

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ BİLİM DALI

ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNDEN
HACAMATIN RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şuheda Belkıs BARAK

İstanbul
Temmuz-2022

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANA BİLİM DALI
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ BİLİM DALI

ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNDEN HACAMATIN
RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şuheda Belkıs BARAK

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Turgay ŞİRİN

İstanbul
Temmuz-2022

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Felsefe ve Din Bilimleri Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Turgay ŞİRİN

Üye Prof. Dr. Abdulmuttalip ARPA

Üye. Doç. Dr. Ahmet Canan KARAKAŞ

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Metin TOPRAK
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Alternatif Tedavi Yöntemlerinden Hacamatın Ruh Sağlığına Etkisi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Şuheda Belkıs BARAK



ÖN SÖZ

İnsanı merkeze alan her çalışma, şüphesizdir ki belli bir olguyu bireylerin deneyimlediği ve kavradığı ölçüde nesnelleştirir. Araştırma konusu haline getirilen insani deneyimin yansımaları, araştırmacının odak noktasını oluştururken, ortaya konulan akademik ürün yalnızca bir zihnin emek mahsulü değildir. Dolayısıyla, bu tezin ham bir fikirden yazılı bir bilimsel metin haline gelme sürecinde katkısı ve desteklerinden ötürü zikretmem gereken kişilerin başında tez yazım sürecim boyunca bana yol gösteren, beni cesaretlendiren kıymetli danışmanım Doç. Dr. Turgay Şirin'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Tez savunmamda jüri üyeliği yapan Sayın Prof. Dr. Abdulmuttalip Arpa ve Sayın Dr. Öğretim Üyesi Ahmet Canan Karakaş'a kıymetli yorum ve katkılarından ötürü şükranlarımı iletiyorum.

Bu süreçte desteklerini gördüğüm Muş Alparslan Üniversitesi İslami İlimler Fakültesi'ndeki bütün mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim. Bu süreçte her daim yanımda olan yorum ve katkılarını benden esirgemeyen biricik dostlarım Begüm Büşra Köker ve Sümeyra Nur Köker'e teşekkür ederim. Son olarak eğitim hayatımın başından itibaren maddi manevi bütün destekleriyle her daim arkamda olduklarını hissettiğim başta babam Mehmet Barak olmak üzere çok sevgili aileme teşekkürü borç bilirim.

ÖZET

ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNDEN HACAMATIN RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ

Şuheda Belkıs BARAK
Yüksek Lisans, Felsefe ve Din Bilimleri
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Turgay ŞİRİN
Temmuz-2022,68 Sayfa

Hacamat tedavisi tarihte bilinen en eski tedavi yöntemlerinden biri olan ve günümüzde modern tedaviye alternatif veya destekleyici olarak ya da koruyucu hekimlik kapsamında hastalıkları önleyici olarak uygulanan bir tedavi yöntemidir. Modern tıbbın ilerlemesi sonrasında, bir dönem eski etkinliğini kaybetse dahi varlığını sürdüren ve son dönemde popülerleşen bu tedavi yönteminin, fiziksel sağlığa olan etkisinin yanı sıra ruhsal sağlığa da etki ettiği düşünülmektedir. Bu araştırmada hedeflenen, hacamat tedavisinin ruh sağlığı ve maneviyat ile olumlu, olumsuz ve nötr yöndeki ilişkisinin incelenmesidir. Deneysel bir çalışma olarak yapılan bu araştırmada, hedef kitleye kartopu örneklem yöntemiyle ulaşılrken, katılımcı sayısı her bir grupta 30 kişi olacak şekilde toplamda 60 kişidir. Katılımcılara deneysel işlem olan hacamat uygulamasının hemen öncesinde ön test ve uygulamanın üzerinden 15 gün geçtikten sonra son test uygulaması yapılmıştır. Katılımcılara test uygulamaları esnasında Kişisel Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri ve Maneviyat Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmada sosyal bilimlerde sıklıkla karşılaşılan desenlerden olan karışık desenin bir türü olan “2x2’lik ön test-son test deney ve kontrol gruplu (split plot) karışık deneysel desen” uygulanmıştır. Araştırmanın sonucunda KSE ön test ve son test ölçümleri arasında deney grubunda anlamlı bir düşüş gözlenirken, kontrol grubunda anlamlı bir düşüş gözlenmemiştir. Benzer şekilde Maneviyat Ölçeği ön test ve son test ölçümleri deney grubunda anlamlı şekilde farklılaşmıştır. Bu verilerden yola çıkarak hacamatın katılımcıların ruh sağlığı ve maneviyat düzeyleriyle olumlu anlamda bir ilişkisi olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hacamat, Ruh Sağlığı, Maneviyat

ABSTRACT
**THE EFFECT OF CUPPING THERAPY (HIJAMA), AN
ALTERNATIVE TREATMENT METHOD ON MENTAL
HEALTH**

Şuheda Belkıs BARAK
Master: Philosophy and Religion Sciences
Thesis Advisor: Associate Doç. Dr. Turgay ŞİRİN
July-2022,68 Pages

Cupping therapy (hijama) is one of the oldest known treatment methods in history and is a method that is applied as an alternative or supportive to modern treatment, or as a preventive treatment within the scope of preventive medicine. Losing its former effectiveness for a while following the advancement of modern medicine and becoming popular recently, this treatment method is considered to have an impact both on mental health and physical health. This research aims to examine the positive, negative and neutral relationship of cupping therapy with mental health and spirituality. It's conducted as an experimental study, reached the target group using the snowball sampling method, and the number of participants is 60 in total, with 30 participants in each group. The participants are given the pre-test just before the experimental process of cupping application, and the post-test 15 days after the application. Personal Information Form, Brief Symptom Inventory, and Spirituality Scale are applied to the participants during the measurements. The research uses "mixed experimental design with 2x2 pre-test-post-test experimental and control group (split plot)", a research design frequently used in social sciences. In conclusion, a significant decrease is observed in the experimental group between BSI pre-test and post-test measurements, while no significant decrease is observed in the control group. Similarly, the pre-test and post-test measurements of the Spirituality Scale differed significantly in the experimental group. Based on the data, it is observed that cupping has a positive relationship with the mental health and spirituality levels of the participants.

