığını” ileri sürerek manevi bakım ve dini danışmanlığın hedeflerinin işlevselliğini açıklar. Manevi bakım içeriğinde, teolojik kaynakları barındırdığı için farklı yaklaşım ve isimlendirmeler mevcuttur (Ekşi, 2017: 216).

Hristiyan kültüründe pastoral psikoloji olarak temel bulan İsa’nın çobanlık öğretisi ve havarileri ile ilgisi ile geliştiği düşünülen Pastoral Psikoloji, teoloji (ilahiyat) alanında düşünce temelleri ile gelişen bir alandır. Pastoral Psikoloji, inanç toplumunda var olan bireyi, inanç bağlamında ve tüm yönüyle araştırmaya yönelerek bu konuyla ilgilenmeye başlamıştır. Bu yaklaşım beden, psyche ve ruhun birleşiminden ortaya çıkan bireyin bakımını, ruhen ve bedenen sağlıklı olmasını sağlamayı hedeflemektedir (Söylev, 2017: 294).

Pastoral psikolojinin hangi bilim dalına ait olduğu zaman zaman tartışmalıdır. Bu açıdan pastoral psikolojinin içinde psikoloji, teoloji, rehberlik ve danışmanlık yaklaşımları mevcuttur. Kısaca pastoral psikolojinin, din psikolojisi yaklaşımları ile teoloji ve rehberlik yaklaşımlarını sentezleyen çalışma alanını ifade ettiği dűřünülebilir (Özdođan’dan akt. Cebeci, 2016: 67).

Ok’a gűre ise; “bir tűr yardım etme etkinliđi olarak yűzyıllar űncesinden bugűne kadar devam eden ve yeni bir arařtırma uygulama sahası olan manevi psikolojik danıřmanlık alanını anlamak için űnce (sekűler) psikolojik danıřmanlıđın bilinmesi gerekir. Psikolojik danıřmanlıđı, modern bilgi ilkelerinin ve uzmanlıđın insana yardım etme sanatında yer alması ve biliminde kullanılması olarak deđerlendirilebilir” (Ok’dan akt. Koç, 2016: 52).

“Amerikan Pastoral Danışmanlar Derneđi/American Association of Pastoral Counselors” tarafından ise “manevi–psikolojik danışmanlık deneysel ve davranışsal açılardan bireysel veya kolektif bağlamda teolojik bir bakış açısını űn planda tutarak danışanın yaşamını irdelemek, ortaya çıkarmak ve ona rehberlik etmek” şeklinde (AAPC: <http://www.aapc.org> akt. Koç, 2016: 52) tanımlanmaktadır.

Cebeci’ye gűre ise, dini danışmanlık “suçluluk duygusundan kurtulup i huzura kavuşma isteği, sıkıntılardan kurtulmada aşkın manevi gűce dayanma arzusu ile beraber, umutların, arzuların, endişelerin ve korkuların dengelenmesinde, maneviyatın gűlenmesi ve zayıflamasında” en etkin unsur olarak karşımıza çıkmaktadır” (Cebeci, 2016: 61).

“Dini danıřmanlıđın temel iřlevleri arasında iyileřtirme, destekleme, rehberlik etme, uzlařtırma iyileřtirici gűlendirme ve bűyűme, gűnah ve űzűntűyű ortadan kaldırma ve rahatlatma, űnleme, kolaylařtırma, ekolojik ve sosyo-politik bakımdan bűtűnsel toplulukların geliřimine katkı sađlama gibi unsurlar yer almaktadır” (Lartey’dan akt. Ok, 2015: 39). Pargament’e gűre, “din ya da maneviyat, yařamak için, insan tecrűbesinin geniř bir alanına uygulanabilir kapsayıcı bir çatı iřlevi gűrűr. Baumeister’e gűre ise o, űzerine kiřisel hedeflerin kurulduđu, refah ve psikolojik bařa çıkma için kaynakların bulunduđu ‘nihai deđer temeli’dir” (Pargament ve Baumeister akt. Ayten ve apıođlu, 2013: 409).

Bűtűnleřik bir tanım olarak manevi bakım “sekűler veya dindar olup nihai



konulara önem veren, yaşamında aşkın bir boyut olduğunu kabul eden kişiler tarafından, doğrudan ya da dolaylı olarak sorun yaşayan insanlara yönelik, destekleme, iyileştirme, rahatlatma, rehberlik etme, uzlaştırma ve benzerlerini içeren yardım etme” davranışlarıdır (Altaş ve Köylü, 2015: 40).

## **2.5. Türkiye'de Manevi Bakım Hizmeti**

Ülkemizde sağlık problemi yaşayan ve alternatifsiz tedavi tercih sebebi olarak bireylerin kabul ettiği hizmet alanı olan sağlık kurumları, bireyin yaşamında en acı en üzüntülü günlerini yaşadığı, hasta yakınlarının da yakınları adına zorlu dönemlerine tanıklık ettiği mekânlar olarak zihinlerde yer almaktadır.

Ülkemizde akademik alanda hastanelerde manevi destek ve bakım ihtiyacına yönelik ilk dikkat çeken iki çalışma, 1997 yılında A. Ü. İlahiyat Fakültesi Mualla Selçuk danışmanlığında gerçekleşmiştir (Söylev, 2017: 255-296). Bu mevcut çalışmaların yürütücüleri Nurullah Altaş ve Üzeyir Ok olup, “Hastanelerde Din ve Moral Hizmetleri” ve Üzeyir Ok’un “Dinsel Danışmanlığın Teorik Çatısı” adlarında lisansüstü çalışmalar olarak literatürde yer almaktadır (Doğan, 2017: 1267-1304).

Daha sonra 2007 yılında Üzeyir Ok, din hizmetlerinin yerine getirilmesi ve geliştirilmesini sağlayan kurumumuz Diyanet İşleri Başkanlığı’na düzenlenen “I. Din Hizmetleri Sempozyumunda, J. Fowler’ın “İnanç Gelişim Teorisi” çalışmasından faydalanarak oluşturduğu “İnanç Bakım Danışmanlığı: Bir Model Geliştirme Denemesi” adlı tebliğinde teklif ve önerilerini dile getirmiştir (Söylev, 2017: 255-296).

Koruyucu sağlık tedbirlerinin alınmasının yaygın olmaması, sağlık durumunun bireysel olarak önemsenmemesi, bilgi eksikliği, ekonomik koşullar ve benzeri durumların söz konusu olması sebebi ile ancak hastalığın kesin tanısının konulacağı aşamaya kadar ertelemektedir. Sonrasında ise gelişen ani korkular, kaygı, belirsizlik, durumlarının yaşanmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle Din Şurasında, “dinimizin sağlık ve hastalık konularındaki görüşlerini doğru bir şekilde aktaracak, hasta ve yakınına bilgi ve moral desteği sağlayacak şekilde düzenli yürütülecek bir din hizmetine ihtiyaç duyulduğu” söylenilerek konunun önemine dikkat çekilmiştir

(Başar'dan akt. Bulut, 2008: 620).

Daha sonraki süreçte yapılan çalışmalara eleştiriler yöneltmiştir.

“Ankara Tabip Odasının başkanlığını da yürüten Dr. Mehmet Altınok tarafından 12.12.1995 tarihinde uygulamanın iptali istemiyle ve yürütmeyi durdurma talebiyle Danıştay'da dava açıldı. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün hastanelerde din görevlileri görevlendirilmesine ilişkin 12.12.1994 tarihli yazısının iptali ve yürütmeyi durdurma istemli davayı görüşen Danıştay Beşinci Dairesi 12.4.1996 tarih ve 1995/3612 sayılı kararla yürütmeyi durdurma kararı verdi. Sağlık Bakanlığı'nın yürütmeyi durdurma kararına itirazını da Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu, 18.8.1996 tarih ve 1996/131 sayılı kararla reddetti. Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı, 7.6.1995 tarihinde 9124 sayılı bir genel yazıyla hizmete esas teşkil eden genelgenin yürürlükten kaldırıldığını valiliklere bildirdi. Böylece yaklaşık bir buçuk sene sürdürülen bu uygulama resmen yürürlükten kaldırılmış oldu” (Altaş, 2007: 601).

İlerleyen süreçte Sağlık Bakanlığının yasal gerekçesi; “01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan ‘Hasta Hakları Yönetmeliği’nin ‘Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma’ konusundaki 38. Maddesi;

Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekân belirlenir. İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır. Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir” şeklindedir (Bulut, 2008: 620).

Hastane Manevi Destek Hizmetleri “633 sayılı Diyanet İşleri Başkanlığı Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanununun 01/07/2010 tarihli ve 6002 sayılı kanunla değişik 7. maddesinin (a) fıkrasının üçüncü bendine ve ilgili yönetmeliklere dayanır. 07.01.2015 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Diyanet İşleri Başkanlığı Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü” imzalamıştır.

Çalışma Usul ve Esasları 5. Maddesine göre; Manevi destek personeli, Bakanlık ve Başkanlığın koordinesi ile düzenlenen “Hastanelerde Manevi Destek Eğitimi”ne katılmış, dini yükseköğrenim görmüş, tercihen yüksek lisans/doktora eğitimi olan il/ilçe müftülük personelidir (Bulut, 2008: 620).

Manevi Danışmanlık ve Rehberlik Hizmeti vermek üzere diğer bakanlık ve kuruluşlar ile imzalanan bazı protokoller arasında;

“T.C. Başbakanlık Diyanet İşleri Başkanlığı ile T.C. Sağlık Bakanlığı arasında Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü (07.01.2015)”,

“T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı arasında işbirliği protokolü (26.01.2011)”,

“T.C. Adalet Bakanlığı ile T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı arasında Tutuklu ve Hükümlülerin Dini ve Ahlaki Gelişimlerini Sağlamaya Yönelik protokol (10.02.2011)”,

“T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı ile T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı arasında işbirliği protokolü (26.02.2015)” yer almaktadır (Söylev, 2017: 255-296).

### **3. HASTA YAKINLIĞI VE REFAKAT**

Günümüzde birçok hastalık kronik nitelik kazanmış, hastalıklardan sağ kalım süreleri uzamış, bakım ihtiyacı duyan hasta sayısı da ciddi şekilde artmıştır. Bu nedenlerle bakım veren kişi kavramı önem kazanmıştır (Atagün, 2011: 513-52). Refakatçi olma hastaya bakım hizmeti veren kişi eylemi olarak görünse de, kendi içerisinde kuralları olan duygusal ve ruhsal açıdan eşlik etme sürecini kapsayan bir bakım verme hizmetidir (Okan Hastanesi, [okanhastanesi.com.tr](http://okanhastanesi.com.tr) [Erişim 01.05.2019]).

Tıbbi bakım sürecindeki hasta veya bakım hizmeti verilen kişinin belirsiz bir süre içerisinde sorumluluklarını üstlenmek bakım verecek olan hasta yakınının hayat memnuniyetinin, ruhsal, bedensel ve psikolojik sağlığının etkilenmesine, strese, çaresizlik hissine kapılmasına ve sıkıntıya düşmesine sebep olabilmektedir (Ayten, Göcen, Sevinç ve Öztürk, 2012: 45-79).

Birey ve aile çevresinde başlayan hastane öyküsünün bilinmeyen bir tarafı süreç ile başlamakta ve hasta yakını olan birey kendisini çok fazla sorumluluk altında hissetmektedir. Bu beklenti dizininde (sağlık profesyonellerinin hasta tedavi süresinde hasta yakınının bakım ve takip görevi) sorumluluklar alınmaya başlanmakta ve her görev disiplini kendi üzerine düşen görevi yerine getirme doğrultusunda ilerlemektedir. Refakatçi hastane bünyesinde, hastanın yanında olup ona refakat etmek, vizite ve tıbbi bakım sırasında hastanın yanında bulunmak, hastanın bakımına doktoru tarafından izin verildiği ölçüde yardım etmek gibi hastanenin koyduğu tüm kurallara uymak zorundadır (Okan Hastanesi, [okanhastanesi.com.tr](http://okanhastanesi.com.tr) [Erişim 01.05.2019]).

Hasta birey için tedavi sürecinin uzaması ile bakım hizmeti sunan refakatçi birey için de hastanede kalacağı sürenin beklenmedik bir şekilde uzaması ve bununla birlikte hastalarının ölüme yakın süreçte ağrı ve acılarına tanıklık etmeleri duygusal açıdan olumsuz şekilde etkilemektedir. Bakım vericilerin hasta bireyin iyileşmesine yönelik ümitlerini kaybetmeleri de çoğu sağlık personelinin yaşadığı eş duyum yorgunluğu adı verilen çeşitli sorunları yaşamalarına sebep olmaktadır (Hiçdurmaz ve İnci, 2015: 296-310).

Alpteker, bakım esnasında oluşan yük duygusunu objektif ve sübjektif yük olarak tanımlamaktadır. “Objektif yük boyutları” kendi içerisinde hasta bireyin yakın aile bireylerine ekonomik yönden bağımlı hale gelmesi, aile düzeninin bozulması, hasta bireyin yanlış davranışlarını yönetmeye çalışma, sosyal aktivitelerin duraksaması ve diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi gibi durumları içermektedir. “Sübjektif yük” ise, bireyin objektif yüke bağlı olarak karşılaştığı sorunlar olarak tanımlanmaktadır. Araştırmacılardan bazılarının göre ise bakım veren kişinin tanıklık ettiği süreçlerde duygusal yönden değişikliğe uğraması ve bu duruma karşı geliştirilen davranışlar olarak tanımlamıştır (Altaş ve Köylü, 2015: 174).

Zaman zaman hasta yakını olmak hasta olmaktan daha zorlu bir süreci beraberinde getirir. İnsanın birinci derece yakınının hasta olması ve iyileşme umidinin az olduğu bir hastalık türünde olması kişinin üzüntü, çaresizlik, yetersizlik gibi duygular içine girmesine yol açabilir (Tabar, 2006: 9).

Bu olumsuz psikolojik duyguların yanı sıra, bakım verende yorgunluk ve bitkinlik gibi bedensel yakınmalara baş ağrısı, kas ağrıları, iştahsızlık, düzensiz

yemek yeme, kronik yorgunluk, uyku düzensizliği vb. eşlik etmektedir. Örneğin yaşlı bakımında, primer bakım verenler bedensel, sosyal ve ekonomik güçlükler yaşamakla birlikte zamanla stres, depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedirler. Sonuç olarak bakım verenler, bakım vermeyenlere göre daha fazla sağlık sorunu yaşamakta ve sağlık yakınmalarının daha fazla olduğu gözlenmektedir (Alpteker, 2008: 22).

Hasta kendisine konulan tanıyı kabullenmekte hangi zorlukları yaşıyor ise hasta yakını da benzer tepkileri vermekte ve olası tepki evrelerini bazen açıktan bazen de gizil olarak yaşamaktadır. Ancak hastaya göre farkı ise çoğu zaman daha fazla çaba sarf etmek durumunda kalmasıdır. Hasta bireyin doğrudan etkilendiği kişiler arasında yer alması, yakınının hastalığı ile ilgili üzüntü, kaygı ve korkularını gizli yaşamak zorunda kalması da hasta yakını olmanın getirdiği zorluklardan bazılarıdır.

Ayrıca hasta yakınları hastalarına fazlası ile yardım etmekte ve hastalığın iyileşmesi yönünde beklenti içerisine girmektedirler. Hastaları iyileşmediğinde ise ümitsizliğe kapılabilmekte ve çaresiz hissederek istem dışı da olsa bu durumu yüz ifadelerine yansıtarak hastayı olumsuz etkileyebilmektedir (Tabar, 2006: 9). Tüm bu verilerden anlaşıldığı kadarıyla, hastanın yaşamında en kritik pozisyonlardan biri haline gelen hasta yakını hasta için oldukça büyük bir anlam ve öneme sahiptir.

### **3.1. Bakım Hizmetine Eşlik Eden Hasta Yakınının Fonksiyonları**

Bakıma muhtaç birey, günlük hayatında olağan hareketlerini gerçekleştirmede bir başkasının bakımına ihtiyaç duyacak konuma gelen kişi iken, bakım veren kişi açısından, içinde çeşitli zorlukları barındıran bir süreç ortaya çıkmış olmaktadır (Balcı, Atılğan ve Bulut, 2016: 465-475; Altaş ve Köylü, 2015: 172-173). Bakım veren kişi hastanede refakatçi kimliği ile farklı bir kimlik sahibi haline gelmekte ve kendisine yabancı olan ve hakkında bilgisinin bulunmadığı bir alanda kendisinden yetkin olması beklenmektedir (Terakye, 2011: 78).

Hasta ve yakınları sürekli etkileşim halinde olduğu için hastaya hizmet sunma noktasında hasta yakını yardımcı bir unsur olmaktadır. Olası posttravmatik stres

bozukluğu gibi duygulanım bozukluklarının gelişme riskinin azaltılmasında, etkili bir durumla baş edebilme mekanizmaları geliştirebilmesi ihtimalinden ötürü, hasta yakınının bakım hizmeti sürecinde aktif rol almasının yararlı olduğu bildirilmiştir (Yardan ve diğ. , 2015: 153-147).

Sistemli ve sürekli titiz bir bakım gerektiren böylesi bir durumda içinden çıkılamayacak bir durumun meydana gelmesi ve neticede stresin oluşması tüm bilinç düzeylerindeki insanlarda verilen ortak tepkilerdendir. Hasta yakını için bir diğer zor durum ise teşhisin aile bireylerine iletilmesidir, bu mecburiyet hasta yakını duygusal yük ve ağır sorumluluk altında bırakmaktadır (Terakye, 2011: 78).

### **3.2. Hasta Yakınının Eşlik Ettiği Evreler Ve Yaşadığı Zorluklar**

Kanser hastalığı yalnızca hastaları değil, hasta yakınlarını da pek çok yönden etkileyen bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu süreç sosyal ve varoluşsal açıdan emek isteyen, ciddi bir zaman dilimi harcanan, bakım veren bireye maddi, manevi, fiziksel ve duygusal açıdan bir takım görev ve sorumluluklar yükleyen zorlu bir süreçtir (Ekşi, 2017: 324). Bazen görev ve sorumluluk olarak yer alan problemler bazen de hasta yakınlarını duygusal açıdan zorlayan durumlar içerisinde, kendilerini çaresiz hissetmesine sebep olan hastalarının bilinç kapalılığı zaman zaman da yoğun ağrı kesicilerle ancak acısının dindirilebildiği uyku halinde olmaları gibi durumlar eşlik ettikleri evreler arasında yer almaktadır (Özdemir'den akt. Aktaş & Arabacı, 2016: 42).

Yakın bir zamana kadar ayakta ve sağlıklı gördükleri yakınlarını savunmasız ve adım adım ölüme yaklaşmakta olduğu gerçeği ile karşı karşıya kalmak hasta yakınlarını zorlayan süreçler arasında yer almaktadır.

Bakım hizmetine eşlik etmede, hasta yakını, teşhis ve tedavi sürecinde fiziksel ve duygusal görev sorumluluk dönemine girmektedir. Hastalığın seyri ve tedavi sürecinin aşamalarına göre değişik duygu durumları yaşayabilmektedir. Korku, kaygı, yalnızlık, ümitsizlik, belirsizlik, bireysel veya sosyal alanda olumsuz yorumlar ile karşı karşıya kalma, hastayı olumsuz etkilerden korumaya çalışma vb. gibi durumlarla karşı karşıya gelebilmektedir (Babaoğlu ve Öz, 2003). Diğer yandan

vicdani boyutta ise, kanser hastası yakınları hastalıkla ilgili zaman zaman sorumluluk ve suçluluk duygusuna sahip olmakta, hastalık ilerledikçe suçluluk duygusuna kapılarak travma etkisi oluşturmaktadır (Ekşi, 2017: 324). Bu noktada hasta ve yakınlarına kişisel ve biyolojik farklılıkların tedavi etki sürecinde farklı sonuçlar oluşturabileceği konusunda bilgilendirilmesi ve olumlu başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi sağlanmalıdır. Tüm bu durumlarla birlikte hasta yakınının zihninde hastalık adına çelişkili bilgilerin yer alması sebebiyle yeterli zaman ayrılarak hekiminden yeterli bilgiye ulaşma isteği, manevi gereksinimlerinin giderilmesi gibi durumlara ihtiyaç duyduğu ve zorlandığı diğer durumlar içerisinde yer almaktadır (Aktaş ve Arabacı, 2016: 42).

Moos ve Schaefer baş etme sürecinin parçası olarak tanımladıkları adaptif görevlerde ağrı, yetersizlik ve diğer belirtilerin üstesinden gelmek, hastane ortamı ve özel tedavi prosedürlerinin üstesinden gelmek, sağlık profesyonelleri ile ilişki geliştirmek ve sürdürmek, duygusal dengeyi korumak, benlik imgesi, yeterlilik ve hâkimiyeti korumak, aile ve arkadaşlarla ilişkileri sürdürmek, belirsiz bir gelecek için hazırlanmak gibi görevler hasta ile beraber hasta yakınlarının ilgilendiği aşamalar arasında yer almaktadır (Polat, 2011: 193-198).

Hasta yakınının bir diğer eşlik ettiği evre ve olası gelişebilecek durum tanının bilinmesi ve derin yalnızlık duygusu içinde olunması sebebi ile hastada öz kıyım (intihar) düşüncesi ve teşebbüsünün oluşması durumudur. Araştırma grubundaki hastaların % 32'si aile bireylerinin yeterince destek olmadıklarını ve kendilerini yalnız hissettiklerini ifade etmişlerdir. Ailesel problem saptayan hastalarda %25, ailevi problem tanımlamayanlara %5.9 oranla anlamlı derecede yüksek düzeyde öz kıyım düşüncesi saptanmıştır (Ateşçi, 2003: 148).

Bakıma muhtaç kişi, bakım verene zaman bakımından bağımlı ise, bakım verenin başta kendi hayatı olmak üzere, sürekli bakıma muhtaç kişiyle ilgilenmek zorunda kaldığı için, diğer aile bireyleri, akraba ve dostları ile ilişkileri devre dışı kalabilmektedir (Ateşçi, 2003: 145-152). Dolayısıyla hasta yakınları bakım hizmetine bağlı yorgunluk, stres, bıkkınlık, tükenmişlik, suçluluk gibi birtakım sıkıntılar yaşayabilmektedir (Ekşi, 2017: 324; Altaş ve Köylü, 2015: 171).

Hasta yakınlarını zorlayan bir diğer etken ise hastaların hastalık tanısının sosyal mesajlar ile öğrenme durumlarıdır. Belirtiler ve hastalık sürecinde hastada

meydana gelebilen değişiklikler diğer aile yakınları ya da sosyal çevrede bilinen deneyimler üzerinden alınan duyular ile hasta tarafından öğrenildiğinde hastada şüpheler oluşabilmekte ve bu durum söz konusu olduğunda hastanın kaygıları ile yine hasta yakını mücadele vermek zorunda kalmaktadır. Bu sebeple Larsen, hasta yakınlarını ‘gizli hastalar’ olarak isimlendirmiştir (Larsen’den akt. Özdemir, 2016: 26-32).

Bazı bakım vericilerin ise aklına kendi anne veya babalarının, eşlerinin ya da yakın akrabalarının geçmişteki olumsuz hastalık deneyimleri ve yaşadıkları acılar gelmekte ve bu sebeple hastadan uzaklaşabilmektedirler (Terakye, 2011: 78-82). Terminal dönemde ise sağlıklı bir insan için uzak bir kavram olan ölüm, hasta birey için bir o kadar yakın bir kavram ve yaklaşan bir deneyim olma özelliği oluşturmaktadır. Kronikleşmiş ölüm korkusu hasta birey üzerinde beklenmedik tepkiler geliştirmesine sebep olmaktadır (Terakye, 2011: 78-82). Bu durum neticesinde yaşanan sıkıntılar hasta yakınının karşılaştığı en ağır zorluklardır ve bakım hizmetinde verimi etkilemektedir. Bu noktada bakım verenlerin manevi yönden desteklenmesi, ihtiyaç duyduğu şeyler arasında önemli bir yer tutmaktadır (Altaş ve Köylü, 2015: 171).

### **3.3. Bakım Hizmetine Eşlik Eden Hasta Yakınının İhtiyaçları**

Aile düzenini olumsuz yönde etkileyen durumlardan bir tanesi olan kanser hastalığında aile üyelerinden birisinin kanser tanısı alması ile hasta birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin etkilendiği ve aile ortamında stres ve gerginliği arttırdığı düşünülmektedir. Kanser tanısı alan bireyin yakınlarında gelişen sorunlar bakım vermede yük kavramı olarak açıklanmaktadır (Şahin, Polat ve Ergüney, 2009: 2).

Bakım vermede yük kavramının algılanması, refakatçi bireyin aldığı sorumlulukların ortaya çıkardığı, fiziksel, ruhsal ve psikolojik açıdan yaşanan zorluklar, maddi ve manevi problemler, sosyal açıdan sıkıntılar, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrol edemediği bir sürece sahip olma duygusunu yaşamak gibi objektif ve subjektif sonuçlar oluşturması şeklinde gerçekleşmektedir (Işık, 2013: 5).



“Kişinin psikolojik yaşantısı ile sosyal yaşantısının uyumu ve bu iki yaşantının dengelenmesi, bakım veren kişinin yaptığı şeyin, kendisi için olumlu bir karşılığının olduğunu düşünmesi, başkasının mutluluğunun, kişiye mutluluk vermesi ise önemli bir güdülenme kaynağı olabilmektedir” (Karataş, 2011: 70).

Ancak bakım vermede, bakım verme sürecinde kazanılan “anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama” gibi olumlu kazanımlar oluşturmakla birlikte (Şahin, Polat ve Ergüney, 2009: 2) yaşanan güçlüklerden dolayı hasta yakınının çeşitli ihtiyaçları (tedavi sürecinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi açıdan desteklenmek) hâsıl olmaktadır. Tüm bakım sürecinde bakım veren hasta yakınının kendi özelliklerine uygun bir şekilde sürece uyum sağlayabilmesi, var olan durumda iç kontrolünü sağlaması önem arz etmektedir (Karataş, 2011: 70).

Tüm bu yaşananların sonucu olarak bakım veren aile üyelerinin hastalardan daha fazla “anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon gibi sıkıntılar yaşadıklarını ve bunların sonucunda bağışıklık sistemlerinin bozulması ile fiziksel hastalık riskleri” geliştiği belirtilmektedir (Şahin, Polat ve Ergüney, 2009: 2).

Hasta yakınlarının hastane başvuruları sonrasında oluşacak ihtiyaçlarını belirlemek ve bu konulara çözüm bulmak için Molter tarafından yapılan “Critical Care Family Needs Inventory” çalışmasında Redley ve arkadaşları aşağıdaki durumları tespit etmişlerdir:

- mevcut durumu anlama ve güven ihtiyacı,
- hasta ile yakınlık kurma, haberleşme ve tedavi sürecinde bilgi alışverişi,
- hasta yakınlarının fiziksel rahatlığının sağlanması, stresli ve kederli durumlarında desteğe ihtiyaç duymaları gibi durumlar ortaya çıkmıştır (Yardan T. 2008: 11-12).

Hasta ve yakınının mevcut hastalığın iyileşmesine yönelik ümitlilik halini diğer hasta ve yakınlarının olumsuz düşünce ve tutumları, bazı hastaların tedavi sürecinin ölümle sonuçlanması gibi nedenler etkilemektedir.

Bakım verme rolünde olan kişi psikolojik ve ruhsal olduğu kadar, maddi anlamda da pek çok zorluk yaşamaktadır. Ailenin normal geçim kaynakları orta düzeyde ihtiyaçları karşılamakta iken, bakım verme rolünde olan kişinin ev, iş ve

ailevi sorumluluklarının aksaması sebebi ile ekonomik kaynaklar yetersiz kalabilmektedir. Hastalığın duygusal yükü ile beraber ulaşım, bakım vb. harcamalar nedeniyle ekonomik açıdan zorluklar yaşanabilmektedir. Görüldüğü üzere hasta yakını fiziksel ve psikolojik açıdan yıpranmaya maruz kalmakta ve bu yönde destek almaya ihtiyaç duymaktadır (Altaş ve Köylü, 2015: 171).

Bu sebeple bakım hizmeti hastalar kadar refakatçi ve hasta yakını olan aile bireylerini de kapsayacak nitelikte olmalıdır. Bakım veren bireyin kendisine saygı duyması, kendisini değerli hissetmesi, geliştirmesi, kendisi dışındaki bir bireyin yaşam idealini gerçekleştirmesine yardımcı olması ve bu ideallerin gerçekleştirilmesi için hasta bireyin güdülenmesini sağlaması, kendi içinde sağduyulu ve düzenli bir tutumun gelişmesi hususunda katkı sağlamakta ve bakım verenlerde olumsuz duyguların oluşumunu engellemektedir (Karataş, 2011: 70). Bunların uygulandıkları ölçüde bakım veren hasta yakınının ihtiyaçlarının bir nebze de olsa giderilmesi hususunda destekleyici bir rol oynayacakları umulabilir.

#### **4. DİN VE SAĞLIK İLİŞKİSİ**

Din olgusu, kişiden kişiye, toplumdan topluma, tarihsel zaman içerisindeki uygarlıklardan, günümüz toplumlarına kadar algılama, inanç ve yaşantı boyutunda farklı kavram ve anlamlandırmalarla karşımıza çıkmaktadır.

Arami-İbranice dil gruplarında din, “mülk, ceza, hesap, mükâfat” manalarında kullanılmaktadır. Eski Yunanca’da din kelimesi, “koru ile karışık sevgi” anlamına gelen “religere” ve “religare” olmak üzere iki kökten türemekte, “religere” ‘bir işi tekrar ve dikkatlice yapmak’ anlamını içerirken, “religare” kökünden gelen kullanımı ise “insanların din yoluyla Tanrı’ya ve birbirlerine bağlanmaları” anlamını taşımaktadır (Miran, 2010: 4).

Dini açıklamada, yaklaşım farklılıkları ele alındığında, değişik tanımlar söz konusu olmakta, teolojik, ahlaki, felsefi, psikolojik ve sosyolojik bakımdan dini tanımlarken içerik boyutunda ise Williame’nın yaptığı özsel, işlevsel ve hem özsel hem işlevsel olarak tanımlar karşımıza çıkmaktadır (Yapıcı, 2013: 9). Din kavramını işlevsel açıdan ele alan Durkheim ise; dini “kutsallığına inanılan varlıklara nispetle

geliştirilen ve neticede, manevi bir birlikteliğin oluşumunu sağlayan, inançlar ve uygulamaların oluşturduğu dayanışmalı bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır (Yapıcı, 2013: 15).

Dindar insanın yaratıcısı ile kurduğu bu bağlantıya kişiliğinin tüm boyutları ile katılması ile dini yaşantıdaki hassasiyet bireyin yaşamının tüm boyutlarına ulaşmaktadır. Bireyde veya gruplarda inanç durumunu incelemede dini pratiklerin sıklığı ve inançlarını araştırmak yeterli sonuca ulaştırmamaktadır. Bunu dikkate alan araştırmacılar bireyin dini hayatını araştırmada diğer boyutların da katılması gerektiği sonucuna ulaşmışlardır (Hökeleli, 2013: 73). James dini bireyin ihtiyaç ve yönelimi ile bireyin mizacı ve kendi felsefesiyle büyük oranda bağlantılı olduğunu savunmakta, Allport ise bu ihtiyacın bedensel istek, mizaç, psikojenik arzular ve manevi değerler, anlam arayışı, kültür ve uyumluluk gibi deneyim çeşitlerinden söz etmektedir (edt. Ulu, Forsyth, 2017: 258).

Sağlık ile din ilişkisi psikolojinin ve onunla bağlantılı olarak din psikolojisinin en temel ilgi alanlarından biri haline gelmiştir. Mesela Freud din ve ruh sağlığı ilişkisinde dinin olumsuz etkilerinin olduğunu savunmakta ve 1970 yılında yayınladığı ‘-Obsessive Acts and Religious Practices’- adlı çalışmasında dini ritüeller ile takıntılı sinir bozukluklarının özellikleri arasında bir benzerlik olduğunu savunmuştur. Jung din ve sağlık hakkındaki ilişki hususunda benlik arketipinin üst düzey otoritesinde toplandığını, psikolojik sağlığın en yüksek ifadesi psikolojik entegrasyon sayesinde bütünlük ve birlik idealinin sonucu olarak olumlu etki oluşturduğunu düşünmektedir (edt. Ulu, Forsyth, 2017: 92). Jung, yaşamının sonraki yıllarında karşılaştığı hastaların hastalanma sebeplerini dini yaşayıştan uzak kalmalarına bağlamakta yeniden sağlıklarına kavuşmalarının dini yaşayışa doğru bir şekilde yönelmeleri ile kazanacaklarını düşünmektedir. “Hastalarının her birinin hasta olma nedeni, her dönemde yaşamakta olan dinlerin müntesiplerine verdiği şeyi kaybetmeleridir ve hiçbiri tekrar o bakışı kazanmadıkça tam olarak iyileşememiştir” demiştir (Horozcu, 2010: 210-240).

William James (1902) ise, “-The Varieties of Religious Experience”- isimli çalışmasında dini inanç ve tecrübeyi hastalıklı ve sağlıklı bir ruha sahip olan bireylerde farklı etkiler oluşturacağı düşüncesinden hareketle bilinçliliğin daha geniş bir manevi ortama kavuşmada önemli olduğunu belirterek hasta ruhu rahatlatan,

bölünmüş benliği iyileştiren koruyucu bir güç olarak dini ele almıştır.

Allport ise ‘-The individual and His Religion’- adlı eserinde dini inancın birleştirici bir ana duygu sağlamasından bahsederek kişilikte entegrasyon ile birlikte ihtiyaç duyulan en yüksek motivasyonu sağladığını öne sürer (edt. Ulu, Forsyth, 2017: 170-268).

Larson, 1200 civarında ampirik araştırmayı inceledikten sonra fiziksel ve ruhsal rahatsızlık yaşayan insanlar arasında, mevcut problemlerin üstesinden gelme üzerine yaptığı çalışmalarda “dini ve manevi başa çıkma, kişinin hem iç huzurunu arttırıcı hem de, ona sıkıntılarıyla mücadele edebilme de ilave bir kuvvet vericidir” sonucuna ulaşmıştır (Yapıcı, 2013: 51).

Görüldüğü üzere her ne kadar sağlık ve din arasında olumsuz bir ilişki olduğunu ya da anlamlı bir ilişki bulunmadığını gösteren bir takım çalışmalar bulunsa da, araştırmaların çoğu dinin sağlık konusunda olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalardan yola çıkılarak dine bağlı yaşamın olası hastalıklardan koruyucu ve hastalıkları önleyici bir işlevinin olduğu söylenebilir (Ayten, 2013: 8, edt. Ulu, Forsyth, 2017: 170-268).

Manevi yaşantı ile dini yaşayışın fiziksel sağlık yönünden işlevleri ve faydaları değerlendirildiğinde iki yönden yaklaşım sergilenmektedir. Bu durumlardan ilki manevi duygu ve dini inanca sahip olmanın sağlık üzerinde oluşturduğu olumlu etkidir ki buna sübjektif etki denilmektedir (Horozcu, 2010: 210-240). Objektif etki ise bireyin tanrıya yönelerek kendisi ve çevresindeki diğer insanların sağlığına kavuşması için dua etmesi sonucu şifaya kavuşmasının söz konusu olmasıdır (Horozcu, 2010: 210-240).

#### **4.1. Din ve Beden Sağlığı İlişkisi**

Din ve maneviyat (spirituality) birbirinden bağımsız düşünölemeyen iki faktör olmakla beraber aynı zamanda ikisinin de, bireyleri stresli durum içerisindeyken manevi olarak olumlu yönde etkilediği ve fiziksel sağlığı korumada olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir (Ayten ve Anık, 2014: 7).

Psikoloji ve tıp literatüründe, dinin ve maneviyatın sağlık üzerine etkileri

konusuna ilgi giderek artmaktadır. İlk çalışmalarda din ve maneviyatın sağlığı olumsuz yönde etkilediği düşünölmüşse de sonraki çalışmalar bunun tam tersini ortaya koymuştur (Yapıcı, 2013: 53).

Dinin bireyin ruh ve beden sağlığını psikolojik açıdan etkilediğini ifade etmektedir. Olumlu olarak dinin bireye hastalığı ile mücadele etme gücü verdiği belirtilirken (Horozcu, 2010: 210-240), olumsuz olarak ise, hastalık dönemi muhtemel çatışma (hastalık süreci psikolojik tepkiler, tıbbi tedaviyi reddetme vb.) karşımıza çıkmaktadır (Yapıcı, 2013: 79).

Yapılan bir dizi çalışmadaki bilimsel veriler, dinin sağlık üzerindeki etkisinin doğrudan değil de sonuca ulaştırın vasıtalar üzerinden olduğunu ortaya koymuştur (Yapıcı, 2013: 79). Genel sağlık dallarına müracaat eden hastaların izlendiği bir araştırmada sonuç olarak dini bir toplulukla bağlantısı olmayan yaşlıların sağlık kurumlarında kalma süreleri 25 gün iken, dini bir toplulukla bağlantısı olan yaşlıların sağlık kurumunda kalma sürelerinin 11 gün olduğu, dini pratik ve ritüellere haftada en az bir kez katılımda bulunan hastaların %43 oranında sağlık kurumunda daha az kaldıkları gözlemlenmiştir (Ayten, Göcen, Sevinç ve Öztürk, 2012: 45-79).

Bakım verenin dini yaklaşımı ve hastalarla kurdukları ilişki ile ilgili verilerin ulaşıldığı Chang ve arkadaşlarının 127 kişi üzerinde yaptığı çalışmada dini ve manevi yönü güçlü olan bakım verenlerin, yaşlı hastalarla daha kaliteli iletişim kurdukları, kurulan olumlu ilişkilerin tedavi gören hastalarda depresyonu azalttığı ve hastaların psikolojik yönden daha sağlıklı kalmalarına olumlu etki oluşturduğu tespit edilmiştir (Chang ve ark. akt. Köylü, 2010: 5-36). Larson ise dindarların cerrahi müdahalelerden sonra iyileşme düzeyinin diğerlerine göre yüksek çıkması ile din görevlileriyle işbirliği yapılmasının faydalı olacağını düşünmektedir (Yapıcı, 2013: 51-52).

Dini etkinlikler kadar bireyin tanrı tasavvurunun ne şekilde olduğu da önemli bir husus olup, kanser teşhisi konulduğu halde hayatta kalabilen bazı hastaların duygusal streslerini azaltmada pozitif tanrı imgelerinin etkili olduğu ortaya konmuştur (Horozcu, 2010: 210-240).

Duanın da fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Saudia, Kinney, Brown ve Young-Ward (1991), kalp ameliyatına girecek olan 100

hastanın %96'sının yapılan cerrahi müdahalenin olumlu geçmesi için dua ettiğini ve dua edenlerin %70'inin yaptıkları duada kesin bir şifa beklentisi içerisinde dua ettiklerini gözlemlemiştir (Saudia, Kinney, Brown ve Young-Ward 1991, akt. Yapıcı, 2013: 80).

Bu sebeple bakım veren bireylerin, hastanın tanrı tasavvurunun ve manevi beklentilerinin desteklenmesi konusundaki olumlu girişimlerinin iyileşme sürecine olumlu katkı sağlayabileceği düşünülebilir.

#### **4.2. Din ve Ruh Sağlığı İlişkisi**

Bütün dinlerin ortak hedefi, dini inancı olan bireylerin yaşamlarını pozitif olarak düzenlemektir. Bu düzeni oluşturabilmek için bireyin mensubu olduğu dine ait kuralları ve söylemleri uygulaması gerekmektedir. Derinlemesine bakıldığında dinin sadece inanç ve ibadet ilkelerini içermediği aynı zamanda cömertlik, tevazu, sabır, teslimiyet, sevgi, hoşgörü gibi olumlu davranışları ve aynı zamanda beden ve ruh sağlığını koruma yönünde ilkeleri de barındırmasındaki ortak amaç bireyleri hem ruhen hem de bedenen olgunlaşmasını sağlamaktır (Vergote, 1993: 164-165).

Ayrıca manevi bir yaşam olarak tanımlanan inanç ve uygulamalar hayat boyunca, yaşam koşulları ve gelişimsel süreçlere bağlı olarak artan ve azalan dalgalanmalar gösterir. Bu nedenle, dindarlığın psikolojik sağlıkla ilişkisini ontojeni (bireyin tarihsel gelişimi) boyunca gelişimsel bir süreç olarak düşünmek yararlıdır. Hiç şüphesiz dini yaşayış ve aşkın varlık ile bağlantı şekilleri tek düze gibi görünse de, bireylerin algı, yaşayış, kutsala yönelik düşünceleri göreceli bir yapı arz ettiği için bunun ruha yönelik etki ve yansımaları da farklı olabilmektedir (Aydın, 2016: 274-280).