Key Words: Cupping Therapy (Hijama), Mental Health, Spitality

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Önemi.....	3
1.3. Araştırmanın Temel Sorusu ve Hipotezleri.....	3
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
İKİNCİ BÖLÜM.....	5
KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	5
2.1. Alternatif Tedavi.....	5
2.2. Hacamat.....	6
2.2.1. Hacamat'ın Tarihi.....	8
2.2.2. Hacamat'ın Uygulaması.....	11
2.2.3. Hacamat'ın Zamanı.....	13
2.2.4. Hacamat'ın Uygulama Bölgeleri.....	14
2.2.5. Hacamat'ın Faydaları.....	15
2.3. Maneviyat.....	17
2.3.1. Maneviyatın Unsurları.....	18
2.3.2.1. Amaç ve Anlam (Purpose and Meaning).....	18
2.3.2.2. İlişkilendirme (Relatedness).....	19
2.3.2.3. Aşkılık (Transcendence).....	19
2.3.2.4. Yüce Bir Güce İnanç (Belief in Higher Power).....	20
2.3.2. Maneviyat Ruh Sağlığı İlişkisi.....	20
2.4. Ruh Sağlığı.....	21
2.4.1. Ruhsal Rahatsızlıklar.....	23
2.4.1.2. Somatizasyon (Bedenselleştirme).....	24
2.4.1.3. Olumsuz Benlik.....	26

2.4.1.4. Depresyon	27
2.4.1.5. Anksiyete	28
2.4.1.5. Hostilite (Düşmanlık)	29
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	30
YÖNTEM	30
3.2. Araştırmanın Modeli	32
3.3. Veri Toplama Araçları	34
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	34
3.3.2. Kısa Semptom Envanteri	34
3.3.3. Maneviyat Ölçeği	35
3.4. Verilerin Toplanması	36
3.5. Verilerin Analizi	36
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	38
BULGULAR	38
4.1. Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile İlgili Nicel Bulgular	38
4.1. Maneviyat Ölçeği ile İlgili Nicel Bulgular	43
BEŞİNCİ BÖLÜM	50
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	50
5.1. Tartışma	50
5.1.1. Alt Hipotez I	50
5.1.2. Alt Hipotez II	51
5.1.3. Alt Hipotez III	52
5.1.4. Alt Hipotez IV	53
5.5. Sonuç	53
5.6. Öneriler	54
KAYNAKÇA	55

TABLÖLAR

Tablo 3.1: Deney Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	30
Tablo 3.2: Kontrol Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	3
Tablo 3.3: Araştırmanın Modeli.....	33
Tablo 3.4: Envanterlerin Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	37
Tablo 4.1: KSE Levene Testi Sonuçları.....	38
Tablo 4.2: Kısa Semptom Envanteri (KSE) Ön Testine İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları	39
Tablo 4.3: Deney Grubu KSE Ön Testine ve Son Testine İlişkin Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi Sonuçları.....	40
Tablo 4.4: Kontrol Grubu KSE Ön Testine ve Son Testine İlişkin Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi Sonuçları.....	41
Tablo 4.5: KSE Levene Testi Sonuçları.....	42
Tablo 4.6: Deney ve Kontrol Grubunun Ön test-Son test Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanlarının 2x2 ANOVA Sonuçları.....	42
Tablo 4.7: Deney ve Kontrol Grubunun ön test ve Son Test Puanlarının KSE Puanlarına İlişkin Karşılaştırmaları.....	43
Tablo 4.8: MÖ Levene Testi Sonuçları.....	44
Tablo 4.9: Maneviyat Ölçeği Ön Testine İlişkin Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları.....	44
Tablo 4.10: Deney Grubu MÖ Ön Testine ve Son Testine İlişkin Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi Sonuçları.....	46
Tablo 4.11: Kontrol Grubu MÖ Ön Testine ve Son Testine İlişkin Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi Sonuçları.....	47
Tablo 4.12: MÖ Levene Testi Sonuçları.....	48
Tablo 4.13: Deney ve Kontrol Grubunun Ön test-Son test Maneviyat Ölçeği Toplam Puanlarının 2x2 ANOVA Sonuçları.....	49
Tablo 4.14: Deney ve Kontrol Grubunun ön test ve Son Test Puanlarının Maneviyat Puanlarına İlişkin Karşılaştırmaları.....	49

KISALTMALAR

Akt: Aktaran

APA: American Psychological Association

DİA: TDV İslam Ansiklopedisi

NIH: Birleşik Devletlerde Ulusal Sağlık Enstitüsü

NCCAM: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi

CAM: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

M.Ö: Milattan Önce

MÖ: Maneviyat Ölçeği

KSE: Kısa Semptom Envanteri

Bkz.: Bakınız

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Yirminci asrın ortalarından itibaren rahatsızlıkların teşhis ve tedavilerinde modern tıbbın yükselişe geçmesi, alternatif ve tamamlayıcı tedavilerin kullanımında artışa sebep olmuştur. Genelde bir başlık altında toplanan alternatif ve tamamlayıcı tedavi terimleri tanımlarında ayrışmaktadır. Alternatif tedavi “Tıbbi tedavilerin yerini alan ve modern tedaviler tarafından kabul görmeyen her çeşit sağlık hizmeti” olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı tedavi ise “Tıbbi tedavi ile, tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan tedavi ve bakım sistemi” şeklinde tanımlanmaktadır (Muslu- Öztürk, 2008:62). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) alternatif tedavi uygulamalarını “Geleneksel Hekimlik” olarak adlandırıp tanımlamasını da “Farklı kültürlerdeki inançlar, teoriler ve tecrübelerden yararlanan uygulamalar bütünü” olarak yapmıştır (WHO, 2013).

Alternatif ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarının kökenleri Ayurvedik ve Eski Çin tıbbına dayandırılmaktadır. Eski çağlarda Şamanların, geleneksel iyileştiricilerin ve şifacıların bulunduğu toplumlarda, tıbbi bir unsur olarak, bitkisel tedavilerin uygulanması karşımıza çıkmaktadır (Muslu- Öztürk, 2008, 63). Aynı şekilde bu kimseler tarafından akupunktur, hacamat (kan akıtma), sülük gibi çeşitli yöntemlerin kullanıldığı da görülmektedir. Bu alternatif tedavi yöntemlerinden biri ise günümüzde ulaşılan sağlıkla alakalı en eski kaynak olarak bilinen Eber Papirüslerinde (M.Ö. 1550) bahsi geçen hacamat tedavisidir (Qureshi ve dğr., 2017:174).