Dindarlık tipleri, dinden beklentiler ve dine yüklenen anlamlar farklı olmakta, amaç ve eğilimler kişilik özelliklerine göre değişmektedir. Buna göre bireyin din için yüklediği anlam ne ise, yaşamsal tecrübelerinde din ile kesiştiği yollarda gösterdiği yönelimler benzer özellikler taşımaktadır.

Bu sebeple dışsal dindarlık kişinin seküler bir amaca ulaşmak için (egoyu besleme) dini, bir araç olarak kullandığı anlamını taşır ve bu tip yönelim genellikle

daha yüksek psikolojik stres, daha az etkili stresle başa çıkma, daha yüksek önyargı ve hoşgörüsüzlük eğilimi ve uygunsuz sosyal davranışlar ile ilişki göstermektedir. Buna karşın, içsel dindarlık amaç anlamı taşımakta (edt. Ulu, Forsthy, 2017: 155), dini yaşamın inanç ve uygulamalarını amaç edinerek daha fazla iyi oluş, daha gerçekçi ve etkili başa çıkma ve daha uygun sosyal davranışlar ile ilişkilidir. Arayışsal yönelimde ise kişiler sürekli soru sorarlar ve karşı karşıya oldukları dünyayı anlama çabası içinde inançlarını sorgulamaktadırlar (Aydın, 2013: 280-285).

Ruh sağlığı ve dindarlık arasındaki olumlu ilişki, davranış düzenleme teorisi, olumlu duygular teorisi, tanrısal eylem düşüncesi teorisi, bilişsel yönelim teorisi ve sosyal destek teorisi gibi teorilerle anlatılırken (Apaydın, 2010: 59-77). Olumsuz durumları ise dine dair bilginin olmaması veya yetersiz bilgi dinsel bilgideki belirsizlik, inanca dair çelişkili bilgiye sahip olma, sorgulama sonucunda oluşan inanç kaybı ve suçluluk duygusu ile birlikte bilişsel katılık, sıkı ahlaki kurallar, sosyal baskı ve sosyal dışlanma gibi durumlarla açıklanmaktadır (Ok, 2005: 35-36).

Farklı yaşam koşullarındaki bireyler üzerinde yapılan araştırmalarda, dinî başa çıkmada olumlu sonuç vereceği düşünülen kişisel gelişimdeki yeterlilik veya daha az strese mazur kalma gibi durumların dışında tam tersi olarak tanrıya, dinsel bir gruba dâhil olma ve yakınlık hissinin pozitif manevi sonuçlarla daha fazla ilişkili olduğunu saptamışlardır (Mehmedoğlu, 2005: 282).

Bugüne kadar batı ülkelerinde dindarlık ile sağlık (sağlık davranışları) ve ruh sağlığı ilişkisi ile ilgili yapılan araştırmaların genellikle dini duygu ve inanca bağlı kalmanın hastalıklara yakalanmada koruyucu bir işlev gördüğü ve hastalıkların sağaltımındaki bireyi destekleyici fonksiyonu ortaya konmuştur. Bu doğrultuda dinsel tabanlı sağlık hizmetleri ismi altında sağlıkta yeni bir hizmet davranış şekli geliştirilmiştir (Ayten, 2013: 7-31). Dini mekânlar psikolog ve psikiyatristi bünyesine dâhil ederek bireylere hizmet vermeye devam ederken, bazı dinsel mekânlarda da görevliler kendilerini yetiştirmeye çabalayarak bu destek hizmetini sağlamaya çalışmaktadırlar (Köylü, 2007: 73).

## 5. BAŞA ÇIKMA

Başa çıkma; bireyin yaşamını sürdürürken karşılaştığı zorlukları ve bu zorluklarla mücadelede ihtiyaç duyduğu gereksinimleri iç benlik ve dış dünya ile ilişkileri çerçevesinde geliştirdiği bilişsel ve davranışsal çabaların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Basut, 2006). Bu çabalar yaşam olaylarında karşılaştığımız bir takım stresörlere yönelik verilen tepkiler neticesinde gelişmektedir. Dolayısıyla başa çıkmayı anlayabilmemiz için stres kavramının içeriğine göz atmak da faydalı olacaktır (Karakaş & Koç, 2014: 610-631)

Latince ‘*estriccio*’ kelimesinden türeyen stres kavramı genellikle ruhsal ve bedensel sağlığı koruma yönünde sıklıkla dikkate alınmakla beraber eğitim, ekonomi, siyasal bilimler, işletme vb. gibi disiplinlerde de ele alınmaktadır. Gerek yazılı gerek görsel basında tanımlanması, önlenmesi ve korunmaya yönelik bilgilendirmelerden sıkça bahsedilmektedir. Tüm bunlara eşdeğer olarak güncel konuşma dilinde de bu kavrama rastlanmaktadır (Baltaş’tan akt. Türküm 1999: 18).

Stres kavramı 17. yy. da felaket, bela, keder, elem gibi sebebi bilinmeyen bir şekilde bireye isabet eden durum olarak tanımlanırken, 18. yy. da ise “Kişiye ruhsal yapıya, organlara ya da objelere karşı yöneltilen güç, baskı ve zorlama” gibi dış etkenlerin organizmayı tüm yönüyle etkilediği kavram olarak tanımlanmaktadır (Şahin’den akt. Türküm, 1999: 18).

Stres ile ilgili diğer tanımlara baktığımızda fizyolog Bernard tarafından “organizmanın dengesini bozan uyaranlar” ve Selye tarafından “organizmada zorlanma sonucu ortaya çıkan tepki” olarak değerlendirilmiştir (Köknel’den akt. Türküm, 1999: 18).

Bireyin günlük hayatta neredeyse her alanda karşısına çıkan tüm zorlanmalara karşı verdiği tepkileri Folkman ve Lazarus “bireylerin stresli durumlarla karşılaştıklarında kendi kendilerince ürettikleri ve çevrelerinden gelen taleplerin üstesinden gelebilmek için geliştirdikleri bilişsel ve davranışsal çabalar olarak” stresle başa çıkmanın açıklayıcı tanımını gerçekleştirmişlerdir (Folkman’dan akt. Yıldırım ve ark., 2007:10; Folkman ve Lazarus’tan akt. Türküm, 1999: 18).

Stresle başa çıkma modelini Folkman ve Lazarus “tehdit edici olayı ortadan



kaldırmaya veya onun etkisini azaltmaya yönelik etkinlikleri içeren” problem odaklı başa çıkma ve “kişinin kendisi için stres yaratıcı olan uyarıcı ile mücadele etmek yerine, bu uyarıcının etkisini azaltmak için durumun gerçekliğini yadsıma, sorundan uzak durma ve yaşadığı olumsuz duyguları paylaşma gibi etkinlikleri içeren” duygu odaklı başa çıkma şeklinde iki grup altında toplamışlardır (Lazarus’tan akt. Türküm, 1999: 18).

Günlük hayatta kaçamayacağımız gerçeklerden biri stres ise onunla baş etmeyi öğrenmek de ayrı düşünemeyeceğimiz bir gerçektir (Çiller’den akt. Eryılmaz, 2009: 20-37).

Strese uyum sağlama sürecinin içerdiği bileşenler duyguların yönetilmesi, davranışların düzenlenmesi, stresin kaynağını azaltarak stres ve oluşturduğu tüm olumsuz duyguların neticesinde bireyin mevcut durumdan kurtulmak için sergilediği davranışlar ve çabalarını içermektedir (Eryılmaz, 2009: 20-37).

Tüm bu uyum sağlama sürecinde bireyin stresörlere karşı geliştirdiği tüm çabaların davranışsal özeti olan ‘başa çıkma’ (coping) kelimesi anlam olarak karşı karşıya gelmek, karşılamak, çarpmak anlamlarına gelmektedir. Lazarus başa çıkmayı bireyin kendisini iyi hissetmesini sağlayan davranışsal yaklaşımlar ile beraber kendisini kötü hissetmesini sağlayan durumlardan kaçınma eyleminin de varlığına işaret etmiştir. Ayrıca Lazarus başa çıkmayı eylemsel olarak bireyin çevre ile etkileşimindeki olumsuz koşulları lehine çevirmesini doğrudan eylemler, bireyin rahatlamasına yönelik eylemleri ise hafifletici davranışlar olarak nitelendirmektedir (Lazarus’tan akt. Eryılmaz, 2009: 20-37).

Moss ve Billings (1982) başa çıkma süreçlerini,

- Psikoanalitik yaklaşım: İç ve dış gerçeklik arasında çatışma çözümündeki ego süreçleri,

- Gelişim dönemleri yaklaşımı: Gelişimsel geçişlerin başarılı bir şekilde gerçekleşmesi (etken olarak özsaygı, öz yeterlilik, egemenlik duygusu, sorumluluk, içsel kontrol vb. nedenler),

- Evrimsel yaklaşım: Başa çıkmada yaşamda kalmayı sağlayan özelliklere vurgu yapılması,

- Kültürel ve sosyo-ekolojik yaklaşım: Başa çıkmada fiziksel ve çevresel

koşullara uyum sağlaması,

•Bütüncül yaklaşım: Başa çıkmada bilişsel ve davranışsal çabaların vurgulanması, şeklinde değerlendirmişlerdir (Moss ve Billings'dan akt. Eryılmaz, 2009: 20-37).

Baş a çıkma durumunun değerlendirilmesi bireyin iç ve dış kaynaklarının etkileşimini ilgilendirirken, bireye dönük yönünün incelenmesi konusunda ruh sağlığı açısından 'psikolojik sağlık' faktörü gündeme gelmiştir. Werner'in (1955) Kauai'de yaptığı çalışmada, "doğum komplikasyonu gelişmiş, ailesinde psikopatoloji öyküsü ve ebeveynleri arasında anlaşmazlık olan ya da kronik yoksulluk içinde yetişmiş çocukların biyolojik, psikolojik ve sosyal risk faktörlerinden nasıl etkilendiklerini" araştırılarak baş a çıkma sürecinde bireyin ruhsal dayanıklılığının önemi ve bunu etkileyen faktörlere dikkat çekilmektedir (Werner'den akt. Öz ve Yılmaz, 2009: 82-89).

## 6. DİNİ BAŞ A ÇIKMA

Dünya üzerindeki dinlerin nihai amaçlarından birinin, dini mensubiyeti olan bireylerin, ruhsal ve fiziksel sağlıklarını koruma olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra on sekizinci yüzyıldan itibaren bazı bilim adamları ve filozoflar, toplumların eğitim düzeyinin artması ve teknolojik ve bilimsel gelişmelere hâkim olunması ile dünya üzerinde dinlerin değerlerini kaybedeceğini ve geçmişte yaşanmış bir durum olarak hatırlanacağını öne sürmüşlerdir. Ancak bu düşüncelerin aksine zaman ilerledikçe bireylerin dini uygulamalar ve inançlara ilgilerinin arttığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte önceki zamanlarda din irrasyonel bulunurken yakın zamanlarda geliştirilen yaklaşımlarla ruhsal ve fiziksel sağlığa etkileri boyutunda en etkili psikososyal destek kaynağı olarak görülmektedir (Köylü, 2007: 65). Dolayısıyla günümüzde baş a çıkma yöntemi olarak dinin destekleyici etkisinin olduğu bilinmektedir (Şentepe, 2015: 187).

"Birey, doğumundan ölümüne giden süreçte dışsal ve içsel faktörlerin etkisiyle sosyalleşmekte, bu sosyalleşme sürecinde çevresindeki nesnelere ve durumlara karşı çeşitli tutumlar geliştirmektedir" (Kavas, 2013: 143). İnsanlar yaşamları süresince

içsel ve çevresel etkenlere bağlı olarak türlü zorluk, sorunlarını çözmeye engellenme ve problemlerle karşılaşmaktadır. Bu sıkıntılara karşı tutum geliştirmede en etkili faktör olarak din karşımıza çıkmaktadır (Kavas, 2013: 143).

Oginska-Bulik'e göre, maneviyat ve dinin birbirlerine bağlı oldukları, ayrıştıkları noktanın ise maneviyatın bireysel deneyime dayanırken, dinin toplumsal değerlere dayanmasıdır (Ekşi, 2017: 284).

Maneviyatı Armstrong, "kişinin dünyada faaliyette bulunma şeklini etkileyen bir yüce güçle (a Higher Power) olan bir ilişkinin varlığıdır" şeklinde tanımlarken, Hart, "kişinin inancını günlük hayatında yaşama şekli, bir kimsenin varoluşun nihai koşullarıyla ilişki kurma şeklidir" diyerek davranışsal boyutuna temas eder. Shafranske and Gorsuch ise "insan tecrübesindeki aşkın boyut, kişisel varoluşun anlamına ilişkin bireysel sorunlar ve kendini (self) daha geniş bir ontolojik bağlama yerleştirme çabaları esnasında birden keşfedilen aşkın boyuttur" diyerek dini varoluşsal ve ontolojik bir bakış açısı ile tanımlar (Paloutzian ve Park, 2013: 65).

Karşılaşılan zorluklarda travma niteliği taşıyan olaylar bireyin hayata dair yeni anlam ve amaç arayışı maneviyatın temel özelliklerini besleyerek varoluşsal gerçekliğe ulaşmada kolaylık sağlar. Bireyin travma sonrası tanrıya daha çok yaklaştığını düşünmesi onun aşkın ve bilinmez yönlerini bir güç olarak görmesini sağlar. Bundan ötürü travma, dolaylı olarak "manevi büyüme uyarıcısı" olarak hizmet edebilir (Ekşi, 2017: 285).

### **6.1. Dini Başa Çıkma Tanımı**

Pargament dini başa çıkmayı stres, sıkıntı ve sorunlarla mücadele etme sürecinde bireyin inançlarını kullanma yolu olarak tanımlamaktadır (Pargament'ten akt. Eryücel, 2013). İnsanların başlarına gelen olay ve durumları anlayabilmeleri, kabullenebilmeleri üstesinden gelebilmeleri ancak psikolojik bir sürecin neticesinde mümkündür. Başa çıkma denilen bu süreç içinde insanlar olayları anlamaya ve çözmeye çalışırlar.

Bu sebeple geçirdiğimiz yıllarda bireyin hayatındaki olaylar neticesinde uyumlu olma ve dengede kalma durumunu sağlayabilmek amacıyla "seküler başa

çıkma” modellerinin bireyi ve farklılıklarını dikkate almayan, genelden özele yaklaşım prensibi taşıması sebebiyle tükenmişlik yaşaması, dini başa çıkmanın önemi üzerine farkındalığı arttırmıştır. Seküler başa çıkma yöntemlerinin aciz kaldığı durumlarda dinin sabırlı olma prensibi ve doğru algılanması kriz yönetiminde çözüm sağlayacak ilk basamak olma özelliği taşımaktadır (Eryücel, 2013: 11).

Böylesine zor durumlardan biri olan kanser tanısı veya tedavisi almak, kişiler üzerinde travmatik etkiye neden olabilmektedir. Travmaya uyum teorilerine göre, kişinin kendisi ve dünya ile ilgili temel inançları sarsılır. Bu inançlar insanların yaşamın anlamı ile ilgili bilgileri nasıl yorumladıklarını belirleyen şemalardır. Bu şemalarda neredeyse insan sayısı kadar tepki farklılığı oluşabilmektedir. Bu farklılıklara eşlik eden en yakın aile üyeleri ciddi problemlerle karşılaşmaktadır. Din ve maneviyat, kanser hastalarının ailelerine de etkili baş etme mekanizmaları sağlar. Hastalıkla baş etmede, dini ve manevi kaynaklara güvenen hastaların, hastalıklarını kabul ederek ve onunla olumlu bir şekilde ilgilenmeyi sürdürerek aktif bir baş etme stilini oluşturmaları mümkündür (Ekşi, 2017: 313).

Manevi stres yaşayan hasta ve yakınları yaşamın, ölmenin, acı çekmenin anlamını, inanç sisteminin güvenilirliğini sorgulama sonucunda adil bir dünya algılarını yitirebilirler. Bütün bunlar kanser hastalarının iyi oluş durumlarının olumsuz yönde etkileyecektir (Ekşi, 2017: 313). Bu sebeple hastalık süreci yakınları için, anlam üretme ve büyümeleri için bir fırsat olabilmekte, sevdiklerine bağlılıkları artan bu bireyler, öncelik ve değerlerini gözden geçirme eğiliminde olmaktadır (Ekşi, 2017: 324). Dini başa çıkmada birey yaşadığı zorluklara karşın bilinçli veya bilinçsiz olarak bir yöntem geliştirmektedir, bireyin yaşam olaylarına bakış ve bunları değerlendirme konusunda etkin baş etme becerisini kazanması son derece önemlidir.

## **6.2. Dini Başa Çıkma Türleri ve İşlevleri**

Pargament, bireylerin yaşam olaylarında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarında dini inanç ve maneviyat yönünün önem teşkil ettiğini ancak din ve maneviyatın problemlerle başa çıkabilmede katkısını, o kişinin problemleri karşılama şemasında dinin nasıl yer aldığı ve kişide dini inancının derinliğinin önemine

(Horozcu, 2010: 217) vurgu yapılmaktadır.

Dinin bireye etkisi iç benlikte gerçekleşmekte, ahlakilik en üst manevi otorite olarak kabul edilse de; kişinin dışındaki inançlar, metinler, normlar veya otoriteler kişisel deneyim yoluyla bireyde etkisini göstermektedir (Cirhinlioğlu ve Ok, 2013: 134). Kendi içerisinde dini başa çıkma tarzlarının bireye dönük etkileri, olumlu ve olumsuz başa çıkma ve Bowlby'nin bağlanma teorisi üzerinden tanrıya inanç yönünden bağlanmanın başa çıkma sürecine etkisi gibi yaklaşımlar şeklinde değerlendirilmektedir (Eryücel, 2013: 17).

Pargament, Koenig ve Perez'e göre bireyin yaşanan zorluklarda dini referanslarda anlam bulması, bireyin iç kontrolünü sağlaması ve çözüm bulması, kaygılarını azaltıp teselli bulması, sosyal dayanışma ve kimliğinin desteklenmesi gibi unsurlar olumlu dini başa çıkma özelliklerinin amaçlarını oluşturmaktadır (Pargament, Koenig ve Perez'den akt. Eryücel, 2013: 17). Pargament (2005), "pozitif dini başa çıkma olumsuz durumların iyi bir bakış açısıyla değerlendirilmesini, işbirlikçi başa çıkmayı, Tanrı'dan manevi destek arayışını, din adamı veya cemaat üyelerinden destek arayışı, başkalarına dinî yardımı ve dinî affı içerdiğini gözlemlemiştir" (Karakaş ve Koç, 2014: 611).

Olumsuz dini başa çıkma özellikleri cezalandırıcı tanrı tasavvuru, mevcut durumla uyuşmayan fazla ümitlilik, iş ve eylemlerin sonucunu tamamen tanrıya bırakma (kadercilik), diğer bireyler için olumsuz dileklerde bulunma, olumsuz düşünce kalıplarını tanrının dileği olduğunu düşünerek savunma, duygu ve düşüncelerde tanrı adına aşırılık içerisinde olma gibi eylemleri içerir (Pargament'ten akt. Eryücel, 2013: 16). Diğer bir deyişle "olumsuz dinî başa çıkma metotlarından oluşan örüntü, genel bir dinî yönelimden meydana gelir bizzat gerilim ve karmaşada tanrı ile zayıf bir ilişki, yüzeysel ve uğursuz bir dünya görüşü ve anlam arayışında dinî bir çabayla belirlenir" (Mehmedoğlu, 2005: 287).

Pargament ve arkadaşları, krizlerde dini başa çıkma kontrol duygusu geliştirmede bazı yaklaşım çeşitleri belirlemiştir:

"a) Başa çıkmada kendisini tanrı vergisi kaynaklara dayandıran insanların kendini yönlendirme yaklaşımı,

b) Problem çözme sorumluluğunu pasifçe tanrıya havale eden insanların

erteleme yaklaşımı,

c) Problem çözme sürecinde ortaklar gibi tanrı ile birlikte çalışan insanların işbirlikçi yaklaşımı” söz konusudur.

Bu yaklaşımlardan kendini yönlendirici yaklaşımı içeren dinî başa çıkmanın, “daha yüksek öz saygı ve daha büyük bir kişisel kontrol duygusu” ile bağlantılı olduğunu belirtmişlerdir (Mehmedoğlu, 2005: 286).

“Bireyle tanrı arasında etkin bir alışveriş tarzını içeren işbirlikçi dinî başa çıkmanın ise, daha yüksek öz saygı, daha yüksek bir kişisel kontrol duygusu ve şans tarafından daha düşük bir kontrol duygusuyla” ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Mehmedoğlu, 2005: 286).

Dindarlıkta dış etkiler boyutunda ise Krause, yaşam olaylarındaki stresörlere maruz kalmada dini başa çıkma yönünden dini duygu ve pratiklerin önemli katkılarda bulunduğu düşünülmektedir (Uysal ve diğerleri, 2017: 139; Jones, 2012: 239). Dini ve manevi başa çıkma stratejileri iyileşmeye katkı sağladığı tanrının sevgisini arama, öfkeden vazgeçmek için tanrıdan yardım isteme, tanrının kişiyi nasıl güçlendirdiğine odaklanma, günahlar için af dileme ve dine yönelerek sorunlarının kaygı sebebini ortadan kaldırma şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Ekşi, 2017: 289).

Fehring ve arkadaşlarının (1997), “yaşlı kanser hastalarında iç güdümsel dindarlıkla daha yüksek iyimserlik ve daha düşük sıkıntı arasında pozitif bir ilişki tespit etmeleri” Pargament’in düşüncesini destekler niteliktedir (Fehring’den akt. Horozcu, 2010: 217).

Frazier, böbrek nakli geçirecek hastalar üzerinde çalışmış ve bunun sonunda dinî başa çıkmanın, yaşam stresörlerinde sağlık yönünden yaşanan sıkıntılarda başa çıkmada uyum sağlama sürecine katkısı olduğunu doğrular nitelikte sonuçlara ulaşmıştır (Jones, 2012: 239).

Din ile psikolojik iyilik arasındaki ilişkinin incelenmesi ile ilgili yapılan “100 araştırmanın yaklaşık %80’i bu yapıcı unsurlar (din-psikolojik iyilik) arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğunu, araştırmaların %10’u dini inanç ve uygulamalar ile psikolojik iyilik arasında muhtemel bir ilişkinin olabileceğini diğer 9’u araştırma yapılan kişiler üzerinde dinin gelecekte daha fazla psikolojik iyiliğe” neden olabileceğini ortaya koymuşlardır (Altaş ve Köylü, 2015: 109).

### 6.3. Bireysel Dini Başa Çıkma Örnekleri

Stres oluşturuucu unsurların kötü yöndeki etkilerinin üstesinden gelmeye çalışan bireyin psikolojik ve özgül davranış çabalarını içeren yöntemler başa çıkma davranışlarını oluşturur (Ağargün ve diğerleri, 2005: 221). Başa çıkma sürecinde birey ve yakınları derinden ve doğrudan etkilenir, bu dönemde yaşanan tüm olaylar, bireyin duygusal ve bilişsel değerlendirmelerini pozitif veya negatif yönde oluşmasına ve hatta bunları değiştirmesine zemin hazırlar. Bu durum bireyin yakınlarının ve kendisinin ruhsal ve fiziksel sağlıkları üzerinde oldukça etkileyicidir. Fakat bireylerin karşı karşıya kaldıkları güçlüklerle yükledikleri anlam ve bu güçlüklerle baş etmede uyguladıkları yöntemler, bireyin baş etme becerisi esnasında ruhsal hazır bulunuşluğunu, hayat memnuniyetini ve iyi oluşunu belirleyebilmektedir (Ayten ve diğ., 2012: 46).

Anlam yükleme hususunda din ve değerler birey için Gürses, insanın temel eğilimlerini çevresinde gelişen olayları anlamlandırma ve bir takım nedenler yükleyerek açıklama ve anlam verme çalışması olarak nitelendirmekte ve bu açıdan bakıldığında dinin nedensel açıklamalarının karşılığını bulma çabalarından oluştuğunu varsaymaktadır (Yaparel'den akt. Gürses, 2008: 365). Neredeyse tarih aşamalarında dini karakterli sistemlerde evrenin var olma süreci ve nedenselliği, tabii felaketlerin neden ve nasıl oluştuğu, yaşam sisteminde olumlu ve olumsuz olarak nitelediğimiz süreçlerde yaşanan başarı-başarısızlık, acı yaşayan- yaşamayan insanlar ve bunun sebebinin sorgulanması sonrasında da yaşamının sonlanacağı gerçeklerinin anlatıldığı bölümler mevcuttur (Gürses, 2008: 365).

Bu sebeple bireyin söz konusu anlam ve inancını tehdit eden olayların yükleme faaliyetini harekete geçirdiği varsayılmakta, yükleme faaliyeti süreci, "olumlu kendilik-kavramını" bireyin önceki düşüncelerine kavuşturmada önemli rol oynamaktadır. "Yükleme sürecinin bireydeki onarıcı durumunu kişinin inançlarına, kontrol duygusuna ve bireyin benlik değerine meydan okuyan durumlar tarafından güdülenmesi etkilemektedir. Olası durumların tahammül edilebilir olduğuna dair teminat, olayları olumlu ve olumsuz sonuçlarıyla değerlendirip, rastlantıdan ibaret olmadığını ve planın parçası olduğunu kabul etme düşüncesi yüklemenin onarıcı olma özelliğini ön plana çıkarmaktadır" (Gürses, 2008, sayı: 2: 365). Yükleme

sürecinin onarıcı özelliğini oluşturan bileşenlerden birisi de ‘değer’ kavramıdır. Değerler çoğu zaman insanı diğer canlılardan ayıran, bireye doğru düşünme, doğru değerlendirme ve doğru eylem içinde olma konularında yol gösteren bir nitelik olarak karşımıza çıkmaktadır (Altaş, Köylü, 2015: 175).

Konumuzu oluşturan değerler sistemi içinde yer alan “dini değerler, genel olarak referansını dinden alır ve din insana varoluş içinde kendini bir yere yerleştirmeye imkân veren başvuru formları hazırlar. Bu açıdan din realiteyi yorumlayarak bir fonksiyonu da yerine getirir; ayrıca insana hayatı için rehberlik yapar” (Hökelekli, 2013: 116). Değerlerin alt yapısını oluşturan “dini değerleri, inançları, ritüelleri, duyguları, ahlaki kodları ve toplumu birleştirici özellikleri nedeniyle çoğu insan önceliklerini dinde bulur”. Kültürel değerlerle dini değerlerin özdeşimi sayesinde ortaya çıkan “yaratandan ötürü yaratılanı sevmek, şefkat, merhamet, emanet duygusu, sabır, hayırlı/faydalı bir iş yapma ve sevap düşüncesi gibi bazı dini değerler bireyin yüklediği anlam ve değerler içerisinde önemli bir rol oynamaktadır (Altaş ve Köylü, 2015: 176). Başa çıkma sürecinde insanlar bireysel olarak aşağıdaki dini başa çıkma stratejilerinden yararlanabilmektedirler.

### 6.3.1. İman

İman sözlük anlamı olarak e-m-n kökünden gelmekte sözlük anlamı olarak tasdik etmek, onaylamak, kabullenmek ve itimat etmek, güvenmek vb. anlamlara gelmektedir. “İnanç; bir düşünceye gönülden bağlı bulunma; birine duyulan güven, inanma, Tanrı'ya, bir dine inanma, itikat” gibi anlamlarda kullanılmaktadır. İman ise, dinin dogmalarına inanma, din inancı, kutsal inanç, itikat ya da bir olayın olacağına "güçlü inanç, yürekten inanma" olarak tanımlanmaktadır (Eren, XI/1 – 2007: 129-152).

“İman kavramında inanan insan ve inanılan varlık arasında inanç, güven ve teslimiyete dayalı bir ilişkinin varlığı” dikkat çekmektedir. İman kavramı ise kazandığı farklı anlamlara göre geçişli ve geçişsiz iman olmak üzere iki farklı kategori ile açıklanabilmektedir. “Geçişsiz iman sükûna ulaşmak, kuşku ve sıkıntıdan uzak bir şekilde kalbin itimat, huzur ve güven içinde olması gibi anlamlara gelmekte, geçişli iman ise güven vermek, itimat etmek, emin kılmak, doğruluğunu kabul ve



itiraf etmek” gibi anlamlara gelmektedir (Sönmez, 2005: 233).

İnsanlık tarihinde inanç, kültür ve sanat geleneklerinde inanma ihtiyacı duymamış bir topluluk göremeyişimizi Clark’ın deyimiyle “İman, insanın hayatına anlam katar, din ve imanın üstünde hiçbir değer yönelimi yoktur” cümlesiyle dini inancın değer algısı yönüne vurgu yapıldığını görürüz (Aydın, 2009: 88-89). İnsanı yaşayan diğer canlılardan ayıran en önemli özelliği beden ve bir ruha sahip olması ile bütünlük arz etmekte ve bu bütünlük içerisinde en belirgin özelliği bir varlığa inanma ihtiyacı taşımasıdır (Hökelekli, 2013: 188; Aydın, 2009: 88-89).

“Dini inanç (iman), hem mükemmel bir varlığa (tanrı) inanma ve kabulü ifade eden bilişsel bir eylemi, hem de ona karşı zorunlu bir saygı duyma ve güveni ifade eder. Böylece inanç, bilinçdışı dinamizmi bilinçli bir unsurla birleştirdiği kadar, tam olarak duygusal boyutlara da bilişsel bir işlem ve içerik” oluşturmaktadır (Strizenec, 2010: 273- 286).

İnanma eylemini evrelere ayırarak inceleyen Fowler’ın inanç sisteminde; doğum öncesi ve bebeklik dönemini kapsayan İlksel iman (Primal Faith), ilk çocukluk döneminde görülen bireyin çevresinde gördüğü iman durumunu ve duygusunu modellemeye bağlı Sezgisel yansıtıcı iman (Intuitive-Projective Faith), ilköğretim çağı ile başlayan dönemde, bireyin iman davranışına sözlü tekrar ile girdiği dönem Lafzi iman (Mysthic-Literal Faith), ergenlikle birlikte başlayan dönemde çevresinde uygulanmakta olan iman benzeri davranışları modellemesi ile Terkibi-geleneksel iman (Synthetic-Conventional Faith), Bireyleştirici-Yansıtıcı iman (Individuative-Reflective Faith) ise yaşamın orta ve sonlarında ortaya çıkan bireyde lafızda kalmayan zihnindeki düşüncelerle davranışlarının uyum sağlaması ile Birleştirici iman (Conjunctive Faith) ve iman duygusunun yansımaları düşünce boyutunda daha evrensel boyutta yaşamasına Evrenselleştirici iman (Universalizing Faith) gibi bölümlere ayrılmakta aynı zamanda fiziksel gelişim dönemlerinin beraberinde dini bilişsel gelişim sürecinin farklılıklarının oluşa geldiğini vurgulamaktadır (Fowler’dan akt. Eren, 2007: 129-152). Dolayısıyla birey, zorluklarla baş etmede yaşadığı iman tecrübesinde, aynı durum ve zorluklarla farklı yaş dönemlerinde karşılaşırsa da geliştireceği inanç davranışları ve iman duygusunu yaşama, tecrübe etme şekli farklılık gösterecektir.

Kuran-ı Kerimde bazı ayetlerde imanı tecrübe etme şekli olarak inanan kişinin, bu dünyada yalnız olmadığını bilmesi, onu duyan, gören, ona şah damarından daha yakın olan (Kaf suresi, 49/16) ve sıkıntıya düştüğünde başvuracağı bir yaratıcının olması gibi iman duygusunda oluşan halleri tasvir etmektedir. Nitekim Link, “ruhen bunalımda olan hastalarına Tanrı’ya inanmanın iç huzur ve güveni vereceğini” belirtmektedir (Hökelekli, 2013: 186-187; Aydın, 2009: 89).

Bunların yanı sıra, inançlar bireyin zorluklarla mücadelesinde, yaşadığı sıkıntıların sonunda mükâfat vaat ederek kendisine inanç gücü kazandırmakta, hiçbir teselli kaynağı bulamadığı durumlar karşısında bireyin çektiği acıları hafifletmekte ve sıkıntılarla baş etme gücünü arttırmaktadır. Bireyin hayatı ve geleceğinin anlamı üzerine açıklamalar sunmakta, böylece afetler, hastalık ve ölüm gibi insanda kaygı, sıkıntı ve depresyon meydana getiren durumlarla başa çıkmada kişiyi duygusal açıdan destekler bir nitelik kazanmaktadır (Kasapoğlu, 2010: 211-235; Cengil, 2003: 140).

İmanın insana en önemli getirilerinden biri emanet bilincidir. Emanet bilinci içerisinde hareket eden insan, yaratıcının uygun gördüğü fiilleri gerçekleştirdiğinde İlahi rızaya erişeceğini düşünerek, yaşanan her zorlukta üzerine düşen görevi yerine getirmenin sorumluluk alanında olduğunu bilerek, sürecin olumlu veya olumsuz ilerlemesi gibi her iki durumda da dünya ve ahirette kazanç içerisinde olacağını umarak psikolojik açıdan rahatlamaktadır.

Nitekim Kuranı Kerim’de yaratılan her şeyin insanın yararlanması için onun hizmetine sunulduğunun belirtilmesi ve her şeyin mutlak sahibinin Allah olduğunun ve tekrar O’na döndürüleceği inancının da sürekli vurgulanması (Bakara 2/ 29) insanın var olan her şeye “sahip olma” duygusu ile değil, onların emanetçisi olarak yaklaşmasını sağlar. Dolayısıyla bakıma muhtaç kişilere bakım veren kişiler, doğal olarak, yaşadıkları üzüntü, yorgunluk, bıkkınlık vb. duyguları aşarak bakıma muhtaç kişiye bakmanın kendisi için ne kadar anlamlı olduğunu ve bu kişilerin kendilerine ‘- Allah’ın bir emaneti olduğu’- anlayışına sahip olabilirler. Ayrıca benimsedikleri dini inanç ve değerler sebebiyle de bakım verenlerin bu duyguya yoğunlaşmaları sağlanabilir ve bu duygu güçlendirilebilir (Altaş ve Köylü, 2015: 177).

Bağlanma kuramcılarını tanıya inanma eylemini bir tür bağlanma figürüne benzetmişler ve Tanrı’yla “güvenli bir bağ kuran insanların stresli durumlarda daha

rahat, günlük hayatlarında ise daha güçlü ve kendilerini daha güvende hissettiklerini” öne sürmüşlerdir. “Düşük seviyelerdeki psikolojik stres ve yalnızlık hissi de Tanrı’yla kurulan güvenli bir bağ” dan kaynaklanmakta tanrıya yakınlık algısı ile ilgili geliştirdikleri ölçme araçları birbirlerine benzememelerine rağmen, “bireyin aşkın olana duyduğu yakın ilişki duygusu” üzerine yoğunlaşmaları sebebiyle ortak sonuçlar vermektedir (Ekşi, 2017: 217). Bakıma muhtaç olanlara bakım veren kişiler bağlamında değerlendirildiğinde de, yakın ve uzak sosyal çevrelerindeki kendilerine destek olsun ya da olmasınlar imanları dolayısıyla yaratıcının her an kendilerine yakın olduğunu bilmesi, iman esaslarının bireye sistematik düşünce düzeni sunması ve kendilerini gözettiği düşüncesi ile yalnız olmadıklarını düşünmelerini sağlar (Gürses, 2008: 365). Her şeyi kuşatan yaratıcının tesellisinin yanlarında olduğunu bilmeleri kendilerini olumsuz düşüncelerle huzursuz hissetmelerini engeller.

### **6.3.2. Hayır-Şer Eksenli Düşünme**

Sözlükte iyilik, iyi, faydalı iş ve fayda anlamlarına gelen hayır, Allah’ın emrettiği, sevdiği ve hoşnut olduğu davranışlar demektir. Şer ise sözlükte kötülük, fenalık ve kötü iş demek olan şer Allah’ın hoşnut olmadığı, sevmediği, meşru olmayan, işlenmesi durumunda cezaya ve yergiye maruz kalacağı davranışlar demektir. Bu iki davranış ile şekillenen hayat, cansız tabiata bağımlı sınırlı varoluş ile ondan büyük ölçüde bağımsız beşeri varoluşun iç içe geçmiş karmaşık bir örüntüsü olarak tanımlanabilir. İnsanı hareket noktası alan bir tanımla hayata yaklaşımımızda onu, “tabii kanunların yürürlükte olduğu dünyada insanların oynamak zorunda olduğu roller ile karşılaşılan sorunlar önünde ortaya konan psikolojik ve sosyal çabalar bütünü” şeklinde özelleştirebiliriz (Bahadır, 2010: 9-25). Neredeyse her canlının varoluşsal amacı hayatını koruması ve sürdürmesi içgüdüsel bir programlanma olarak görülürken, ilerleyen yaşlarda hayata aktif katılım ile birlikte biyo-psiko-sosyal olarak ihtiyaç ve gereksinimlerinin oluştuğu farklı bir sorumluluk alanı kazanmaktadır. Kuşkusuz bu sorumluluk alanı, bireye tabiatı ve hayatı yaşanabilir kılma, koruma ve geliştirme sorumlulukları da yükler (Bahadır,

2010: 9-25).

Din bireydeki düşünce sorumluluğunu özellikle trajik olaylar ve krizler esnasında, katlanılabilirliği temin ederek (Allah taşıyamayacağım yükü bana vermezdi) olumsuz sonuçlarla birlikte bulunan olumlu sonuçları göstererek başına gelen olayları büyük bir planın parçası olarak tanımlama şeklinde gerçekleştirir (Gürses, 2008: 365; Cengil, 2003: 142). “Klasik felsefenin zaman zaman öne sürdüğünün aksine gerçekte hayat, mutluluk, huzur, tatmin, bütünlük gibi olumlu unsurlar ne kadar hayatın aslî öğelerindense, aynı şekilde mutsuzluk, ıstırap, acı, tatminsizlik, eksiklik gibi olumsuz unsurlar” da hayatın ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır (Bahadır, 2010: 9-25).

Bu düzen ve plânda “Ki O, yarattı, bir düzen içinde biçim verdi, takdir etti, böylece yol gösterdi” (Ala Suresi-87/2-3) ayeti ile her canlının daha yaratılmadan işlevi belirtilmiş ve bu işleve göre şekillendiği ifade edilmektedir. Her canlı için yaşayacağı bir süre, yaratılışına göre özellikler, yaşamını devam ettirmede gerekli koşullar temin edilmiştir. İlahi plan çerçevesinde işleyen süreç kader olarak adlandırılmakta ve evrendeki tüm canlılar için bir takdir söz konusudur (Coşar, 2010: 20).

Bu plan ile düşünsel uyumsuzluk bireyin huzursuzluğunu beraberinde getirebilmektedir. Birey başına gelen olayları hayır-şer çerçevesinde olumlu yüklemeler yaparak değerlendirdiğinde ise yaratıcı ile bağını sağlamlaştırmakta, içinde bulunduğu durumda stres oluşturan düşünceleri önleyerek duygusal tahribatı azaltmasına yardımcı olabilmektedir.

Yaşam koşulları, insana en zor şartlarda bile kendi iradesi ile seçebileceği tercih yolları sunmakta, bu sebeple hayatı anlamdan yoksun bırakma, hem seçeneklere imkân tanıyan zengin yapısı, hem de varoluştan ayrı düşünülemeyen ilişkisi bakımından imkânsızdır. Gerçekçi bir yaşama ancak, hayatın “çift kutuplu karakterini kabul ederek, onun tüm süreçlerine yapıcı bir yaklaşımla katılarak” ulaşılabilir (Bahadır, 2010: 9-25).

“Kul hayrıyla, şerriyle kadere inanmadıkça, kendine (hayır ve şerden) isabet edecek şeyi atlatamayacağını, (hayır-şerden) kaçacak olan şeyi de yakalayamayacağını bilmedikçe iman etmiş olmaz” (Tirmizi) hadisi nispetiyle, kaza

ve kader düşüncesi ile bakan kişi, Allah'a dayanmış olacağından, ömrü boyunca cesaret ve gücünü kaybetmeden zorluklarla mücadele edebilmektedir. Yaşamında olumsuzluklarla karşılaşsa da, 'bunda bir hikmet var' diyerek, farklı çözüm yollarına başvuracak azmini ve iradesini kaybetmeden yoluna devam edecektir. Yaşamsal krizlerle karşı karşıya geldiğinde olaylara nedensel yüklemeler yapacaktır. Yüklemeler bazen tanrı ile bağlantıyı olumlu bir şekilde etkilerken, bazen de olumsuz yüklemelerle olumsuz etkileyebilmektedir (Yener, 2010: 32).