Arapça aslı “hicâme(t)” olan ve emmek anlamına gelen “hacm” kökünden gelen hacamat “kan almak” demektir. Hacamat yapan kişiye “haccâm”, hacamat yaptırmaya ise “ihticâm” denir (Köşe, 1996:422). Günümüzde tıp merkezleri, hastaneler, hacamat ve alternatif tedavi kliniklerinde veya evlerde eğitimli haccâmlar tarafından uygulanan hacamat, acısız, ağrısız, işgücü kaybı oluşturmayan, yatak istirahati gerektirmeyen bir alternatif tedavi yöntemidir. Kandaki toksinlerin atılması, kan dolaşımının hızlandırılması, damar tıkanıklarının açılması, kılcal damarlardaki kirli kanın çıkarılması gibi çeşitli amaçlarla uygulanır (Benli, 2017:46). Hacamat noktaları olarak

belirlenmiş vücut noktalarına kupa uygulaması yapıldıktan sonra küçük kesikler atılarak kılcal damarlardaki kirli kanın dışarı atılması şeklinde uygulanır (Benli, 2017:46). İslami açıdan bakılacak olduğunda, çok sayıda hadiste Hz. Muhammed'in (sav) hacamatı, hastalıkları önlemesi amacıyla koruyucu hekimlik kapsamında ve bizzat hastalıklarının tedavisinde kullandığı ve ümmetine tavsiye ettiği mevcuttur (Şeker, 2013:165). Hacamat, koruyucu hekimlik kapsamında rahatsızlıkları önlemek amacıyla uygulanabildiği gibi, bazı rahatsızlıkların tedavisinde de uygulanabilir. Araştırmalardan edinilen sonuçlara göre hacamatın sedef hastalığı, cilt hastalıkları, romatizma, mide, karaciğer yetersizliği ve benzeri 70 civarında hastalığa şifa olduğu kabul edilmektedir (Şeker,2013:181). Ayrıca hacamat tedavisinin ruhsal rahatsızlıklara faydalı olduğu tecrübe edilmiştir (Şeker,2013:181).

Modern tıbbın ilerlemesi sonrasında bir dönem eski etkinliğini kaybetse dahi varlığını sürdüren ve son dönemde popülerleşen bu tedavi yönteminin, fiziksel sağlığa olan etkisinin yanı sıra ruhsal sağlığa da etki ettiği düşünülmektedir. Literatürdeki hacamat ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, genellikle fiziksel rahatsızlıkların tedavisindeki rolü ile etkisi ve ilişkisi yönünden incelendiği çalışmalar göze çarpmaktadır. Bu araştırmada, sağlığı koruma veya çeşitli hastalıkları tedavi etmek amacıyla yapılan hacamatın, ruh sağlığı ve maneviyatla olan ilişkisi incelenecektir.

Literatür kısmında ise konuyla ilgili olması bakımından; “alternatif tedavi”, “hacamat uygulaması”, “dindarlık” ve “ruh sağlığı” kavramlarına yer verilecektir.

Tezin temel sorusu; “Hacamat uygulamasının ruh sağlığı ve dindarlıkla bir ilişkisi var mı?” sorusudur. Alt sorular bu soru çerçevesinde belirlenecektir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, günümüzde modern tıp uygulamalarının yanı sıra uygulanan alternatif tedavi yöntemlerinden hacamatın, fiziksel sağlıkla ilişkilendirilmesinin yanı sıra ruhsal sağlıkla ve maneviyat düzeyleriyle olan olumlu, olumsuz ve nötr yöndeki ilişkisinin tespit ve tahlil edilmesidir. Bu araştırmanın deneysel bir uygulama olması nedeniyle katılımcıların bireysel deneyimleri esas alınarak, elde edilen bulgulara yönelik değerlendirme yapılmıştır. Deneysel bir çalışma olarak yaptığımız bu araştırmada, deney ve kontrol grubu olarak iki gruba çalışılmıştır. Deney grubundaki katılımcılara, deneysel işlem olarak uygulanan hacamat tedavisinden önce ve sonra iki

seferde yapılan ön test ve son test ile hacamat uygulamasının katılımcıların ruhsal sağlıklarıyla ve maneviyat düzeyleriyle ilişkisi olup olmadığı ölçülmeye çalışılmıştır.

1.2. Araştırmanın Önemi

YÖK Ulusal Tez Merkezi'nin kataloğu üzerinden “hacamat” anahtar kelimesi kullanılarak yapılan tarama sonrasında Din, Halk Sağlığı, Tarih, Biyokimya, Deontoloji, Tıp Tarihi ve benzeri alanlarda hacamat uygulamasını ele alan toplam 5 farklı tez çalışmasının mevcut olduğu görülmüştür. Yüksel (2020) tarafından yapılan çalışmada 18 yaş üstü bireylerin hacamat tedavisi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilmiştir. Unat (2018) tarafından yapılan deneysel çalışmada ise farklı yaş gruplarında hacamat yaptıran kadınların oksidatif stres düzeyleriyle alakalı olan miRNA'larına bakılmıştır. Din alanında ise Yıldırım (2019) Hz. Peygamber (sav) dönemindeki hacamat kültürünü inceleyen bir tez çalışması yapmıştır. Bu tez çalışmalarını incelediğimizde; bir kısmı teorik, bir kısmı nicel ve bir kısmı da nitel araştırma kategorisine girmektedir. Din psikolojisi alanında ise bu konunun ele alınmadığı saptanmıştır.

Çalışmanın özgünlüğü de din psikolojisi alanında hacamat konusunu nicel yöntemle ele alan ilk çalışma olması cihetinden gelmektedir. Çoğunlukla sağlık alanında yürütülen çalışmalarda, hacamatın fiziksel sağlıkla ilişkisi araştırılmış olup, bu çalışmada ise hacamat uygulamasının ruhsal sağlıkla ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir. Bununla da kalmayıp, katılımcıların maneviyat düzeylerine de bakılan bu çalışmada, hacamat uygulamasının bireylerin maneviyat düzeyleriyle olumlu, olumsuz ve nötr yönde bir ilişkisi olup olmadığına araştırılmıştır. Bireylerin ruhsal sağlık ve maneviyat düzeylerinin de eş zamanlı incelemesi yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Temel Sorusu ve Hipotezleri

Araştırmanın temel sorusu; “Hacamat uygulamasının ruh sağlığı ve maneviyatla bir ilişkisi var mı?” sorusudur. Araştırmanın hipotezleri de bu soru esas alınarak oluşturulmuştur.

Araştırmanın temel sorusu esas alınarak ön test ve son test uygulamalarında kullanılacak ölçeklerle ilintili olarak belli başlı hipotezler belirlenmiştir. Bu hipotezler sırasıyla şunlardır:

H1: Hacamat uygulaması yapılan deney grubunun KSE ön test son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H0: Hacamat uygulaması yapılmayan kontrol grubunun KSE ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H1: Hacamat uygulaması yapılan deney grubunun MÖ test son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H0: Hacamat uygulaması yapılmayan kontrol grubunun MÖ ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H1: Deney ve Kontrol grubu KSE ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H1: Deney ve Kontrol grubu MÖ ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H1: Hacamat uygulamasının deney grubundaki katılımcıların ruh sağlığı puanları (KSE) üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın teorik çerçevesi 2021-2022 yılları arasında yapılmış olan literatür taraması ile sınırlıdır. Araştırmanın saha çalışmasına ait olan kısmı ise 2021 yılı Şubat-Nisan ayları içerisinde İstanbul'da oturan, 18-60 yaş arası araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, deney grubunda 30 kontrol grubunda 30 olmak üzere toplamda 60 katılımcı ile yapılan araştırma bulguları ile sınırlıdır. Aynı zamanda, araştırmanın saha bölümünde elde edilen veriler, uygulanan, Kısa Semptom Envanteri ve Maneviyat Ölçeği gibi ölçeklerin ölçtüğü özellikler, ölçme gücü ve puanlamaları ile sınırlıdır.

Araştırmada karşılaşılan en büyük zorluk, saha çalışmasının pandemi döneminde yapılmış olmasıdır. Dolayısıyla hacamat merkezlerinin kapalı olması ve evlerinde uzman uygulayıcılar aracılığıyla hacamat yaptıran bireylere ulaşmak güçleşmiştir. Deneysel işlem olan hacamatın alternatif bir tedavi olması ve kişinin vücuduna yapılan bir uygulama olması sebebi ile, deney grubundaki katılımcıların demografik değişkenlerindeki faktörler ile kontrol grubundaki katılımcıların faktörleri arasında birtakım farklar oluşmuştur. Bu nedenle bu değişkenler üzerine hipotez kurulmamıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Modern tıbbın tedavi yöntemlerinin ileri düzeyde gelişmiş bulunduğu günümüzde, alternatif tedavi yöntemleri olarak addedilen tedavi yöntemleri, belli başlı hastalıkların tedavisinde modern tıbbın yanında tamamlayıcı tedavi olarak veya modern tıbbın yerine kullanılmaktadır (Şeker, 2013:164). Modern tıbbın yanında kullanılan akupunktur, masaj, sülük ve hacamat tedavileri, bu alternatif tedavi yöntemlerinden sadece birkaçıdır. Araştırma konusu olan hacamat tedavisini kavrayabilmek için alternatif tedavi yöntemlerinin tarihçesinin, kullanım amaçlarının ve uygulama yöntemlerinin bilinmesi gerekmektedir.

2.1. Alternatif Tedavi

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren hastalıkların tanı ve tedavilerinde modern tıbbın ivme kazanması, tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanım artışını da beraberinde getirmiştir. Alternatif tıp, tıbbi tedavilerin yerine geçen ve modern biyotıp ya da tedaviler tarafından kabul edilmeyen her türlü sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı tıp ise tıbbi tedavi ile birlikte, tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan tedavi ve bakım sistemidir (Muslu- Öztürk, 2008: 62).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp terimleri genellikle bir başlık altında toplanmaktadır (Muslu- Öztürk, 2008:62). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) alternatif tedavi uygulamalarını “Geleneksel Hekimlik” olarak adlandırıp tanımlamasını da “Farklı kültürlerdeki inançlar, teoriler ve tecrübelerden yararlanan uygulamalar bütünü” olarak yapmıştır (WHO, 2013:15).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp, tıbbın kavramsal çerçevesini çeşitlendirerek ya da geleneksel olarak karşılanamayan talepleri karşılayarak, temel tıba bir bütünlük katarak oluşan tanı, tedavi ve koruma sistemi olarak tanımlanmaktadır(Şeker, 2013). Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık Enstitüsü’nün yapmış olduğu tanım bu alanda en çok kabul edilen tanım olmuştur. Bu tanıma göre: “Tamamlayıcı ve alternatif tıp; belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık

sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanı'dır" (NIH, 1997).

Tamamlayıcı alternatif tedavi; hastalığı önlemek, teşhis ve tedavi etmek ya da koruyucu hekimlikte olduğu gibi sağlığı korumak amacıyla çeşitli sağlık uygulamaları ve yaklaşımları, kökeni eski çağlara dayanan bilgi birikimi, ruhsal terapiler, genellikle bitkisel bazlı doğal içerikli ilaçlar ve tekniklerin tek başına ya da birlikte uygulanması bütünüdür (Zhang, 2001:2). Bu tedavi yöntemini tercih eden hastalar genellikle besin takviyeleri, antioksidanlar, vitaminler, muhtelif bitkisel karışımlar, biyoenerji, aromaterapi, yoga, meditasyon, akupunktur, dini temelli uygulamalar gibi yöntemlere başvurmaktadır (Aras, 2021:3). Modern tıp öncesinde halk hekimleri ya da tabipler tarafından uygulanan bu uygulamalar günümüze kültürel aktarım yoluyla ulaşmıştır.