Yapılan çalışmalar arsından din ve yükleme teorileri üzerine yapılan çalışmalarda katılımcılar karşılaştıkları tüm iyi olayları tanrıya, tüm kötü sonuçlarda ise şeytana yükleme yapmışlardır. Olayları Tanrı'ya ve Şeytan'a hamletmenin oluş oranları simetrik değil asimetriktir. "Tanrı olumlu sonuçlarla ilgili olarak şerefendirilirken, Şeytan olumsuz sonuçlarla ilgili olarak suçlanmaktadır". Böylesi bir durumda, 'Sana gelen iyilik Allah'tandır. Başına gelen kötülük de sendendir' (Nisa Suresi, 4/79) ayetini aklımıza getirmektedir. Bazı araştırmalarda yükleme biçimleri içerisinde tanrının öfkesi, kudreti ve bireyleri farklı sebeplerle imtihan etmesi gibi düşüncelere ulaşmışlardır (Gürses, 2008: 374).

### **6.3.3. Sabır**

Arap dilinden Türk diline (s-b-r) kökünden gelmiş olup kişinin iradesine sahip olması, zor durumlarda kendini tutması, tahammül edilemeyeceği düşünülen durumlarda nefsi hapsetmek gibi anlamlarla birlikte "intizar etme, bekleme ve gözleme" eylemleri "sabr" kelimesiyle anlam bulmaktadır (Doğan, 2014: 93-130).

Sabır, Allah'a itaat hususunda nefsin olumsuz yönlerini hapsetmek manasına geldiği için kişinin kendini tanıma sürecini güçlendirir. Esasında psikoloji terminolojisinde "kendini tanıma süreci" olarak anlam bulan kavram tasavvuftaki kendini tanıma süreci farklı bakış açılarına rağmen ortak bir hedefte buluşurlar. Bu anlamda psikolojideki "kendini tanıma süreci", bireyin kendi benliğine dair "bilinç duygusu" olarak anlatılırken bireyin iç motivasyonu ve etkileşimi söz konusudur (Sayın, 2012: 413).

Diğer yandan dış kaynakların etkili olduğu tüm güçlükler, yaşamı tehdit ve yaşamda kayıp karşısında istemli bir “dayanma, direnme ve sonucu bekleme eğilimi olmakla birlikte duygusal, bilişsel, davranışsal boyutlarıyla yaşanan, çözümleyici bir psikolojik süreçtir”. “Bireyin hayatı anlamlandırmasından ömrünün sonuna kadar devam edecek olan yaşamında güç, denge ve uyum arayışında destek sağlayan sabır, onu başarıya götüren ve ardından mutluluk hedefine ulaşmasına aracılık eden psikolojik zemini olan varoluşsal bir olgudur” şeklinde tanımlanırken “sabır” düşüncesinin eylemde çift yönlü etkisine vurgu yapılmıştır (Doğan, 2014: 93-130).

Sabır eyleminin insanlar arasında başa gelen olumsuzluklara katlanma, baskıya boyun eğme, yoksulluğu olumlama ve hayata dair ideallerden vazgeçebilmenin bir ifadesi olarak algılanması sabrın pasif bir eylem olarak anlaşılmasına sebep olmuştur.

Ancak bu yanlış aktarılan kavram Kuşeyri’nin bakış açısında gerçek anlamına kavuşmuştur, “Sabır, insana aksiyonu, manevi ruh enerjisini kazandırarak, Allah’ın karşısında boyun eğmeyi ve O’ndan geleni kabullenerek, şikâyet dilinden kurtularak ilahi rıza düşüncesine ulaşmayı sağlamaktadır (Sayın, 2012: 415). Din olgusu, insanların dünyaya ve olaylara bakışına yön vermekte ve hayatın etkin bir unsuru olarak doğru eylemler için gerekli motivasyonun potansiyel kaynağı olmaya devam etmektedir. Dinler işlevlerini eksiksiz yerine getirdikleri zaman, hayatın zorluklarıyla başa çıkmada daha uyumlu, manevi doyuma ulaşmış ve olgunlaşmış insan olmaya bireyi olumlu düşünmeye yönlendirmektedir (Eryücel, 2013: 11). Ayrıca, yıkıcı dürtülerin üstesinden gelecek, insanı daha çok bilgeliğe, düşüncede dinginliğe ve mutluluğa götürecektir değer yargılarını sunmaktadırlar (Doğan, 2014: 93-130).

Dünya dinlerinin pek çoğunda dinlerin “acı çekme” olgusuna karşı bir panzehir öğreti olma özelliği taşıyan sabır, aynı zamanda insanlığın evrensel değerler sistemi içerisinde yer alan etik bir dini değer ve erdemdir (Doğan, 2014: 93-130). Yahudilikte sabır, Tevrat’ın tamamında hatırlatılmakta, Eski Ahit’ten çok sayıda kıssa, İsrail ulusuna karşı Tanrı’nın sabrından bahsedilmektedir. Tanah’ta (Tora, Nevim, Ketuvim) geçen sabırla ilgili bölümlerde; “Sabırlı kişi yiğitten üstündür, kendini denetleyen de kentler fethedenden üstündür” kutsal sözü, sabırlı olmayı yüceltmekte, ilahî dinlerde sabrın sembol ismi Eyüp peygamberin hikâyesinin geçtiği yerde de yoğun bir şekilde sabır konusu işlenmektedir (Doğan, 2014: 93-110).

Hristiyanlıkta ise sabır; Mesih İsa'nın sınırsız sabrı, ona inanan ve ebedî hayatını kabul edenlere örnek gösterilmekte, Tanrı'nın sabrının insanlığın kurtuluşuna imkân sağladığından söz edilmektedir. İncil'de; "O size karşı sabırlıdır, birinin mahvolmasını istemez fakat herkesin tövbe etmesini ister. Unutmayın ki Rabbimizin sabrı, kurtuluş anlamına gelir" ve "Böylece İbrahim sabırla dayanarak vaade erişti" gibi pasajlardaki sözlerle Hristiyanların diğer insanlara karşı sabır göstermesi tavsiye edilmektedir (Doğan, 2014: 100-130).

İslam dini ve kültüründe ise sabır; sadece kişilerarası ilişkilerde yarar sağlayan, öfke ile başa çıkmak için gerekli yahut bireye beklemenin faziletini öğretmekten çok gerek İslam dininin temel kaynaklarında sabra çok derin anlamlar yüklenmiştir. Sabırlı olmak tüm peygamberlerin ortak özelliği olarak atfedilir. İslam'da dünya hayatını anlamlandırmak için inanç, ibadet, ahlak alanlarının tümünde sabrın gerekliliğinden bahsedilir. Tasavvufta ise sabır, kâmil insan olma yolculuğundaki duraklardan yani nefis mertebelerinden biri olarak yer almaktadır (Doğan, 2014: 93-130).

Fahreddin Râzî sabrı maddi sabır (maddi unsurlarda yaşanan zorluklara) ve manevi sabır (manevi yönden yaşanan zorluklara) olarak ikiye ayırmaktadır. Diğer yaşam zorluklarında "musibete karşı olursa sabır, bolluk içinde yaşamaya karşı olursa zühd, savaşın sıkıntılarına karşı olursa şecaat, öfke ve kızgınlığı bastırma hususunda olursa hilm, sır saklama konusunda olursa kitmân-ı nefis", yoklukta kanaat, zenginlik hususunda olursa kendine hâkim olma şeklinde tanımlanmıştır (Sarıkaya ve Şeren, 2017: 70).

Kur'an-ı Kerim'deki ayetlerde ise Müminlerin gösterdiği sabrın ahirette mükâfatlarla karşılık bulacağı ve Allah'ın sabredenlerle beraber olduğu özellikle vurgulanmaktadır (Bakara Suresi, 2/153). Sabrın cennet ile ödüllendirilecek mü'min olma özelliği kazandırdığı (Ali İmran Suresi, 2/17), ve dinî hayatın getirdiği zorluklara karşı sabrın, adeta cennete girmenin ön koşulu olduğu, sabır ile dünyevî ve uhrevî kazanımların olacağı ve ahirette ise cezaya sabrın fayda vermeyeceği (Fussilet Suresi, 41/24) anlatılmaktadır (Doğan, 2014: 93-130).

Sabır zorlukların üstesinden gelmede önemli bir motivasyon kaynağıdır. Üzücü ve tahammül edilemeyeceğini düşündüğümüz olay ve durumlarda kendine hâkim olmak, öz-kontrol ve öz-denetimi kaybetmeden tutarlı bir şekilde hareket etmek,

öfkeli ve isyankâr davranışlarda bulunmamak ve süreci kontrol etmek gibi davranış şekillerini içerir. Zorlu yaşam süreçlerinde ideal davranış kalıplarını sergilemek, tüm dini eylemlerde önemli olduğu gibi sözlü eylemde bulunmakla birlikte kişilik ve karakter yapısı ile içselleştirmek de bireyin davranışlarında önemli bir etkiye sahiptir.

#### **6.3.4. Şükür Ve Öz-Yeterlilik**

Aslen Arapça (ş-k-r) kökünden türetilen şükür kelimesi, “verilen herhangi bir nimetten/hediyeden dolayı, bu nimeti/hediyeyi verene karşı söz, hareket veya kalb ile gösterilen saygı ile karşılık verme, nimet/hediye ve iyiliği anıp, sahibini övmek” anlamına gelmektedir. Aynı zamanda iyilik ve güzel davranışları yaymak, iyilik görülen kişiye karşı duyulan memnuniyet ve iyilik davranışını övmek, minnet duygusu içinde olmak, yapılan iyiliğe, iyilikle mukabelede bulunmak gibi anlamlar da taşımaktadır (Ak, 2006: 185-194).

İngilizce olarak şükür “minnettar olmanın kaliteli hali; iyiliği iyilikle geri ödeme eğilimi” olarak tanımlanan “gratitude” ile Latince’de “thankfulness, kindness, generousness, gifts, praise” kelimeleriyle anlatılan “sevecenlik, cömertlik, hediyeleşmek, bir şey verme ve alma sevinci veya almanın güzelliği” anlamlarına gelen “gratia” kelimesinden türetilmiştir. Şükretmeye yakın kullanılan bir diğer kelime ise “kanaat etmek” tir. Kanaat etmek, “elindekenden hoşnut olma durumu, kanıklık, yetinme, fazlasını istememe, doyum elde etmek” anlamına gelirken, günlük hayatta sıkça kullanılan “teşekkür” kelimesi ise “yapılan bir iyiliğe karşı duyulan kıvanç, övgü, iyilikseverlik” şeklinde tanımlanmaktadır (Göcen, 2012: 40). Temel kaynaklarda yapılış açısından kalp ile yapılan şükür (kalbi şükür), dil ile yapılan şükür (sözlü şükür), bedenle yapılan şükür (fiili şükür) şeklinde üç kısma ayrılmaktadır (Gündüz, 2011: 29-30).

Özellikle din her zaman derin bir duygusal tecrübe kaynağı olmuş, din ve duygu arasında uzun süreli ve yakın bir ilişki bulunmuştur. Bu tarihsel ilişkiyi yorumlayan Pruyser’a göre; “Koyu dindarlarda her zaman duyguya karşı büyük bir ilgi vardır. Din hem duygu üretimini hem de duygusal tepkilerin düzenlenmesini etkilemektedir. Din ve duygular arasındaki ilişkiler ele alındığında dini tutumlar



üzerinde duygusal tecrübe ve ifadeleri görmek mümkündür (Paloutzian ve Park, 2013: 472). Bir duygu tecrübesi olarak şükran “bir tecrübedeki kazanılmamış değerli artışları anlamadaki isteklilik” ve “yararı bir başkasına ait olduğu bilinen karar ile birleşerek elde edilen bir kazanç tahmini” olarak tanımlanmıştır. Bandura (1982) bu duygunun daha gelişmiş hali olan ‘öz yeterliği’, “bireylerin olası durumlarla başa çıkabilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabileceklerine ilişkin kişisel bir karar ya da inanç” şeklinde açıklar. Stajkovic ve Luthans (1998) “pozitif örgütsel davranış için öz yeterlik, belirli bir durumda motivasyonu, bilişsel kaynakları ve ihtiyaç duyulan spesifik bir görevi yerine getirmek üzere gerekli hareket tarzları için kişinin yetenekleri hakkındaki inancını yansıtır. Kabul edilen bu tanımlar, belirli bir görevi yerine getirme/başarma yeterliliği ile ilgilidir” (Bandura ve Stajkovic’den akt. Kutanis ve Yıldız, 2014: 135-154).

McCullough ve diğerleri, olumlu bir duygu olan şükürün üç ahlaki işleve sahip olduğunu öne sürmektedirler. Buna göre şükür, ahlaki bir ölçüt, ahlaki bir motivasyon kaynağı ve ahlaki bir güç kaynağı olarak hizmet eden duygusal ve düşünsel bir tecrübe olarak karşımıza çıkar (Paloutzian ve Park, 2013: 476-477).

Dinî geleneklerle çalışmalarını paralel yürüten pozitif psikoloji, insanın mutluluğu ve sağlığı konusunda teorik ve pratik yönden ortak çalışmalar yapmaktadır. Bağışlama, şükretme, umut etme, tevazu gösterme, diğerkâm olma gibi erdemleri sadece felsefî yönüyle değil, teoloji ile diyalog kurarak kavramların bütünüyle kavranması ve anlaşılmasında pozitif psikolojiye güç ve değer katmaktadır (Göcen, 2012: 36). “Pozitif psikolojiye kaynaklık eden teolojik öğretilerin hayatın anlamı ve hayatın zor durumlarıyla mücadelede bireyin iyi olmasında önem arz ettiği için pozitif psikolojinin benimsediği iyi olma modeli hazcı modellerden çok, kendini gerçekleştirme çaba ve sürecinde olan psikolojik iyi olma modelidir” (Göcen, 2012: 37).

Şükür ile ilgili çalışmalarıyla tanınan Emmons’a göre şükürün hem his yönü hem de bilişsel bir yapısı vardır. Bir kimseye dokunan yarar kişisel, maddesel ya da duygusal ve ruhsal kazanç gibi manevi değerde olabilir. Bu yüzden Emmons’a göre şükretmek, birinin diğerinin iyiliğinden yararlanan kişi olduğunu, iyilikseverlerin çoğu zaman kişisel bir nedenle kasten bir fayda sağladığını, faydanın, faydalananın gözünde değerli olduğunu fark etmedir şeklinde tanımlar (Göcen, 2012: 44).

“Duygular üzerine yaptığı çalışmalarla tanınan ünlü psikolog Fredrickson’a göre ise ‘şükür; insanı daha üretken, mutlu, enerjik, bilgili ve sağlıklı yapacak psikolojik ve sosyal güç kaynaklarından biridir’ şeklinde tanımlar. Şükür, aynı zamanda insanların günlük hayatta sıkça başvurdukları bir başa çıkma mekanizmasıdır”. Şükreden insanların günlük stresle baş edebildikleri, travma sonucu oluşan strese karşı ise büyük bir direnç gösterdikleri gözlenmektedir. Bu yüzden şükür, felaketler yerine iyilikleri görmenin, hayatın güzelliğini fark etme ve bilme yeteneğini geliştirmenin sonucu bireyin hayatında uyguladığı bilinçli kararlardır (Göcen, 2012: 45).

Şükür, alışılmış günlük yaşam tecrübelerinde düşünce ve davranışlarda istikrar sergileme isteğinin sözlü dile getirimi iken, var olan olumsuz durum ile başa çıkmada, daha kötüsünün olabileceği düşünülerek ruhsal, psikolojik yönden iyi olma durumunu koruma ve olumsuzlukların artmaması beklentisi içinde olma eğilimi şeklinde de kendini gösterebilmektedir.

McCullough ve diğerleri araştırmaları sonunda, maneviyat düzeyleri yüksek bireylerin, gün içerisinde ruh hallerinde daha çok şükrettikleri dolayısıyla da dini ilgilerinin ve genel dindarlıklarının daha da yükseldiği ve içsel dini yönelim olarak daha yüksek olduklarını saptamışlardır. Watkins ve diğerlerine göre ise sorgulayıcı dini yönelim ile dışsal, faydacı dini yönelimle kişinin günlük ruh hali içinde bulunduğu şükür miktarı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Sürekli şükürün dışsal dindarlık ile negatif yönde, içsel dindarlık arasında ise pozitif yönde ilişki tespit edilmesi kavramdan çok içeriğin anlaşılmasının önemine vurgu yapmaktadır (McCullough ve Watkins’dan akt. Göcen, 2012: 478).

### **6.3.5. Tevekkül, Olumlu Aktarma**

Birey hayatında trajik olgular olarak doğal afetler, kronik hastalıklar, engellilik vb. gibi nedenlerden dolayı dayanılması güç, çeşitli acı ve sıkıntılarla karşılaşabilmektedir. Böylesi durumlarda çoğu zaman yaşadığı sıkıntının türüne göre değişen bazen tıbbi bazen de hukukî yollara başvururken, tüm bu süreçlerde bir yandan kendisini bilişsel anlamda sorgulamanın içerisinde bulmaktadır. Böyle bir

sorgulama bazen yaşadığı hadiselerle yönelik kendisini tatmin edecek bir açıklamaya ihtiyaç duymasına ve yaşadıklarını anlamlandırmasına katkı sağlayacak arayışlar içerisinde girmektedir (Bahadır, 2010: 9-25).

Karşılaşılan güçlüklerde düşünme odaklı dini başa çıkma unsurlarından olan tevekkül, lügatte “güvenmek, dayanmak, işi başkasına havale etmek” manasına gelmektedir. Dini literatürde ise tevekkül “hedefe ulaşmak için gerekli olan maddi ve manevi sebeplerin hepsine tutunduktan ve yapacak hiç bir şey kalmadıktan sonra, Allah’a dayanıp güvenmek ve ondan ötesini, Allah’a havale etmek” anlamına gelmektedir (Coşar: 2010: 88).

Tevekkülün tanımında yer alan “işin sonucunun Allah’a havale edilmesi” ile bir işi başkasına vermek, havale etmek ve o işte onu yetkili kılmak anlamına gelen ve başa çıkmada tevekküle eşlik eden diğer bir kavram ise teslimiyettir. Sözlüklerdeki tevekkülün “her şeyi Allah’a bırakma, kadere boyun eğme” tanımının da bu algıyı oluşturmada katkısı büyüktür. “Kulun ilahi iradeye kayıtsız şartsız teslim olması” demek olan tevekkül, teslimiyetten sonra oluşan bir durum olarak karşımıza çıkmakta, iç güdümlü dindarlığı ifade etme boyutuyla apayrı bir anlam kazanmaktadır (Sarıkaya ve Şeren, 2017: 73).

Nitekim Kuran’ı Kerim’de Allah şöyle buyurur: “bir kere azmettin mi (işin gereklerini yerine getirdin mi) artık Allah’a güven (O’na dayan). Muhakkak Allah tevekkül edenleri sever” (Ali İmran/159). “Peygamber Efendimiz de devesini salarak tevekkül ettiğini söyleyen bedeviye önce deveni bağla, Allah’a öyle tevekkül et” (Tirmizi) buyurmuştur.

Yaşam boyunca, şartlar ve sonuçlar bireyin istediği şekilde olmayabilmektedir. Bu bakımdan tevekkül bireyde doğru ve yararlı düşünce disiplini oluşturmakta, öznel yorumlar ve olumsuz etkilerden bireyi koruyarak olumsuz düşünceleri doğru ve olumlu aktarım yaparak olumlu bir bakış açısı kazanmalarını sağlamaktadır. Tevekkül düşüncesinde bir başka olumlu nokta bireyin süreçteki olumlu sonuç ve iyi oluş hali beklentisini hem dünya, hem de ölüm ötesi âleme yükleyerek psikolojik sağaltımını sağlamasına yardımcı olmaktadır.

Özgürlükçü bir tevekkül bilinci, manevi bir güce kavuşma yolu olmakta bireyde “huzur, emniyet, güven ve cesareti” artırmaktadır. “Sebeplere ve tedbire

dayalı bir tevekkül anlayışı, “Müslümanlar için bir zaaf değil, bir güçtür. Dolayısıyla tevekkül bir atalet olmayıp, bir aksiyon ve harekettir” şeklinde ayrı bir değer kazanmaktadır (Altıntaş, 2000: 125).

### **6.3.6. Affetme**

Merhamet ve vicdan kavramlarıyla örtüşen affetme, felsefe ve din literatüründe ahlaki bir erdem olarak görülmektedir. Dini literatürde daha çok affedicilik ilkesi erdemlilik kavramıyla eşdeğer olarak kullanılmaktadır (Yolaçan’dan akt. Sarıçam ve Akın, 2013: 37-46).

Din psikolojisi alanında ise son yıllarda “pozitif psikoloji yaklaşımının da gelişimiyle birlikte affetme, alçakgönüllülük, şükür ve yardımseverlik gibi erdemlere” olan ilgi artmıştır (Uysal, 2015: 35-56). “Kendisine karşı suç işleyen bireyleri affetme oranı ile kişinin erdemlilik düzeyinin eş tutulmakta olduğu” gözlemlenmiştir (Sarıçam ve Akın, 2013: 37-46). Fakat “affetme konusu gerek batıda gerekse ülkemizde pek çok değişkenle ilişkilendirilerek çalışılmış ve hala da psikoloji ve din psikolojisi alanlarında çalışılmaya” devam edilmektedir (Uysal, 2015: 35-56).

“Maneviyat insan ruhunun kendine ve başkalarına mutluluk veren sevgi, şefkat, sabır, hoşgörü, affetme, uyum duygusu ve sorumluluk nitelikleriyle iletişim kurması” şeklinde gerçekleşirken, doğuştan bireyde bulunan yetenek olan maneviyat, “yaşamsal güç” olmaktan çok bu “yaşamsal gücü” tecrübe etmemiz şeklinde değerlendirilmektedir (Özen, 2010: 41-57).

“Affetme hem ahlaki açıdan bir erdem hem de bireyin ruh sağlığını iyileştirmeye pozitif etkisi olan manevi bir yetenek, bireyin, Tanrı’nın kendisini affetmesiyle ilgili düşüncelerinin incelenmesi olarak, bireyin kendisini, başkasını/başkalarını veya olumsuz hayat koşullarını affetmesi” şeklinde günlük hayatta karşımıza çıkmaktadır (Karakaş, 2017: 53-63; Şahin, 2014: 6).

Yapılan bir diğer çalışmada affetme bazen nefret/kin gütmekten affetmeye ve uzlaşıya uzanan bir derinlikte ele alınmış, bazen de “kendini affetme”, “başkasını affetme”, “Tanrı’nın affettiğini düşünme” ve “olumsuz olay ve durumları affetme”

şeklinde türlere ayrılarak incelenmiştir (Bugay, Demir ve Uysal, 2015: 35-56).

Daha geniş ilişki ağı içerisinde ise affetme düzeyleri, birey-toplum bazında “kişisel affetme (kendini affetme) ve kişilerarası affetme (diğerini affetme), birey-etnik grup etkileşimi içerisinde ortak (communal) affetme (bir toplulukta etnik grupların birbirini affetmesi), ulus içindeki toplulukları affetme (bir ülkede farklı toplulukların birbirini affetmesi) ve uluslararası affetme (farklı ulusların birbirini affetmesi)” şeklinde tanımlanmıştır (Hepp-Dax'den akt. Sarıçam ve Akın, 2013: C. 19: 37-46).

Bireyin affetmede yaşadığı duygusal aşamalar, bireyin “haksızlığa uğramış olmasına rağmen dargınlık, olumsuz yargılama, ilgisiz davranma, kin duyma, intikam alma hakkından vazgeçme ve hak etmediği halde suç işleyen kişiye karşı merhamet duyma gayreti” vicdan ile eşleştirme şeklinde olduğu düşünülmektedir (Karakaş, 2017: 53-63).

Birey ve toplum etkileşiminde kişi kendini inciten veya mağdur eden bireyi affetmekte özgürdür ancak affederse olumlu ilişkilerin başlamasına yol açacağından ve suçluda olumlu psikolojik etki yaratacağından dolayı affetmenin ahlaki olarak yüksek değere sahip olduğu gerekçesi ile üstün erdem olduğu görüşü yaygınlık kazanmıştır (Sarıçam, Akın, 2013: 37-46).

“Affetme eğilimi ile psikolojik refah arasında pozitif yüksek bir ilişki bulunmakta ve affetmenin fiziksel sağlığa etki boyutunda ise hipertansiyona, kronik ağrılara, bir takım zararlı alışkanlıklara iyi geldiği” yapılan araştırmalarda tespit edilmiştir (Karakaş, 2017: 53-63). Diğer yandan Vitvliet ve arkadaşları ise “kaslarda, deride, kalp atışlarında elektromyogram ölçümlerinde kindarlığın yani affedici olmamanın ruh ve beden sağlığını olumsuz yönde etkilediğini” ortaya koymuşlardır (Horozcu, 2010: 220-203). Psikosomatik kalp araştırmaları; kızgınlığın, öfke ve acımasızlığın kalp sağlığı için tehlikeli olabildiğini; buna karşılık affedebilmenin en önemli koruyucu faktörler arasında sayılması gerektiğini ortaya koymuştur. Yine araştırmalar göstermiştir ki, sadece haksızlık ve adaletsizliğe uğramışlıkla ilgili bir anı bile kan basıncını kısmen de olsa dramatik bir şekilde yükseltirken en kolay sakinleşebilenlerin, affedici davranabilenler olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bahadır, 2008: 170).

Bireyler arası ilişkilerde affetme, bireyin sosyal çevresindeki kişilere yönelik işlemiş olduğu yanlışlar ile ilgili kendisine yeniden iyiliği tercih etmeyi sunmakta ve kişinin kendisini suçlama davranışından kurtulma seçeneğini sunmakta kendisi ile barışıklığını sağlamaktadır. Özdoğan'a (2009) göre; affedilme duygusu yaratıcı tarafından olduğunu düşünmek durumunda bireye dışarıdan gelen olumsuz tepkileri, işlemiş olduğu hatalara '-tevbe'- hakkını kullanarak ilahi bağışlanma yolunu seçmesi, affedildiğini düşünerek düşünce ve davranış hayatına yeni bir düzen ve disiplin kazandırması ile de zihinsel bir arınma yaşamasına fırsat vermektedir.

### 6.3.7. Dua

Dilimize Arapça'dan geçen dua kelimesi "çağırarak, seslenmek, istemek, yardım talep etmek" anlamındaki "da'vet" ve "da'va" kelimeleri gibi mastar olup, "küçükten büyüğe, aşağıdan yukarıya vaki olan talep ve niyaz" anlamında isim olarak da kullanılır. Ayrıca Allah'a sunulacak talepleri sözlü veya yazılı olarak dile getiren metinlere de dua denilir. İslâm literatüründe ise Allah'ın yüceliği karşısında kulun aczini itiraf etmesi, sevgi ve tazim duyguları içinde lütuf ve yardımını dilemesi anlamına gelir (Baş, 2017: 163).

Dua dinin en sık kullanılan pratiğidir ve pek çok bilim adamı James ile "dua dinin temeli ve ruhudur" görüşünü paylaşmaktadır. Dua, tanrı ile içtenlikle bir iletişim kurmaktır ve dini geleneğin özünü oluşturmaktadır (Eryücel, 2013: 38). Breslin-Lewis çalışmalarında yazarların bakış açılarına göre dua çeşitlerini; "şükran duası, tapınma duası, tefekkür duası, ritüel dua, itiraf duası, bağlılık ifade eden dua, yakarış duası, boyun eğme (teslimiyet) duası, nesnel ve öznel dualar, karşılıklı konuşma şeklinde yapılan dua, istek duası, övgü duası, uyum duası, tetkik etme duası, ağlama duası, terk etme duası, acı çekme, radikal ifade duası, huzur duası, sakramental dua, dinleme, şefaath, af dileme duası ve matem duası" şeklinde belirlemişlerdir (Breslin'den akt. Baş, 2017: 165).

Dua, "bireyin kutsal varlıkla konuşarak kendi acizliğinin farkına varmasıdır. Bu açıdan duayı canlandıran anlamlı niyet, bireyin neye ihtiyacı olduğunu bilmese bile "eksiklik şuuru" dur. İşte birey, kendindeki bu eksiklik duygusundan meydana

gelen gerginliği gidermek” için yapılan bireysel etkinliktir (Koç, 2005: 76).

Foulquie ise duayı, sözlü ifadelerden soyutlanmış bağımsız bir ruhun yükselişini olarak tanımlar. Öte yandan, dua gerçekte bireyin kendisini unutup aşkın varlığa yönelmesi yaratıcısının varlığının bilinci ve huzurunda derinlemesine hayranlık yaşamasıdır. “İnançlı birey, dua, ibadet, dini ayin ve törenlerle kutsal varlığa yaklaşma çabası” düşüncesine sahip olmaktadır ve kendisini aşan yüce varlıkla kurmuş olduğu her irtibat ve içsel etkinlik bireyin yaşantısında önemli bir yer tutmaktadır (Foulquie’den akt. Eryücel, 2013: 39).

Duada tanrıyla irtibat kurma ve ona hitap ederek onunla bağlantıda olduğunu düşünme bir tür iletişim gerektirir. Bu iletişim sırasında varlıksal eşitliğin sağlanması durumundan çıkarak dua aşkın varlıkla irtibatta olmayı sağlayan bir araç haline dönüşür. Murray duayı “yalvarma ve istediğini elde etme meselesi olarak değil kendimizi kendi manevi doğamızla aynı eksene getirme” şeklinde açıklamaktadır. Bu iletişim de Tanrı’nın hakkımızda planladığı şeyi daha kolay kabul etmemizi sağlar diyerek süreçteki ilahi plan ve programa duygusal gerçeklik ile kabullenme seçeneğini sunduğunu hatırlatır (Baş, 2017: 164).

Duada temel hedef etki oluşturması yönünden somut bir şeylerin olması beklentisi içinde olma şeklinde gerçekleşirken, düşünsel eylemlerden biri olan “duada soyut ve bilişsel olmaktan daha çok etkili olmak amaçtır. Psikolojik duada herhangi bir etkiyi kendine mal etmeksizin psikolojik ihtiyaçlar için dua etmek amaçtır”. Heiler psikolojik duayı “yardım isteme” olarak istendik bir güdü şeklinde tanımlamakta ve bunu "dua etme dürtüsü" şeklinde isimlendirerek güdüsel bir programa uyarlar (Eryücel, 2013: 39).

Bağlanma duygusu somut olarak bebeklik ve çocukluk çağında yakın aile bireylerine yönelik gerçekleşmekte iken ergenlik ve sonraki gelişim dönemlerinde yerini soyut bir varlığa bağlanma ihtiyacına bırakmaktadır. Dini hissiyatın ilahi varlık âlemine ve manevi olgunlaşma yolunda ilerleme çabası yönünde ilerlemesi, içerisinde bulunduğu duygulara tercüman olabilecek yardımcı bir duygudur. “Bu yönüyle bağlanma duygusundan farksız olan bu duygu sonlunun (fani) sonsuz yüce kuvvete yönelmesi, güvenmesi, sığınması ve teslim olması ile sonuçlanır” (Bilici, 2011: 183-184).

Bireydeki tanrı tasavvuruna göre değişen dua etme şekilleri kendisini bireyin dua etkinliğinde göstermekte bu etkinlik özellikle dinsel bağlanma davranışının anlamını ifade etmektedir. Reed'e göre, "çocuğun bağlanma figürüne karşı yaptığı haykırış ve seslenişle, yalvarış ve yakarış ihtiva eden duaya ilişkin yapılan davranışlar arasında eş durum söz konusudur". Dinlerde duanın diğer ritüellere göre ayrıcalıklı bir yerinin olması, belki de Bowlby'nin gözlemlerinde dua eylemi ile dua iletişim dilinin benzerlik göstermesini tanrıya bağlanma şekillerinde kendisini gösterdiğini ifade etmektedir (Kirkpatrick, 2006: 154). Heiler'e göre ise, samimi bir dindar birey dua ettiği zaman "doğrudan doğruya taleplerine cevap vermeye hazır ve kişisel karakterdeki bir tanrıyla konuştuğuna inanır ve dua ettiğinde kendini bu kişisel tanrıya çok yakın hisseder" şeklindeki vurgulama bağlanma yorumuyla bir benzerlik göstermektedir (Kirkpatrick, 2006: 154).

Pargament ve Hahn, dinsel yüklemeler (Religious Attribution) üzerine 1700'den fazla dindar genç üzerinde yaptıkları çalışmada tanrıya yardım için başvurmanın psikolojik destek kaynağı olduğunu; "Tanrı'nın onları dinleyerek isteklerine cevap vermesi ile stresli ve bunalımlı zamanlarında onlara yardım etmesi" şeklinde iki farklı düşünce öne sürmüşlerdir (Kirkpatrick, 2006: 144). Dua ile ibadetin hissî boyutta farklılıklarının bireyin üzerindeki psikolojik etkisi bakımından dua gizli ve bireysel yapıldığında, ibadet ise genelde açık ve toplu olarak yapıldığında faydalı olduğu yönünde olduğu ifade edilmektedir (Koç, 2005: 77).

Bell'in "karşılıklı bağlantılı olma hali" (interconnectedness) teorisi duanın etkisini açıklayan bir diğer teoridir. Buna göre "olaylar birbirinden soyutlanmış değildir, uzak nesnelere bile ilişkili bir sistemin parçasıdırlar ve nesnenin birindeki bir değişim, birbirlerinden ne kadar uzak olurlarsa olsunlar, ötekinde de ani bir değişim yaratır ve entegrasyonu sağlar. Bu teoriye göre hasta ile akrabaları arasındaki duygusal ve sosyal bağ, hastadan uzakta olduklarında bile hastaya dua etmek için bir araya geldiklerinde bir etki yaratır. Yine çeşitli çalışmalarda dua "iyileşmeyi destekleyen bir enerji transferi formu", "bütün olarak görülen bir sistemde ilişkilendirici bir bağ", "olağanüstü iyileştiren yüce bir varlıkla iletişim yolu" olarak görülür" (Baş, 2017: 175).

O'brien (1982), böbrek hastalarıyla yaptığı mülâkatlarda, bu hastalar tarafından "Tanrı'nın çoğu zaman onların huzurunu sağlayan, iyileşmesine yardımcı olan ve bu



zor zamanlarındaki problemlerini çözmek için kişisel bir güç kaynağı olan biri gibi görüldüğünü ifade etmiştir. Buna örnek olarak kalp rahatsızlığı olan bir hastanın ‘Ben her zaman hastalığımın iyileşeceğine inanıyordum çünkü Tanrı’dan hastalığımı iyileştirmesi konusunda yardım istedim ve ben onun şefkatli kollarıyla beni sardığını hissedebiliyorum’ dediğini nakletmiştir” (Kirkpatrick, 2006: 144).

Yaşanan zorluklar ve karşılaşılan her türlü sıkıntı, hastalık, felaket ve olumsuz yaşam tecrübelerinde duygusal ve düşünsel anlamda başa çıkmada dua önemli bir yer tutmakla beraber belki de ilk tercih edilen yaygın bir başa çıkma unsurudur. Çünkü zorluklar ile karşılaşmada verdiği ilk tepki olarak panik, şok ve kaygı duyguları şeklinde gerçekleşirken kendisini bu duygusal karmaşadan kurtararak, çözüme odaklanmasını ve bu yönde güdülenmesini kendi kendisine sağlayan ilk duygusal destek biçimi dua etme şeklinde olmaktadır. Beklenti ve ümidini yinelemeyi sağlayan hem duygu odaklı hem de düşünce odaklı baş etme becerilerini geliştirerek olumlu telkinde bulunmasını sağlamaktadır. Sürecin devamındaki sorunları çözmede, diğer başa çıkma unsurları ile birlikte tercih edilmeye devam eder. Dua edildiğinde gerçekleşsin ya da gerçekleşmesin kişinin umutlu olmasını sağlayarak sürecin sonuçlarını kabul etme bağlantısını sürdürmeye fayda sağlamaktadır.

### **6.3.8. İbadetler**

Din tanımlarına baktığımızda ibadet ve ritüeller dini yaşayan birey ve hükmeden tanrı açısından farklı özellikler barındıran eylemler içerir. Eylemleri içeren ibadet ve ritüeller kendi içerisinde farklı özellikler ve yerine getirilme hususunda önemliliklerinin sıralamaya tabi olduğu bir kısım nitelikler içermektedir. Bireylerin tanrı ile kurdukları ilahi nitelikli bağlantı kişiden kişiye değişmekte, emredilen, teklif edilen ibadet ve ritüellere yakınlık, kurulmuş bağlantının derinliklerine göre değişik yaklaşım şekilleri oluşturur. Yani bireylerin yakınlık ve uzaklığı farklı olmaktadır (Kaya ve Küçük, 2017: 42).

Testart, dinin salt tanrı inancına has kılarak anlamlandırılmasına karşı çıkmış, “nedensellik” ve “etkinlik” prensibinin dinin tanımı üzerinde etkili olduğuna dikkat çekmiştir. Bireyin yaşam görüşünü oluşturan ve gerçekleşen ayinlerin (dini tören)

manasını belirleyen bir prensibin benimsendiği, bireyin yaşam felsefesini oluşturan ve dini törenlerin anlamını belirleyen kurallar bütünüün uygulanmasını gerekli kılan ibadetler ve inançlar bütünü diyerek dini inancı, bireyde bütünlemesine kabul gören bir sistem olarak tanımlar (Yapıcı, 2013: 16).

Günümüzde dine gerektiği şekilde uymak ve uymamak dindar olmak veya dindar olmamak söylemlerini oluşturur. Ok'a göre dindarlık, Tanrı veya bir ilahi varlığa bağlılık bilincini ifade etmektedir. Dindarlık bireyleri bir amaç etrafında güdülenmiş, adanmış ve bağlılık oluşturmuş vaziyette inançlarını yaşantılarına ve kişiliklerine yansıtılmalarını gösterir (Ok, 2013: 8). Dinin bireye yansımaları konusunda önerilen paradigmlar genellikle kimlik bileşenleri, güdülenme, ibadet ya da ritüel uygulamalar, sosyal destek, kişisel bağlılık ya da ilahi yakınlık duygularının bazı tipleri, açıklama tarzı ve inancın yoğunluğu gibi faktörleri kapsadığı düşünülmektedir (Aydın, 2013: 348).

Dini pratik ve ritüellerin dini inançta kökleştiği, teolojinin ibadet ve ritüellerde bütünleştiği varsayılmaktadır. Dış güdümlü dindarlıkta katılım, dini güvenlik sağlaması, sosyal ihtiyaçları tatmin etmesi ve statü kazandırma sebebiyle gerçekleşirken, iç güdümlü dindarlıkta dine katılım dini inançları derinden özümsemek, dini prensipleri yaşamı ile uyumlu hale getirmesi şeklinde gerçekleşmektedir (Peterson ve Park, 2014: 158). Bu durumda iç güdümlü dindarın pratik ve ritüellere yakınlığı dış güdümlü dindara göre farklılık arz etmekte, bireyin ibadet ihtiyacı bireysel ve kolektif olabilen pratik ve törensel özellikler taşıyan geleneklerde davranış biçimlerinin anlam bulmasına olanak sağlamaktadır.

Dinlerin yaşanması ve eğer din mensuplarının çoğalması amaç ediniliyorsa, dini söylemlerin anlatılması ve kuralların aktarımı için bir sosyal ortama ihtiyaç duyulmaktadır. Lowental ise “tüm dinlerin inançları iletmek için sosyal ve kurumsal örgütlere bağlı olduğunu bu sebeple spiritüel gerçeklik, tanrı, ahlaki davranış ve son olarak bunların birbirleri ile bağlantıları hakkındaki inanç ve davranışların” dinlerin ortak özelliklerini oluşturduğunu varsaymaktadır (Ok, 2013: 7).

Tüm bu özellikler sosyal yapı içerisinde gönülden bağlılık ve beklentisiz bir sevgi duymayı gerektirmekte ve bu zeminin oluşması için Argyle, “sosyal desteğin, sevgi atmosferi ve kardeşlik fikrinin, toplu olarak yapılan ayinlerin ve törenlerin düzenlenmesinde dinin yorum gücü ile birlikte sosyal bir güç oluşturduğunu”

varsaymaktadır (Paloutzian ve Park, 2013: 351).

Yaşamsal dönemler ve bu dönemlerdeki ihtiyaçlara göre ise “dinin insanın yaşamı boyunca, çocuklukta büyüme, ergenlikte sosyal bir ağ, yetişkinlikte eş seçiminde ve çocuk yetiştirmede bir faktör ve yaşlılıkta bir teselli kaynağı olduğu” yönündeki görüş dikkat çekmektedir. Din aynı zamanda kültürel aktarım ve kimliklerin sürdürülmesinde ve temel gerçeklik tanımlamalarında önemli bir unsur olarak görülmektedir (Aydın, 2013: 349).