Alternatif ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarının kökenleri Ayurvedik ve Eski Çin tıbbına dayandırılmaktadır. Eski çağlarda şamanların, geleneksel iyileştiricilerin ve şifacıların bulunduğu toplumlarda, tıbbi bir unsur olarak bitkisel tedavilerin uygulanması karşımıza çıkmaktadır (Muslu- Öztürk, 2008:63). Aynı şekilde bu kimseler tarafından akupunktur, hacamat (kan akıtma), sülük gibi çeşitli yöntemlerin kullanıldığı da görülmektedir. Bu alternatif tedavi yöntemlerinden biri ise günümüzde ulaşılan sağlıkla alakalı en eski kaynak olarak bilinen Eber Papirüsleri'nde (M.Ö. 1550) bahsi geçen hacamat tedavisidir (Qureshi ve dğr., 2017:174). Alternatif tedavi kullanımının günümüz dünyasında kullanım sıklığının tarihsel sürecine bakacak olursak; 1990 yılına kadar basit medikal problemler için (AT) uygulamalarına başvurmanın üçte bir oranında görüldüğü, 1990 yılı sonrasında ise tedavinin sürdürülmesi ve hastalığın önlenmesi için AT uygulamalarına başvurmanın artış gösterdiği görülmüştür. Alternatif ve tamamlayıcı tedavinin dünyada gitgide kullanımının yaygınlaşması ve ilgili alanyazındaki yetersizlikler sebebiyle 1998 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsüne (NIH) bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) kurulmuştur (Topuz, 2008:14). Bu merkezin kuruluşundaki amaç, tamamlayıcı ve alternatif tıp (CAM) yöntemlerinin etkinliğini ve güvenilirlik boyutunu araştırmak, bilimsel anlamda etkinliği ispatlanmış olan tedavilerin geleneksel tedavilere eklenmesini sağlamaktır (Aras, 2021:4).

2.2. Hacamat

Arapça aslı "hicâme(t)" olan emmek anlamına gelen "hacm" kökünden gelen hacamat kan almak demektir. Hacamat yapan kişiye "haccâm", hacamat yaptırmaya ise

“ihticâm” denir (Köşe, 1996: 422). Günümüzde tıp merkezleri, hastaneler, hacamat ve alternatif tedavi kliniklerinde veya evlerde eğitimli haccâmlar tarafından uygulanan hacamat acısız, ağrısız, işgücü kaybı oluşturmayan, yatak istirahati gerektirmeyen bir alternatif tedavi yöntemidir. Kandaki toksinlerin atılması, kan dolaşımının hızlandırılması, damar tıkanıklarının açılması, kılcal damarlardaki kirli kanın çıkarılması gibi çeşitli amaçlarla uygulanır (Benli, 2017:46). Hacamat noktaları olarak belirlenmiş vücut noktalarına kupa uygulaması yapıldıktan sonra küçük kesikler atılarak kılcal damarlardaki kirli kanın dışarı atılması şeklinde uygulanır (Benli, 2017:46).

Hacamat tedavisi öncesi kupa kullanıldığı için uluslararası literatürde bu uygulama “cupping therapy (kupa terapisi)” olarak yer almaktadır (Qureshi ve dğr., 2017; Cao ve dğr., 2012; Lee ve dğr., 2008). Kupa terapisinin sınıflandırması konusunda yapılan çalışmalar sonucunda beş ana kategoriye ayrılan tedavinin, teknik tipleri başlığı altındaki ıslak kupa yöntemi hacamata karşılık gelir. Kuru kupa yöntemi ise yaygında “bardak çekme, şişe çekme” tabirleriyle kullanılır. Her iki yöntemde de kan dolaşımını harekete geçirmek için vakum oluşturmak suretiyle kupalar vücudun belirli noktalarına yerleştirilir. Ancak ıslak kupa yani hacamatta vakumlanmış bölgeye küçük kesikler atılarak kirli kanın dışarı çıkması sağlanmaktadır (Qureshi ve dğr., 2017).

Vücuttan kan alma yöntemleri; fasd, sülük ve hacamat olmak üzere üçe ayrılır. Sülük tedavisinde ilgili bölgelere ihtiyaca yönelik belirlenmiş miktarda sülük konması ile kan alınırken, fasd tedavisinde sülük veya öncesinde bölgeye kupa- vakumlama- uygulaması yapılmaksızın damarın kesilerek kanın akıtılması şeklinde kan alınır. Hz. Muhammed (sav) dönemi sağlık uygulamalarından biri olan fasd’ın hacamatla ortak noktası ise, ikisinde de vücuttan kan çıkmasıyla tedavinin amaçlanmasıdır. Ancak hacamatta derinin yüzeyine kesik atılırken, fasd tedavisinde derine inilerek damar kesilmektedir. İlave olarak hacamat öncesinde kupa ile kesilecek yüzeyde vakumlama işlemi yapılmaktadır (Yıldırım, 2019).

Bilinen en eski tedavi usullerinden sayılan ve binlerce yıldır varlığını sürdüren hacamat tedavisi günümüzde, Asya, Uzak Doğu ve Afrika ülkelerinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Avrupa’da ise son dönemlerde alternatif tedavi yöntemleri içinde kullanılmaya başlamıştır (Köşe, 1996:422). Günümüzde Müslüman nüfusun çoğunluk olduğu ülkelerde, hacamat için açılan özel klinikler ile bu tedavi yönteminin kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca İngiltere, Almanya, Kanada, Avustralya, Malezya,

Çin ve benzeri ülkelerde de hacamat tedavisinin kullanımının yaygın olduğu ve hacamat hakkında araştırmaların yapıldığı bilinmektedir. Azerbaycan ve İran gibi doğu ülkelerinde de hacamat sistematik ve organize şekilde, sertifikalı uzmanlar ve doktorlar tarafından uygulanmaktadır (Şeker, 2013:164). Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıklı ortamlarda, işin uzmanı olmayan kişiler tarafından yapılmakta olan denetimsiz hacamat uygulamaları yasaklanmıştır (Köşe, 1996:422). Günümüzde ülkemiz genelinde hastaneler, tıp merkezleri, hacamat kliniklerinde yetkili uzmanlar tarafından hacamat uygulaması yapılmaktadır.

Halk tıbbının bir yansıması olarak ülkemizde etkinliğini sürdüren hacamat tedavisinin, baş ve sırt ağrıları, yüksek tansiyon, eklem ağrıları, her çeşit kas ve boyun tutulmasında, göz rahatsızlıklarında uygulandığı görülmektedir (Bolkan, 2008). Zehirlenme, yılan sokması gibi vakalar için bazı yörelerde ilk yardım amaçlı hacamat tedavisi yapıldığı bilinmektedir (Değer- Baysanoğlu, 1992:36).

Ülkemizde hacamat denilince akla kuru kupadan ziyade ıslak kupa yöntemi gelmektedir (Köşe,1996). Bunun muhtemel sebebi olarak Türklerin Müslüman bir toplum olması ve hacamatı İslami kaynaklardan öğrenmeleri gösterilebilir. İlgili çalışmalar incelendiğinde, Hz. Muhammed döneminde uygulanan hacamatın ıslak kupa olarak adlandırılan tedavi biçimine karşılık geldiğini ifade edilebilir.

2.2.1. Hacamat’ın Tarihi

Eski zamanlardan günümüze varlığını sürdüren alternatif tedavi yöntemlerinden biri olan hacamatın tarihine baktığımızda, milattan önceki dönemde ilk olarak karşımıza Mısır tıbbıyla alakalı bilgileri barındıran Ebers Papirüslerinde çıkar. Bu papirüs M.Ö. 1500’lerde yazılmış M.S. 1875’te ise Mısır bilimci George Ebers tarafından yayımlanmıştır (Kılınç, 2015:8). Papirüste; ateş, ağrı, vertigo, adet sancıları, iştah azlığı ve kabızlık tedavisinde kupa uygulamasından bahsedilmektedir (Qureshi ve dğr., 2017:174). M.Ö 850’lerde inşa edildiği düşünülen Kom Ombo tapınağındaki kupa aletlerinin çizimleri de antik Mısır Tıbbında hacamatın var olduğuna işaret eden önemli bulgulardandır(Yıldırım, 2019). Antik Mısırlılar, Yunanlıları hacamat ve kupa tedavisiyle tanıştırmış ve sonrasında diğer Avrupa ülkelerine yayılmıştır (Qureshi ve dğr., 2017:174).

Binlerce yıllık tarihe sahip olan Geleneksel Çin tıp tarihi de kendine ait bir kupa tedavisi uygulamasına sahiptir (Qureshi ve dğr., 2017:175). Kupa tedavisinden

bahseden en eski kaynak Han Hanedanlığı (M.Ö. 206-M.S. 220) mezarlığında 1973'te bulunan ipek üzerine yazılmış *Wu Shi Er Bing Fang* isimli antik kitaptır. Çin'deki eski yazılı kaynaklarda kupa tedavisi ve akupunkturun yoğun bir şekilde desteklendiği bilinmektedir. Kaynaklarda, hastalıkların yarısından fazlasının akupunktur ve kupa tedavisiyle iyileşebileceği şeklinde ifadeler yer almaktadır (Qureshi ve dğr., 2017:175). Yakın geçmişteki Çin tıp kaynak kitaplarında geçen kupa materyalleri, şekilleri, fonksiyonları ve hastalıkların tedavisindeki kullanımlarına dair bilgiler de bize kupa yönteminin, süregelen Çin tıbbının bir parçası olduğunu gösterir. Çinlilerdeki kupa yönteminin yoğunlukla kuru kupa olduğunu söylemek gerekmektedir. Kupa sonrasında hacamatta olduğu gibi cilt yüzeyine kesiler atılarak kan akıtma tercih edilmemiş olsa bile iğneler aracılığıyla vücuttan kirli kanın çıkarılması sağlanmaktadır.

Arapça Yunan anlamına gelen "Unani Tıbbı" İslami şifa felsefesidir (Qureshi ve dğr., 2017:175). Bu tanım, Pers-Arap tıbbına verilmiş genel bir isimdir ve Antik Yunan tıbbındaki Hipokrat'ın dört temel elementine odaklanır. Hipokrat'ın (460-370 M.Ö.) dünya, ateş, su, hava elementlerini dört mizaç (hılt) olan; balgam, kan, sarı safra ve kara safraya karşılık olarak ele alan teorisine dayanır (Greenstone, 2010:13). Vücuttaki mizaçlardaki uyumun sağlık göstergesi olduğu, uyumsuzluğun ise hastalıklara yol açtığı varsayılmıştır. Dolayısıyla tedavi, kan akıtma, temizleme, katarsis (ruhani arınma), diürez (idrar yoluyla atma) aracılığıyla fazla miktarda bulunan mizacın giderilmesinden oluşur (Greenstone, 2010:13). Bu teori, İbni Sina tıbbında Ahlat-ı Erbaa olarak karşılık bulmaktadır (İbn-i Sina, 2013). Dolayısıyla İslami gelenekte de hacamatın kullanım amaçlarından biri hıltların yani mizaçların düzenlemesidir şeklinde bir yorum yapılması mümkündür. Unani tıbbına göre hacamat iki farklı anlama gelmektedir. Bu anlamlar saçları kazıtmak ve kupa uygulamasıdır. Antik zamanlardan beri uygulanan kupa tedavisini sistematik bir yollara kullanan ilk hekimler Unani hekimleridir (Iqbal- Ansari, 2013:24).

Modern tıbbın babası kabul edilen Hipokrat'ın *Klinik Tedavi Rehberi* adlı incelemesinde, kuru ve yaş kupayı tanımladığı ve mizaçların dengelenmesi hususunda tedavi yöntemi olarak kullandığı bilinmektedir. Yine Yunan hekim, operatör ve filozof olan Galen (129-216 M.S), Roma İmparatorluğunda bilinen bir kupa uygulayıcısıdır (Iqbal&Ansari,2013:25).

Hint tıbbındaki ayurvedik anlayışa göre insanda; pitta, vata, kapha olarak adlandırdıkları üç hayat enerjisinin bulunması ve bu enerjilerin dengelenmezse vücut sıvılarında dengesizlik ve peşinden hastalığın oluşacağı şeklindeki teori, mizaç teorisiyle benzerlik gösterir (Tokyürek, 2014:248). Bu üç enerji, vücudun psikolojik, psikopatolojik ve fizyolojik yanlarını göstermektedir. Hint tıbbına etkisinin olduğu düşünülen Tibet Budizmi'nde ise bu üç enerji "hava, balgam, safra" olarak karşılık bulur. Vücutta bulunan bu üç enerji zihnin temel problemlerini anlamamıza olanak sağlar. Örneğin hava arzuya, balgam cehalete, safra nefrete tekabül eder. Fiziksel anlamda ise bu üç enerjinin dengesinin bozulması canlının hasta olmasına, bozulmaması ise sağlıklı olmasına sebep olur. Ayrıca bu üç enerji, mevsimsel değişiklikler ve yiyecekler gibi muhtelif etmenler tarafından da etkilenir (Tokyürek, 2014: 248). Enerjilerin dengesinin bozulması sebebiyle hasta olduğuna inanılan kişinin tedavisinde ise sıvıları (enerjileri) dengelemek için terletici, idrar söktürücü, kusturucu bitkisel ilaçlara başvurulduğu bilinmektedir (Bayat, 2010:94). Eski Hint Tıbbına dair bilgiler edindiğimiz *Chakara Samhita ve Sustura Samhita* isimli eserlere bakıldığında, hacamatın da bu sıvı dengesini sağlamak için kullanılan eski yöntemlerden biri olduğu söylenebilir (Yıldırım, 2019).