Dini ritüel ve pratiklerin uygulanmasının yaşam uzunluğu üzerindeki etkisi üzerine boylamsal olarak çalışmış olan Helm ve arkadaşlarının “65 yaş ve üzeri 3851 kişi üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, dua, meditasyon ve kutsal kitaptan pasajlar okuma gibi özel dini pratikleri yapanların daha uzun ömürlü oldukları”, Koenig ve arkadaşları (1999) tarafından yürütülen “64-101 yaş arası 3968 kişi üzerindeki çalışmada, dini bağlılıkları kuvvetli olup, düzenli bir şekilde dini aktiviteleri yapanların yapmayanlara göre, daha uzun yaşadıkları” tespit edilmiştir (Yapıcı, 2013: 89).

Diğer bir araştırmacı Koenig “dini katılım derecesiyle depresyon arasındaki ilişkiyi araştırarak 93 alan araştırmasından 59’unun dini ibadetlere daha fazla katılan kişilerde depresyonel düzensizliklerin daha düşük olduğunu” ve bu bireylerin daha az depresif davranışlar sergilediğini ortaya koyarak) dini kalıtımın beden ve ruh sağlığı açısından önemine dikkat çekmiştir (Koenig’ten akt. Köylü, 2015: 103).

Görüldüğü üzere pek çok çalışma dini pratik ve ritüellerin beden ve ruh sağlığı ve psikolojik iyi olma üzerinde olumlu etkiler oluşturduklarını ortaya koymaktadır. Bireyin dini inancı ve pratiklerini benimsemesinin sağlık ve din ilişkisinde olumlu etki oluşturmasında önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir.

#### **6.4. Dini Başa Çıkma İle İlgili Yürütülmüş Çalışmalar**

Yurt dışındaki dini başa çıkma çalışmalarına kaynaklık eden ve öncülüğünü yapan kişi olarak K.I. Pargament karşımıza çıkmaktadır. Pargament’in çalışmaları teorik, araştırma ve ölçek geliştirme gibi uygulamaları ile bu konuya ve ilgili konular üzerine çalışılmasını gündeme getirmiştir. Pargament’i takiben Gorsuch, Smith, Koenig ve Perez önemli çalışmalara ışık tutmuşlardır.

Dini başa çıkma ve sağlık ilişkisi üzerine ise Spilka, Hood, Hunsberger, Gorsuch, Oxman, Freeman ve Mannheimer, Frazier, Tix, Park, Cohen, Thompson ve Vardaman ve Harrison gibi araştırmacılar “büyük yaşam olayları durumunda dini başa çıkmanın sağlığı olumlu yönde desteklediği” konusunda çalışmalar ortaya koymuşlardır (Eryücel, 2013: 19).

Ülkemizde ise ilk olarak Ekşi (2001) “dini başa çıkma ölçeğinin Türkçe dilsel eşdeğerlilik çalışmalarını yapmış” ve öğrenciler üzerine uygulamıştır. “Yaşam Olayları ve Dini Başa Çıkma” adlı Eryücel’in (2013) doktora tezi, “Kanser Hastalığı ve Dini Başa Çıkma Üzerine (Kosova örneği)” (2014) adlı Cufta’nın doktora tezi bulunmaktadır. “Hasta, Hasta Yakınları ve Hastane Çalışanlarının Dini Başa Çıkma Şükür ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma” isminde Ayten, Göcen, Sevinç ve Öztürk’e ait (2012) bir çalışması bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik (doktor, ebe, hemşire) olarak ise “Manevi Destek Algısı Ölçeği” şeklinde geliştirilen Kavas ve Kavas (2014) tarafından bir çalışma, “Sağlık Personelinin Manevi Destek Algısı” İstanbul örneği üzerine Esendir ve Kaplan’ın (2018) yaş ve kıdem değişkenine göre bir çalışması, Aydın’ın (2016), “Manevi Destek Bağlamında Hz. Peygamberin Hastalara Yaklaşımı” adında bir çalışması bulunmaktadır.

Çalışmamızla alakalı olarak Eryücel’in doktora tezi tüm yaşam olaylarında dini başa çıkmanın etkisi ve işlevini yaşamın bir bölümünde de olsa tecrübe edilmesi açısından önem arz etmektedir. Cufta’nın çalışması ise hasta boyutunda dini başa çıkma şekilleri ve hastalarına dini başa çıkma boyutunda destek olma açısından hasta yakınlarına bir yön çizmektedir. Ayten, Göcen, Sevinç ve Öztürk’e ait çalışmada ise kanser ve bu hastalığa yakalanan bireylerin teşhis öncesi ve teşhis sonrası sürecinde sonuç alınabilir aşamada yaşam memnuniyeti açısından bize bir fikir verebilir. Aydın’ın çalışması ise yaşam sürecinin bir parçası olan hastalık sürecinde hem hasta hem de hasta yakınları açısından Hz. Peygamber’in örnekliliği ve davranışlarını öğrenme, böylesine zorlu zamanlarda katkı sağlayacağı düşünülebilir.

Sosyal hayatta mültecilerin durumu ve karşılaştıkları zorluklara yönelik olarak Sağır (2014)’ın bir çalışması bulunmakta, psiko-sosyal yönden bir analiz niteliği taşıyan dini başa çıkma üzerine Ayten’in Tanrı’ya sığınmak adlı eseri mevcuttur. “Stresle başa çıkma ve dini başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi” konusunda Karakaş ve Koç’un (2014) ortak

çalışması bulunmaktadır. “Dini başa çıkma ve psikopatoloji ilişkisi üzerine” ise Murat ve Kızılgöçer’in (2017) bir çalışması mevcuttur. “Dini başa çıkma ile umut, hayat memnuniyeti ve psikolojik sağlık arasındaki etkileşim” üzerine Uysal, Göktepe, Karagöz ve İlerisoy’un bir çalışması bulunmaktadır. Turan’ın (2018) “Yalnızlık dini başa çıkma, dindarlık, hayat memnuniyeti ve sosyal medya kullanımı” üzerine bir çalışması, “Ruh sağlığı ile dini başa çıkma metodu olarak dua ve ibadet fenomeni arasındaki ilişki üzerine psikolojik yaklaşım” olarak Koç’a (2005) ait çalışma bulunmaktadır. “Deprem ve dini başa çıkma”, “Bedensel engellilik ve dini başa çıkma” üzerine ise Kula’ya (2002) ait bir çalışma bulunmaktadır. “Çocukluk çağı travmaları ile depresyon ilişkisinde dini başa çıkmanın aracı rolü üzerine” ise Cankılıç’ın (2019) çalışması bulunmaktadır.

Hastalık dönemi stresörlerine bağlı olarak gelişen manevi ve duygusal yük durumunun bireylerde oluşturduğu stres yükü ile başa çıkma sürecinde destek olacağı düşünülebilir. Kızılgöçer’in çalışması ile kanser hastası ve yakınlarının stres yük faktörleri psikopatolojik açıdan inceleneceği çalışmalar yapılabilir. Umutlu olma ve psikolojik sağlık durumu süreci belirlenemeyen bazı hastalık gruplarında hem hasta hem de hasta yakınları üzerinde incelenmesi sorunların nispeten çözümünde bize yol gösterebilir. Bununla bağlantılı olarak Koç’un dini başa çıkmada dua üzerine çalışması hastalık tedavi sürecine etkisi yönünden çalışmalar geliştirilebilir. Cankılıç’ın çalışması ile çocuk yaşta kanser teşhisi alan çocuklar ve ailelerine yönelik yaklaşımda fikir verecek modeller geliştirilebilir.

Buraya kadar özetlemek gerekirse tezin birinci bölümünde kuramsal çerçevede hasta yakınları ve tanıklık ettikleri süreçler, başlı başına kanser sürecinde hastalarının ve yakınlarının karşılaşılabileceği veya karşılaştığı muhtemel durum ve zorluklardan bahsetmiş olduk. Bununla birlikte yaşam olaylarında genel olarak başa çıkma ve özelde dini başa çıkma tanım, işlev, türlerini anlatmakla birlikte yaşam olaylarında genel olarak başvurulan dini kavram ve kaynaklar ile ilgili teorik bilgiler verildi. Sırada ikinci bölümde bu teorik ve kavramsal çerçeve temeline dayanarak yürütülen ampirik çalışmanın özellikleri araştırmada kullanılan örneklem ve metodlar ayrıntısı ile belirtilecektir.

# İKİNCİ BÖLÜM

## YÖNTEM

### 1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Nitel araştırma niteliği taşıyan çalışmamızda, nitel araştırma modellerinden olan “olgubilim” (fenomenoloji) yaklaşımı benimsenmiştir.

“Olgubilim” (fenomoloji) modeli ayrıntılı ve derinlemesine bir bilgiye sahip olmadığımız olguları incelemektedir. Olgular içinde yaşadığımız ortam ve çevrede “deneyimler, algılar, yönelimler, kavramlar ve çeşitli biçimler” şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. “Olgubilim araştırmalarında veri kaynakları araştırmanın odaklandığı olguyu yaşayan ve bu olguyu dışa vurabilecek veya yansıtabilecek bireyler ya da gruplardır” (Yıldırım ve Şimşek, 2018: 73-74). “Olgubilim araştırmalarında başlıca veri toplama aracı yüz yüze görüşmedir. Olgulara yönelik yaşantıları ve anlamları ortaya çıkarmak için görüşmenin araştırmacılara sunduğu etkileşim, esneklik ve sondalar yoluyla irdeleme özelliklerinin kullanılmasını gerektirmektedir” (Yıldırım ve Şimşek, 2018: 74) Olgubilim araştırmalarında birden fazla görüşme yapılması mümkündür. Bu görüşmelerde araştırmacının elde ettiği açıklamaları görüşülen kişiye teyit ettirme imkânı olduğu için araştırmanın geçerliliği ve güvenilirliği artmaktadır. “Olgu bilim araştırmalarında veri analizi, yaşantıları ve anlamları ortaya çıkarmaya yöneliktir” (Yıldırım ve Şimşek, 2018: 75).

“Nitel veri belirli amaçlar doğrultusunda, doğal ortamda, gözlem ve görüşme gibi çeşitli teknikler yoluyla elde edilen ve kişilerin olaylara ilişkin algı ve düşüncelerini içeren her türlü bilgidir” (Özdemir, 2010: 327). “Temel veri toplama yöntemlerinden olan katılımcı gözlem, doğal gözlem ve derinlemesine görüşme” teknikleri nitel veri toplamak amacıyla uygulanmaktadırlar. Derinlemesine görüşme türlerinden olan olgubiliminde de derinlemesine görüşme türü benimsenmiştir.

Palyatif bakım servisindeki onkoloji hasta yakınlarının zorlandıkları durumlar ve dini başa çıkma da dini referansların rolünün konu edildiği bu çalışmada yöntem olarak nitel veriler elde edilmek üzere nitel araştırma tekniklerinden olan mülakattan faydalanılmıştır. Katılımcıların ve hastane yönetiminin yapılan çalışmaya destek ve izniyle gerçekleştirilmiştir.

## 2. VERİ TOPLAMA ARACI

Tezin veri toplama aracı olan mülakat sorularının hazırlanması sürecinde bir yıl boyunca Palyatif Bakım Servisi'nde yapılan mülakat çalışmasına katılımda bulunan hasta yakınları ile derinlemesine görüşmeler neticesinde tespit edilen önemli hususlar kategorilendirilip konu gruplandırılmasına uygun bir şekilde değerlendirilmiştir ve nihayetinde mülakat soruları oluşturulmuştur. Katılımcılarla daha önceden yapılmış olan öngörüşmelerden elde edilmiş verilerin analizi yapılarak mülakatlar için alt soru grupları oluşturulmuştur.

Katılımcılara yöneltile soruların belirtilmesinde Pargament'in oluşturduğu dini başa çıkma ölçeğinin çalışmamızın amacına uygunluğu üzerinde çalışılmıştır. Ancak soruların yöneltildiği kitle olan hasta yakınlarının yaşadıkları durum ile mevcut başa çıkma ölçekleri içerik olarak örtüşmediği için ilgili kurumda öncesinde yapılan görüşmelerde elde edilen veriler maddelendirilerek daha anlaşılır ve net sonuçlar vereceği düşünülerek çalışma amacına uygun mülakat soruları hazırlanmıştır.

Katılımcılara öncelikle doldurulması istenen form olan Kişisel Bilgi Formu (Ek-2) verilerek yaş, cinsiyet, eğitim, yerleşim, aile yakınlık derecesi, hastalık türü, iş durumu gibi demografik bilgilerini belirtmeleri kendilerinden istenmiştir. Ardından Yarı Yapılandırılmış Mülakat Formunda (Ek-3) bulunan toplam 10 soru ile mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Görüşme Formunun ilk 7 sorusu; hasta yakını olma ile birlikte sosyal yaşam ve hastane boyutu, hasta yakını olma ile aile yaşamında diğer bireyler ile yaşanan değişimler, hasta yakını olma ile iş ve aile yaşamında yaşanan değişim ve tecrübelerden oluşmaktadır. Hastane ortamında ise fiziki mekân ve ortam paylaşımında hasta yakını olarak yaşanan zorluklar, refakat etme sürecinde genel olarak yaşanan zorluklar, diğer hasta ve yakınları ile etkileşimin nasıl olduğu, hastane çalışanı personel ile iletişim ve etkileşimin nasıl ilerlediği konu içeriklerinden oluşmaktadır. Yarı Yapılandırılmış Mülakat Formu (Ek-3)'ün üç sorusu ise, hastaya refakat etme sürecinde dini duygu ve düşüncelerinde ne gibi değişikliklerin olduğu, hastaya refakat sürecinde dini anlamda hastaları ile gelişen

dini etkileşim, geliştirdi ise ne yönde ilerlediği, hastaya refakat sürecinde dini pratik ve ritüellerden başvurduklarının olup olmadığı, oldu ise hangileri ve ne hissettikleri gibi soru içeriklerinden oluşmaktadır.

### **3. EVREN VE ÖRNEKLEM**

Bu araştırmanın evrenini 2017-2018 yılında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde yatmakta olan kanser hastalarının yakınları oluşturmaktadır. Ancak araştırma kapsamında bütün evrene ulaşmak kişisel izin, görüşme kabulü, var olan şartlarda imkânsızlık-yoğunluk, taburcu işlemi veya hastasının vefatı ile sonuçlanması sebebiyle sonraki aşamada karşılaşamama gibi nedenlerden dolayı mülakat yapılacak büyük grubun (evrenin) niteliklerini temsil eden kimselerin bireysel kabulleri ile örneklem alma yoluna gidilmiştir. Bu çerçevede araştırmanın örnekleminin Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisi hasta yakınlarından oluşması, hastanenin yerleşim yerlerine yakınlığı ve merkezi konumu dolayısıyla tercih edilen bir hastane olması, farklı demografik değişkenlere sahip hasta ve yakınlarını barındırması sebebiyle evreni temsil gücünün yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın örneklemini, Palyatif Bakım Servisinde kanser tedavisi gören veya terminal dönem hasta yakınları temsil etmektedir.

### **4. KATILIMCILARIN SEÇİMİ**

Araştırmaya katılanlar hasta yakınları, ağırlıklı olarak da orta veya son evre kanser hastası yakınları oluşmaktadır. Katılımcılar şehir dışı, şehir içi, yakın veya uzak yerleşim birimlerinden gelmektedirler ve farklı imkân ve şartlara sahiptirler. Refakat etmede tüm aile bireylerine rastlanabilmektedir. Palyatif bakım servisine gelen hasta yakınlarında neredeyse her yaş grubuna rastlanmaktadır.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Not: İsimler anonim olup, gerçek kimliği yansıtmamaktadır.



**Tablo 1:** Katılımcıların Özellikleri

	<b>Yaş</b>	<b>Cinsiyet</b>	<b>Eğitim düzeyi</b>	<b>İkamet</b>	<b>Yakınlık derecesi</b>	<b>Hastalık Türü</b>
<b>Ayşe</b>	38	Kadın	Ortaokul	Şehir içi	Eşi	Akciğer kanseri
<b>Ece</b>	27	Kadın	Üniversite	Şehir dışı	Kızı	Akciğer kanseri
<b>Ezgi</b>	42	Kadın	Ortaokul	Şehir dışı	Kardeşi	Kolon kanseri
<b>Mehmet</b>	44	Erkek	Lise	Şehir içi	Oğlu	Mide kanseri
<b>Fatma</b>	59	Kadın	İlkokul	Şehir dışı	Annesi	Akciğer kanseri
<b>Tuğba</b>	36	Kadın	İlkokul	Şehir içi	Eşi	Beyin tümör
<b>Kadriye</b>	24	Kadın	Üniversite	Şehir içi	Kızı	Göğüs kanseri
<b>Oya</b>	41	Kadın	İlkokul	Şehir içi	Eşi	Beyin tümörü
<b>Mert</b>	58	Erkek	Lise	Şehir dışı	Oğlu	Kolon kanseri
<b>Hülya</b>	43	Kadın	Ortaokul	Şehir içi	Eşi	Kolon kanseri
<b>Seval</b>	56	Kadın	Lise	Şehir içi	Kızı	Akciğer kanseri
<b>Aylin</b>	39	Kadın	İlkokul	Şehir dışı	Kardeşi	Akciğer kanseri
<b>Meral</b>	52	Kadın	Ortaokul	Şehir dışı	Kardeşi	Mesane kanseri
<b>Nilgün</b>	44	Kadın	Ortaokul	Şehir dışı	Kızı	Gırtlak kanseri
<b>Gülsüm</b>	57	Kadın	İlkokul	Şehir içi	Kardeşi	Mide kanseri
<b>Semra</b>	30	Kadın	Üniversite	Şehir dışı	Kızı	Rahim kanseri
<b>Furkan</b>	54	Erkek	Ortaokul	Şehir içi	Oğlu	Akciğer kanseri

<b>Ekrem</b>	47	Erkek	İlkokul	Şehir dışı	Kardeşi	Karaciğer kanseri
<b>Zeynep</b>	58	Kadın	İlkokul	Şehir içi	Annesi	Rahim kanseri
<b>Hacer</b>	52	Kadın	Lise	Şehir içi	Kızı	Göğüs kanseri

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özellikleri yöneltilen kişisel bilgi formu aracılığıyla elde edilmiştir. Katılımcılarla ilgili demografik bilgilere ait yüzdeler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

**Tablo 2:** Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Yaş Durumu

Yaş Grubu	Sayı	%
15-30	3	15
30-45	8	40
45-60	9	45
Toplam	20	100

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaşları değişik yaş aralıklarında seyretmekle beraber, bakım verme potansiyelini taşıyabilme olgunluğu, fedakârlık bilinci ve toplumsal beklentinin belirleyici olması gibi nedenlerden dolayı benzer yaş aralıklarının ortaya çıktığı görülmektedir. Katılımcıların yaş ve olgunluk durumu yaşadıkları zorluklara dair düşüncelerini dile getirmede, görüşmemize içerik oluşturacak verileri net ve anlaşılır biçimde aktarmalarını sağlamıştır. 15-30 yaş grubu aralığında az kişi olması, bu yaş aralığındaki kişilerde eğitim-öğretim devamlılığının olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

**Tablo 3:** Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Cinsiyet Durumu

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	16	80
Erkek	4	20
Toplam	20	100

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %80'ini kadın, %20'sini erkek olduğu görülmektedir. Hastanın tedavi sürecindeki takip edilmesi ve gereken işlemlerin gerçekleştirilmesi için vakit uygunluğu açısından toplumsal çalışma rolü ve bakım verme rolü açısından toplumsal beklentinin etkili olduğu gözlenmektedir.

Bakım verme rolünü üstlenmede genellikle kadınlar ön plana çıkmaktadır. Bakım verme rolünün duygusallık, fedakârlık, elverişlilik ve hassasiyet içermesi de cinsiyet kavramında yine kadınlardan beklenti düzeyinin fazla olmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

**Tablo 4:** Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Eğitim Durumu

Mezuniyet Durumu	Sayı	%
İlkokul	7	35
Ortaokul	6	30
Lise	4	20
Üniversite-Y.Okul	3	15
Toplam	20	100

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %35'ini ilkokul mezunu, %30'unu ortaokul, %20'sini lise, %15'ini ise üniversite-yüksek okul mezunları oluşturmaktadır.

Katılımcıların tahsil durumunda ilkokul ve ortaokul aşamasında seyretmesinde, mevcut yaş grubunun orta ve yetişkin yaş aralığında olmasında eğitim

önceliğinden dolayı aile bireylerinin etkilenmesi ve belirli yaş aralıklarının eğitim ve öğretim önceliğinin yıllara göre farklılık arz etmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Mülakat görüşmemizde görüşme kalitesi tahsil durumu yükseldikçe artmakta, tahsil durumu düştükçe azalmaktadır.

**Tablo 5:** Araştırmaya Katılanların Hasta Yakınlarının Yerleşim Durumu

Yerleşim	Sayı	%
Şehir İçi	11	55
Şehir Dışı	9	45
Toplam	20	100

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının % 55'inin şehir içinden, % 45'inin şehir dışından geldiği verilerde görülmektedir. Şehir dışından katılanlar metropol dışı bölgeler ve diğer il ve ilçelerden gelmektedirler. Şehir içinden katılanlar ise metropol içi ilçelerden gelmektedirler.

**Tablo 6:** Araştırmaya Katılanların Hasta Yakınlık Derecesi

Yakınlık Derecesi	Sayı	%
Anne	2	10
Baba	0	0
Eş	4	20
Oğlu	3	15
Kızı	6	30
Kardeş	5	25
Toplam	20	100

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının, hastaya bakım vermede aile yakınlık derecesi olarak; %30'unu hastanın kızı, %25'ini kardeşi, % 20'sini eşi, %15'ini oğlu, %10'unu anne, %0'ı ise baba olarak verilerde karşımıza çıkmaktadır.

Bakım vermede hasta profilinin yaş durumunun orta ve yukarı düzeyde olması, hastalar ile ilgilenenlerin yakınlık durumunu da etkilemektedir. Genellikle orta yaş hasta profilinde, ebeveyn kayıpları ve ebeveynlerin bakıma muhtaç durumda olmalarının kardeş, eş ve çocuk verilerini yükselttiği düşünülmektedir.

**Tablo 7:** Araştırmaya Katılan Hasta yakınlarının İş Durumu

Çalışma durumu	Sayı	%
Çalışan	7	35
Çalışmayan	13	65
Toplam	20	100

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %65'ini çalışmayan, %35'ini çalışan aile bireyleri oluşturmaktadır. Bakım verecek kişinin kim olacağı hususunda aile üyelerinin karar vermesi açısından çalışmayan bir aile bireyinin ve medeni hali evli olmayan birinin tercih edildiği düşünülmektedir. Eğer bütün aile bireyleri çalışan durumda ise dönüşümlü olarak bakım verme sorumluluğunu yerine getirmeye çalıştıkları anlaşılabilir.

## 5. VERİLERİN TOPLANMASI

Katılımcıların ve hastane yönetiminin destek ve izniyle mülakatlar yürütülebilmiştir. Katılımcı hasta yakınları ile görüşme teklifi, görüşmeye hazır bulunuşluk düzeyleri dikkate alınarak yapılmıştır. Katılımcılara yapılan görüşme teklifleri olumlu karşılanmış, neredeyse tamamı kabul edilmiştir. Katılımcıların bireysel izin ve onayları alınarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara bu çalışmanın bilimsel bir araştırma olduğu, gerekli etik kurul ve onay belgeleri gösterilerek anlatılmıştır. Katılımcılara görüşmeye katılıp katılmama ve dilediklerinde çalışmadan çekilebilmeleri konusunda özgür oldukları bilgisi verilmiştir.

Mülakatlar hasta yakınlarının kendilerini rahat hissedebilecekleri ortamlarda gerçekleşmiştir. Yapılan görüşmelerde katılımcı hasta yakınlarının duygu ve düşüncelerini daha rahat ve şeffaf bir şekilde aktarabilecekleri düşüncesi ile manevi destek uzmanı eşliğinde yüz yüze birebir görüşme tekniği benimsenmiştir. Katılımcıların birikmiş duygu yükünün olması sebebiyle onları olumsuz duygulara sevk edebilecek soru ve alt soru gruplarından kaçınılmaya çalışılmıştır. Mülakatlar bir ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmış olup katılımcılar ses kayıtlarının şifreli ve güvenli bir bilgisayarda gizleneceği ve anonim isimlerle yazılı hale getirilecekleri yani araştırma verilerinde kimliklerinin saklı tutulacağı konusunda bilgilendirilmişlerdir, bunun yanı sıra ihtiyaç duyulduğunda kullanılmak üzere mülakat sırasında araştırmacı tarafından gözlem notları da tutulmuşlardır.

Katılımcıların demografik bilgilerinin istendiği formu doldurmalarının ardından kendileri ile mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Mülakatlar yaklaşık olarak 30 ila 50 dakika sürmüştür.

## **6. VERİLERİN İŞLENMESİ VE ANALİZİ**

Tez çalışmamıza kaynaklık edecek verilere ulaşabilmek amacıyla yapılan görüşmeler neticesinde elde edilen görüşme içerikleri yazıya aktarılmıştır. Aktarılan içerikler ses kaydı ve görüşme notları bilgisayar ortamında şifre ile koruma altına alınmış olup, ardından bu veriler derinlemesine analiz yöntemlerinden olan içerik analizi metoduyla tanımlanmış, kodlanmış, sınıflandırılmıştır. Çalışmamızın öncesinde yapmış olduğumuz görüşmeler esnasında her görüşmede farklı ifadeler ile karşılaşmamız bu konu üzerinde yoğunlaşmamıza ve dikkat çeken ayrıntıları fark etmemize sebep oldu. Sonrasında bu konular üzerinde derinlemesine bir çalışma hususunda ilgili çalışmalara sevk etti. Yöneltilen sorulara verilen cevaplarda birbirinden farklı nitelikte olanlar ayrı ayrı aktarılmış olup, benzer ifadeler üzerinde ortak değerlendirme yapılmıştır. Yöneltilen sorulara verilmiş cevaplar üzerinde konu gruplandırması yapıp, cevaplar ilgili başlıklar altında değerlendirilmiştir. Görüşme içeriklerini doğru bir şekilde aktarabilmek için tekrar tekrar dinlenerek, notlar alınmıştır. Yüzdeler ve tablo bilgilerini oluşturacak notlar ayrı bir şekilde tutulmuştur. Bilindiği üzere araştırmacılar çalışma ile ilgili veya bağlantılı olarak neler yapıldığını ortaya çıkarma, eksik bilgi ve gereksiz tekrarlardan kaçınmak üzere

literatür taraması yapmaktadır. Literatür taramasında ilgili konuların gruplandırması oldukça zaman alan bir aşamadır. Bu aşamadaki dezavantajlı durumları bertaraf etme amacıyla ilgili alanda yapılan çalışmaları bir arada vermek, özelliklerini, niteliklerini, ortaya koymak ya da kıyaslamak üzere içerik analizi çalışmalarının arttığı düşünülmektedir (Dilek, Baysan, Öztürk, 2018: 583).

Çalışmamızda ise içerik analizi neticesinde elde edilen veriler iki ayrı konu bölümünde incelenmiş olup birinci bölümde katılımcı hasta yakınlarının yaşadıkları zorluklar ikinci bölümünde ise yaşadıkları bu zorluklarda başa çıkma sürecinde başvurdukları inanç unsurlarına ait bulgular yer almaktadır. Bulgular kısmının birinci başlığında yer alan hasta yakını olmanın getirdiği güçlüklerle yönelik bulgular ve değerlendirme, ikinci başlığında ise katılımcı hasta yakınlarının dini başa çıkma sürecinde duygu ve düşünce odaklı inanç unsurlarına ait bulgular ele alınmıştır. Başa çıkmada başvurdukları dini ritüel ve pratiklerden bahsedilmiştir. Son olarak da hasta yakınının bu zorlu süreçte dini başa çıkma boyutunda gelişen dini etkileşiminin nasıl olduğu konu başlığı altında görüşme içeriklerine yer verilerek değerlendirmeler yapılmıştır.

## **7. ETİK DEĞERLENDİRMELER**

Nitel çalışma kapsamında mülakatların gerçekleştirilebilmesi için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü web sitesinde yer alan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu, İKÇÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurul Onay Formu ve Girişimsel Olmayan Araştırmalar Ön İzin Formu bilgisayar ortamında doldurularak İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Arge Birimine başvurulmuştur.

Araştırma etik konular açısından Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesine ve Hasta Hakları Yönetmeliğinin 3, 4, 6, 7 ve 8. bölümde yer alan maddelere sadık kalınarak yürütülmüştür. Çalışmayı protokole ve diğer mevzuata uygun olarak yürütebilmek adına İKÇÜ etik kurulu ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinden gerekli izinler alınmıştır.

Araştırma çalışma izni için Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu, İKÇÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurul Onay Formu, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Ön İzin Formu, çalışmanın yürütülebilmesi için Bireysel İzin Formu (Ek-1), Kişisel Bilgi Formu (Ek-2), Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek- 3) ile başvurulmuştur. İlgili formlar ekte mevcuttur.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

#### HASTA YAKINI OLMANIN GETİRDİĞİ GÜÇLÜKLERE YÖNELİK BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

##### 1. HASTA YAKINI OLMANIN GETİRDİĞİ GÜÇLÜKLERE YÖNELİK BULGULAR

###### 1.1. Katılımcıların Refakat Ettikleri Hastaların Tedavi Sürecinde Karşılaştıkları Zorluklar Ve Bu Zorlukların Hasta Yakınlarına Yansımaları

Katılımcıların refakat ettikleri hastaların yaşadıkları zorlukların ve bu zorluklar neticesinde hasta yakınlarının da yaşadıkları sıkıntıların tespit edilebilmesi için katılımcılara yöneltilen soru şöyledir: “Refakat ettiğiniz hastanın tedavi süreci ile yaşanan değişiklikler nelerdir?”

Katılımcı hasta yakını Ece (hemşire) bu soruyu şöyle yanıtlamıştır:

“Öncelikle psikolojik olarak babamın hastalığını kabullenememe ile başladı. Evet, mesleğimin gereği hastalıklar vardır, hastalarımız vardır, tedavileri vardır, ama benim yakınlarımda olamaz gibi bir düşünce taşıyordum. Annem hastalanamaz, babam bu şekilde hastalanamaz gibi bir düşünce ile kabullenememe gibi bir sürecim oldu. Daha sonra evet her şey insanlar için, bizler için diyerek tedaviye odaklanmaya çalıştım. Onun öncesinde babamdan hasta olduğunu saklamaya çalıştım uzun süre... Çevresindeki hastaları görerek kendisi hakkında da düşünceler oluşmaya başladı. Sadece bunun için yatışını uzun süre yaptırmadım, uzak da olsa aracım ile ışın tedavisine günlük olarak ulaşımını sağlamaya çalıştım. Aynı hastalıktan annemi kaybetmiş olmam, babamı kaybetme korkumu ve kaygılarımı daha çok perçinledi. Hayatımda iki önemli insandan biri olan annemi ve bir dönem sonra babamı kaybetmek üzere olmam, beni büyük bir üzüntüye sevk ediyor. Yaşadığım en büyük

değişiklik duygusal olarak kabullenememe oldu”.

Sağlık personeli olan Ece babasının hastalığını kabullenememesi ile başladığı bu süreçte yakınlarının bu hastalığa yakalanmasının mümkün olamayacağını düşünüyor. Ancak bu gerçekle karşı karşıya kalmak ikinci bir yıkım düşüncesi oluşturmuştur. Yakınına hastalık sürecinde eşlik etmede yardımcı bir unsur haline alan davranışlar geliştirmektedir. Bababoğlu ve Öz’ün hastalığın öğrenilmesi sonrası verilen tepkilerden bazıları arasında yer alan babasının hastalığını öğrenmemesi için üstün bir çaba göstermeye çalışmaktadır (Babaoğlu ve Öz 2003). Ece üzüntüsünü erteleme eğiliminde olmakla birlikte babasının yanında üzgün olma ve ağlama gibi davranışlardan kaçındığını dile getirmektedir. Cirhinlioğlu (2010) halkın hastalıklar arasında davranış geliştirme yönü ile ayırım yaptığını ifade ederken, iyileşme ihtimalinin düşük olduğu hastalık durumlarında karşılaşılan tepkiler içerisinde yer alan hasta bireyden hastalığının saklanmaya çalışılması olarak gördüğümüz durumu Ece’de de babasının kanser olduğunu öğrenmemesi için çaba göstermesi durumu ile karşılaşmaktayız. Diğer sağlık sorunlarında (iyileşme ümidi yüksek hastalık) görülen durum genellikle hastalığı saklama, süreçte üzüntüyü yoğun bir şekilde yaşamaktan ziyade hastaya daha gerçekçi ümit vaad edilebilmekte, iyileşme sürecine odaklanılmaktadır. Öte yandan ikinci bir sorun olarak Ece’nin annesini aynı hastalıktan kaybetmiş olması, babasının iyileşeceği beklentisini daha düşük tutmakta geçmişe dönük yaşadığı korku ve kaygılarını tekrar edip arttırmaktadır. Özalp ve Akgül (2018) ise geliştirilen davranışların ne olduğu hususunda “genel yargı, tek yönlü ve abartılı ele alma, felaket belirtisi algısı, seçici soyutlama” şekillerinde olabildiğini ifade eder. Ece ve birçok hasta yakınında benzer tepkiler ile karşılaşmamız duygu ve düşünceleri ile bir bütün olan insanın zaman zaman yaşadıkları olaylara benzer tepkiler vermeleri durumu şeklinde değerlendirilebilir. Babasının hastalığını kabullenememe duygusunu yüksek bir düzeyde yaşadığını ifade etmesinde, ailenin tek çocuğu olması, yaşamında tek varlık olan babasını kaybetme düşüncesi ile mücadele etmeye çalışması belirleyici bir unsur olabilmektedir.

Diğer katılımcı hasta yakınımız olan Seval ise;

“Öncelikle duygusal olarak etkilendim. Ancak bu süreçteki zorlukları yaşamada tecrübesiz değilim. Anneannemi de kaybettik. Onun hastalık süreci ve

tedavi sürecinde de bizzat ben ilgilendim. Onun için hasta yakını olmanın zorluklarının üstesinden gelmede güçlü olduğumu söyleyebilirim. Annemin rahatsızlanması da beni çok üzdü. Sevdiklerimi kaybetme konusunda üzüntü yaşıyorum ancak üzüntümü ve duygularımı daha çok içimde yaşıyorum, olumsuz durumları konuşmayarak beni etkilemesini engellemeye çalışıyorum” diyerek duygu ve düşüncelerini ifade etmiştir.

Görüldüğü gibi Seval hastalık süreci ve hasta bakımı ile ilgili ailesinde diğer hastalık tecrübelerini yaşamış olmasının güçlü olmasını sağladığını düşünmektedir. Karşılaştığı süreçteki olumsuzlukları dillendirdiğinde durumun daha fazla etkisi altında kaldığını düşünmekte, duygularını içinde yaşamakla beraber olumsuz düşünmemeye çalışarak ve bunu dile getirmeyerek kendisini daha iyi hissettiğini söylemektedir. Seval daha öncesinde kanser hastalığını yakınlarında görmüş olması sebebi ile bu içerisinde bulunduğu yeni durumu daha olgun bir şekilde karşılamaktadır. Özalp ve Akgül (2018, s: 215) hastalık döneminde Beck (1984)’in bilişsel süreçler olarak tanımladığı birincil ve ikincil süreçleri yaşadıklarını, Seval’in hastalık sürecini daha olgun karşılaması gibi durumları ikincil süreçler ile açıklamaktadır. İkincil süreçte verilen tepkileri “göreceli, uyarıların birçok boyutta algılandığı” şekli ile açıklamaktadır. Dolayısıyla Seval’in davranışlarının kontrollü olması, hastalık döneminde maruz kaldığı uyarıların çok yönlü değerlendirerek kendisi ve çevresindeki insanlar için daha uyumlu ve anlaşılır bir davranış dili oluşturması açısından daha önceki süreçteki yakınlarında edindiği hastalık (kanser) deneyimi ile açıklayabiliriz.

Bir diğer katılımcı Semra ise;

“Babamın hastalığını öğrenmek ve bu süreç beni duygusal olarak çok sarstı. Duygusal olarak sarsılma ile beraber, bu süreçte kendimde bazı değişiklikler fark ettim. Her şeyden önce bu süreç bana sorumluluk sahibi olmayı öğretti. Tedbirli, dikkatli olmayı, öğrenmemi sağladı. Bu hastalık büyük bir hastalık olduğu için, verdiği sorumluluklar da büyük, bu yüzden hiç bir şey göz ardı edilmemesi gerekiyor. Tedavi sürecinin başından beri ben üstlendiğim için sorumluluğu kimseye bırakmak istemedim. Değişiklik olarak da, önceden her şeye daha çok şikâyet ederdim. Şimdi ise hayatta böyle şeyler olabilir, ağlamak sızlamaktan ziyade bu durumda ben ne yapabilirim diye düşünüyorum”.

Babasının hastalanması ile duygusal olarak sarsıldığını söyleyen Semra kendisinde hastalık döneminde olumlu yönde değişiklikler oluştuğunu söylemektedir. Ekşi'nin (2017) de hastalık dönemindeki yaşanan deneyimler arasında aktardığı gibi Semra'nın karşılaştığı güçlüklerin sorumluluk alma becerisini geliştirdiğini, tedavi takibinde düzenli ve titiz davranmayı öğrendiği söylenebilir. Babaoğlu ve Öz'ün (2003) de belirttiği gibi bazı davranış şekilleri geliştirilebilmekte tedavi sürecinin takip edilmesi hususu önemsenilmekte ve bakım görevi ailedeki diğer bireylere bırakılmayacak kadar hassas bir şekilde hareket edilmektedir. Karşılaştığı sorunlarda ağlama ve üzüme davranışlarının sonuca ulaştırmayacağını düşünmekte daha gerçekçi düşünerek neler yapabileceği düşüncesine odaklanmakta ve üstüne düşen vazifeleri yerine getirmeye çalışmaktadır.

Kendisi ile görüşme gerçekleştirilen katılımcı Nilgün ise aynı soruya şöyle cevap vermektedir:

“Ben babamın ilk kızıyım. Diğer kardeşlerim de var ama ilk çocuğu olmamın etkisi ben de daha büyük bir etki bıraktı. Babam bir baba değil de her şeydi bize... Beni inanılmaz etkiledi. Ben onun yokluğunu düşünmek istemiyorum ama düşünmek zorundayım alıştırmak zorundayım kendimi... Hastalığı öğrenmeden bir ay önce ailemin bulunduğu şehre yerleşmişim. Sonrasında öğrenmemizle tedavi ve kontrol takibinde kolaylık oldu. Yoksa çok zorlanırdım. Onların yanında olabilmem, destek olabilmem benim için çok önemli...”

Nilgün, ailede babası ile duygusal bağının diğer kardeşlerine göre daha farklı olmasını, ailenin ilk çocuğu olmasına bağlamakta ve kendisinin babasının durumundan ötürü daha fazla üzüldüğünü düşünmektedir. Altaş ve Köylü (2015) bakım verme sürecinde yaşanan zorlukların sadece tedavi takibi ile kalmayıp ev-aile sorumluluk dengesinde maddi değişikliklerde de söz konusu olduğunu ifade etmekte, katılımcımız Nilgün ise aile hayatında yaşadığı durumlardan biri olarak tedavinin takip edilebilmesi hususunda ikametini değiştirme gibi bir durum ile karşı karşıya kaldığını bu şekilde daha faydalı olacağı kanaatine vardığını ifade etmektedir ve sorumluluk dengesini oluşturmaktan ziyade tüm yükü üstlenmektedir.

Hastalık evrelerinin her birinde farklı düşünce ve duygular içerisinde olunması sadece hasta bireyde değil hasta yakınında da söz konusu olabilmektedir. Çalışmamızın katılımcılarında da gözlemlendiği gibi genellikle şok ve kabullenememe

duyguları ağır basmakta, gelişigüzel ve aşırı tepkiler verdikleri gözlenmektedir (Tabar, 2006).

Hasta yakınları olan aile bireylerinin hastalık türü ve evrelerinde duygu ve düşünceleri farklı olabilmektedir. Daha önce literatür taraması bölümünde hasta yakınlığı ve refakat başlığı altında değinildiği gibi Ayten ve arkadaşları (2012) hastaların sahip oldukları duygu ve düşüncelerin zorlayıcı etkenler içerisinde olmasını bakım hizmeti verilen kişinin sınırları hastanın belirlenemeyen bir süre içerisinde sorumluluklarını üstlenmeye bağlamakta ve bu zaman dilimini hasta yakınının ruhsal, psikolojik ve fiziksel yönden etkileyen bir süreç olarak değerlendirmektedir. Kanser hastalığı başlı başına tanısı konulduğunda hem hasta bireyde hem de hasta yakını olan diğer aile bireyleri ve sosyal çevresinde travma etkisi oluşturabilmektedir (Işık 2003). Bu travma sürecinin kontrolünde hasta yakını en önemli rolü üstlenmektedir. Her ne kadar üstlenmiş olduğu rol ve gayretleri hastalık tedavi sürecini büyük ölçüde etkileyemeyecekse de, hasta ve yakınının yaşadığı duygusal krizlerin kontrolünü sağlamaya çalışmakta ve eylemsel olarak kendisini ve hastasını teselli etmede etkin olmaktadır. Hiçdurmaz ve İnci (2015) ise tedavi süresinin uzaması ile beraber hasta bireyin acılarına ve ağrılarına tanıklık etmenin hasta yakını açısından yıpratıcı unsurlar içerisinde sayılabileceğini belirtmektedirler. Hastalık türü olarak, kanser türlerinden iyileşme olasılığı yüksek ve düşük olan türler üzerinde düşündüğümüzde toplum içerisinde duygusal olarak gösterilen tepkiler arasında anonim hastalık korku ve kaygı gibi durumlara sebep olmakta ve bu durumun iyileşme beklenti seyrini etkilediği gözlenmektedir.