Antik zamanlardan itibaren kadın uygulayıcıların hacamat tedavisi de dahil olmak üzere, geleneksel tedavilerin uygulandığında özel bir rol oynadığına da değinmek gerekmektedir. Aile geleneği olarak kadın uygulayıcılar, iyileştirici nedenlerle hacamat uygulamasında başarılı olmakla kalmayıp tecrübe ve bilgilerini jenerasyonlar arası aktarmışlardır (Qureshi ve dğr., 2017:177). Bazı araştırmalar, dünyadaki birçok kültürde kadınların halk tıbbında büyük rol oynadığını göstermiştir Kupa tedavisi (kuru, yaş) Avrupa, Asya, Afrika, Orta Doğu ve diğer kıtalarda genellikle kadınlar tarafından uygulanmıştır. Ne yazık ki 13. yüzyıla gelindiğinde üniversitelerde kadınlar eğitim dışı tutulmuş ve halk tıbbı eğitimine verilen önem azalmıştır. Buna rağmen kadınlar kupa tedavisi de dahil olmak üzere çeşitli iyileştirici tedaviler uygulamaya devam etmişlerdir (Qureshi ve dğr., 2017:177). Genelde halk tıbbı olarak da adlandırılan alternatif tedavi yöntemlerinin, özelde ise hacamat tedavisinin günümüze kadar varlığını sürdürebilmesinde etkili olan faktörlerinden biri olarak, kültürel aktarımda kadınların varlığı gösterilebilir.

Hacamatın tarihsel sürecine baktığımızda, ilk olarak hangi topluluk tarafından bulunduğu ve uygulanmaya başlandığına dair net bir bilgi öne sürmek oldukça zordur.

Ancak kadim geçmişleri olan topluluklardaki tarihsel yolculuğuna dair kısaca bilgi vererek, toplumumuzda Nebevî tıbbın bir parçası olarak bilinen hacamatın Hz. Muhammed (sav) zamanına kadar olan süreçteki yol haritasını zihnimizde oturtmak amaçlanmıştır. Cahiliye dönemindeki Arap toplumuna Farslılardan geçen hacamat, Hz. Muhammed (sav) döneminde Arap toplumunda çeşitli rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktaydı. Hz. Muhammed'de (sav) hacamatı hem çeşitli hastalıkların tedavisinde hem de koruyucu hekimlik mahiyetinde kullanmıştır. Nebevî tıpta hacamatın beden ve ruh hastalıklarını önleyici ve tedavi edici fonksiyonları ön plana çıkmaktadır. Nitekim ilgili hadislere bakacak olursak; “Şifa üç şeydedir: Bal şerbetinde, hacamat kupasında ve ateşle dağlamada” (Buhârî, 1999:5680) (İbn Mâce, 2009:3491), “Tedavi olduğunuz şeylerin en hayırlısı hacamattır.”(Ebû Dâvûd, 1999:2120) (Buhârî, 1999:5357) benzer lafızlarla Hz. Muhammed'den (sav) rivayet edilen hacamatı tavsiye eden hadisi şerifler mevcuttur.

Hacamatı tavsiye etmekle kalmayarak onun uygulanışı, uygulama bölgeleri, uygulama zamanları hakkında da birçok rivayet mevcuttur. Hacamatın uygulanması ve zamanı bölümünde bu rivayetlerden bahsederek Nebevî tıbbın bir parçası olarak ülkemizde uygulanan hacamat modelini açıklamaya çalışacağız.

2.2.2. Hacamat'ın Uygulaması

Hacamat veya diğer ismiyle yaş kupa tedavisi, uygulama yapılacak vücut bölgesinde kupa yardımıyla vakumlama işlemi yapıldıktan sonra jilet, neşter, hacamat aleti ile derinin kesilmesi ve kılcal damarlardan kirli kanın akıtılması işlemidir. Sağlığı koruma veya çeşitli hastalıkları tedavi etmek amacıyla atık maddelerin ve ölü hücrelerin yoğun olarak biriktiği belli noktalardaki tıkanıklıkları açmak, ince ve kılcal damarlardan kirli kanın çıkartılmasıdır (Salih, 2018:141). Fasd işlemi ile karıştırılmaması gerekmektedir. Öncesinde kupa işlemi olmayan fasd uygulaması damar kesilerek kan akıtılması işlemi iken, hacamat deri altındaki kılcal damarların kesilerek o bölgede biriken kirli kanın çıkarılması işlemidir.

Aç karnına uygulanan hacamat uygulamasında, kupa içerisine alkol damlatılmış pamuk yakılarak veya dışarıdan vakumlama yapılabilen özel kupalar kullanılarak, uygulama bölgesine kapatılan kupanın içerisindeki oksijen alınmaktadır. Oksijensiz kalan kupalar deri yüzeyinde kuvvetli bir vakum etkisi göstermektedir. Böylelikle deri altında kalan kan, hacamat yapılacak bölgeye toplanır. Vakumlama işlemi bittikten

sonra kupalar çıkartılır. Genellikle jilet veya hacamat aletiyle cilt üzerine boylamasına derin olmayan kesikler atılır. Her insanın cilt yapısı ve kalınlığı farklı olduğu için bu kesiklerde, kişinin cilt yapısı ve kalınlığına göre iz kalmayacak ancak kan çıkaracak derinlikte olmasına dikkat edilir. Bu kesikler çok hafif olduğu için kolay iyileşir, iz bırakmaz, yatak istirahati gerektirmeden hasta iyileşir. Kesikler atıldıktan sonra aynı bölgeye tekrar kupa konur ve bölgede kanın toplanması beklenir. Kişinin kan yoğunluğu, kesiklerin atıldığı bölgeden çıkabilecek kan miktarı, vakumun etkili olup olmaması, gibi etmenlere bağlı olarak genellikle yarım ya da bir kupa kirli kan çıkar. İhtiyaç halinde tekrar kesik atılıp ikinci kupa da uygulanabilir. En son aynı bölgeye kesik atılmadan kupa atılır ve bütün kirli kanın çıkarılması sağlanır. Toplamda bu işlem 20-25 dakika kadar sürmektedir(Benli, 2017:50).