## **1.2. Katılımcıların Refakat Sürecinde Karşılaştıkları Zorluklar**

Katılımcıların refakat ettikleri hastalarının tedavi süreci ile birlikte hasta yakını olarak ailelerinde yaşadıkları sıkıntıların tespit edilebilmesi için katılımcılara yöneltilen soru şöyledir: “Hastalığın tedavi süreci ile birlikte hasta yakını olarak siz ve ailenizde ne gibi değişiklikler oldu? Yaşadığınız sıkıntıları anlatır mısınız?”

Katılımcı hasta yakınlarından Kadriye bu soruyu şöyle yanıtlamıştır:

“Ben çalışıyordum işimi bırakmak zorunda kaldım. Anneme bakacak kimse

olmadığı için günümüzün büyük bir kısmını onun yanında geçiriyoruz. Daha çok duygusallaştık ailece... Daha çok görüşmeye başladık... Bakımını üstlenmek konusunda daha fazla yardımcı olmaya çalıştık. Görev paylaşımı konusunda sıkıntı yaşamadım. Eşim de çok destek oldu. Ancak zorlandığım nokta, benden beklentinin yüksek olması idi. Görev paylaşımında işbirliği yapılması için sürekli benim uyarmak durumunda olmam zorluk yaşadığım noktalardan birisi oldu.”

Bu zor zamanlarında tüm aile bireylerinin daha hassas ve duygusal bir duruma gelmesi gibi yaşadıkları değişimleri Alpteker (2008) subjektif yük olarak tanımlamaktadır. Kadriye bir bayan olarak kendisinden fedakârlık beklentisinin fazla olmasından dolayı sıkıntı yaşadığını ifade etmekte zorlandığını söylemektedir. Ekşi'nin (2017) de bahsettiği gibi bakım verme hizmetine bağlı olarak yaşanan yorgunluk, tükenmişlik, stres ve bıkkınlık gibi durumlar Kadriye ile birlikte diğer hasta yakınlarında da karşılaşılan bir durumdur. Ancak tükenmişlik ve yorgunluk eşitliği diğer aile bireyleri ile aynı olamamakta, diğer hasta yakınları ile yapılan görüşmelerden de anladığımız üzere, toplumsal olarak bakım verme hizmetinde rol beklentisi daha çok kadın hasta yakınlarından beklenmektedir.

Katılımcı hasta yakını Oya ise;

“Tedavi sürecinde her yönden zorlandım. Psikolojik olarak, maddi olarak değişiklik yaşadık. Eşim bağ-kur emeklisiydi zaten, maaş durumu yetersiz olduğu için ben de çalışıyordum. Şimdi sekiz aydır kemoterapi aldığı için ben çalışmıyorum. Bazı ödemelerimiz de olduğu için ekonomik yönden zor günler yaşıyoruz. Eşim yemek yiyemiyor artık, mama ile besleniyor, onu böyle görmek beni çok üzüyor. Ben de yanında yemek yiyemiyorum üzüntüden... Biz burada iken çocuklarımız evde yalnız kaldıkları için zorlanıyorlar. Yakınlarımız bizi aramıyor... Görev paylaşımı olarak da destek göremiyoruz...” şeklinde soruyu cevaplandırmıştır.

Diğer bir katılımcı hasta yakını Gülsüm ise:

“Tedavi süreci ile birlikte ailece üzüntülü günler yaşadık. Artık hiçbir şey eskisi gibi değil... Ailece programlarımız, gezilerimiz bile değişti... Ailece bir arada bulunduğumuz zaman daha da azaldı. Bilhassa annem çok üzüldü. Duygusal olarak destek olmaya çalışıyorum kardeşime ama diğer akraba ve dostlarımızın ilgiyi kesmesi, görüşmemeleri bizi daha çok yalnız hissettirdi. Önceden yanımızda olan dostlarımız artık yok... Geldiklerinde de kardeşimin moralini bozacak şekilde

konuşmaları bizi daha çok zorluyor çünkü biz onun iyileşmesi için çaba gösterirken, gelen kişilerin konuşmaları ile morali çabuk bozuluyor, iyileşeceğine olan inancı düşüyor ve yeniden neşesini yerine getirmek için uğraşyoruz” diyerek Oya gibi destek konusunda sıkıntı yaşadıklarını paylaşmıştır.

Hasta ve yakınının sosyal izolasyona maruz kalmasını ve yakın dostların ve akrabaların hasta ve refakatçiden uzaklaşmasını Terakye (2011)’ye göre kendi yakınlarını geçmişte kaybetmiş olma duygusu ve olumsuz hastalık deneyimleri gibi durumlarla bağlantılıdır. Ancak bazen de hasta yanında nasıl bir tutum geliştireceğini bilememekten, bazen hijyen gerektiren özel tedavi dönemlerinden dolayı mesafeli olmayı, diğer hasta ve yakınlarından uzak kalmayı tercih edenler olmaktadır.

Diğer bir katılımcı Ece:

“Babamın rahatsızlanması psikoloji diye bir şey bırakmadı. Tedavinin de olamaması beni iki kat daha üzüyor. Çünkü oluşan sendromdan dolayı ameliyat olması riskli olduğu için olamıyor o çok ağır... Bu sendromlu akciğer kanserinde verilen süre altı ay ile bir yıl civarındır. Biz iki- üç ayımızı atlattık kalan süre canımdan can götürüyor... Böyle bir sıkıntım var... ki, mesleğin içinde olmak çok kötü... Bilmiyor olsam belki, avunma yollarına giderim ama işin içinde olup, sonucu bilip, tedavinin hangi aşamada neyin gerçekleştiğini biliyor olmak beni çok yıpratıyor” şeklinde duygu ve düşüncelerini ifade etmiştir.

Larsen’in hasta yakınlarını “gizli hastalar” olarak nitelendirdiği durumu (Özdemir, 2016) yoğun bir şekilde yaşayan Ece, babasının rahatsızlanması ile psikolojisinin bozulduğunu dile getirmekte, hastalığın iyileşme ümidinin az olduğu bir tür olması ile üzüntüsünün daha da arttığını dile getirmektedir. Terakye (2011) ise terminal dönem hasta yakınının en büyük handikapını sağlıklı bir insan için en son ihtimal olan ölümün, sevdikleri yakınları için her geçen gün yaklaşan bir gerçek olması ile açıklamaktadır. Ece sağlık personeli (hemşire) olmasının sürece tanıklık etme hususunda zorladığını, tüm tıbbi seyri biliyor olmanın verdiği üzüntüyü bir hayli arttırdığını ifade etmektedir. Sağlık alanında bilgisinin olmaması durumunda kendini avutabileceğini ancak bu şekilde geçici de olsa kendisini teskin edemediğini ifade etmektedir.

Katılımcımız Semra ise:

“Yaşadığım yerden uzakta olmak tabii ki bana çok zor geldi. Farklı şehirde olmak benim zorlanmama sebep oldu. İlk başta öğrendiğimizde ailemizdeki herkeste bir üzüntü, ağlama oldu. Ben ağlamadım onların ağlamalarına bile izin vermedim. Hayatta her şey olabilir diyerek ne yapmamız gerektiğine odaklanmaya çalıştım. Onlar da benim tavrıma uyum sağladılar. Yani ailede hastalığı öğrenmemiz ile birlikte duygusal başkanlığı ben yaptım. Ben sabırlı olmaya çalışınca onlar da benden güç almaya başladılar. Onların yanlış davranışlarını ben uyardım. Ziyaret etmek isteyenlere babamın yanında gelip ağlayacaksanız, moralini bozup kötü etkileyecekseniz ben misafir kabul etmiyorum dedim. Çünkü babamın yanında moralini bozacak şekilde konuşuyorlardı. Sorumluluk olarak ekonomik anlamda abimler destek oldu, tedavi sürecinde maddi ve manevi takibini ben yaptım. İlgilendiğim için kendimi daha rahat hissediyorum” şeklinde yanıt vermiştir.

Katılımcı hasta yakınımız Semra, kanser tanısı ile ailesinde üzüntünün hâkim olmasına izin vermemekte, babasının üzülmesine sebep olabilecek tüm kişi ve durumlardan uzak tutmaya çalışmaktadır. Katılımcımız Semra'nın yaşadığı bu süreci Larsen'in ise kanser tanısını alan hasta bireyin sosyal mesajlarla hastalığını öğrenme süreci ve sosyal deneyimlerle öğrenme süreci olarak açıkladığı durumu (Özdemir, 2016), Semra'nın da babasının hastalığını sosyal mesajlar ile öğrenmesini engellemeye çalışmasında gözlemlemekteyiz. Babaoğlu ve Öz'ün (2003) belirttiği gibi hasta yakınlarının süreçte yaşadığı duygu durumlarındaki değişiklikler neticesinde hasta yakınlarınca geliştirilen tepkiler bazen aşırı koruma bazen de aşırı boş verme şeklinde açığa çıkmaktadır. Katılımcımızı sabır duygusu ile güçlü olmaya çalışması ile ailesindeki diğer bireylerin de kendisinden etkilendiğini söylemektedir. Ekonomik anlamda ailesinden destek almada problem yaşamadığını dile getiren Semra, babasının bakımı ile ilgilendiği için kendisini daha iyi hissettiğini söylemektedir.

Hastalığın tedavi sürecinde yakını olarak hastaya refakat eden kişi aile yönünden pek çok sıkıntı yaşayabilmektedir. Tedavi sürecinin getirdiği sorumluluk bilinci ve paylaşımı hasta yakınlarının en çok sıkıntı yaşadıkları konular arasında yer almakta (Polat, 2011), bunun yanı sıra geride kalıp evde yaşamını sürdüren diğer aile bireylerinin duygusal sürecinin kontrolü, bakımı, eğitimi, okul ulaşımı, ekonomik



kaynakların azalması vb. gibi sorunlar hasta yakınlarını en çok zorlayan sıkıntılar arasında yer almaktadır.

### **1.2.1. Fiziki Koşullar ve Ortam Paylaşımı**

Katılımcıların hastalarına refakat ettikleri süre içerisinde hastane içerisinde fiziki mekân ve ortam paylaşımı sırasında yaşadıkları sıkıntıların tespit edilebilmesi için katılımcılara yöneltilen sorulardan biri şöyledir: “Hastane ortamında fiziki mekân ve ortam paylaşımında yaşadığınız zorluklar oldu mu?”

Katılımcımız Hülya:

“İlk günlerde çok zorlandım. Hayatımda ilk kez başıma geliyor. Bu kadar uzun süreli hastanede kalmamıştık. Eşim ilk zamanlar çok üzüldü. Onun gibi diğer hastaların olması bir araya geldiklerinde de hastalık durumlarını konuşmaları ümitli olmasını etkiledi. Ben de ona başkaları öyle olabilir sende de öyle olacak diye bir şart yok diyerek onu teselli etmeye çalışıyorum. Kendi ihtiyaçlarım için dahi evime gidip gelemiyorum zaten çok kilo verdi bacakları incecik kaldı ben yokken kayıp düşerse ayağı kırılabilir durumu daha kötüye gidebilir diye ayrılamıyorum başka hiç kimsem yok yetersiz hissediyorum kendimi. Bazı ilaçlar burada bulunmuyor bazen, karşıdaki eczaneye gidebildim ancak bu kadar zaman bile ayrılmam sıkıntı oluşturuyor. Çıktığımız odada diğer hastanın ziyaretçisi çoktu. Bir geliyorlar bir gidiyorlar, hastaları dikkate almadan kahkaha ile gülmeleri, oturacak yer bırakmamaları beni çok huzursuz etti. Sonra odamız değişti sorunumuz kalmadı çok şükür...” diyerek duygularını ifade etmiştir.

Hastaların rahatsızlık türü ve gereken takip işlemleri farklı olabilmektedir. Hasta için dayanılmaz olan ağrılar sonucu yakınmaların yüksek ses işitilmesi, yoğun hasta ziyaretçisi olan hastanın diğer hasta ve yakınına rahatsız etmesi, yüksek ses ile uzun süren telefon konuşmaları, hasta vefatı söz konusu olduğunda yakınların feryat ile ağlamaları gibi durumlar ortam paylaşımını zorlaştırmakta, sorunların oluşmasına sebep olabilmektedir. Moos ve Schaefer’in baş etme sürecindeki adaptif görevler olarak tanımladıkları “ağrı, yetersizlik, hastane ortamı, sağlık profesyonelleri ile ilişki geliştirmek, duygusal dengeyi korumak” gibi durumların (Polat, 2011) yanı sıra

fiziki mekân ve ortam paylaşımının gereği olarak hasta ve diğer hasta yakınları ile geliştirilen ilişkiler de dikkat çekmektedir.

Diğer katılımcı Hacer ise:

“Tabii ki zorlandığımız konular oldu. Şu an çok kötü durumdayız o konu ile ilgili... İlk baştaki odada hasta yatağının biri obezite hastası içindi. Diğeri de normal hasta yatağı idi. Biz oradaydık. Annemin psikolojisi bozuk... Ufak bir ses duysun gözleri dönüyor annemin... Ama ben bunu yandaki hastaya nasıl anlatacağım. Rica ettim diğer bir odaya geçelim diye, diğer odada da erkek hasta var şu an mecburen sizi tutuyoruz. Bir bayan hasta bir erkek hasta aynı odaya veremiyoruz dedi. Şimdi yanımızdakiler taburcu oluyor. Bakalım nasıl birisi gelecek uyum sağlayacak mıyız? şimdi onun endişesi içerisindeyim. Cumartesi günü gelen ziyaretçilerin fazla olması da annemi çok rahatsız etti. Yanımızdaki hastanın refakatçisi ile görüşüm annem rahatsız oluyor fazla kalabalık ve sestem dedim, O da fark etti sanırım ama gerektiğinde de uyararak lazım diye düşünüyorum. Başka bir odada olan hastanın ailevi problemlerinden dolayı da bir tartışma çıktı biz de şaşırarak doğrusu adam hasta yatağında bile sorunlarla uğraşılıyor. Annem panikledi biraz ben de yatıştırmaya çalıştım. Anne seni ilgilendiren bir şey yok sakın ol, güvendesin, ben yanıdayım korkma diyerek sakinleştirdim. Kapıyı kapatın diyebildim ancak...” diyerek kendisini ve hastasını tedirgin eden durumları ifade etmiştir.

Katılımcımız Ekrem ise:

“Biz odada dururken odaya kapıyı çalmadan girilmesi beni rahatsız ediyor. Hatta uyardım böyle yapmamaları gerektiği konusunda... Bir diğer hasta yakını ilk geldiğimiz günlerde sıkıntı çıkardı. Diğer bir hastanın durumu çok ağırdı. Sanırım çok ağrısı vardı ve gece uyuyamıyordu. İniltilerini duyduğumda bir şey yapamamak, yardımcı olamamak beni çok üzdü açıkçası onun için dua ettim. Diğer odadaki hasta yakını da bizi çok rahatsız etti. Sürekli yüksek ses ile telefon konuşması yapması babamı da rahatsız etti. Kısa bir süre olsa hiç sorun değil ama bir saate varan konuşmalar insanı çileden çıkarıyor doğrusu... Ziyaretçilerin hasta odasına çok kalabalık girmesi de ayrıca çok rahatsız eden bir konu...” diyerek katılımcı Hacer’in de rahatsız olduğu konuları benzer bir şekilde dile getirmiştir. Bir de buna ilave olarak katılımcı hasta yakınımız görgü ve nezaket kurallarında hassas olunmamasından rahatsız olduğunu dile getirmektedir. Bir başka hastanın acılarına

tanık olduğu için büyük üzüntü duymakta bu üzüntüsü ile dua ederek kendisini iyi hissettiğini ifade etmektedir.

Katılımcı hasta yakını Kadriye:

“Biz iki kişilik odada kalırken, diğeri hasta Tire’den geliyormuş onun için buralardan çok tanıdığı yok. Bizim de bütün yakınlar burada ve herkes işten çıkınca saat 5-6 gibi annemin yanına geliyor. Abim olsun, eşim olsun ve diğeri bütün yakınları bizim odaya gelince, diğeri hasta ve yakını, bizim kalabalığın sesinden rahatsız oluyor. Birkaç kere söyledi rahatsız olduğunu, çok amaçlı salona gitti bir müddet orada bekledi sonra “misafirleriniz gitti mi?” diye sordu. Ardından “ama olmaz ki böyle” dedi. “Teyzeciğim hakkını helal et ama bizim de yapabileceğimiz bir şey yok” dedim tatlıya bağlanır gibi oldu ama rahatsız olduğunu epey hissettirdi” şeklinde ifade ederek kendi durumlarının da bir başka hastayı rahatsız ettiğini vurgulamıştır. Kısacası bu ve benzeri meseleler tüm hastalar için zor durumlar oluşturabilmektedir.

Katılımcı hasta yakını Ece,

“İlk geldiğimizde babam daha iyiydi tabii yanına sağlık durumu hemen hemen aynı olan bir hasta verebilir misiniz? diye rica ettim. Sırada bekleyen çok hasta olduğu için durumu ağır olan bir hasta denk geldi. Onunla beraber babam biraz psikolojik olarak çöktü, kendisinden çok öksürdüğünde onunla ilgileniyordu acaba bir şey mi olacak, öldü mü diye bakıp duruyordu her tepkisinde, ben de bu aşamaları yaşayacak mıyım? korkusu oluştu. Buraya gelene kadar kanser olduğunu bilmiyordu. Diğeri hastalarla konuşmaları esnasında, belirtiler, şikâyetlerin benzer oluşu ve diğeri hastaların sen de bunları yaşayacaksın diyerek konuşmaları öğrenmesine sebep oldu” şeklinde ifade etmiştir.

Katılımcı hasta yakınımız Semra:

“Temizlik konusuna dikkat edilmemesi, odaya girişlerde kapı çalınmadan girilmesi beni rahatsız etti. Geçen gün epey bir zorlandık. Başka bir hastanın durumu çok ağırdı. Ağrıları vardı iniltilerinden uyuyamadım. Onun için dua ettim. Başka bir odadaki hasta yakını da yüksek sesle ve uzun bir süre telefonla konuşuyor sürekli neredeyse bütün hasta ve yakınları çok rahatsız oldu o kişiden... Diğeri yanımızdaki hastanın ziyaretçileri çok kalabalık geldikleri için babam uyumakta zorluk çekti

dolaylı olarak da ben çok rahatsız oldum” diyerek düşüncelerini ifade etmiştir.

Hastaneye yatış süreci ve sonrasında gerçekleştirilen işlemler ve hastanın gerekli takibi için gereken aşamalar atıldıktan sonra da bazı olumlu veya olumsuz durumlar oluştuğu gözlenmektedir. Uzak veya yakın bölgelerden tedavi amacı ile hastaneye gelinmeye devam edilmektedir. Hastalığının türünü bilmesi aile tarafından engellenen hastalarda ise sosyal mesajlar yolu ile hastalığını öğrenmesi, belirti, şikâyet ve aşamalar hasta için haber verici unsurlar oluşturmaktadır. Redley ve ark.’nın hastaneye yatış sonrası oluşacak ihtiyaç ve durumlar üzerine geliştirdikleri çalışmada mevcut durumu anlama ve güven ihtiyacı, hasta ile yakınlık kurma, hasta yakınlarının fiziksel rahatlıklarının sağlanması gibi durumlar sıralanmaktadır (Yardan ve diğ. 2008). Tüm bunlarla birlikte hastanın geçirdiği olası rahatsızlıkların, şikâyetlerin giderilmesine yönelik adımlar için gelmeleri ile beraber fiziki mekân ve ortam paylaşımında şartların elverişsizliği, diğer hasta ve hasta yakınları ile gelişen irtibat, yoğun bir talep ve sıra olması oda başına düşen hasta sayısı gibi durumlar da bunun yanında gelişen sıkıntıları görmemizi sağlamaktadır.

Ortak paylaşım alanında olası sorunların oluşmasında kişi yoğunluğu dikkat çekmekte, hasta odası, koridor ve çok amaçlı salonun kullanımı gibi ortamların paylaşımında rahatsız olunan unsurların değişiminde etkili olduğu gözlenmektedir. Bireylerin anlayışlılık durumu birbirlerine saygılı olmalarını sağladığı için, sıkıntıların aşılmasında işbirliğini etkilemesi ve sorunlarının paylaşımı gibi durumları etkilediği için önemli olduğu görülmektedir. Bu durumların tersi söz konusu olduğunda ise anlayış ve hoşgörüden uzak olma, saygısızlık ve sadece kendi hastasının memnuniyetinin ön planda tutulması beklentisi, diğer hasta ve hasta yakınlarının hassasiyetlerinin gözetilmesinde duyarsız davranılması sorunları arttırmakta ve uyumsuzluğu beraberinde getirdiği görülmektedir.

### **1.2.2. İş ve Aile Yaşamı**

Hastane ortamında tedavinin başlamasının ardından hasta yakınlarının iş ve aile yaşamına bağlı olarak yaşadıkları sıkıntıların tespit edilebilmesi için katılımcılara yöneltilen soru şöyledir: “Hasta yakını olarak iş ve aile yaşamınızda

değişiklikler oldu mu? Oldu ise zorlandığınız durumlar nelerdir anlatır mısınız?”

Katılımcı hasta yakını Oya:

“Eşim emekli idi zaten ama vakit buldukça ek işler yapmaya çalışıyorduk daha evvel... Şimdi eşim çalışamaz durumda olduğu için ben de refakat ettiğim için işe gidemez oldum. Maddi açıdan zor günler geçiriyoruz. Çocuklarımın da okul hayatı devam ettiği için onlar katkı sağlayamıyor. Yakınlarımızdan da destek göremiyoruz. Evimiz şehir dışında olduğu için masraflarımız arttı. İhtiyaçlarımızın artması ile ekonomik açıdan zor günler geçiriyoruz” şeklinde cevap vermiştir.

Katılımcımız Oya, ailede geçim kaynağını sağlayan kişinin hasta birey olması sebebi ile sonrasında çalışabilecek durumda olan kimsenin refakat sorumluluğunu üstlenmesi ile diğer aile bireylerinin ekonomik açıdan zorlandığını dile getirmektedir (Altaş ve Köylü 2015). Diğer aile bireylerinin bakıma muhtaç olması veya eğitim devamlılıklarından dolayı çalışamaması gibi durumlarla da ayrıyeten karşılaşmaktayız.

Ailede geçim kaynağını sağlayan başka birisi olmadığı için bakım verme sorumluluğundan dolayı işine geçici olarak son verilmesi durumunda kaldığını Kadriye bize şöyle ifade ediyor:

“Refakat etmem ile beraber çalışmaya da devam etmeye çalıştım ancak bu çok yorucu oluyor. Her ikisini de takip etmekte zorlanıyorum. İşimi bırakmak istemediğim için birkaç sefer izin ve rapor alarak durumu idare etmeye çalıştım. Tedavi uzun sürdüğü için izin ve raporlarda işyeri sahibi zorlanmaya başladı. Benim yerime başka iş arkadaşlarımı görevlendirdi. Onlar da uzun süren bir durumdan dolayı devam edemediklerini söyledi. Bu sebeple geçici de olsa çalışma durumuma son vermek zorunda kaldım”.

Görüldüğü üzere hasta yakını birey sadece hastası ile ilgilenmekle kalmayıp günlük yaşantısına devam etme hususunda gereken koşullarda zorluk yaşamaktadır. İş yaşamı ve dolaylı olarak ailesinin ekonomik geçimi etkilenmektedir. Bostancı, Daştan ve Buzlu'nun da (2010) belirttiği üzere ailede ekonomik geçimi sağlayan başka birey olması rahatlatıcı bir durum oluştururken bunun tersi durumda ekonomik açıdan ciddi sıkıntılar yaşanmakta maddi ve manevi yönden yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Arıkan (2017) yaşamsal işlevlerin artık hasta merkezli ilerleme

şeklinde olduğunu ileri sürmekte yaşamsal etkinliğin devamında önemli rol oynayan ekonomik geçim kaynağının devamı ailenin birincil önemdeki konuları arasında yer almaktadır. Aile için yaşamsal önem taşıyan ekonomik kazanç, işveren boyutunda da iş performansının devamlılığını gerekli kılmaktadır. Bu sürecin devamında işveren refakatçi bireye yardımcı olmaya çalışsa da sürecin belirsiz olması iş gücü kaybını etkilediği için yeni arayışlara yönlendirmektedir.

Hasta yakınlarının refakat etme sürecinde zorlandıkları bir diğer önemli konu olarak iş yaşamı ve beraberinde bakım verme sorumluluğu ile iş yaşamındaki değişiklikler ve zorluklar karşımıza çıkmaktadır. Hasta bireyin hastalık süreci ile iş yaşamı sona erebilmektedir. Ailenin geçim kaynağını sağlayan kişi hasta birey ise diğer aile bireylerinde yaşam koşullarını değiştirdiği gözlenmektedir. Altaş ve Köylü (2015) bakım verme rolünde olan hasta yakınının ev, iş, aile sorumlulukları ve ekonomik yetersizlik durumuna işaret etmekte süreçte sadece duygusal değil yaşamsal güçlüklerin varlığına da işaret etmektedir.

Hasta yakını olan birey evin geçim kaynağını sağlayan kimse ise her iki sorumluluğu yerine getirmekte zorlandığı görülmektedir. Hastalık süreci ile beraber diğer hasta yakınlarında ekonomik koşulların yetersizliği ile iş yaşamı başlayabilmektedir. Şahin ve arkadaşlarının (2009) da belirttiği gibi aileye dönük yaşanan sıkıntıların sosyal değişiklikleri etkilemesi açısından aile bireylerinde yaşam dengelerinin değişmesi, bakım veren kişi boyutunda eğitim-öğretimine ara vermek durumunda kalma gibi durumları geliştirebilmektedir. Hasta yakınlarının iş yaşamında izin problemi, refakatçi olarak sorumlulukları bir araya geldiğinde her iki sorumluluğu yerine getirmede bedensel ve ruhsal olarak güçlük çektikleri gözlenmiştir. Sürecin devamında ise çalışma durumu sona erebilmektedir.

### **1.2.3. Ulaşım ve Barınma**

Katılımcılarımızın refakat ettikleri süre içerisinde hastalarının tedavileri hastanede devam ederken ulaşım zorlukları ve barınma problemleri hususunda yaşadıkları sıkıntıların tespit edilebilmesi için yöneltilen soru şöyledir: “Hasta yakını olarak tedavi sürecinin başlaması ile birlikte hasta yakını olarak siz ve ailenizde

ulaşım ve barınma yönünden değişiklik ve sıkıntı yaşadınız mı? Anlatır mısınız?”

Katılımcı Nilgün:

“Hastalık dönemi gerçekten çok zor inanın... Sadece hastalık ve onun mücadelesi ile kalmıyor, ondan öte sizin hayat mücadeleniz haline dönüşüveriyor bir anda ne yapacağınızı bilemiyorsunuz yapılacak, takip edilecek iş çok ancak bunu üstlenebilecek ve hepsine yetebilecek bir tek siz varsınız ve bununla beraber mücadeleyi elden bırakmamaya çalışmak çok yorucu... Ben gündüz babamın yanında kalıyorum akşamüstü yeniden eve gidip gelmek durumunda kalıyorum. İki çocuk annesiyim teşhis konulduğundan beri düzenimiz değişti çocuklarımın ders başarısı düştü yeterince ilgilenemediğim için... Başka kalacakları yer yok, ilgilenecek kimse yok” şeklinde cevap vermiştir.

Diğer katılımcı Hacer ise sorumuzu şöyle yanıtlamıştır:

“Babamın yanında annem kalıyor ancak O’da çok yorulduğunda ben devreye giriyorum. Bu sebeple evimi kardeşlerime yakın bir yere taşımak durumunda kaldım. Çünkü ben burada iken kardeşlerim ilgileniyor”.

Hastanede tedavi döneminin devamı boyunca babasına refakatçilik sürecinde ikametini değiştirmek durumunda kalan Hacer ev-aile yaşam dengesi üzerinde ikamet yönünden değişiklik yapmak durumunda kalmıştır. Hasta yakınları arasında refakatçi olma döneminde ikamet, okul gibi durumların değiştiği ve sıkıntı yaşadığı hasta yakınlarından biri de Hacer’dir. Altaş ve Köylü, (2015) Tedavi sürecinde psikolojik ve ruhsal olduğu kadar ekonomik durum ve geçimin orta düzeyde karşılanıyor olması mümkün iken ek masraf (ulaşım, bakım masrafları) oluşturacak bir durum gelişmesi ile diğer gider dengelerinin de bozulduğunu söylemektedir. Tedavi döneminde ulaşım ve barınma gibi etkenler hasta birey ve yakını etkilemektedir. Hastaneye yakın ikamet kolaylık olsa da diğer aile bireylerinin takibi ve sorumlulukları ayrı bir zorluk oluşturmaktadır.

Katılımcı hasta yakınıımız son evre akciğer kanseri yakını olan Aylin sorumuzu şöyle yanıtlamıştır:

“Ağabeyim akciğer kanseri son evre şu anda... Ben ve diğer kardeşim ağabeyime bakıyoruz. Ağabeyim işyerinden hastaneye gelince ben eve gidiyorum. Çünkü annem felç olduğu için yatağa bağımlı olarak yaşıyor. Bu sebeple eve gidip

gelmek durumunda kalıyorum”.

Hasta yakınlarını zorlayan etkenlerden bir diğeri de evde yatağa bağımlı aile yakınının oluşu ve ilgilenecek başka bir kimsenin olmayışı ile hastane ve ev arasında sürekli gidip gelmek durumunda kalınmasıdır. Ayten ve arkadaşlarına göre (2012) bakım veren hasta yakınının hayat memnuniyetinin ruhsal, bedensel ve psikolojik açıdan etkilenmesine sebep olan niteliğin süresi belirli olmayan bir dönem içerisinde girmiş olması ile açıklamakta ancak sorunlar bazen daha karmaşık ve iç içe girmiş bir hale gelebilmektedir. Tıpkı Aylin’in evde yatağa bağımlı felç olan annesine bakma sorumluluğu ve hastane ortamında diğerk ağabeyinin kanser olması sebebi ile ikinci bir zorlukla karşılaşmaları gibi durumlar yaşananları açıklar niteliktedir.

Görüldüğü üzere hasta yakını bireyleri tedavi süreci ile birlikte pek çok sıkıntı ve zorluğu peş peşe yaşamaya devam etmekte, yaşanan sıkıntılarda yakın aile bireylerinin dayanışması önem arz etmektedir.

Hasta yakını olan bireylerin tedavi süreci ile tedavinin takibi, hastaneye yatış süreci ve sonrasında ulaşım konusunda zorluk yaşadıkları gözlenmektedir. Hasta ve yakınlarının ikameti farklı bir şehirde ise, bazen hastaneye yakın bir bölgeye ikamet taşınması ile bazen de akraba ve yakınlarının evini paylaşmak durumunda kalması ile sonuçlanabilmektedir.

İkamet şehir içinde ise eğitim-öğretime devam eden çocukları olması sebebiyle her gün eve gidip gelmek durumunda kalınması zorlayıcı etken iken şehir dışı olduğunda ise gerekli kıyafet ve temizliğin sağlanması için ulaşım konusu ayrıca bir zorluk oluşturabilmektedir.



## 2. KATILIMCILARIN DİNİ BAŞA ÇIKMA SÜRECİNE YÖNELİK BULGULAR

### 2.1. Katılımcı Hasta Yakınlarının Dini Başa Çıkma Sürecinde Duygu ve Düşünce Odaklı İnanç Unsurlarına Yönelik Bulgular

Hastalığın tedavi süreci ile beraber hasta ve hasta yakını olan bireyler karşılaştıkları problem ve zorluklar ile başa çıkabilmek için dini inanç gereği tanımlana gelen gerek toplumsal gerek kişisel çaba ve eğilimleri ile öğrenip farkına vardıkları olumlu veya olumsuz dini başa çıkma kaynaklarına başvurumaktadırlar.

Bireylerin olumlu ve olumsuz başa çıkma modellerini tercih etmelerinde içlerinde buldukları duygu ve düşünce eğilimi etkili olabilmektedir. Bazen hasta yakını birey bilinçli olsa da olumlu başa çıkma modelini benimseyememekte bazen de olumlu ve olumsuz başa çıkma kaynaklarından ne şekilde faydalanabilecekleri konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olamamaktadırlar. Katılımcı hasta yakınlarına yöneltilen Dini duygu ve düşüncelerinizde değişiklikler oldu mu? sorusuna verilen cevapların yüzdeleri şöyledir;

Katılımcıların %80'i dini duygu ve düşüncelerimde değişiklik oldu, evet demiştir. Katılımcıların %20'si ise hayır, değişiklik olmadı şeklinde yanıtlamıştır.

	Sayı	%
<b>Değişiklik oldu, Evet</b>	<b>16</b>	<b>% 80</b>
<b>Değişiklik olmadı, Hayır</b>	<b>4</b>	<b>% 20</b>

Katılımcı hasta yakınları yakınlarının kanser tedavisi boyunca ve sonraki süreçte yaşadıkları değişikliklerle ilgili sorumuza katılımcı hasta yakınımız Nilgün açıklamasında: “Hastalığım teşhisi ve sonrasında daha fazla Allah’a yöneldim. Tedavisi zor bir hastalık olduğu için bir müddet ümitsizlik yaşadım. Annemi

kaybetmek istemiyorum. O'nun gözümün önünde erimesi bana çok büyük üzüntü veriyor. Şifanın Allah'tan olduğuna inandığım için namaz kılmaya başladım, Kur'an-ı Kerim okumaya başladım ve iyileşmesi için dua ediyorum" şeklinde yanıt vermiştir. Katılımcımız hastalıklarını ve yaşadığı üzüntüleri Allah'a inanma ve sığınma duygusunun daha fazla arttırdığını ve anlam bulduğunu dile getirmektedir. Pargament, Koenig ve Perez'e (2013) göre de bireyin yaşanan zorluklarda anlam bulması, iç kontrolünü sağlaması ve çözüm bulması, kaygılarını azaltıp teselli bulması, sosyal dayanışma ve kimliğinin desteklenmesi gibi unsurlarla gerçekleşmektedir.

Cirhinlioğlu ve Ok (2003) inanma eylemini bireyde en üst manevi otorite olarak kabul etmekle birlikte inanç ve dini metin desteği gibi unsurların etki göstermesinin kişisel deneyim yoluyla gerçekleştiğini ifade etmektedirler. Nilgün ise başlangıçta tepkisinin ümitsizlik şeklinde başladığını ifade etse de yaratıcısının şifa beklentisine cevap vereceğini umarak dini ibadet ve duygulara yönelme davranışı geliştirmektedir. İbadetlere yönelme ile birlikte dua etme eylemine başvurduğunu söylemektedir.

Diğer bir hasta yakını olan Gülsüm ise:

"Hastalık ve tedavi süresi bizleri çok zorladı ancak dini duygu ve düşüncelerimde değişiklik olmadı. Ben Allah'tan gelip yine Allah'a döneceğimize inanıyorum. Başımıza gelen bu hastalık ve yaşadığımız zorluklar günahlarımıza kefarete olacak belki de..." şeklinde yanıt vermiştir.

Katılımcımız bu ifadesi ile zaten Allah'a inanma duygusunun var olduğunu süreç ile değişiklik olmayışını tevekkül ve teslimiyet duygusuna bağlamakta aynı zamanda Karakaş ve Koç'un da (2014) belirttiği üzere dini açıdan affedilme beklentisi katılımcımızda manevi teselli kaynağı olarak yaşadığı sıkıntının günahlarına kefarete olacağı ve mükâfat beklentisi düşüncesi kendisine manevi güç kaynağı oluşturmaktadır.

## 2.2. Katılımcı Hasta Yakınlarının Dini Başa Çıkma Sürecinde Başvurdukları İnanç Unsurlarına Yönelik Bulgular

Görüşme yapılan katılımcılara hasta yakını olma sürecindeki yaşadıkları zorluklarda dini başa çıkma unsurlarından en çok hangilerinden faydalandıkları ve hangi terimlerin kendilerini daha güçlü hissetmelerini sağladığı yönünde soru yöneltildiğinde ifade ettikleri cevapların yüzdelik dilimi aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

	Sayı	%
<b>Hayır-Şer eksenli düşünme</b>	<b>2</b>	<b>%10</b>
<b>Kader</b>	<b>2</b>	<b>%10</b>
<b>Sabır</b>	<b>5</b>	<b>%25</b>
<b>Şükür</b>	<b>2</b>	<b>%10</b>
<b>Dua</b>	<b>6</b>	<b>%30</b>
<b>İmtihan</b>	<b>2</b>	<b>%10</b>
<b>Tevekkül</b>	<b>1</b>	<b>%0,5</b>

Görüldüğü üzere katılımcı hasta yakınlarında dini başa çıkma unsurlarından %10'u hayır-şer eksenli düşünerek, %10'u yakınlarının kaderlerinde olduğu düşüncesi ile %25'i sabır düşüncesi ile, %10'u içlerinde bulunduğu duruma şükrederek, %30'u dua ederek, %10' u yakınlarının kansere yakalanmasının bir imtihan olduğunu düşünerek, %0,5'i ise buldukları sıkıntı ve zorluğu Allah'a tevekkül ederek içlerinde buldukları sıkıntı ve zorluklarla başa çıkmaya çalışmışlardır. Tevekkül ile ilgili verilen cevabın az olmasının nedeninin pratikte başvurula gelen ancak kavramsal olarak bilgi sahibi olunmama veya aktif olarak tevekkül kavramının tanımından haberdar olmamakla ilgili olduğu düşünülmektedir.

### 2.2.1. Hayır-Şer Eksenli Düşünme

Hastaya refakat etme sürecinde dini başa çıkma durumunda katılımcıların en çok başvurdukları kavramları tespit edebilmek amacıyla katılımcılara yönelttiğimiz soru şöyledir: Hastanıza refakat etme sürecinde dini başa çıkma unsurlarından en çok başvurduğunuz kavram hangisi idi? Anlatır mısınız?

Katılımcı hasta yakını Oya sorumuzu şöyle yanıtlamıştır:

“Eşimin hastalığını öğrendiğimizde büyük üzüntü yaşadık ilk etapta kabullenemedik açıkçası... Gizli gizli ağlıyordum hep eşime belli etmemek için ama bir yerden sonra kabullenmeye başladık. Tabii ki kolay olmadı bizim için... Daha sonraları hayır ve şerrin Allah’tan olduğunu düşünmeye başladım. Arkadaşım bana bir gün Hızır ve Musa kıssasını anlattı. Bu kıssayı önceden de okumuştum ama inanın hastalık ve sonrasında insan o kadar zayıf düşüyor ki, bildiğiniz şeyleri bile bazen bir başkasından dinlemeye ihtiyaç duyuyorsunuz. Evet, gerçekleri kabullenmek zaman aldı ancak her şerrin arkasında hayır, her hayrın arkasında şer olabileceğine inanıp Allah’a güvenmenin ve ona sığınmanın en büyük dayanak olduğunu hatırlatması bana moral ve güç verdi”.

Hastalık sürecinde verilen tepkilerden sonraki aşamada hayır-şer ekseninde düşünme ortaya çıkmıştır. Bu dönemde verilen tepkiler kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Yener’e (2010) göre yaşamsal krizlerle karşılaşıldığında bireyin inancına yaptığı yüklemeler önem kazanmakta kimine göre olumlu yükleme kimine göre ise olumsuz yükleme bireyin krizlerde davranış şekillerini oluşturmaktadır. Oya, başa çıkma ile ilgili olarak halk arasında da anlatıla gelen Hızır-Musa kıssasının kendisini düşünce boyutunda etkilediğini dile getirmekte daha öncesinde bildiği halde arkadaşının teselli olarak anlatması ile etkilendiğini söylemiştir. Kıssanın hayır ve şerrin Allah’tan geldiği ve yaratıcısına küsmeden şer olarak gördüğü hastalık sürecinin olumlu yönlerini görmeye odaklanmasını sağladığını dile getirmektedir. İşte böyle bir durumda kişide gelişen olumlu yönlerini görmeye çalışma isteği başına gelen olumsuz bir olayda yaptığı yüklemenin niteliği ile alakasını belirlemektedir.

Hastalık ve sonraki süreçte olumlu yönde değişimlerden söz edilirken zaman zaman olumsuz yönde değişiklik olduğundan bahsedenler de oldu. Kanser hastası

olan ablasının bakımı ile ilgilenen katılımcımız Gülsüm olumlu ve olumsuz yönde hayır ve şer düşüncelerini şöyle beyan etti:

“Ablamın kanser olması beni ve annemi çok üzdü. Ancak bizi sevdiklerini düşündüğümüz dostlarımız sebepsiz yere bizden uzaklaştı. Aramaz sormaz oldular ablam birdenbire yalnızlaştı. Bir de yetmiyormuş gibi telefonla arayanlar da ablamın moralini bozacak şekilde konuşuyorlar. Anlayamadım doğrusu... İnsanlar çok farklı gerçekten hastalıkla beraber kimin dost kimin düşman olduğunu fark ettik. Hastalık bizim için şer gibi göründü ancak çevremizi saran dost dediğimiz insanların gerçek dost olmadığı gerçeğini bize gösterdi”.

Görüldüğü üzere hastalık dönemi kanser hastası ve ailesinin sosyal ve manevi anlamda en çok desteğe ihtiyacının olduğu dönemlerden biri olmaktadır. Balcı ve arkadaşlarının (2016) belirttiği üzere hasta ve hasta yakınları tanı konulmasından itibaren son evreye kadar farklı duygular içerisinde olmakta, değişik duygu ve düşünce dönemleri içerisine girmektedirler. İşte bu süreç kanser hastası ve yakını için bazen olumlu değişimler getirebilirken bazen de olumsuz değişimler getirebilmektedir. Aile bireylerinde kenetlenme ve mücadele etme, yakın ve uzak akrabalıkta dargınlığın son bulması, ayrılmış eşlerde vicdan azabı veya vefa düşüncesi ile görüşmek veya reddetmek vb. olumlu-olumsuz gelişmeler yaşanabilmektedir.

İnsanlar yaşamlarında karşılaştıkları belâ, musibet, felâket ve hastalık vb. gibi durumlarda Basut'un (2006) da belirttiği üzere kendilerine manevi teselli kaynağı olarak inanmış oldukları dinin kaynaklarından kendi fitri eğilimlerine uygun olan, hayatlarına anlam vermede ve zorluklarda güçlü hissetmelerini sağlayacak unsurları oluşturan bazı inanış ve eylemlere başvurma ihtiyacı hissetmektedirler. Başvurulan bu eylem kimi zaman bir ayet ya da hadis kimi zaman sözlü kültürümüzde yer almış düşünürlerimiz ve erenlerimizin söylemlerini içermektedir. Günlük hayatımızda konuşma diline yerleşmiş olup gerçek manası ile örtüşen bazen de gerçek manasından anlaşılamayacak derecede uzaklaşmış başvuru yöntemleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dini inanç ve eylemlerini güçlü kılacak unsurlardan birisi olarak hayır-şer eksenli düşünme terimi yer almaktadır. Dini kaynaklarımızda ayet olmasına rağmen neredeyse toplumumuzda bir deyim halini almış “Her şerrin arkasında bir hayır, her

hayırn arkasında bir şer gizli olabilir” cümlesi yaygın bir başa çıkma unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır. Bahadır’a göre gerçekçi bir yaşama ancak, hayata katılarak “çift kutuplu karakterini kabul ederek, onun tüm süreçlerine yapıcı bir yaklaşımla ulaşılabilir” (Bahadır, 2010: 9-25). Her ne kadar anlamlandırmada doğru veya yanlış şekilleri mevcut ise de hayır ve şer sık sık karşılaştığımız bir kavram olarak önemini korumaktadır. Katılımcı hasta yakınlarımızdan %10’u dini başa çıkma yöntemi olarak hayır-şer eksenli düşünme eyleminden faydalandıklarını dile getirmişlerdir.

### 2.2.2. Kader

“Hastanıza refakat etme sürecinde dini başa çıkma unsurlarından en çok başvurduğunuz kavram hangisi idi? Anlatır mısınız? Şeklinde sorduğumuz soruya katılımcı hasta yakını Kadriye şöyle yanıt vermiştir:

“Anneme teşhis konulduktan sonra ailece bir hüznün kapladığı içimizi... Sessizleştik ve duygularımızı ifade edemez olduk. İlk zamanlarda neden annem? Neden ben? gibi düşünceler fazlaydı. Uzun zamandır annem babamın yüzünden kanser olduğunu sık sık söylüyor ve bu düşünce anlık tepkilerini arttırıyor bazen babam ziyarete geldiğinde onu görmek istemediğini söylüyor. Tabii geçmiş zamanlarda huzursuzlukları oluyordu. Ancak geçirdiği yılların kanser ile sonuçlanması annem ile babam arasında uçurumu daha da arttırdı. ‘Gelmesin’ ‘O’nu görmek istemiyorum’ ‘O’nun yüzünden kanser oldum beni hep yalnız bıraktı’ gibi sözleri tekrarlıyor sürekli... Ben de anneme “üzülmüş olabilirsin ama üzülen ya da sorunları olan herkes kanser olmuyor anneciğim Allah’ın takdiri böyle demek ki...” diyerek onu sakinleştirmeye çalışıyorum”.

Katılımcımız Kadriye, hastalık teşhisi ile yaşadıkları üzüntüden bir müddet sonra kabullenememe duygusunun devamı olarak başına gelen olayların kendisi ve annesi için olması gerçeğinin neden diğer insanlara göre kendisine isabet ettiği gibi halk arasında ve dinen isyan düşüncesi olarak görülen böylesi bir durumda kadere iman düşüncesi ile rahatlamaktadır. Pargament olumsuz dini başa çıkma üzerinde belirledikleri özellikler arasında cezalandırıcı tanrı tasavvuru, fazla ümitli olma-ümitsiz olma, olumsuz düşüncelerde tanrı adına aşırılık içerisinde olma ile açıklamaktadır (Eryücel 2013). Katılımcımız Oya’da ise ilk tepkide yer alabilen

zorluklara karşı bireysel red düşüncesi yer almaktadır. İsyân duygusu olarak nitelendirmediklerini de açıkça ifade etmektedirler. Hastalık sebebi olarak hasta bireyin yaşadıkları ailevi problemler neticesinde hastalığının ortaya çıktığını, eşinin sebep olduğunu düşünmesi gibi nedenler aşırı düşünceler arasında yer almakta hastalık döneminde yaşadıkları zorlukları arttırmaktadır. Katılımcı hasta yakınımız takdiri kader düşüncesi ile hasta bireyi teskin etmeye çalışmaktadır.

Katılımcı hasta yakını Furkan sorumuza şöyle cevap vermiştir:

“Başımıza gelen her şey Allah’tan geliyor ancak bazı şeylerde inanmakla beraber üzerimize de düşen görevlerin olduğunu düşünüyorum. Babam yıllardır taşıtların parçalarının boyama işinde çalışıyor. Boya kokusunun babamın akciğerleri için rahatsızlık verebileceğini çok sefer söyledik ancak hiç kulak asmadı dinlemedi bizi... Ne yapalım oğlum ekmek kapısı diyerek yılları geçirdi. İşletme de kendine ait olduğu için bir türlü cesaret edemedi kapatıp başka bir iş kurmaya... Şimdi ise bizi büyütme için yıllarca çabaladı sonunda böyle olması bizi çok üzüyor”

Katılımcı hasta yakınımız Furkan yaşadığı olayların tamamını sadece kader düşüncesine bağlamamaktadır. Babasının sağlığına zarar verecek bir işte devam etmesinin sebep olduğunu düşünmekle birlikte insanın da sorumluluklarının olduğunu dile getirmektedir. Katılımcımız babasının hastalığının sadece kaderde olduğunu düşünmemekte, bireysel önlemlerin ve dikkat edilmesi gereken durumların önemli olduğunu vurgulamaktadır. Kader düşüncesini olumlu başa çıkma becerisi olarak geliştirebilmiş, Allah’ın külli iradesinin ve kulların cüzi iradesinin gerekli ayırımını yapabilmıştır.

Görüldüğü gibi bazen hastalığın kader sebebi ile geliştiği düşüncesi şeklinde bazen de hastalığın kader ile bağlantılı olmadığı yönünde bir düşünce gelişebilmektedir. Mehmedoğlu’nun da belirttiği üzere, “olumsuz dinî başa çıkma metotlarından oluşan örüntü, genel bir dinî yönelimden meydana gelir bizzat gerilim ve karmaşada tanrı ile zayıf bir ilişki, yüzeysel ve uğursuz bir dünya görüşü ve anlam arayışında dinî bir çaba” ile belirlenebilmektedir. Bazen de aile ilişkilerindeki problemlere, yaşam koşullarına ya da iş koşullarında maruz kalınan zarar verici etkenlere de bağlanabilmektedir (Mehmedoğlu, 2005: 287).

Kader kelimesi sözlükte “takdir, hüküm, gücü yetmek, planlamak, ölçü ile

yapmak, bir şeyin şeklini ve niteliğini belirlemek, hikmete göre yapmak” anlamlarına gelmektedir (Aktepe, 2012: 71). Dini literatürdeki tanımı ile halk dilinde kullanıldığı anlam ve ifadeler ise bir o kadar farklılık arz etmektedir.

Yaşam olaylarının neredeyse her safhasında kader sözcüğü gündeme gelmekte ancak gerçek anlam ile pratik hayatta verilen anlam arasında önemli farklılıklar gözetilmektedir. Coşar’ın (2010) da belirttiği üzere kader kelimesinin günlük hayatta yansımaları, Allah’ın insan yaşamında değişmez ölçüsü ve dilemesi şeklinde, başa gelen olay ve durumların değiştirilemez olduğu düşüncesinde bazen de alın yazısı düşüncesi ile hastalığın kader olduğu düşüncesi ile karşımıza çıkmaktadır.

Ölümlerle sonuçlanabilecek bir hastalık olan kanser hastalığında, takdiri kader düşüncesinin hasta ve yakını için teskin edici bir unsur oluşturduğu görülmüştür. Gürses’in (2008) de belirttiği gibi iman esaslarından kader ve kazaya iman düşüncesi sağlam bir muhakeme şeklinde gelişmişse bireyler bu durumu daha sakin ve teslimiyet duygusu içerisinde geçirmektedirler. İsyen duygusu içerisinde olsalar da, imanlarına zarar vereceği düşüncesi ile yerini teslimiyet duygusuna bıraktığı görülmektedir. Katılımcı hasta yakınlarının %10’u süreçte dini başa çıkma yöntemi olarak kader kavramına başvurduklarını açıklamaktadırlar.

### **2.2.3. Sabır**

“Hastanıza refakat etme sürecinde dini başa çıkma unsurlarından en çok başvurduğunuz kavram hangisi idi? Anlatır mısınız?” şeklindeki sorumuzu katılımcı hasta yakını Seval şöyle yanıtlamaktadır:

“Anneme bakarken en çok zorlandığım nokta kendi sağlık problemlerimin olup her şeye rağmen devam etmek zorunda kalmam oldu. Bel fıtığı ameliyatı geçirdiğim için annemin kıyafetini değiştirirken, tedavisi için ilgili bölüme götürüleceği sırada bazı hazırlıklar yaparken çok zorlanıyorum. Ciddi bir problemim olmasa benim için hiç önemli değil ancak ben de iki kere bel fıtığı ameliyatı geçirdim. Ağrı kesici iğnelerle ayakta duruyorum. Bu arada babam da rahatsız... 76 yaşında ve felç hastası... Annem burada yatarken benden gizli ameliyat randevusu almış. Diğer blokta bir ameliyat geçirdi. 25 gün hastanede yattı. Annem de rahatsız bir yandan içimden dedim ki böyleyim kendimi ikiye, yarım ile anneme diğer yarım ile da babama



mı bakayım dedim. Sabrettim ama hiç isyan etmedim. Bunca zorluğu yaşıyor olmama rağmen anneme ve babama çok iyi bakıyorum ve onları kırmamaya çalışıyorum. Benim tek yol göstericim rabbim oldu. Ne zaman daralsam O'na başvuruyorum, O'na dayanıyorum... O hiç şaşırtmadı beni”.

Dini referans ve öğretilerden faydalanarak ayakta kalmaya çalışan, moral ve motivasyon olarak sık sık kendilerinin ve yakınlarının neredeyse en çok kullandıkları kelimelerden biri de sabırdır. Sayın'a göre (2012) psikolojideki “kendini tanıma süreci” yolculuğunda bireyin iç benliğinde bilinçli olmaya çalışma gibi durumları çağrıştıran sabır eyleminde bireyler zaman zaman peygamberlerin yaşadıkları sıkıntılar ile kendi yaşantılarını özdeşleştirmekte ve bu özdeşleşme ile iç kontrolünü sağlamaya çalışabilmektedir. Zaman zaman hasta yakınları birbirlerini de sabır kelimesi ile teskin etmekte sık sık Eyyüb (a.s) peygamberin yaşadıklarını konuşarak manevi teselli kaynağı oluşturmaktadırlar.

Katılımcı hasta yakını olan Ece, bundan yedi yıl önce annesini aynı kanser türünden kaybetmiştir. Yaşadığı duygularını bize şöyle ifade etmektedir:

“Hastalık süresinde inançlı insanlar olmasak inanın dinden çıkar insan... Düşüncelerine hâkim olamıyor insan... Çünkü robot değiliz yaşadıklarımız gerçekten çok zor... Çok uzun süre değil, bundan yedi yıl önce annemi kaybettim. Hem de aynı kanser türünden... O'nu kurtaramadık ama şimdi de babam aynı hastalığa yakalandı. Ne yapacağımı bilmiyorum. Benim onlardan başka dayanağım yoktu... Bazen bakıyorum dine uzak Allah'ın adını bile anmayan insanlar mutlu mesut yaşarlarken neden ben, neden benim annem ve neden benim babam... Allah'ım diyorum onlar senin adını hiç anmazken dört dörtlük hayat yaşarken, ben sana bu kadar inanıp güvenirken neden benim başımda... Niye ben diyorum isyan etmek istemiyorum ama bu konuya girdiğimde çıkamayacağımı biliyorum. Eyyüb peygamberin kıssası bana ilaç gibi geldi. Yaralarından düşen kurtları yeniden koyup sizin üstümde nimetiniz var deyip yerine koyarmış bizler onlar gibi olamayız ama onların olaylara bakış açısı ve sabırları gerçekten takdir edilecek bir durum... Demek ki hastalık bir musibet ve belâ değil eğer belâ olsa idi, Allah peygamberleri imtihan etmezdi. Bizde sabredeceğiz Allah katında kazanan kullardan olmak önemli... Geçici dünya değil gerçek dünyada mükâfatlarımızı göreceğiz inşallah”.

Katılımcı hasta yakınımız Ece ve birçok hasta yakınında karşılaştığımız bir durum olarak inanma eylemi ve ibadetleri yerine getirmede, Allah tarafından iyi şeylerle karşılaşma beklentisi, sağlıklı yaşama, sevdiklerinin yanında olmasını garanti altına alacağı düşüncesi hâkim olmaktadır. Bu bir nevi kanser hastasının geçirdiği tepki dönemlerinden pazarlık evresinin yaşama yayılmış bir tezahürüdür diyebiliriz. Duygu ve düşünme donanımlı olarak yaratılmış insan, yaşamının pek çok evresinde ve yaşadığı olaylarda, davranışçılık ekolünde vurguladığı gibi, ödül-ceza kavramını tecrübe etmekte aynı düşünce yapısını inanç eylemi olarak Allah'a kulluk sorumluluğunun neticesini yine ödül-ceza beklentisi üzerine oturtmaya çalışmaktadır. Allah'ın takdiri veya kulların yanlış yaşam tarzı neticesinde karşılaşmış oldukları zorluklarda da, beklentileri üst düzeye çıkmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları en büyük ve ortak çatışma Sayın'ın (2012) da belirttiği üzere kendini tanıma ve anlamlandırma sürecini sorgulaması neticesinde "Neden ben?" "Neden biz?" "Neden benim yakınım?" gibi sorular olmaktadır. Zaman zaman akla gelen bu sorulardan dolayı dahî, kendilerini suçlu hissetmekte ve "Neden bu sorular aklıma geliyor? Yoksa benim imanım mı zayıfladı? Ben isyan etmek istemiyorum ama neden böyle düşünüyorum" "Keşke benim başıma gelse idi bu hastalık" gibi düşünceler akıllarına gelmektedir. Bu düşüncelerden kurtulmalarında en önemli referans olarak yine sabır öğretisi karşımıza çıkmaktadır.

Katılımcı hasta yakınımız Ece ve diğer hasta yakınlarında yaş, medeni durum vb. etkenlerin farklılığına göre verilen tepkiler değişebilmektedir. Küçük yaşta annesini daha sonra babasını yine aynı hastalıktan kaybetmek üzere olduğunu düşünmesi acısını arttırmakta ve kendisini çaresiz hissettirmektedir ve sonrasında peygamberlerin hayatlarından kendisine teselli bularak Eyyüb peygamberin sabrını ve teslimiyet örneğini düşünerek yaşadığı olumsuz durumlarda moralini düzgün tutmaya çalışmaktadır. Doğan'ın (2014) belirttiği üzere yıkıcı dürtülerin üstesinden gelmede bireye olgunlaşma fırsatı vermekte manevi huzura kavuşmada sabra yönelik değer yargılarını sunmaktadır.

Diğer hasta yakını Semra ise sabır kavramını düşünmesinin sebebini bizlere şöyle açıklamaktadır:

"Babam hastalandığından beri beni en çok ayakta tutan düşünce sabır oldu. Çünkü insan sabrettiğinde bu dünyada olmasa da, ahiret hayatında mükâfatlarla

karşılaşacağına inanması bir can simidi gibi geliyor insana... Başka çıkar yolunuz yok ne kadar mücadele edilse de bazı gerçeklerin kaçınılmaz oluşu daha da kaygılandırıyor insanı... Böyle bir durumda Allah'a sığınma, ona sabrederek yönelmek gerçekten çok önemli... Sabır benim için aynı zamanda bir dayanak çünkü yaşadığımız zorluklarla mücadelede dayanma ve sığınma ihtiyacını gideriyor. Allah'ın sevgisini kaybetme ve O'nun yakınlığından uzaklaşma korkusu beni sabır düşüncesine daha çok yaklaştırıyor. Sabır ile beraber aynı zamanda iyi düşünmeyi de öğreniyor insan. Davranışlarınızı kontrol altında tutmanızı sağlıyor ve bir müddet sonra olumlu bir şekilde düşünmek için çaba sarf etmeye başlıyorsunuz. Çünkü Allah hiçbir zaman için ümidin kaybedilmemesini istiyor. Yani olumsuz ve ümitsiz düşüncelerinizin oluşmaması ve bunlara bir set çekmek için bir başlangıç adeta ve bir müddet sonra ümidinizin yeniden canlanmasını sağlıyor sanki ama zorla, acıyla da olsa”.

Sabır kelimesi hayatın pek çok aşamasında karşımıza çıksa da, belki de en çok başvurulan ve anlam kazanan boyutu hastalık boyutudur. Doğan (2014) sabrı davranışsal boyutta yaşanan, çözümleyici bir psikolojik süreç olarak tanımlamakta, katılımcı hasta yakınımız Semra ise hastalık dönemi ile sabır kavramına daha çok başvurduğunu ve onu karşılaştıkları güçlüklerde ayakta tutan ve sonrasında motivasyon sürecini hızla geliştiren bir öğretiyi olduğunu düşünmektedir. Sabır halk arasında sadece susmak, tahammül etmek gibi algılanmakta iken katılımcımız diğer yönleri ile sabrı tanımlamaktadır. Sabrı ilk baş etme duygusu olarak can simidine benzetmekte, Allah'ın affından mahrum olma korkusunun sabır düşüncesine yönlendirdiğini, dayanma gücünü arttırdığını söylemektedir. Sayın (2012) ise sabrın insana manevi enerji ve hareketliliğini sağladığını, yaratıcı karşısında boyun eğmeyi, şikâyet düşüncesinden ilahi rızayı kazanma gayreti içerisine sevk etmektedir. Bununla birlikte sabrı iyi düşünmeye çalışmanın ilk adımı olarak görmekte sonrasında gelişebilecek olumsuz duyguları engellediğini düşünmektedir. Davranışsal yönden en önemli yönü ise kontrol duygusunu kuvvetlendirdiğini ve aşırı tepkilerden uzak kalmayı sağladığını düşünmektedir. Gereken motivasyonu çevresindeki insanlardan dahi duyamadığını ve desteklerini göremediğini sık sık dile getiren Semra sabır kavramı ile doğru davranış sergileme becerisi kazanabildiğini anlatmaya çalışmaktadır.

Semra aynı zamanda sabrın sadece bir düşünce değil, davranışa dönüşmesi gereken bir eylem olması gerektiğini söylemektedir. Karşılaştığı güçlüklerde dayanacağı ilahi bir kuvvet olduğunu hissetmesi O'na adeta güven vermektedir. Bu güven muhakkak bir sonuç alma beklentisi değil, her şartta razı olma eğilimini arttırmaktadır. Sabrı sadece düşünceleri bastıran bir kavram olarak görmek değil aksine sabrın verdiği düşünce gücünü olumsuz ve ümitsiz düşüncelere önce engel sonra da olumlu ve ümitli düşünmeyi sağlamaya sevk eden bir öğretiyi olarak kabul etmektedir.

Sabır kelimesi sözlük anlamı olarak “acı, yoksulluk, haksızlık vb. üzücü durumlar karşısında ses çıkarmadan onların geçmesini bekleme erdemi” olarak bilinirken sükûnet içinde beklemek, metanetli bir şekilde geliştirilen tutum ve davranışların tamamı olarak karşımıza gelmektedir. Günlük yaşamda karşılaşıla geldiğimiz sıkıntı ve hastalıklarda vazgeçilmez ve en çok başvuru olan dini öğretilerden biri de sabırdır. Sabır kavramı diğer kavramlar gibi kişiden kişiye değişiklik arz eder. Kimine göre karşılaşılan sıkıntının sona ereceği düşüncesi, kimine göre sıkıntının sona eremeyeceğini bile bile, mevcut sıkıntılarda vereceği tepkileri kontrol altında tutmaya çalışma, yanlış söz ve fiili eylemlerden uzak kalmaya çalışma gibi davranış ve anlamlandırma şekilleri gelişebilmektedir. Söz konusu durum hastane ortamı ve pek çok acıya maruz kalan hasta ve hasta yakını olduğunda bir kez daha önem kazanmakta yaşanan acıların sağaltımında ilahi bir referans olarak karşımıza çıkmaktadır. Katılımcı hasta yakınlarımızdan %25'i sabır öğretilerine başvurduklarını dile getirmektedir.

Hasta yakınları refakat sürecinde ne hasta ne de hasta değil konumunda olup, yakınının ve diğer hastaların pek çok ağrı ve acılarına tanık olmakta ama yine de güçlü kalmaya çalışan ya da güçlü kalmak zorunda hisseden kişiler olmaktadır. Çoğu zaman kendi sağlık problemlerini hiçe saymak zorunda kalmakta ya da erteleyerek geçici müdâhaleler ile zamanı geçirmeye çalışmaktadırlar.

Görüldüğü üzere sabır iyileşme beklentisi, hastasının acılardan kurtulacağı beklentisinin olumlu bir şekilde gerçekleşeceği düşüncesi ile karşılaştığı güçlüklerde davranış ve tepkilerini kontrol edebilme yetisini kazandırmada davranışsal yönde etkili olmaktadır.

Sabır dini düşünce boyutunda ise zorluklar neticesinde yanlış söz ve eylemlerde bulunduğu ilahi rahmet ve yakınlıktan uzak kalma, isyan düşüncesine düşme tedirginliğini bertaraf etmeyi sağlamada, korku ve gelecek zamanda ne olacağı yönünde kaygılarını kontrol altında tutmayı sağlayan bir dini öğreti olarak karşımıza çıkmaktadır.

#### 2.2.4. Şükür

“Hastanıza refakat etme sürecinde dini başa çıkma unsurlarından en çok başvurduğunuz kavram hangisi idi? Anlatır mısınız?” şeklindeki sorumuzu katılımcı hasta yakını Nilgün şöyle yanıtlamıştır:

“Her şey Allah’a inanmaktan geçiyor ve insanın güçlü olmasını sağlıyor diyebilirim. Allah’a şükretmem her zaman vardı. Ama tabii ki böyle durumlarda daha fazla tutunma ihtiyacı hissediyorsunuz inancınıza... Benim babam 69 yaşında, çok şeyler gördü, yaşadı en azından... Genç yaşta yakalanabilirdi kanser hastalığına... Daha kötüsü de olabilirdi daha fazla acı çekebilirdi bunları da düşünüyorum ve şükrediyorum. Babam kimsesiz olsaydı ve bakılamasaydı, evladı olmasaydı daha kötü olabilirdi. Bunun için Allah’a daha çok şükrediyorum en azından sevdikleri olarak yanındayız ve onun için gereken mücadeleyi verebiliyoruz Allah’a ne kadar şükretsem az”.

Katılımcı hasta yakınımız Nilgün, inançlı olma ile güçlü olma durumunu doğru orantılı görüyor. Şükretme eylemini her zaman gerçekleştirdiğini ancak babasının hastalık döneminde daha çok başvurduğunu dile getiriyor. Şükretme eyleminde babasının geçmişe dönük olarak yaşam aşamalarını geçirmiş olmasının bir şans olduğunu düşünmesi, o yaşa gelemeden daha genç yaşta da yakalanabileceği düşüncesi katılımcımız Nilgün’ün bulunduğu duruma şükretmesini sağlayan düşüncelerden bazılarıdır. Pruyser’a göre “din hem duygu üretimini sağlamakta hem de duygusal tepkilerin düzenlenmesi”ne yol açmaktadır (Paloutzian ve Park, 2013: 472). Katılımcımız Nilgün ise duygusal tepkilerin düzenlenmesi boyutunda ailesinin yanında olmasına şükretmekte, babasının rahatsızlığı ve hastane ortamında göstermiş oldukları gayretlerine, hastalık döneminde ailesini yanında göremeyen hastaların

olduğunu düşünerek olumlu bir duygu tecrübesi kazanmasına şükür öğretisi katkı sağlamıştır. Bulunduğu duruma şükretme var olan şartlara uyum sağlama şeklinde de kendini göstermektedir. Göcen'in (2012) şükretme şekilleri içerisinde bulunan mevcut duruma duyulan memnuniyeti içermesi kalbi, sözlü ve fiili şükür örnekleri katılımcımızın şükretme durumunu açıklar niteliktedir.

Katılımcı hasta yakını Mert babasının bakımı ile ilgilenmekte ve bizlere düşüncelerini şöyle ifade etmektedir:

“Hayatta en zoru da insanın en yakını olan kişinin gözünün önünde erimesi ve onun için bir şey yapamamak. Ölüm hepimiz için belki de ancak insan yine de konduramıyor hastalığı hele hele kanseri. Babam bizi çok büyük zorluklarla büyüttü ve o zorluklarda büyütmesine rağmen bize hep iyi muamele etmeye çalışırdı. Bunun için belki de hiç düşünmek dahi istemiyorum yokluğunu ama ne yapalım ölüm de, kefen de aslında yeri geldiğinde bunlarda bir nimet ve acılar içinde kıvranıp ölememek var, vücudu paramparça olup yıkanamamak var, kefenin dahi nasip olamadığı insanlar var bunlar da düşünerek halimize şükrediyoruz” şeklinde yanıt vermiştir.

McCullough'un bahsettiği gibi şükür ahlaki ölçüt, motivasyon kaynağı ve ahlaki güç kaynağı olan şükretme eylemini (Paloutzian ve Park, 2013: 476-477), katılımcı hasta yakınımız Mert, kanser hastalığı sürecinin neredeyse her hasta yakınının yaşadığı tüm şartları zorlamaya rağmen iyileşme yönünde bir sonuç alamamanın verdiği çaresizlik ve acizlik durumunu yaşadığını dile getirmekte ancak bu düşüncelerle birlikte yaşadığı durumun daha olumsuz olabileceği şartları düşünerek şükretmekten başka çaresinin olmadığını düşünmektedir.

Sözlük anlamı olarak “şükür, Allah'a duyulan minneti, teşekkürü ve memnuniyeti” dile getirme şeklidir (TDK sözlüğü, 2011: 1242). Kulluk ve insanlık vazifesi olarak düşünülen şükür, sözlü ifadeler ile birlikte bazen de fiili anlamda tavır ve davranışlarda da kendini gösterir. Dini öğretilerin pek çoğu sadece sözlü eylemde kalmayıp, fiili eylemde de hissedilir ve anlaşılır olduğunda yerini bulduğu ve içselleştirildiği anlaşılır.

Hastalık döneminde ise hasta ve hasta yakınlarında ilk dönemde olmasa da sonraki aşamalarda dini başa çıkma olarak şükür öğretilerinden faydalandıkları

görülür. Bununla birlikte dini başa çıkma yöntemi olarak hasta yakınlarımızın %10'unun bu eylemden faydalandıklarını görüyoruz. Hastalığın mevcut seyri olumlu gelişme gösterdiğinde şükür kelimesi daha fazla kullanılmakta, olumsuz seyretmesi durumunda daha az kullanılmakla beraber yine de şükretme eğiliminde bulunulmaktadır.

Şükür kavramının başa çıkmada kullanılmasında değişik durumlar söz konusu olmaktadır. Yaşadıkları duruma gerçekten minnet ve şükür ifade etme, şükrederek mevcut durumun daha kötüye gitmesinin engelleneceği düşüncesi, hastalık türü ve hastanın düşkünlük derecesinin daha kötü olabileceğini düşünerek şükretme, hastanenin personelinden gördükleri hizmet ve ilginin memnuniyetinden dolayı şükür etme şeklinde görülmektedir.

Şükretme eylemi genellikle ardından mutluluk duygusunu daha fazla çağrıştırırken hasta yakınlarında şükretme eylemi, sonrasında mutlu olma halini getirmekten çok bulunduğu durumun olumlu yönlerini düşünerek kendilerini teskin etmeye çalışma, mevcut durumun olumsuz atmosferinin bir nebze de olsa dışında tutmayı sağlama şeklinde kendini gösterdiği bir başa çıkma unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **2.2.5. Dua**

“Hastanıza refakat etme sürecinde dini başa çıkma unsurlarından en çok başvurduğunuz kavram hangisi idi? Anlatır mısınız? Şeklindeki sorumuzu katılımcı Zeynep şöyle yanıtlamıştır:

“Bu günleri geçirmek o kadar zor ki bazen çok zor nefes aldığımı hissediyorum. Sanki her şey üzerime geliyormuş gibi hissediyorum. İlk zamanlar gizli gizli ağladım hep ama bir müddet sonra gerçeklerle yüzleşmek zorunda kalıyor insan... Dua etmek benim için bir sığınacak bir liman gibi oldu. Dua etmek ve Allah'a yönelmek beni büyük ölçüde rahatlattı. Önceden de dua ederdim ama hiç bu kadar sıkıldığımı ve daraldığımı hissetmemiştim. Dua ederek sanki O yüce varlığa içinizi döküyorsunuz sizi eksiksiz anlayan bir tek Allah var. Çevremdeki insanlardan da çok destek gördüm ama insan kendisi ile baş başa kaldığında tutunacak bir dal

arıyor sanki güçlü kalabilmek için... Dua ederken tüm sıkıntılarımın arınmış hissediyorum. Gerçekleşmeyeceğini hissetsem bile ona yalvarmak ve yönelmekle teslim olduğumu hissediyorum adeta... Dualarımı ister olumlu ister olumsuz karşılarsın yine de küsmüyorum rabbime”.

Görüldüğü gibi dua etme eylemi sadece gerçekleşeceğine inanma beklentisi ile değil kişinin içinde bulunduğu durumu kudreti her şeyi kuşatan Rabbine yönelmesi ile sıkıntılarla mücadele etmede bir iç disiplin kazanması söz konusu olmaktadır. Koç (2005) ise duayı kutsal varlığa yönelerek ve acziyetinin farkına vararak duayı önemli kılanın anlamlı niyet olduğunu ifade eder. Bireyin her şeyi sonuçlandıran bir unsurdan ziyade var olan durumda içini dökerek bir yüce varlığa ihtiyaç duyması fitri bir donanımın gereği olarak karşımıza çıkmakta diğer yandan duayı “dinin temeli ve ruhudur” diyen James’in görüşünü açıklar niteliktedir (Eryücel, 2013). Var olan tüm duygularını ve düşüncelerini Allah’a anlatarak içini döküp bir nevi kendinden aşkın olan varlıkla sıkıntısını paylaşma rahatlığı sağlaması gibi etkileri de görülmektedir. Foulquie ise bu durumda duanın sözlü ifadelerden soyutlanmış bağımsız bir ruh yükselişi olduğunu kimi zaman da kutsal varlığa yaklaşma çabasını da içerdiğini söylemektedir (Eryücel: 2013).

Diğer katılımcımız Semra ise duygularını şöyle ifade ediyor:

“Dua etmek bana göre hem ibadet hem de bir ihtiyaç çünkü insan dua ederken ruhunu da manevi anlamda dolduruyor. Ben iyi halimde de, kötü halimde de her zaman dua ederim. Onun için Rabbim beni hiç yalnız bırakmadı. Yaşadığımız sıkıntılar ne kadar büyük olsa da dua edip yaratana yönelmek insana öyle bir genişlik veriyor ki, başka insanlara göre çok zor olan durum sizin için kolaylaşıyor. Çünkü her sıkıntının geçici olduğunu bilmek ve sonunda ilahi mükâfatlara ulaşma arzusu hepsini siliveriyor sanki... Onun için Rabbim “Dua edin, icabet edeyim” diyor ya siz yeter ki O’na içinizi açın en güzel yolu gösteriyor”.

Katılımcı Semra duanın insanın ihtiyacı olan bir unsur olduğunu dile getiriyor. Duanın ibadet boyutu ile ilahi varlığa sorumluluğunu yerine getirme rahatlığı ile birlikte hasta yakını olma ile karşılaştığı güçlüklerde duayı manevi teselli kaynağına dönüştürmektedir. Murray’ın da ifade ettiği gibi dua aşkın varlıkla irtibat isteğinin yanı sıra duada yalvarma ve hedefine ulaşmaktan çok, kişinin dua ile kendi manevi eksenini buluşma çabası niteliğine sahiptir (Baş, 2017). Semra yapmış olduğu



duanın sadece isteme amacı taşımaktan ziyade dua ederken kavuştuğu genişlikten bahsetmektedir. İşte bu noktada ilahi varlığa yönelme ile sıkıntılarını paylaşmasının yalnızlık duygusu ile baş etmede olumlu etkilerinin olduğunu dile getirmektedir. Dua etme ile rahatlama ve arkasından var olan problemlerine farklı bir açıdan bakabilmeyi sağladığını başkalarına göre katlanılamayacak bir durumu ilahi varlığa başvurma kaynağı ile rahatlama hissi elde ederek en yüce makama havale etmenin verdiği huzuru bize anlatmaktadır. Bazen de dua eylemindeki rahatlama Koç'a (2005) göre duayı canlandıran unsurun anlamlı niyet kazanması ve eksiklik şuuru ile ilahi varlığa yönelme ihtiyacı sonrasında üzerindeki gerginliği giderip manevi huzura kavuşmayı sağlama şeklinde de değerlendirilmektedir.

Dini literatürde, kutsal kitabımız Kur'an-ı Kerim'den, peygamberlerin hayatlarından tavsiye niteliğinde olan dua örnekleri olmakla beraber kişinin içinde bulunduğu hal itibari ile gelişi güzel dua da edebilmektedir. İşte bu durumda yapılan dualar eksik veya hatalı söylemler içerdiğinde duanın kabulü söz konusu olduğunda pişmanlık duyguları oluşabilmektedir. Katılımcı hasta yakınlarımızdan annesinin bakımı ile ilgilenen Hacer düşüncelerini şöyle dile getiriyor:

“Annem ile aynı evde yaşıyoruz biz. Ben çalıştığım için annem ev ile ilgili sorumluluklarında bana çok yardımcı oluyordu. Bir gün işten dönerken anneme duyduğum minnet sebebiyle şöyle dua ettim; Allah'ım! Annem yaşasın da tek nefes alsın yeter! dedim. O'nu başımdan eksik etme şeklinde dua ettim. Aradan birkaç ay geçtikten sonra annem rahatsızlandı ve şu an sadece nefes alıyor ve ben O'na bakıyorum. Yağmur yağıyordu acaba duanın kabul olduğu bir vakte mi denk geldi? diye yapmış olduğum eksik duanın sebepimi acaba demekten kendimi alamadım”.

Bazen dua ve bireyin beklentileri dinsel bağlanma şekillerini belirlemektedir (Kirkpatrick, 2006). Dolayısıyla katılımcı hasta yakınımız annesinin başına gelen bu durumu kendisinin yapmış olduğu yanlış ve eksik dua etmeye bağlamakta bilinçli olmayarak yapmış olduğu duadan dolayı pişmanlığını dile getirmektedir. Reed ise çocukluk döneminde anneye bağlanma şekilleri ile tanrıya bağlanma şekilleri arasında benzerlik olduğunu ifade etmektedir (Kirkpatrick, 2006). Diğer yandan katılımcımız Hacer'in yapmış olduğu dua sebebi ile annesinin rahatsızlığını ifade etmesi, tanrı tarafından dua beklentisinde şüphe unsurunun fazla olması gibi durumlar bu görüşü destekler niteliktedir.

Bu duruma benzer başka bir olayda da katılımcı hasta yakını Ece şunları dile getirmektedir:

“Annem vefat etmeden önce bana bir kolye hediye etmişti. Benim için manevi değeri çok büyüktü. Okula giderken telaşla düşürmüşüm ve fark etmedim. Annemden bana kalan tek yadigâr hediye idi. Okula gittiğimde düşürdüğümü fark ettim. Arkadaşım beni o kadar telaşlı görünce neyin var? ne oldu? dedi. Ben de ağlayarak annemin bana hediye ettiği kolyeyi düşürdüğümü söyledim. O’da bana “Bu kadar çok üzülme başına daha kötü şeyler gelebilirdi, kaza geçirebilirdin, hastalık olabilirdi bu kadar üzülme lütfen” dediğinde ben de keşke hastalık olsa idi de ben annemin hediye ettiği kolyeyi kaybetmeseydim dedim. Aradan bir süre geçtikten sonra babam annemin hastalığına yakalandı. Bunun için kendimi suçlu hissediyorum acaba böyle dua ettiğim için mi babam da rahatsızlandı dedim içimden”.

Katılımcı Ece yanlış dua ettiği için babasının rahatsızlandığını düşünmekte ve kendisini suçlu hissetmektedir. Wulff (1997) farklı bilişsel süreçleri barındıran tanrı tasavvurunun oluşumunu bazı faktörler ile açıklamaktadır. Bu faktörler içerisinde bireyin ebeveynle ilişkisi, yakınlık kurduğu kişi ve grupların etkisi, bireyde oluşan benlik saygısı, tanrı ile ilgili ilköğrenim ve kazanımlar, kişinin genel olarak dua ve dini konular hakkındaki düşüncesi ve bireyin yaşamı boyunca tanrısıyla kurduğu bağlantı ve bireysel tecrübeleri bulunmaktadır (Çetin, 2018: 82). Katılımcımızın yukarıdaki faktörlerin biri ve diğerleri sebebiyle geliştirdiği olumsuz başa çıkma niteliğindeki cezalandırıcı tanrı tasavvurunun ağırlık kazanması ve ardından başına gelen her hadisede hata yaptığını düşünerek kendini suçlamaya devam etmesi gibi durumlar Ece’nin yaşadığı duygusal süreci açıklar niteliktedir.

Dua sözlükte istemek, yardım talep etmek, seslenmek, davet etmek anlamlarına gelmekte, terim anlamı olarak ise aczini itiraf edip sınırsız, sonsuz ve kudret sahibi yaratanın zengin sevgi ve merhametine yönelerek istek ve dilekte bulunması yüce varlıkla irtibat halinde olduğunu hissetmesidir.

Dini başa çıkma unsurlarının pek çoğu tek yönlü ilerlemektedir yani konusu ya sıkıntı, hastalık ve zorluktur veya mutluluk ve huzur bulma isteği için ilahi bir başvuru metodudur. Katılımcı hasta yakınlarımızın %30’u bir dini başa çıkma metodu olarak dua etme eylemini benimsemektedir.

Ancak dua çift yönlü boyuta sahiptir yani kişi mutluluk ve huzur bulacağı bir şey içinde dua edebilir, içinde bulunduğu hastalık, musibet ve sıkıntılardan kurtulma isteği için de dua edebilir. Olumlu ve olumsuz diyebileceğimiz her durum için dua yaratıcı ile adeta bir köprü görevi görmektedir. İşte bu yüzden dua inanan her birey için hayatın her aşamasında başvurulacak bir dini başa çıkma aracıdır. Diğer dini başa çıkma metotlarında olduğu gibi olumlu ve olumsuz başa çıkma örneklerinin pek çok çeşidine rastlanabilmektedir.

### 2.2.6. İmtihan

Hastaya refakat etme sürecinde dini başa çıkma sürecinde en çok başvurdukları kavramları tespit edebilmek amacıyla katılımcılara yönelttiğimiz soru şöyledir: Hastanıza refakat etme sürecinde dini başa çıkma unsurlarından en çok başvurduğunuz kavram hangisi idi? Anlatır mısınız?

Katılımcı hasta yakını Nilgün düşüncelerini şöyle ifade etmektedir:

“Hastalık başımıza Allah’tan geldi O’ndan gelene boynumuz kıldan ince ne yapalım. Bazen düşünüyorum nasıl oldu hiçbir sorunumuz yoktu şimdiye kadar... Babam tam bizleri büyüttü bu yaşa kadar getirdi, hayatın ağır yükünü kaldırıp tam hafifledim dediği sırada birdenbire kansere yakalanması ben ve kardeşlerimi derinden yaraladı... Ama ne yapalım Allah elbet bir yol gösterir, derdi veren Rabbim, dermanını da verirmiş. Bekliyoruz... Demek ki herkesin imtihan olduğu bir nokta var, bizim imtihanımız da böyle imiş kazananlardan olup mükâfatlarına ereceğiz inşallah”.

Katılımcı hasta yakınımız Nilgün her şey yolunda giderken babasının hastalanmasını sadece Allah’tan geldiğini düşünmesi ile kısmen olumsuz başa çıkma özelliği sergilemektedir çünkü hastalık bazen olumsuz yaşam koşulları (beslenme, iş ortamında maruz kalınan olumsuz koşullar) ya da bireyin karşılaştığı problemlerini çözdüğünü düşündüğü bir dönemde çıkabilme ihtimali mevcuttur. Bu sebeple diğer ihtimallerle birlikte hasta yakınının başa çıkma becerisini arttırmaktadır. Kasapoğlu ve Cengil’in de belirttiği üzere iman ve imtihan düşüncesi bireyin hayatı ve geleceğinin anlamı üzerine açıklamalar sunmakta, böylece afetler, hastalık ve ölüm gibi insanda kaygı, sıkıntı ve depresyon meydana getiren durumlarla başa çıkmada

kişiyi duygusal açıdan destekler bir nitelik kazanmaktadır. İmtihan düşüncesinde temelde iman ile düşünme becerisi geliştiğinde teslimiyet ve mükâfat kazanma beklentisi ile gelişmektedir (Gürses, 2008). Yani başlarına gelen hastalık ve bu süreçte yaşanan zorluklarda teslimiyet duygusu ile Allah'a yönelmekte ve sonrasında hoşnut olunmayan bir süreçte de olursa, uhrevi kazanımları düşünerek kendisini rahatlatmaktadır.

Katılımcı bir başka hasta yakını Semra ise:

“Sadece Rabbim var başka kimin kapısına gidebiliriz ki, dünya hayatı geldik gidiyoruz işte... İmtihan dünyası bir var bir yok sanki... İmtihan diyorum ama bunu kendime kabullendirmem uzun bir zaman aldı. Bir türlü yakıştıramadım anneme belki de hastalığı... Annem ibadetlerini aksatmayan, elinden geldiğince iyilik yapan, elinden Kuran'ı düşürmeyen bir insandı, nasıl kanser olur diye düşünüyorum. Sonra kendi kendime diyorum ki tüm iyilikler bu dünyada karşılık görse idi cennetin bir anlamı kalmayacaktı, tüm kötülükler bu dünya da karşılık görse idi, cehennem azabının bir anlamı kalmayacaktı. Belki de yaşadığımız bu zorluklarla rabbim bizi kendisine yakınlaştırıyor ve fark edemediğimiz yönleri düşünmemizi sağlıyor. İnşirah suresinde diyor ya Rabbim “Her zorluğun ardında bir kolaylık vardır” Hastalık bir imtihan ama rabbim kolaylaştıracak buna inanıyorum” şeklinde yanıt vermiştir.

Hasta yakını Semra karşılaştığı zorluklarda Allah'tan yardım istemeyi ve ona yönelmeyi seçerek kendisini daha güçlü hissetmektedir. Dünyayı bir imtihan yeri olarak görmekle beraber yaşanan olayları her an yok olabilecek veya her an var olabilecek bir durum olarak görmektedir. Annesinin itaatkâr bir kul olması ile kansere yakalanmasını bağdaştıramaması olumsuz başa çıkma özelliği niteliğindedir. İman ve ibadet ile meşgul olan bir insanın salt bu dünyada karşılık göreceğini düşünmesi bireyi olumsuz etkileyebilmektedir. Öte yandan Coşar'ın (2010) da belirttiği gibi her canlının işlevi, yaşayacağı süre, yaratılışına göre özellikler ilahi plana göre belirlenmiş ve bu plan çerçevesinde takdir edilen süreç yaşanmaktadır. Katılımcımız Semra olumlu başa çıkma özelliği olarak ise yeryüzünde yaşanan tüm olumlu ve olumsuz olayları yorumlamada ahirete olan imanı neticesinde üstesinden gelebilmiştir. Hastalığın bir ceza değil Allah'a yaklaşma ile iyi bir kul olma yolunda mücadeleyi arttırdığını düşünmekte iç muhasebe ile kendine bir yol çizdiğini

düşünmektedir.

İmtihan sözlük anlamı olarak “direnme, dayanma, katlanma, güç gerektiren, sonuçta bir deneyim kazandıran durum” (TDK sözlüğü, 2011: 681) olarak karşımıza çıkmaktadır. Sınav kelimesi ile eş anlam taşıyan imtihan bazı yönlerden birbirinden ayrılmaktadır. Sınav, somut sonuçlar oluşturan bir ölçme ve değerlendirme aracı olarak görülürken, imtihan daha çok ilahi bir programlama sonucu ahiret inancı olan müminlere dayanıp sabrettikleri takdirde uhrevi kazanımlarının olacağı müjdesini veren dini alt yapısı olan bir kelimedir. İmtihan kavramı, ilahi inancın bilinçli yerleştiği bireylerde olumlu başa çıkma özellikleri gösterirken, ilahi inancın bilinçsiz yerleştiği bireylerde ise olumsuz başa çıkma özellikleri göstermektedir.

Olumlu başa çıkma özelliklerinde bireydeki ilahi inançta tanrı tasavvurunda tanrının kulları imtihan etmesinin rahmet yani ödüllendirerek, gazapta ise bireyi hoşnut olmasa da tanrının bu şekillerde imtihan edebileceği düşüncesi mevcuttur, kabullenme ve teslimiyetle sonuçlanır. Olumlu başa çıkmada göz ardı edilemeyecek olan durum bireydeki tanrı inancının kuvvetli olması etkili olmaktadır. Olumsuz başa çıkmada tanrı inancının var olup zayıf kalması ya da ilahi öğretilerin gerektiği şekilde kavranamadığı durumlarda bir ikileme düşülmekte ve sonrasında bireyi olumsuz etkileyecek sonuçlar oluşturmaktadır.

Olumsuz başa çıkma özelliklerinde ise bireydeki ilahi inançta tanrı tasavvurunda tanrının insanları imtihan etmesi durumunda üç farklı durum söz konusu olmaktadır.

Birincisi bireyin inandığı ve ibadetlerini yerine getirdiği müddetçe başına hiç bir şey gelmeyeceği inancı, ikincisi bireyin ego probleminden dolayı olumsuzlukları kabullenememesi, üçüncüsü ise tanrı tasavvurunda tanrının inananlara hep iyi davranan, sadece merhametle muamele eden, olumsuz, üzücü hiçbir uygulamayı tasavvurunda tanrının takdiri ile eşleştiremeyen birey şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Böyle bireylerde ilahi öğretiler ve düşünce kazanımlarında bilgi eksikliği sebebi ile olumsuz başa çıkma özellikleri oluşabilmektedir.

### 2.2.7. Tevekkül

Hastaya refakat etme sürecinde dini başa çıkma sürecinde en çok başvurdukları kavramları tespit edebilmek amacıyla katılımcılara yönelttiğimiz soru şöyledir: Hastanıza refakat etme sürecinde dini başa çıkma unsurlarından en çok başvurduğunuz kavram hangisi idi? Anlatır mısınız?

Katılımcı hasta yakını Seval şöyle yanıtlamıştır:

“Annemin kanser tanısı alması beni ve ailemi derinden etkiledi. İnsanı en çok kahreden belirsizlik olması... Koşturuyorsunuz, çabalıyorsunuz ama sonunda ne olacağını bilmeden... Sonunda kesinlikle iyileşeceğini bilsem yaşadığım sıkıntılar belki hafifleyecek tüm bu yorgunluğun telaşın arasında yetmiyormuş gibi bir de kaygılarım giriyor. Uyuyamıyorum geceleri acaba iyileşecek mi? diye... Bazen kendimi fazlasıyla tükenmiş hissediyorum. Yeniden kendimi toparlıyorum ve diyorum ki, Hasbünallah ve ni'mel vekil, Allah'ım sen benim vekilimsin senden başka dayanacağım bir varlık yok, Şafii olan Allah'ım katından şifalar ihsan eyle diyerek ancak bu şekilde kendimi teselli ediyorum”

Katılımcı hasta yakınımız Seval'in tevekkül duygusu ile başa çıkmaya çalıştığı zorluklar olarak hastasının iyileşme sürecindeki belirsizlik ve kaygıları şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Yaşadığı süreçteki sıkıntılarda var olan motivasyonunu düşüren etken belirsizlik, süreçte sonuca yönelik kaygıları ise huzursuz olmasına sebep olmaktadır. Özellikle hastalık türünün kanser olması ve iyileşme beklentisinin az olduğu bir tür olması ümitli olma halini etkilemektedir. Bedensel yorgunluk ve çaresizlik hissi hasta yakınına manevi anlamda etkilemekte, sorunların hem maddi hem de manevi boyutta olması tükenmişlik hissini arttırmaktadır. Tevekkül düşüncesi ve yaygın dini söylemden destek alarak olumlu bir şekilde başa çıkmaya çalıştığı görülmüştür. Elinden gelen tüm gayreti gösterip sonraki aşamayı Allah'a tevekkül ederek olumlu başa çıkma özelliği sergilemektedir. Bahadır'a göre (2010) böylesi durumlarda çoğu zaman insanlar yaşadıkları sıkıntının türüne göre değişen bazen tıbbi bazen de hukukî yollara başvururken, tüm bu süreçlerde bir yandan kendisini bilişsel anlamda sorgulamanın içerisinde bulmaktadır. Böyle bir sorgulama bazen yaşadığı hadiselerle yönelik kendisini tatmin edecek bir açıklamaya ihtiyaç duymasına ve yaşadıklarını anlamlandırmasına katkı sağlayacak arayışlar içerisine

girmektedir.

Örneğin annesi mide kanseri olan bir katılımcımız şunları ifade etmektedir:

“Annem sigara hiç içmezdi ama mide kanseri oldu, ben sigara içiyorum, bir dönem bırakmayı düşündüm ama başıma gelecekse bir hastalık sigara içsem de gelecek içmesem de gelecek onun için sigara içmeye devam ediyorum”.

Katılımcımız bu ifadesi ile olumsuz başa çıkma özelliği sergilemekte hastalığın başa gelmesinden sonra veya öncesinde alınması gereken tedbirleri Allah’ın yazgısı olan kadere bağlayarak yanlış davranışta ısrarını sürdürmektedir. Gerçek ve olumlu başa çıkma olarak tevekkül öğretisinde kişi başa gelen hastalık ve diğer olumsuz olaylarda sebebi davranışlar ise bunları düzeltme yoluna gidilmesi, Sarıkaya ve Şeren’in (2017) de belirttiği üzere mevcut şartlarda elinden gelen tüm gayreti sarf edip, takdiri Allah’a bırakarak süreci teslimiyet ve rıza davranışı ile sürdürmektir. Tevekkül duygusunun anlamlı bir şekilde insanda vücûd bulması Karataş ve Baloğlu (2019) bu durumu bazı faktörler ile açıklamış ve bunlar “varoluş duygusunu tatmin etmek, sonsuz bir güç sahibine dayanmak, sonsuz zengin olana sığınmak, hayatın anlamını bulmak, yalnızlık duygusundan kurtulmak” şeklindedir. Katılımcı hasta yakınlarımızda bu ve benzeri düşünceler gerek istemli gerek istemsiz bir biçimde düşünce boyutunda şekil kazanmaktadır (Karataş ve Baloğlu, 2019: 113-116). Tevekkül sözlükte “her şeyi Allah’a bırakma, kadere bırakma, boyun eğme”, her şeyi Allah’tan bekleme, Allah’ı vekil tutma ve ondan ötesini Allah’a bırakma gibi anlamlara gelmektedir (TDK. Sözlüğü, 2011:1297). Tevekkül düşüncesinde tüm olayları ve devamında sarf edilecek çabayı sadece kadere bağlamak sağlıklı bir dini düşünce değildir. Bu şekilde düşünüldüğünde kulun ve çabalarının hiçbir önemi olmayan sadece kader yazgısını yaşayan, düşünmekten, akıl etmekten ve gerektiği şekilde davranmaktan yoksun bir inanç modeli karşımıza çıkmaktadır. Oysa Kuran-ı Kerim’de pek çok ayette insanların akıl etme, tefekkür (düşünme) yolu ile ibadet, ibret alma gibi konulara değinilmekte, Allah’ın külli iradesi ile birlikte kulun cüzi iradesi doğrultusunda yapması gereken işlerin önemine vurgu yapılmaktadır.

Diğer dini başa çıkma unsurlarında olduğu gibi tevekkül öğretisinde de dini başa çıkma becerisini olumlu ve olumsuz dini başa çıkma yönünde kullanılması söz konusudur. Hastalık ve olumsuz hadiselerin başa gelmesinin sebebi olarak sadece Allah’ı görmesi isyan düşüncesine zemin hazırlaması söz konusudur. Başa gelen

hastalık sonrasında gösterilmesi gereken çabayı tamamen bırakarak düşünce ve davranış tembelliğine sevk etmesi, nasılsa hastalık durumunun iyileşme yönünde değişiklik göstermeyeceğini düşünerek çaba sarf etmeme gibi durumlar oluşabilmektedir.

### **2.3. Katılımcıların Dini Başa Çıkma sürecinde Başvurdukları Dini Ritüellere Yönelik Bulgular**

Katılımcıların hastane ortamında refakat ettikleri süre içerisinde dini pratik ve ritüellerden hangilerinden faydalandıklarını tespit edebilmek amacıyla katılımcılara yöneltilen soru şöyledir:

“Hastanede refakat sürecinde dini pratik ve ritüellerden faydalandıklarınız oldu mu? Oldu ise hangileri aktarır mısınız?”

Katılımcı hasta yakını Ayşe bu soruyu şöyle yanıtlamıştır:

“İbadetlerime her zaman devam eden bir insanım çok şükür namazlarımı aksatmadan kılıyorum. Kur’anı Kerim okuyorum ve tesbih çekip dua ediyorum. Burada zaman çok zor geçiyor. Meşguliyetimiz belli çok şükür... Eşim de anlayışlı bu konuda ibadetlerimi gerçekleştirmemde hiç zorluk çıkarmadı sağ olsun bazen birlikte Kur’anı Kerim okuyoruz dua ediyoruz yüce rabbim derdini verirse dermanını da verir ümidiyle...”

Bir diğer katılımcı hasta yakınımız Semra ise:

“Namazlarımı önceden de kılardım ama bazen aksattığımda olurdu. Babam hastalandıktan sonra daha dikkatli olmaya başladım. Daha çok dikkat ediyorum artık dünya geçici gerçekten bugün var isek yarın yokuz ve geriye kalan yaptığımız ameller ve ibadetler... Ciddi bir şok yaşadık ama bu süreçte akrabalarımız komşularımız bizi hiç yalnız bırakmadı babam için hatimler okuyup hep dua ettiler Allah razı olsun onlardan... İnsan böyle zamanlarda en çok manevi desteğe ihtiyaç duyuyor. İnanın normal zamandan daha fazla yalnız ve çaresiz hissediyor insan kendini... Herkes yanınızda olsa da ayrı bir yalnızlık hissi oluyor. Yüce rabbim ile bir ben varım sanki secdelerde dua ediyorum babamın şifa bulması için bir de güç kuvvet istiyorum gerçekten çok zor geliyor babamı acı çekerken görmek ve bir şey



yapamamak...” şeklinde ifade ederek çaresizliğini dile getirmektedir.

Diğer katılımcı hasta yakını Seval ise:

“Ben tesettürlü bir insan değilim ama inançlı bir insanım namazlarımı düzenli bir şekilde kılarım. İbadetler benim için çok önemli beş vakit rabbimin huzuruna çıkıyorum içimi ona döküyorum her şeyi eksiksiz bilen ve işiten O, içimden diyorum rabbim beni biliyor ve duyuyor elbet beni de bu sıkıntılardan kurtaracaktır. İmtihan dünyası inşallah kazananlardan oluruz...” diyerek düşüncelerini ümit dolu sözcüklerle ifade etmektedir.

Dini inanç ve yaşantıda pratik ve ritüeller önemli bir yer tutmaktadır. Bireyin hayatı boyunca yaşadıkları olumlu veya olumsuz her durumda bazen tanrısal bağı kuvvetlendirmekte bazen de mevcut duruma uyum sağlama sürecinde ve kabullenmede kolaylık sağlamaktadır. Yapıcı (2013) ise “dini ve manevi başa çıkmanın kişinin hem iç huzurunu arttırmada hem de ona sıkıntılarıyla mücadele etme de ilave bir kuvvet verici” mekanizma olduğunu ifade etmektedir.

En yüksek motivasyon kaynağı sağladığını öne süren Allport (Forsyth, 2017), dini inançta söz konusu ibadetlerin bireyin hayatında zorluk çektiği ve kendisini çaresiz hissettiği zamanlar olduğunda daha farklı bir nitelik kazanmaktadır. Dini pratik ve ritüeller kendi içerisinde farklı özellikler taşımakta, yerine getirmede fiziki mekân ve şartlar bakımından elverişlilik önem arz etmektedir. Manevi yaşantı ile dini yaşayışın fiziksel sağlık yönünden işlevleri ve faydaları değerlendirildiğinde iki yönden yaklaşım sergilenmektedir. Bu durumlardan ilki manevi duygu ve dini inanca sahip olmanın sağlık üzerinde oluşturduğu olumlu etkidir ki buna sübjektif etki denilmektedir (Horozcu, 2010: 210-240). Bu olumlu etkiler ve tercihler önce bireyde şekillenmesi daha sonra davranış kazanımı olarak geri dönmektedir.

Hastane ortamında pratik ve ritüellerden namaz ibadetine önceden başlayan veya yeni başlayanlar da olmaktadır. Ancak namaz ibadetini yerine getirmeyenler daha çok Kuranı Kerim’i (arapça veya türkçe okunuşundan) okuduklarını dile getirmektedirler. Okunması gereken tesbihler arasında esmaül hüsna pratikleri önemli yer tutmaktadır. Hasta odasına giriş çıkışlardan rahatsız olduklarından dolayı namaz kılmak istemediğini dile getirip daha çok kuran okuma ve tesbih çekme yönünde ibadet ihtiyaçlarını giderdiklerini söyleyenler olmaktadır.

Kaya ve Küçük' e (2017) göre “tanrının huzuruna çıkma, her şeye gücü yeten, koruyup gözeten bir tanrıya yakın olma ve onunla irtibat kurma vasıtaları olarak ibadet davranışları” ile kişilerin psikolojik iyi hissetme durumlarını etkilediği yönünde araştırma yapan Rew ve Wong (2006) çalışmaların %84’ünde dini pratik ve sorumlulukların yerine getirilmesi ile sağlıklı davranış şekilleri ve tutumlar edinildiğini tespit etmişlerdir (Kaya ve Küçük, 2017: 42). Dini pratik ve ritüeller boyutunda tanrı ile bağlantı kurma arzusu psikolojik iyi olma beklentisi ile birlikte daha çok şifa beklentisi üzerine kurulmakta, hastalarının dayanılmaz acılarının hafiflemesi için bir beklenti zaman zaman da bunaldıkları süreçlerden ilahi varlığa yönelerek rahatlama ve ibadetlerini yerine getirmenin verdiği huzur, vicdani yönden rahatlama durumları sebebi ile söz konusu olmaktadır. Dini pratik ve ritüeller içerisinde gerçekleştirilme boyutunda daha çok namaz kılma ve kuran okuma eylemi yaygın olmakla birlikte, hastane ortamı ve benzeri sebeplerden pratiklerden uzak olma durumunda olanlarda ise adak adama, hayır yapmak ve bir şeyler dağıtmak gibi eylemlere yönelmeleri durumu ile daha fazla karşılaşmaktayız.

#### **2.4. Katılımcıların Dini Başa Çıkma Sürecinde Katılımcının Refakat Ettikleri Hastalar İle Geliştirdikleri Dini Etkileşimlere Yönelik Bulgular**

Katılımcıların refakat ettikleri hastalar ile bakım verme sürecinde hastaları ile aralarında gelişen dini etkileşim ve iletişimin ne şekilde olduğu yönünde yöneltilen soru şöyledir:

Katılımcı hasta yakınlarımıza yöneltilen soruda hasta olan yakınınız ile ilgili dini anlamda bir diyalog gelişti mi? Gelişti ise ne yönde anlatır mısınız? Sorusuna katılımcı hasta yakınımız Semra bizlere düşüncelerini şöyle ifade etmektedir;

“Babam ilk günden bu yana dirayetini hiç bozmadı. Yeri geldi biz üzüldük O bizi teselli etti ve dedi ki:

“Yavrum Allah sizin acınızı bana göstermesin. Fani dünya bir şekilde göçeceğiz buradan ölmekte doğmak kadar gerçek Allah imanlı ölüm versin” dediğinde baba neden öyle diyorsun tabii ki ölümden var ama Allah seni başımızdan eksik etmesin. Senin yokluğunu düşünmek bile istemiyorum sen yine de iyileşmek

için dua et nasıl dua edersen öyle karşılık buluruz diyerek dua etmeye devam etmesini söyledim” şeklinde yanıt vermiştir.

Aralarında geçen konuşmada hasta birey öleceğini kabullenmiş ve ölümü hayatın gerçeği olduğu düşüncesini taşımakta, imanlı ölmenin önemine vurgu yaparak hastalık döneminde de Allah ile bağlantısını sağlıklı bir şekilde sürdürmektedir. Ancak yakını, babasının ölümü bu kadar çabuk kabullenmesinden üzüntü duymakta ve onun yine de iyileşmesi için dua etmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Katılımcı hasta yakını Seval ise aynı soruya şöyle yanıt vermiştir:

“Annem yaşamayı çok seven cıvıl cıvıl bir insandı. Hastalık dönemi ile ciddi bir şekilde umutsuzluğa düştü ve bir müddet içine kapandı. Annemin arkadaşları komşuları onu hiç yalnız bırakmadı ve hep dua edip Kuran okudular iyileşmesi için... Tabii bu annem için çok büyük bir moral oldu sevdiklerinin kendisi için bir şeyler yapması, gayret göstermesi kendini değerli hissetmesini sağladı. Şimdi de sık sık ziyaret ediyorlar, gelemediklerinde de telefonla arayarak destek oluyorlar. Bu açıdan kendini daha mutlu hissediyor. Yaşadığı sıkıntıların hiç birisinin boşa gitmeyeceğini Allah tarafından mükâfatlarının olacağını konuşarak güçlü olmasını sağlamaya çalışıyorum. Sabretmenin ardında güzelliklerin olacağını, bunun da bir imtihan olup atlatacağımızı söylüyorum zaman zaman da Kur’an okuyorum yanında, dualar ediyoruz bu şekilde kendisini daha iyi hissediyor”.

Katılımcı Seval aşamayı çok seven annesinin hastalık dönemi ile umutsuzluk döneminde yakınları ve komşularından sosyal destek görmesi bu süreçte yaşadığı krizi atlatmasında olumlu gelişme sağladığını dile getirmektedir. Bunun yanında kendisi için bir başkası tarafından Kur’an okunup dua edilmesi duygusal anlamda manevi teselli kaynağı olmuştur. Hasta yakını Seval tüm bu gelişmeleri destekleyici tutum sergileyerek süreçte yaşadıkları zorlukları, ödül-mükâfat düşüncesi ve öğretisi olarak ise hastasını sabır telkini ile desteklemesinin hasta açısından manevi teselli boyutunu olumlu bir şekilde etkilediği yönünde düşüncelerini ifade etmektedir.

Her hasta Seval hanımın annesi kadar şanslı olamamaktadır. En yakını bildiği kardeşlerinin aramamasına üzülen Ayşe düşüncelerini şöyle ifade etmektedir:

“Eşim çevresindeki insanları kırmamak için özen gösteren, kardeşleri zor

duruma düşse hemen yanlarında olan çok iyi bir insan... Ama ne oluyorsa anlayamıyorum eşim hastalandıktan sonra bir ya da iki kere aradılar. Sonra hiç ses yok... Bana fazla bir şey söylemiyor ama içinden içinden çok üzülüyor. “Ben ne yaptım ki onlara yanımda değilim, bir kötülük yapsam hadi diyeceğim ki onun için arayıp, sormuyorlar, düşünüyorum ama bir türlü içinden çıkamıyorum” diyor ben de diyorum ki üzülme senin vicdanın rahat olsun çünkü buna sebep olabilecek bir kötülük yapmadın demek ki insan kardeşleri ile de sınanıyor. Gerçek dostluğa seçmiş Rabbim seni diyerek teselli ediyorum. Hz. Yusuf’un da kardeşleri ile imtihan olmasını anlatıyorum sohbet ediyoruz biraz daha kendisini rahatlamış hissediyor”.

Katılımcı hasta yakınımız, eşini kardeşlerinin aramaması, gerekli aile desteğini alamaması durumuna üzülmemektedir. Eşinin iyi davranışları karşısında olumsuz muamele görmesine anlam kazandıramamaktadır. Eşine vicdani boyutta huzursuz hissettirecek bir şey yapmadığı için kendisinin rahat olmasını tavsiye ederek olumlu başa çıkmasında destek olmaktadır. Kur’an’da geçen kıssalardan Yusuf peygamberin kıssasını örnek alarak onun da kardeşleri ile imtihan olduğunu söyleyerek var olan sorununda yalnızlık hissini gidererek örnek ve önder olan peygamber kıssası ile destekleyerek olumlu dini başa çıkmada katkı sağlamaya çalışmaktadır.

Hasta ve yakını arasında hastalık döneminden önceki süreçte olumlu etkileşim söz konusu ise sonrasında da genellikle olumlu bir şekilde ilerlemektedir. Hasta ve yakını arasında olumsuz, eksik bir iletişim söz konusu ise hastalık ve sonraki süreçte iletişim ve destek problemleri ortaya çıkmaktadır. Örneğin hasta yakını Zeynep:

“Kızım istemediğimiz bir insanla evlilik yaptı bizim sözümüzü dinlemedi onun için şimdi işlediği günahın cezasını çekiyor” şeklinde yanıt vermiştir.

Katılımcı Zeynep kızının kanser olmasını, kendisinin istemediği bir kişi ile beraberlik ve evlilik gerçekleştirmesine bağlayarak onun işlediği günahının cezasını çektiğini düşünmektedir. Tanrının ilk fırsatta kullarını cezalandırmak için bekleyen tanrı tasavvuruna sahip olması sebebi ile olumsuz başa çıkma örneği sergilemektedir.

Hasta yakınları refakat etmiş oldukları hastalarının tanı, tedavi ve sonraki süreçlerde bedensel ve ruhsal açıdan zorlandıkları durumlar ile birlikte en yakınında olup hastalarına manevi anlamda destek olmak durumundadırlar. Hasta yakınlarının

pek çoğu bu aşamada duygu ve düşüncelerini saklama, üzüntülerini gizli bir şekilde yaşama eğilimi içerisinde olmaktadır. Bununla birlikte terminal dönem hasta yakınlarında bu özellikler artış göstermektedir.

Hasta yakınları yaşadığı tüm üzüntüler ile birlikte güçlü olmak durumunda kalmakta refakat etmekte oldukları hastalarının moral ve motivasyonunu olumlu bir şekilde etkileyebilmek için davranışlarına dikkat etmek durumunda kalmaktadır.

Bu durum bazen hastasının yanında ağlama, üzgün görünme, ümitsiz bir duruş sergileme gibi durumlardan kaçınma şeklinde bazen de hastasının yanında hastalığı ile ilgili olumsuz konuşulmasına engel olmaya çalışmaktadırlar. Aynı hastalık türünden vefat etmiş kişi ya da yakınları hakkında konuşmama veya konuşulmasına engel olmaya çalışma, kanser evresi ilerlemiş ve metastaz (kanserli hücrenin veya dokunun diğer organlara yayılması) olmuş ise bu durumu hasta yanında konuşmamaya çalışma şeklinde kendini göstermektedir.

Bu dönemde dini başa çıkma konusunda hasta ve hasta yakını arasında dini etkileşim olarak dini düşünce ve öğretiler ile ilgili konuşmalarda sınırlı davranma, olumlu düşünmesini sağlayacak şekilde konuşma ve dini öğretilerden faydalanmaya çalışmasını sağlama biçiminde gerçekleşmektedir.

İbadetlerini hasta olduğu için yerine getirememesi durumunda suçluluk hissettiğinde moral vermeye çalışma, sığınılacak tek varlık olan Allah'a inanma ve güvenme, sabır ile tevekkül öğretisini hatırlatma, şükrederek huzurlu hissetmesini sağlama, yaşadığı ağrı ve huzursuzluklarının ilahi mükâfatlarının olacağı düşüncesini hatırlatma şeklinde kendini göstermektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların tedavi ve hastaneye adaptasyon süreçlerinde hastalara refakat eden bireylerde psikolojik ve ruhsal açıdan bazı değişimler meydana gelmesi beklenen bir durumdur. Yapılan bu araştırmada hasta refakatçilerinde meydana gelen psikolojik değişimlerin başında hastalığı kabullenmeme, hastayı kaybetme korkusu ve duygusal açıdan yıpranma gibi olumsuzlukların geldiği tespit edilmiştir. Buna karşılık araştırmaya katılan bazı hasta yakınlarının refakat sürecinde kendilerinde olumlu yönde değişimler olduğunu ifade ettikleri de tespit edilmiştir. Söz konusu olumlu gelişmelerin başında hasta refakatçilerinde sorumluluk bilincinin gelişmesi, tedavi sürecini daha dikkatli ve titiz takip etme davranışlarının geldiği belirlenmiştir.

Hastalara refakat eden bireyler tedavi süreci boyunca psikolojik sorunların yanında farklı zorluklarla da karşılaşabilmektedirler. Yapılan bu araştırmada hasta yakınlarının refakat sürecinde karşılaştıkları zorlukların başında refakatçilerin çalıştıkları işleri bırakmak zorunda kalmaları, yaşamlarının büyük bir bölümünü hastanın yanında geçirmeleri, aile bireylerinin genellikle duygusallaşması, refakatçilerden bazılarının işlerinden ayrılmaları nedeniyle maddi açıdan zorluklar yaşamaları, diğer aile bireylerinin tedavi sürecine destek olmamaları nedeniyle görev dağılımının yapılamaması, dost ve akrabaların aileden uzaklaşmaları gibi zorlukların geldiği tespit edilmiştir.

Hastalara refakat sürecinde hastane ortamının fiziksel koşulları ve hastane odasının ortak paylaşımı refakatçilerin rahatlığı açısından önemli bir yere sahiptir. Buna karşılık ortak paylaşım noktası olan hastane odalarında refakat sürecinde bazı sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Yapılan bu araştırmada hasta yakınlarının görüşlerine göre ortak paylaşım alanı olan hastane odalarında karşılaşılan sorunların başında odaların kalabalık olmasının geldiği, ancak odaların kalabalık olmasından kaynaklanan sorunların karşılıklı anlayış ve diyalog ile çözüldüğü tespit edilmiştir. Aynı odayı paylaşan hasta yakınlarının hastaların sağlığını düşünmeden gürültü yapmaları, odada bulunan diğer hastanın vefat etmesi ile hasta yakınlarının ağlaması, bu durumun diğer hastaları ve yakınlarını üzmesi, diğer hasta yakınlarının zaman zaman aile içi tartışmalarının hastane odasında huzursuzluğa neden olması gibi

sorunları oluşturduğu tespit edilmiştir.

Hasta refakatçilerinin tedavi süreçlerinde zamanlarının büyük bir bölümünü hastaların yanında geçirmeleri iş ve aile yaşamlarında bazı sorunlar çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Özellikle refakatçinin aile geçimini sağlayan birey olması aile hayatını ekonomik açıdan olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan bu araştırmada hasta yakınlarının refakat sürecinde iş ve aile yaşamlarında meydana gelen değişimler incelendiği zaman, refakat sürecinde iş yaşamına devam edemedikleri için maddi açıdan zorlandıkları ve borçlarını ödeme noktasında sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının refakat sürecinde iş ve aile yaşamında karşılaştıkları diğer sorunların başında iş yaşamını aksatmamak için sürekli rapor alma sorununun geldiği belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular dâhilinde refakat sürecinin aile yaşamını en fazla manevi ve ekonomik açıdan etkilediği söylenebilir.

Refakat sürecinde hastaya refakat eden bireylerin hastaneye gidiş-geliş ve hastanede kalma süreleri göz önünde bulundurulduğu zaman refakatçilerin ulaşım ve barınma süreçlerinde bazı sorunlar yaşamaları beklenen bir durumdur. Yapılan bu araştırmada refakatçilerin ulaşım ve barınma konusunda karşılaştıkları sorunların başında ikamet edilen yerden başka bir yere taşınma, ulaşım süreçlerinde temizlik ve bakım ihtiyaçlarını karşılamada zorlanma, refakatçinin öğrenci olması durumunda okul değiştirmek zorunda kalınması ve çocuğu olan refakatçilerin çocuklarında okul başarısını düşmesi gibi sorunların geldiği tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgulara göre refakatçilerin hastalarının tedavi sürecinde psikolojik ve ekonomik sorun yaşamalarına ek olarak ulaşım ve barınma konusunda da sorunlarla karşılaştıkları söylenebilir.

Hastaların tedavi süreçlerinde gerek hastalar gerekse de hasta yakınları karşılaştıkları zorluklarla mücadele edebilmek için bazı psikolojik başa çıkma stratejileri kullanılmaktadır. Söz konusu yöntemler arasında dini başa çıkma stratejileri tüm toplumlarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Toplumsal ya da bireysel çaba ve eğilimler ile gerçekleştirilen dini başa çıkma stratejileri olumlu ya da olumsuz olabilmektedir. Bunun yanında hastaların ve hasta yakınlarının dini başa çıkma stratejilerine yönelik tutumları farklılık gösterebilmektedir. Yapılan bu araştırmada hasta yakınlarının büyük bir bölümünün dini başa çıkma stratejilerini kullandığı, bunun yanında dini başa çıkma stratejilerininin duygu ve düşüncelerini olumlu yönde

etkilediği tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının dua dışında kullandıkları dini başa çıkma stratejilerinin kader, sabır, şükür, imtihan ve tevekkül olduğu belirlenmiş, ancak söz konusu dini başka stratejilerinin dua kadar yaygın kullanılmadığı görülmüştür. Hasta yakınlarında dini başa çıkma stratejilerinin duygu ve düşüncelerini olumlu yönde etkilemesinin temelinde dini inançlarının yüksek olmasının yattığı düşünülebilir. Hastaların dini başa çıkma stratejisi olarak Allah'a yöneldikleri, ümitsizliğe kapılmamak için sürekli dua ettikleri, bunun temelinde manevi olarak mükâfat alacaklarını düşündükleri tespit edilmiştir.

İnsanlarda herhangi bir hastalık, kaza, bela, felaket ya da musibet ile karşılaştıklarında hayır ve şer algısı ortaya çıkabilmektedir. Bu algı sayesinde birey karşılaştıkları zorluklar ile mücadelede edebilme duyguları ve inançları gelişmektedir. Yapılan bu araştırmada da hasta yakınlarının dini başa çıkma stratejilerinden hayır ve şer algısından yararlandıkları, ancak bu stratejiyi kullanan hasta yakınlarının genel oranlarının %10 gibi düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %10'u her şerrin arkasında bir hayrın da olabileceğini düşünerek Allah'a sığındıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında bazı katılımcılar hastalığı bir şer olarak değerlendirmişlerdir, buna karşılık tedavi sürecinde birçok dostlarının kendilerinden uzaklaştıkları ve gerçek dost olmadıklarını belirttikleri görülmüştür.

Hasta yakınlarının refakat zaman diliminde kullandıkları diğer bir dini başa çıkma stratejisi yaşananları kader sayma düşüncesidir. Hasta yakınları hastalıkları kadere bağladıkları zaman kendilerini bir nebze olsun teselli edebilmektedirler. Buna karşılık yapılan bu araştırmada katılımcıların sadece %10'unun dini başa çıkma stratejilerinden kaderi kullandığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda dini başa çıkma stratejilerinden kaderin hasta yakınlarının psikolojik yapılarını olumlu yönde etkileyebileceği öngörülse de söz konusu stratejinin hasta yakınları tarafından yeterli düzeyde kullanılmadığı söylenebilir. Dini başa çıkma stratejileri içerisinde sabır, hasta yakınlarının psikolojik açıdan sağlıklı olmalarına katkı sağlayan bir olgudur. Çünkü sabırlı insanlar genellikle üzüntülü olaylar karşısında telaş etme ya da acıya yenik düşmek yerine üzüntülü durumlara dayanma gibi bir eğilim göstermektedirler. Bu nedenle hastalık gibi ciddi bir problem karşısında sabırlı olabilmek dini başa çıkma stratejileri içerisinde önemli bir yer almaktadır. Yapılan bu araştırmada hasta



yakınlarının %25 gibi bir bölümünün dini başa çıkma stratejilerinden sabır göstermeyi kullandığı tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının dini başa çıkma stratejilerinden sabır göstermeyi, her şeyi kabullenip Allah'a sığınarak duruma dayanma şeklinde uyguladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında bazı hasta yakınlarının yaşananları birer imtihan olarak değerlendirdikleri, bu durumu da sabır göstererek atlatmaya çalıştıkları tespit edilmiştir.

İnsanların Allah'a duydukları minnet ve teşekkür etme arzusu şükür olarak tanımlanmakta olup, dini başa çıkma stratejileri içerisinde şükretme de yaygın olarak kullanılmaktadır. Şükretme sayesinde insanlar hastalıkların daha da kötüye gitmesinin engelleneceğini düşünmekte, bu durum hasta yakınlarının psikolojik açıdan iyi olmalarına katkı sağlamaktadır. Buna karşılık yapılan bu araştırmada hasta yakınlarının %10 gibi düşük bir bölümünün dini başa çıkma stratejilerinden şükretmeyi kullandığı tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının şükretmeye ilişkin algı ve düşünceleri ele alındığı zaman, her şeyin Allah'tan geldiğini düşündükleri, bu nedenle ona şükretmenin kendilerini güçlü yaptığını düşündükleri tespit edilmiştir. Bazı hasta yakınları yaşananlara şükredilmediği zaman hastalıklara daha erken yaşlarda yakalanmanın söz konusu olabileceğini düşündükleri, bazı hasta yakınlarının ölümün olduğu bir dünyada hastalarının hala hayatta olmalarının şükredilmesi gereken bir durum olduğunu ifade ettikleri, bazı hasta yakınlarının da mevcut duruma şükretmeleri gerektiğini düşündükleri, bunun temelinde hastanın iyileşme olasılığının bulunduğu tespit edilmiştir.

Dini başa çıkma stratejileri içerisinde hasta yakınlarının duayı sıklıkla kullandığı bilinmekte olup, yapılan bu araştırmada da hasta yakınlarının %35 gibi bir oranının dini başa çıkma stratejilerinden duayı kullandıkları, söz konusu stratejinin hasta yakınları tarafından en fazla tercih edilen dini başa çıkma stratejisi olduğu tespit edilmiştir. Hasta yakınları tarafından duanın yaygın olarak kullanılmasının temelinde yaratıcı ile irtibata geçme, böylece yaratıcıdan yardım dileyebilme düşüncesinin yattığı düşünülebilir. Yapılan bu araştırmada hasta yakınlarının dini başa çıkma stratejilerinden duayı yaygın olarak kullanmalarının temelinde, yakın çevredeki dostlardan alınan destek yetersiz kaldığında Allah'a yönelme isteği, yaşanan sıkıntıları Allah ile paylaşarak rahatlama isteği, ruhsal ve manevi açıdan rahatlama gereksiniminin karşılanması gibi amaçların geldiği tespit edilmiştir.

Hasta yakınları düşük düzeyde de olsa dini başa çıkma stratejilerinden imtihanı kullanabilmektedirler. Dini inancı güçlü olan hasta yakınları açısından imtihan olumlu psikolojik bir yapı oluşmasına katkı sağlarken, dini yönü zayıf olan hasta yakınları için imtihan olumsuz bir başa çıkma stratejisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü imtihanı olumlu bir başa çıkma stratejisi olarak gören hasta yakınları hastalığın ilerleyen dönemlerde geçebileceğini düşünmekte, bu inanış kendilerini psikolojik olarak rahatlatmaktadır. Yapılan bu araştırmada hasta yakınlarının dini başa çıkma stratejilerinden imtihanı kullanma nedenlerinin başında her şeyin Allah'tan geldiğini düşünmeleri, bu nedenle imtihanın sonunda mükâfatlarını alabileceklerini düşünmelerinin geldiği tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen bu bulgulara göre, imtihanı kabul eden hasta yakınlarının süreç sonunda huzura kavuşacaklarını düşündükleri söylenebilir.

Dini başa çıkma stratejileri içerisinde nadiren kullanılan yöntemlerin başında tevekkül gelmekte olup, yapılan bu araştırmada da hasta yakınlarının tedavi sürecinde en az kullandıkları dini başa çıkma stratejisinin tevekkül olduğu tespit edilmiştir. Bilindiği gibi tevekkül yaşanan her şeyin Allah'tan geldiğine inanma düşüncesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle olumlu tevekkül etme hasta yakınlarının psikolojik yapılarını olumlu yönde etkilerken, olumsuz tevekkül Allah'a isyan etmeyi, dolayısıyla olumsuz psikolojik yapıya bürünmeyi de beraberinde getirmektedir. Bu kapsamda yapılan bu araştırmada hasta yakınlarının dini başa çıkma stratejilerinden tevekkülü kullanma nedenlerinin başında hastalık sürecinin sonunu görememelerinin, diğer bir ifadeyle sürecin belirsiz olmasının geldiği tespit edilmiştir. Hasta yakınları tedavi sürecinin büyük bir bölümünü hastalar ile birlikte geçirmektedirler. Bu durum şüphesiz ki hasta ile refakatçiler arasında duygusal, psikolojik ve manevi bir etkileşim kurulmasına zemin hazırlamaktadır. Bu süreçte hasta yakınları hastalara dini başa çıkma stratejileri hakkında da bilgi verebilmektedir. Böylece hastalarda Allah'a sığınma, hastalığın bir an önce geçeceğine inanma ve psikolojik açıdan rahatlama gözlenebilmektedir. Yapılan bu araştırmada refakatçilerin görüşlerine göre hastalara dini başa çıkma stratejilerini aktarmanın manevi anlamla hastaları olumlu yönde etkilediği, hastalardaki umutsuzluk duygusunu bir nebze olsun azalttığı tespit edilmiştir.

Araştırmada elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

1. Hasta yakınlarında refakat sürecinde dini başa çıkma stratejilerinden yararlanma psikolojik, duygusal ve ruhsal açıdan rahatlama sağlamakta, hasta yakınlarının umutsuzluk düzeylerini en aza indirmekte ve hasta yakınlarını psikolojik açıdan güçlü kılmakta olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda hasta yakınlarına dini başa çıkma stratejileri ve önemi hakkında bilgi-eğitim verilebilir.
2. Hastaların dini başa çıkma stratejilerini uygulamaları da psikoloji açıdan rahatlama sağladığı için hastalara da dini başa çıkma stratejileri hakkında bilgi verilebilir. Bu süreçte bilgi verme yoluyla destek olma faaliyetleri gerçekleştirilebilir.
3. Hasta bakım sürecinde refakatçiler kadar bakım veren hemşirelere de önemli görevler düşmektedir. Bu noktada hemşirelerin gerek hastalara gerekse de hasta yakınlarına dini başa çıkmanın önemi hakkında bilgi vermeleri hasta yakınlarını ve hastaları psikolojik açıdan rahatlatılabilir.
4. Katılımcı hasta yakınlarının diğer aile bireylerinden eğitim hayatı devam eden özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde olan öğrencilerin ailelerinde kanser ve süregelen hastalıklarından herhangi birisi olan öğrenciye yaklaşım ve rehberlik faaliyetleri planlamaya alınıp program geliştirilebilir. Mevcut sorunla baş etmede zorluk ve ders başarısını önemli ölçüde olumsuz etkilediği görüşme içeriklerinde tespit edilmiştir.
5. Yapılan bu araştırmada nitel çalışma modelinden yararlanıldığı için hasta yakınlarının dini başa çıkma stratejilerine yönelik tutumları ele alınmıştır. Elde edilen bulgular dini başa çıkma stratejilerinin hasta yakınlarını birçok açıdan olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Buna karşılık dini başa çıkma stratejilerinin hasta yakınları üzerindeki etkilerine yönelik deneysel çalışmalara da gereksinim duyulmaktadır. Bu kapsamda tedavi sürecinde dini başa çıkma stratejilerinden yararlanan ve yararlanmayan refakatçilerin ev ortamında duygusal özelliklerini etkilemesi yönü ile karşılaştırmalı olarak ele alındığı çalışmalar yapılabilir.
6. Hastalar ve hasta yakınları manevi yönden destek alabilmeleri için hastanelerde bulunan manevi bakım/destek uzmanlarına yönlendirilebilir bu konuda destek alabileceklerinin bilgisi sağlık personeli tarafından verilebilir.

## BİBLİYOGRAFYA

- Ağargün, Mehmet Yücel, Beşiroğlu, Lütfullah, Kıran, Ümit Kemal, Kara, Özer Hayrettin, “COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, VI/4, (2005), s. 221-6.
- Ak, Ahmet, “Maturidi'nin Şükür Anlayışı”, A. Ü. İ. F. Dergisi, XXXXVII/2, (2006), s. 185-194.
- Akalın, Toparlı, Aksu, *Resimli Okul Sözlüğü*, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara: 2011.
- Akgül, Gülendamlar, *Sağlık İnançları, Sağlık Psikolojisi*, 3. Bölüm, Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık, Jane Ogden Beşinci Basımdan Çeviri, 2016.
- Aktaş Yeliz, Baysan, Arabacı Leyla, *Yoğun Bakımda Hasta ve Ailesiyle İletişim*, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016; 1(3): 39-43.
- Aktepe, Orhan, *Kaza ve Kaderin Mahiyeti ve Değişip Değişmemesi Problemi*, Kelam Araştırmaları, 10:2, ss. 69-90, 2012.
- Alpteker, Hacer, “65 Yaş üstü Bireylerde Evde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2008.
- Alptekin, Duygu, *Hasta Toplum*, Ankara: Nobel Yayınları, 2015.
- Altaş, Nurullah, Köylü, Murat, *Dini Danışmanlık ve Din Hizmetleri*, İstanbul: Neşriyat Yayıncılık, 2015.
- Altıntaş, Ramazan, “Yazgıcı ve Özgürlükçü Tevekkül Anlayışının Çalışma Hayatına Etkileri”, Dini Araştırmalar, III/7, (Mayıs-Ağustos 2000).
- Arda, Berna, “Hastalık Olgusunun Tarihsel Açıklanışında Önemli Bir Kavram: “Etki Göçü””, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, IV/2, (1996), s. 105-112.
- Arıkan, Kemal, *Kanser Hastasının Psikolojisi*, 2017, <https://www.kemalarikan.com/>, Erişim tarihi: 05.02.2019.
- Apaydın, Halil, “Ruh Sağlığı-Din İlişkisi Araştırmalarına Bir Bakış”, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, X/2, (2010), s. 59-77.

- Atagün Murat İlhan, Balaban, Özlem D, Atagün Zeliha, Elâgöz Mine, Özpolat, Ayşegül, “*Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü*”, *Psikiyatride Güncel yaklaşımlar, Current Approaches Psychiatry*, III/3, (2011) s. 513-52.
- Ateşçi Figen Ç, Oğuzhanoğlu Nalan K, Baltalarlı Bahar, Karadağ Filiz, Özdel Osman, Karagöz Nursel, “*Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler*”, *Türk Psikiyatri Dergisi*; XIV/2, (2003), s. 145-152.
- Aydın, Ali Rıza, “*İnanma İhtiyacı ve Dinî Ritüellerin Psikolojik Değeri*”, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*; IX/3, (2009), s. 89-99.
- Aydın, Garip, “*Manevi Destek Bağlamında Hz. Peygamberin Hastalara Yaklaşımı*”, *Bilimname Dergisi*, XXXI/2, (2016), s. 249-274. [doi:http://doi.org/10.21646](http://doi.org/10.21646)
- Aydoğan, Fatma, Uygun, Kazım, “*Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler*”, *Klinik Gelişim Dergisi*, XXIV/3, (2011), s. 4-7.
- Ayten, Ali, *Psikoloji ve Din, Psikologların Din ve Tanrı Görüşleri*, İstanbul: İz Yayınları, 2015.
- Ayten Ali, Göcen Gülüşan, Sevinç Kenan, Öztürk Eyyüp E, *Dini Başa Çıkma, Şükür ve Hayat memnuniyeti İlişkisi, Hastalar, “Hasta yakınları ve Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*”, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*; XII/2, (2012), s. 45-79.
- Ayten Ali, “*Din ve Sağlık: Bireysel dindarlık, Sağlık Davranışları ve Hayat Memnûniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma*”, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, XII/3, (2013), s. 7-31.
- Ayten, Ali, Anık, Evrim, “*Lgbt Bireylerde Dinî İnanç, Din ve Tanrı Tasavvuru, Dinî ve Manevî Başa Çıkma Süreci*”, *Din Bilimleri Dergisi*, XIV/2, (2014), s. 1-25.
- Ayten Ali, Sağır Zeynep, “*Dindarlık, Dinî Başa Çıkma ve Depresyon İlişkisi: Suriyeli Sığınmacılar Üzerine Bir Araştırma*”, *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, XXXXVII/47, (2014), s. 5-18.
- Babaoğlu, Elçin, Öz, Fatma, “*Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin B Duygusal Ve Sosyal Sorunlar Arasındaki İlişki*”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, (2003), s. 24-33.
- Bahadır, Abdülkerim, “*Psiko-Sosyal Bir Sorun Olarak Engelliliği Anlamlandırma*

- Dini Referanslar ve Pratik Yansımaları*”, Marife, Yıl 10/ 2, (2010), s. 9-25.
- Balcı, Sümeyye, Atılgan, Nezihe, Bulut, Büşra, “*Examining the relationship among Religious Coping, Burdens and Life Satisfaction of Those Who Care for the Homebound Elderly*”, Religions, XXXVI/2, (2016), s. 465-475.
- Basut, <http://www.itobiad.com/tr/download/article-file/92820>, 2006.
- Baş, Selma, “*Manevi Danışmanlıkta Duanın Bir Destekleme Metodu Olarak Kullanımı*”, Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, L/52, (2017), s. 161-198.
- Batan, S. Nazlı, Ayten, Ali, “*Dini Başa Çıkma, Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu İlişkisi Üzerine Bir Araştırma*”, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, XV/3, (2015), s. 67-92.
- Baykara Onur, “*Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar*”, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, V/2, s. 3, Aralık 2016.
- Benli, Ali Ramazan, Erbeşler, Zeynel Abidin, “*Türkiye’de Palyatif Bakım’da Uygulama Ve Anlayış Farklılıkları*”, Türk Aile Hekimleri Dergisi; XX/1, (2016), s. 5-6.
- Bilici, Ali Baz, *İnsan Psikolojisi Ve Din*, İzmir: Akademik Gelişim, Kanyılmaz Matbaası, 2011.
- Bulut, Mehmet, (editör), “*I. Din Hizmetleri Sempozyumu*”, I, 3-4 Kasım 2007, Ankara: D.İ.B. Yayınları, 2008.
- Cengil, Muammer, “*Depresyonu Önlemede Dini İnancın Rolü*”, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, III/2, (2003).
- Cebeci, Suat, *Dini Danışma ve Rehberlik*, D.İ.B. Yayınları, Ankara, 2012.
- Cirhinlioğlu, Zafer, *Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Yayın Dağıtım, 2. Baskı, Ankara, 2010.
- Cirhinlioğlu Zafer, Ok Üzeyir, Cirhinlioğlu F.G., *Dindarlık, Ruh Sağlığı ve Modernite*, Nobel Akademi Yayıncılık, Ankara, 2013.
- Coşar, Halil İbrahim, “*Kader Anlayışının Kur’an Bağlamında Sosyo-Psikolojik Tahlihi*”, Konya: Selçuk Üniversitesi, S.B.E. Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Çetin, Özer, *Erich Fromm’da Tanrı Tasavvuru*, Din bilimleri Akademik Araştırma

Dergisi Cilt 18, Sayı 3, 2018 ss. 75-98.

- Çınar, Fadime, Aslan, Fatma Eti, “*Spiritualizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi*”, G.O.P. Taksi E.A.H, Jaren, III/1, (2017), s. 37-42.
- Çolak, Dilşen ve Özyılkan, Özgür, “*Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler*”, *Türkiye Klinikleri, Journal of Internal Medical Sciences*, II/10, (2006), s. 1-9.
- Daştan, Nihal, Bostancı Buzlu, Sevim, “*Meme Kanseri Hastalarında Maneviyatın Etkileri ve Manevi Bakım*”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, III/1, (2010), s. 73-78.
- Dilek, Ali, Baysan, Sultan, Öztürk, A. Adnan, “*Türkiye’de Sosyal Bilgiler Eğitimi Üzerine Yapılan Yüksek Lisans Tezleri: Bir İçerik Analizi Çalışması*”, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi-2018, 581-602.
- Dirik, Gülay, *Sağlık Psikolojisine Giriş-Hastalık Bilişleri, Sağlık Psikolojisi*, Ankara: Nobel Akademi yayıncılık, Jane Ogden, Beşinci Basımdan Çeviri, 2016.
- Doğan, Mebrure, “*Dinlerde Ve İslam Kültüründe Sabır*”, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, III/5, (2014), s. 93-130.
- Doğan, Mebrure, “*Hastane Örneği Üzerinden Manevî Danışmanlık ve Rehberlik Hizmetlerine Genel Bir Bakış*”, Cumhuriyet İlahiyat Dergisi, XX1/2, (2017), s. 1267-1304.
- Ekşi, Halil, *Psikoterapi ve Psikolojik Danışmada Maneviyat*, İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2017.
- Elçigil, Ayfer, “*Pediyatrik Palyatif Bakım ve Hemşirelik*”, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, IX/4, (2006), s. 7-9.
- Elçigil, Ayfer, “*Palyatif Bakım Hemşireliği*”, *Gülhane Tıp Dergisi*; 54, (2012), s. 329-334.
- Eren, Selim, “*İnanç ve Sosyo-Kültürel Çevre Etkileşimi*”, C. Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi, XI/1, (2007), s. 129-152.
- Eryılmaz, Ali, “*Ergenlik Dönemi Ve Başa Çıkma*”, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi, VI/2, (2009), s. 20-37.

- Eryücel, Sema, “*Yaşam Olayları ve Olumlu Dini Başa Çıkma*”, Mustafa Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi, X/23, (2013), s. 251-271.
- Eryücel, Sema, *Yaşam Olayları ve Dini Başa Çıkma*, Ankara Üniversitesi, S.B.E, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2013.
- Esendir Nihal İşbilen, Kaplan Hasan, *Sağlık Çalışanlarının Maneviyat ve Manevi Destek Algısı: İstanbul örneği*, EKEV Akademi Dergisi, XXII/73, (2018).
- Forsyth, James, editör: Mustafa Ulu, *Psikolojik Din Kuramları*, Birinci basım, Kayseri: Kimlik yayınları, 2017.
- Göcen, Gülüşan, “*Pozitif Psikoloji Düzleminde Psikolojik İyi Olma ve Dini Yönelim İlişkisi, Yetişkinler Üzerine Bir Araştırma*”, Toplum Bilimleri Dergisi, VII/13, (2013), s. 97-130.
- Göksel, Fatih, *Türkiye’de Palyatif Bakım ve Planlama Çalışmaları Sunumu*, [https://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Turkiyede Palyatif Bakim ve Planlama Calismalari%23Fatih Goksel.pdf](https://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Turkiyede_Palyatif_Bakim_ve_Planlama_Calismalari%23Fatih_Goksel.pdf) (Erişim: 25.11.2017).
- Göksu, Didem, “*Kanser: Hastalık Algısı, Ruhsal Tepkiler, Psikolojik Tedavi*”, Makale Kütüphanesi, 2017. [www.tavsiyeediyorum.com](http://www.tavsiyeediyorum.com) [Erişim: 01.04.2019]).
- Gümüş, Aysun Babacan, *Meme Kanserli Hastalarda Emosyonel Destek Odaklı Hemşirelik Girişimlerinin Psiko-sosyal Uyuma Etkisinin Değerlendirilmesi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007.
- Gündüz, Bilal, *Kur’an’da Küfrün Karşıtı Olarak Şükür*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, S.B.E. 2011.
- Gürses, İbrahim, “*Yükleme Teorisi ve Din İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme*”, Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, XVII/2, (2008), s. 359-377.
- Hasta ve Hasta Yakınları*, <https://hemsirelersitesi.net>, (Erişim Tarihi 01.05.2019).
- Hayran Osman, Sur Haydar, *Sağlık Bakım Hizmetleri El Kitabı*, İstanbul: Yüce Yayın Dağıtım, 1998.
- Hiçdurmaz, Duygu, İnci, Figen Arı, “*Eş Duyum Yorgunluğu: Tanımı, Nedenleri ve Önlenmesi Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*”, Current Approaches in Psychiatry, VII/3, (2015), s. 295-303.



- Holm, Nils G., “*Din Psikolojisi ve Tarihçesi*”, çev. Abdülkerim Bahadır, Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Sayı 12, (2001/Güz), s. 73.
- Horozcu, Ümit, “*Tecrübi Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişkisi*”, İnanç, Kültür ve Mitoloji Araştırmaları Dergisi, VII/1, (Ocak-Nisan 2010).
- Hökelekli, Hayati, *Gençlik, Din, Değerler Psikolojisi*, Ankara: Ankara Okulu Yayınları, 2002.
- Hökelekli, Hayati, *Din Psikolojisi*, Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, 2013.
- Işık, Kevser, “*Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki ilişki ve Etkileyen Faktörler*”, Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.
- Işıkhan, Vedat, “*Kanser ve Sosyal Destek*”, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, XVIII/1, (Nisan 2017).
- Jones, W., James, *Din, Sağlık ve Din Psikolojisi: Din ve Sağlık Konusunda Yapılacak Hangi Araştırmalar*, Dini Anlamamıza Yardımcı Olur?, Çev. Behlül Tokur - Metin Güven, Bilimname, XXIII, (2012), s. 229-243.
- Kabalak, Afife Ayla, Öztürk, Hakkı, Erdem, A. Tahir, “*Serkan Akın SB Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması*”, Journal of Contemporary Medicine, II/2, (2012), s. 122-126.
- Kabalak, Afife Ayla, Öztürk, Hakkı, Çağıl, Hasan, “*Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım*”, Yoğun Bakım Dergisi, XI/2, (2013), s. 56-70.
- Kasapoğlu, Aytül, *Madalyonun iki yüzü: Hastalık ve Sağlık*, Ankara: Phoenix Yayınevi, 2008.
- Kara, B, Feşçi, H., “*Kanserde öz-bakım ve Yaşam Kalitesi*”, Hematoloji-Onkoloji Dergisi, VI/4, (2004), S. 124-29.
- Karakaş, Ahmet Canan, “*Manevi Zekânın İç Yönelimli Dindarlık, Affetme Esnekliği ve Öznel İyi Oluşla İlişkisi*”, Türkiye İlahiyat Araştırmaları Dergisi, I/1, (2017), s. 53-63.
- Karakaş, Ahmet Canan, Koç, Mustafa, *Stresle Başa Çıkma ve Dini Başa Çıkma*

*Yöntemleri, İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırma Dergisi, Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Cilt: 3, Sayı: 3, 2014 Sayfa: 610-631.*

Karataş, Zeki, *Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başa Çıkmadaki Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Rize Üniversitesi, S.B.Ü., 2011.

Karataş, Kasım, Baloğlu, Mustafa, *Tevekkülün Psikolojik Yansımaları*, Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi Yıl: 2019 Cilt: 19 Sayı: 1 e-ISSN 2564-6427 Dergi Web Sayfası: <http://dergipark.gov.tr/cuilah>.

Kartal, Mehtap, *HIV. Ve Kanser: Hastalık sürecinde Psikoloji*, Sağlık Psikolojisi, 14. Bölüm, Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık, Jane Ogden, Beşinci Basımdan Çeviri, 2016.

Kasapoğlu, Abdurrahman, “*Kur’an’a Göre İnkâr ve Bunalım-İnkârcılığın Ruh Sağlığına Olumsuz Etkileri*”, İ. Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi, Bahar I/1, (2010), s. 211-235.

Kavas, Erkan, Kavas, Nurgül, “*Manevi Destek Algısı Ölçeği: Geliştirilmesi, Geçerliliği ve Güvenilirliği*”, Turkish Studies, IX/2, (Kış 2014), s. 905-920.

Kavas, Erkan, “*Dini Tutum-Stresle Başa Çıkma İlişkisi*”, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 37, (2013), s. 143-168.

Kavradım, Turan Selma, Özer, Zeynep, “*Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*”, Current Approaches in Psychiatry, VI/2, (2014), s. 154-164.

Kaya, Mevlüt, Küçük, Nurettin, “*İbadetler İle Hayatın Anlamı Ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*”, Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 42, (2017), s. 17-44.

Kıral, Kahraman, *Demans Hasta yakınlarında Depresyon ve Yaşam Doyumu: Bilişsel Duygu Ayarlama, Sosyal Destek Ve Adil Dünya İnancı İlişkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.

Kıvanç, Madenoğlu Meral, *Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri*, Palliative Care Services in Turkey Meral Madenoğlu Kıvanç HSP2017; IV/2, s. 132-135

- (5-8 Mayıs 2016 tarihinde Kıbrıs'ta yapılan VII. Ulusal Haseki Tıp Kongresi & VI. Haseki Hemşirelik Sempozyumu'nda sözel sunulmuştur).
- Kirkpatrick, Lee A, “*Din Psikolojisinde Bağlanma Teorisi*”, Çev. Mustafa Koç, Bilimname Dergisi, X/1, (2006),, s. 133-172.
- Kocaman, Nazmiye, Özkan, Mine, Armay, Zeynep ve Özkan, Sedat, “*Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Ve Güvenirlilik Çalışması*”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8, (2007), S. 271-280.
- Koç, Mustafa, “*Din Psikolojisi Açısından Ergenlik Döneminde Dua Ve İbadet Psikolojisinin Gelişimi*”, EKEV Akademi Dergisi, IX/25, (2005).
- Köylü, Mustafa, “*Ruh ve Beden Sağlığı ile Din İlişkisi Üzerine Yapılan Araştırmaların Bir Değerlendirmesi*”, Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 28, (2010), s. 5-36.
- Kutunis, Rana Özen, Yıldız, Ebru, “*Pozitif Psikoloji ile Pozitif Örgütsel Davranış Boyutları Üzerine Bir Değerleme*”, Suleyman Demirel University Vizyoner Dergisi The Journal of Visionary, Cilt. 5, Sayı: 11, ss. 135-154, 2014.
- Kuzeyli-Yıldırım, Yasemin, Fadiloğlu, Çiçek, Uyar, Meltem, “*Palyatif Kanser Bakımında Tamamlayıcı Tedaviler*”, Ağrı Dergisi, X/1, (2006) s. 26-32.
- Malinowski B, *Büyük, Bilim Ve Din*, çev. Saadet Özkal, İstanbul: Kabalcı Yayınları, 1990.
- Maslow, Abraham, *Dinler, Değerler, Doruk Deneyimler*, çev. Koray Sönmez, İstanbul: Kuraldışı Yayınları, 1996.
- Mehmedoğlu, Ali Ulvi, “*Acı ve Tatlı: Dindarlığın Bedelleri ve Faydaları Üzerine Bir Değerlendirme*”, Ç. Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi, V/1, (Ocak-Haziran 2005).
- Miran, Hanife, *Hamd ve Şükür Kavramlarının Psikolojik Tahlili*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
- Murat, Ayşe, Kızılgeçit, Muhammed, “*Dini Başa Çıkma Ve Psikopatoloji İlişkisi (Rize Örneği)*”, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, VI/11, (2017), s.111-151.
- Neuman, W. Lawrence, *Toplumsal Araştırma Yöntemleri, Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*,

- Cilt. 1, Ankara: Yayın Odası Yayınları, 8. Basım, 2006.
- Okan Hastanesi*, [okanhastanesi.com.tr](http://okanhastanesi.com.tr) (Erişim Tarihi 01.05.2019).
- Okyayuz, Ülgen H., *Sağlık Psikolojisi*, 1. Basım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2013.
- Özalp, Âlânur, *Kanser Hastalık Algısı*, [http://www.alopsikolog.net/kanser\\_hastalik-\\_algisi.asp](http://www.alopsikolog.net/kanser_hastalik-_algisi.asp) (Erişim: 04.06.2018).
- Özçelik, Hanife, Fadiloğlu, Çiçek, ve diğ., Karabulut, Bülent, ve diğ., “*Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimine Dayalı Multidisipliner Bakım Protokolü*”, AĞRI Dergisi, XXVI/2, (2014), s. 47-56.
- Özdemir F., *Palyatif Bakım Alan Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ile Dini Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Özdemir, Murat, “*Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma*”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, XI/1, (2010).
- Özdoğan, Öznur, *Mutluluğu Seçiyorum*, Ankara: Özden Öze Yayınları, 2009.
- Özdoğan, Öznur, “*İnsanı Anlamaya Yönelik Bir Yaklaşım: Pastoral Psikoloji*”, AÜİF Dergisi, XXXXVII/2, (2006), s. 127-141.
- Özdoğan, Mustafa, [www.habitatderneği.org](http://www.habitatderneği.org) (Erişim Tarihi 01.09.2016).
- Özdoğan, Mustafa, *Kanserden Korunma Tanı*, <https://www.drozdogan.com/> (Erişim Tarihi 01.09.2018).
- Özen, Yener, *Tanrı-Sen Ve Ben Üçümüzün Yolu, Pastoral Psikoloji ve Danışmanlığın Gerekliği Üzerine*, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, X/2, (2010), s. 41-57.
- Özlü, Aslı, Yıldız, Mustafa, Aker, Tamer, *Şizofreni Hastalarının Bakımıyla İlgilenenlerde Yük ve İlişkili Özellikler, Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28, (2015), s. 153-147.
- Paloutzian, F. Raymond, Park, L. Crystal, çev. Edt. Çapçioğlu, İhsan, Ayten, Ali, *Din ve Maneviyat Psikolojisi Temel Yaklaşımlar ve İlgi Alanları*, Ankara: Phoenix Yayınları, 2013.

- Peterson, Christopher, Nansook, Park, çev. Mustafa Ulu, “*Din Psikolojisi*”, Bilimname Dergisi, XXVI, 2014/1, s. 157-165.
- Polat, Ülkü, “*İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Veren rolleri ve Destek Gereksinimleri*”, Türk Onkoloji Dergisi, XXVI/4, (2011), s. 193-198.
- Sarıçam, Hakan, Akın, Ahmet, “*Affedicilik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik Ve Güvenirlilik Çalışması*”, Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi, 19, (2013), s. 37-46. (Bu makale 3-5 Mayıs 2012 tarihlerinde İstanbul Teknik Üniversitesinde gerçekleştirilen International Counseling and Education (ICE-C 2012) Konferansında sunulan bildirinin genişletilmiş halidir).
- Sarıkaya, Berat, Şeren, Zeyneb, “*İnsan Sorumluluğu ve Fiillerine Etkisi Bağlamında Sabır Ve Tevekkül Kavramları*”, Gümüşhane Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, VI/6, (2017).
- Saruç, Semra, “*Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının rolleri ve Sosyal Hizmet Mesleği*”, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, XXIV/2, (Ekim 2013).
- Sönmez, Vecihi, “*İslam Düşüncesinde Bilgi-İman İlişkisi*”, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, V/ 1, (2005).
- Strizenec, Michael, “*Dindarlık ve Bilişsel süreçler*”, çev. Abdulvahit Sezen, Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, X/3, (2010), s. 273-286.
- Şahin, Akgün Zümrüt, Polat, Hatice, Ergüney, Seher, “*Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi*”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, XII/ 2, (2009).
- Şahin, Hüseyin, *Kur'an'da Af Kelimesi Ve Affetmenin Anlam Alanı*, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, S.B.E., 2014.
- Şen, Sevim, Aygün, Dilek, Sert, Havva, “*Palyatif Onkolojik Tedaviler Ve Bakım*”, Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, I/1, (2016), s. 21-35.
- Şentepe, Ayşe, “*Yaşlılık Döneminde Dini Başa Çıkma*”, İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, IV/1, (2015), s. 186-205.
- Tabar, Esen, *Hasta Yakını Olmak*, İstanbul: Pan Yayıncılık, 2006.

- Tanrıverdi Özgür, Kömürcü, Şeref, *Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma*, <http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612846>, 33. Bolum 32 Palyatif.pdf (Erişim: 04.06.2018).
- Tekin, Nil, *Sağlıkta eşitsizlikler, Sağlık Psikolojisi*, Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık, Jane Ogden, Beşinci Basımdan Çeviri, 2016.
- Terakye, Gülşen, “*Kanserli Hasta Yakınları İle Etkileşim*”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, IV/2, (2011), s. 718-82.
- Türkdoğan, Orhan, *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*, İstanbul: IQ Kültür-Sanat Yayıncılık, I. Baskı, 2006.
- Türküm, A. Sibel, “*Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmaları*”, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, II/18, (1999), s. 5-25.
- Uslu, Şahan Fatma, Terzioğlu, Füsün, “*Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi Ve Örgütlenmesi*”, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, IV/2, (2015), s. 81-90.
- Utsch, Micheal, “*Pozitif Psikolojiden Güdüler, Din Psikolojisi Araştırmaları Ve Terapik/Manevi Yardım Uygulamaları*”, çev. Abdülkerim Bahadır, Selçuk Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 25, Bahar, 2008.
- Uysal, Veysel, “*Genç Yetişkinlerde Affetme Eğilimleri ve Dinî Yönelim/Dindarlık*”, Marmara Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi, XXXXVIII/48, (2015), s. 35-56.
- Uysal, Neşe, Şenel, Gülçin, Karaca, Şerife, Kadioğulları, Koçak, Nihal, Nesteren, Oğuz Gonca, “*Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastalarda Görülen Semptomlar Ve Palyatif Bakımın Semptom Kontrolüne Etkisi*, Ağrı Dergisi, XXVII/2, (2015), s. 104-110.
- Uysal, Veysel, Göktepe, Ayşe K, Karagöz, Sema, İlerisoy, Melike, “*Dinî Başa Çıkma ile Umut, Hayat Memnuniyeti ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki Etkileşim Üzerine Bir Araştırma*”, Marmara Üniversitesi İlâhiyat Fakültesi Dergisi, LII/52, (2017), s. 139-160.
- Ülger, Eda, Alacacıoğlu, Ahmet, Abdullah, Şeref, Gülseren, Gülbanu, Zencir, Lütfiye, Demir, Mustafa, Tarhan, Oktay “*Kanserde Psiko-sosyal Sorunlar*

*Ve Psiko-sosyal Onkolojinin Önemi*”, DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, XXVIII/2, (2014), s. 85-92.

Ünsar Serap, Fındık, Ümmü Yıldız, Kurt, Seda, Özcan H., *Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, II/5, (2007), s. 89-106.

Vergote, Antoine, “*Din Psikolojisi Nedir Ne Değildir?*”, çev. Ali Köse, İLAM Araştırma Dergisi, II/2, (Temmuz-Aralık 1997).

Yapıcı, Asım, *Ruh Sağlığı ve Din-Psiko-sosyal Uyum Ve Dindarlık*, İstanbul: Karahan Kitabevi, Ekim 2013.

Yavuzşen, Tuğba, *Palyatif Bakım ve Felsefesi, “Palyatif Bakım Semptom Yönetiminde Klinik Yaklaşım”* T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Mastaş Yayıncılık, İzmir, 2015.

Yıldırım, Ali, Şimşek, Hasan, *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2018.

Yıldırım, Arzu, Hacıhasanoğlu, Rabia, Karakurt, Papatya, “*Hemşirelerin Stresle Başa Çıkmada Bilişsel Stratejileri Kullanma Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10, (2007), s. 421.

Yorulmaz, Orçun, *Stres ve Hastalık Sağlık Psikolojisi*, Nobel Akademi yayıncılık, 11-12. Bölüm, Jane Ogden, Beşinci Basımdan Çeviri, 2016, Ankara.

.....<http://www.kansergenetigi.com/tr/onkolojik-hastaliklar>, Onkoloji nedir? Onkolojik hastalıklar, (Erişim: 04.06.2018).

## EKLER

### Ek 1: Bireysel İzin Formu

#### BİREYSEL İZİN FORMU

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Felsefe ve Din Bilimleri Din Psikolojisi yüksek lisans öğrencisiyim. Araştırma konum olan "Hasta yakını olmanın getirdiği güçlükler ve dini başa çıkma" adlı tez çalışmamı gerçekleştirebilmem için siz hasta yakınları ile mülakat gerçekleştirmem gerekiyor. Bilimsel araştırmama konu olacak olan araştırmalarımda yapılan görüşmelerdeki, kişisel bilgilerinizin içeriğinin tamamen gizli tutulacağını teyit ederim.

Mülakat görüşmesini onaylıyorum.

Mülakat görüşmesini onaylamıyorum.

Saygılarımla;

Teşekkürler...

T.E.A.H.

Manevi destek ve Rehberlik gör.

Emine Akbulut Şahin



**Ek 2: Kişisel Bilgi Formu**

**“HASTA YAKINI OLMANIN GETİRDİĞİ GÜÇLÜKLER VE DİNİ BAŞA ÇIKMA”  
ADLI YÜKSEK LİSANS TEZİ ARAŞTIRMA MÜLAKAT FORMU**

**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

YAŞ:

CİNSİYET: BAYAN.....BAY.....

EĞİTİM: OKUR-YAZAR..... İLKOKUL..... ORTAOKUL..... LİSE.....  
YÜKSEKOKUL/ÜNİVERSİTE.....

YERLEŞİM:..... ŞEHİR DIŞI:..... ŞEHİR İÇİ:.....

YAKINLIK DERECEŚİ: ANNE:.....BABA:.....EŞ:.....OĞLU:.....KIZI.....DİĞER....

HASTALIK TÜRÜ:.....

İŞ: .....ÇALIŞAN .....ÇALIŞMAYAN

### **Ek 3: Mülakat Formu**

1. Hastalığın tedavi sürecinin başlaması ile hasta yakını olarak yaşamınızda nasıl değişiklikler oldu? Anlatır mısınız?
2. Hastalığın tedavi sürecinin başlaması (hastaneye yatış) ile birlikte hasta yakını olarak siz ve ailenizde ne gibi değişiklikler oldu?
  - + Sorumluluk (maddi ve manevi)
  - + Görev paylaşımı ve iş birliği (olumlu-olumsuz)
3. Hastalığın tedavi süreci ile iş ve aile hayatınızda farklılıklar oluştu mu? Oluştı ise ne yönde anlatır mısınız?
  - + Refakat sorumluluğu ve refakatte bir başka insana ihtiyaç duyma,
  - + İş yaşamında aksaklık, izin problemi, iş yaşamına son vermek zorunda kalma,
  - + Ulaşım, barınma (başka ilde tedavisi devam ediyorsa).
4. Hastane ortamında fiziki mekân ve ortam paylaşımında yaşadığınız zorluklar oldu mu? Oldu ise ne yönde anlatır mısınız?
5. Hastaya refakat sürecinde yaşadığınız güçlükler nelerdir? Anlatır mısınız?
  - + Diğer hasta veya ziyaretçiler
  - + Bakım esnasında yeterlilik veya yetersizlik duygusu
  - + Bakım esnasında ümitsizlik, hastaya ümit verememe ve teselli edememe duygusu
6. Hasta yakını olarak diğer hasta ve hasta yakınları ile iletişim ve etkileşiminiz nasıl ilerledi? Olumlu ve olumsuz ne yönde anlatır mısınız?
7. Hasta yakını olarak hastane çalışanı veya personeli ile iletişim ve etkileşiminiz nasıl ilerledi? Anlatır mısınız?
8. Hastaya refakat etme sürecinde dini duygu ve düşüncelerinizde değişiklikler oldu mu? Oldu ise ne yönde anlatır mısınız?
9. Başa çıkmada en çok başvurduğunuz dini kavram ve benzeri unsurlar neler oldu? Anlatır mısınız?
10. Hastaya refakat sürecinde hastanız ile dini anlamda bir diyalog gelişti mi? Gelişti ise ne yönde anlatır mısınız?
11. Hastaya refakat sürecinde dini pratik ve ritüellerden başvurduklarınız oldu mu? Oldu ise hangileri bahseder misiniz?

## Ek 4: İzin Talebi



T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sayı : 97968431-199-E.1700073680  
Konu : İzin Talebi

19/10/2017

### TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Enstitümüz, Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Y151318016 numaralı tezli yüksek lisans öğrencisi Emine ŞAHİN' in (T.C. 45838396208) "Hasta Yakını Olmanın Getirdiği Güçlükler ve Dini Başa Çıkma (Palyatif ve Ontoloji Servisi)" tez çalışması kapsamında Hasta Yakınları ile mülakat görüşmesi yapabilmesi için gerekli iznin verilebilmesi hususunda;

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

*e-İmzalıdır*  
Doç. Dr. Özer KÜPELİ  
Enstitü Müdürü

Ek: Emine ŞAHİN

Belge Doğrulamak İçin: <http://ubs.ike.edu.tr/BRMS/Record/ConfirmationPage/Index> adresinden EÜAÇ3UP kodu girerek belgeyi doğrulayabilirsiniz.

Adres : İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çiğli Ana  
Yerleşkesi 35620 Çiğli/İzmir - TÜRKİYE

Bilgi İçin İribat : Cemil Yılmaz - Enstitü Sekreteri  
Telefon : (0 232) 3293535 (Santral)  
Belgegeçer No : (0 232) 3860888  
İnternet Adresi : www.ike.edu.tr

e-posta : cemil.yilmaz@ike.edu.tr



19.10.2017 tarihli ve 1700073680 numaralı belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Özer Küpeli tarafından güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

1/1

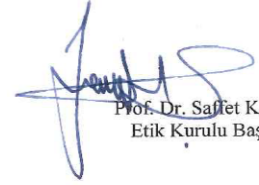
**Ek 5: Etik Kurulu Karar Formu**



**SOSYAL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

Toplantı No:2017/08  
Karar No:05  
Tarih :24/11/2017

Yürütücü Araştırmacı Manevi Destek Uzmanı Emine ŞAHİN tarafından hazırlanan “Hasta Yakını Olmanın Getirdiği Güçlükler Ve Dini Başa Çıkma” adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oybirliği** ile karar verilmiştir.

  
Prof. Dr. Saffet KÖSE  
Etik Kurulu Başkanı

## Ek 6: Hastane Araştırma Ön İzin Belgesi

### TEPEK FA..... HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurucunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz

Ad Soyad: **Emine ŞAHİN**

Cep Tel: **0533 235 62 61**

Tarih:

İmza:

Araştırmanın:

Konu:	Hasta yakını olmanın getirdiği güçlükler ve dini başa çıkma.
Amaç:	Tıbbi tedaviyi devaı etmekte olan hasta bireylerin zorlu tedavi süresince refakat eden yakınlarının yaşadığı güçlükler ve dini başa çıkma olarak hangi referanslardan faydalandıkları ve nasıl birerrettioğludur.
Yöntem:	Yarı yapılandırılmış Mülakat formu ile <sup>olmuş</sup> gerçekleştirilmiş, Nitel araştırma tekniklerinde faydalanılacaktır.
Yapılacağı Birimler:	Palyatif ve Onkoloji
Yardımcı Destekleyen (Hibe destek, Fon vb.) Kurum/Kuruluş Adı:	Diyanet İşleri Başkanlığı.
Yürütme Tarihi ve Süresi:	
Yürütmesi İse Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Yrd. Doç. Dr. Zühal Ağabeyo ŞAHİN.

Yürütme Birim Sorumlusu

...../...../2016

Sağlık Hizmetleri Müdürü

İmza

...../...../2016

Palyatif Bakım  
Klinik / Birim Sorumlusu

İmza

...../...../2016

HASTANE YÖNETİCİSİ

İmza

...../...../2016

Devlet Hastaneleri ve ADSM onayı için;

- 1- Birim Sorumlusu
- 2- Klinik / Birim Sorumlu Hekimi
- 3- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- 4- Hastane Yöneticisine onaylatılması gereklidir.

Devlet Hastaneleri ve ADSM onayı için;

- 1- Klinik / Birim Sorumlu Hekimi
- 2- Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü
- 3- Hastane Yöneticisine onaylatılması gereklidir.