Hacamat işlemi yapılırken hem uygulayıcının hem de hacamat yaptıran kişinin dikkat etmesi gereken bazı kurallar vardır. Bu kurallar şu şekilde sıralanabilir (Salih, 2018:146):

1. Hacamat tek kullanımlık, steril ve kaliteli malzemeyle yapılmalıdır.
2. Kan yoluyla hastalıkların bulaşmasını önlemek için gereken tedbir alınmalı, uygulayıcı eldiven maske vb. koruyucu materyal kullanılmalıdır.
3. Hacamat öncesinde kan sulandırıcı ilaçlar kullanılmamalıdır.
4. Organ nakli geçiren, hemofili, ileri derece kansızlık ve diyaliz hastalarına hekim gözetimi olmadan hacamat yapılmamalıdır.
5. Hacamattan sonra 1-2 saat uyumamalı, yemek yenilmemelidir.
6. Egzama, yanık, yara, benler, varis yarası ve vitiligonun üzerine hacamat uygulanmamalıdır.
7. Hacamat sonrasında kesiklere dokunulmamalıdır. Kan durduktan sonra kesikler kabuk tuttuktan sonra kuru gazlı bezle bantlanabilir.
8. Kadınlara regl kanamasının kesilip rahimde tıkanıklık oluşturmasını önlemek amacıyla regl dönemlerinde hacamat önerilmez.
9. Hacamat sonrasında kesiklerde enfeksiyon oluşma riskini önlemek için ilk 24 saat duş alınmamalıdır.

10. Hacamat yaptıran kimse, uzman kişiler tarafından steril ortamlarda (tıp merkezi, hastane, hacamat merkezi) hacamat uygulamasını yaptırmaya dikkat etmelidir.

2.2.3. Hacamat'ın Zamanı

Tedavi ya da hastalıkları önlemek amacıyla yapılan hacamat, tedavi maksatlı ise hastalığın tedavi edilme zorunluluğu olduğu için haftanın her günü uygulanabilir. Yine de bekleme imkânı olan hasta kimselerin hacamatının tavsiye edilen günlere denk getirilmesi daha uygun görülmüştür. Hastalıkları önlemek için yapılan hacamat ise tavsiye edilen günlerin dışında uygulanmamaktadır. Sağlıklı bir kişinin ilkbahar ve sonbahar aylarında hacamat yaptırması uygun görülmüştür. Ancak günümüzde salgın hastalıklar ve kronik rahatsızlıkların artması sebebiyle her mevsim hacamat uygulaması yapılmaktadır (Benli, 2017:50).

Nebevî tıpta önerilen zaman ise hicri ayların 17,19,21,23'ü ile Pazartesi ve Perşembe günleridir (Salih, 2018:144). Nitekim İbn Abbas'tan rivayet edilen bir hadiste Hz. Muhammed (sav) hacamat tarihleri hakkında şöyle bir tavsiyede bulunmuştur: "Hacamat olduğunuz en hayırlı günler, on yedinci yahut on dokuzuncu veyahut yirmi birinci günlerdir"(Buhârî, 1999). Haftanın günleri açısından hangi günlerde yapılacağına dair ise, "Kim çarşamba günü yahut cumartesi günü hacamat olur da cilt hastalığına yakalanırsa kendisinden başkasını suçlamasın" (İbn Ebû Şeybe, 2008:24128) ve "Salı günü kan günüdür, onda bir saat vardır ki kan durmaz" (Ebû Dâvûd, 1999:3862) şeklindeki rivayetlere bakılarak perşembe ve pazartesi günlerinin hacamat için en uygun günler olduğuna kanaat getirilmiştir.

Hicri ayların ortalarında dolunay haline gelen Ay'ın Dünya ile arasındaki çekim gücünün artmasıyla med-cezir olayları meydana gelmektedir. Bu çekim gücünün yoğunluğunun insan bedenindeki yansıması ise sıvıların (hılt) ve hormon dengelerinin değişmesi ve zararlı maddelerin bedende yoğunlaşmasıdır (Salih, 2018:144). İbn-i Sina'ya göre ayın ilk ve son günlerinde hacamat yapılmamalıdır. Bunu da ayın ilk günlerinde ayın çekim gücünün düşük olması sebebiyle vücut sıvılarını harekete geçirmenin güç olması ve son günlerinde ise vücut sıvılarının hareketlerindeki azalmaya bağlamıştır (İbn-i Sina, 2013:333). Bu sebeplerden dolayı özellikle ilkbahar ve sonbahar zamanlarında ay ortasına gelecek dönemlerde hacamat yaptırılması tavsiye edilmiştir. Tavsiye edilen zamanlarda yapılacak hacamatın faydasının daha

fazla görülmesiyle birlikte, ayın hangi günü uygulanırsa uygulansın hacamatın faydası sürekli ve geneldir.

2.2.4. Hacamat'ın Uygulama Bölgeleri

Boyun ve bingıldak bölgesi dışında kalan her yere hacamat uygulaması yapılmaktadır. Vücuttaki rahatsızlıklara karşılık gelen belli tedavi bölgeleri vardır. Tedavi amaçlı yapılan hacamatlarda bu bölgelerden yapılması önemlidir. Koruyucu hekimlik kapsamında yapılan tarama hacamatlarında ise vücudun yedi bölgesinden üç ile beş kupa arası hacamat yapılır. Bu bölgeler sırasıyla; baş, omuz, sırt, kasık, bacakların üst kısmı, bacakların alt kısmı ve ayak bilekleridir (Benli, 2017:52). Tedavi amaçlı yapılan hacamatlarda ise hastalık ve tedavi bölgesi eşleşmesini şu şekilde yapabiliriz (Salih, 2018:144–145):

1. **Kürek kemikleri arası:** Pankreas, akciğer, safra, kalp rahatsızlıkları.
2. **Kürek kemikleri altı:** Bel fıtığı, bel ağrısı, Üreme organı ve böbrek hastalıkları.
3. **Baş arkası:** Baş ağrısı, vertigo (baş dönmesi), kafa derisi hastalıkları, göz hastalıkları, kulak hastalıkları, psikolojik hastalıklar (stres, depresyon...).
4. **Bel:** Bel fıtığı, bel ağrısı idrar kaçırma, böbrek ve üreme organı rahatsızlıkları.
5. **Kuyruk Sokumu:** Basur, prostat, fil hastalığı, regl düzensizlikleri.
6. **Omuzlar ve göğüs:** Yüksek tansiyon, akciğer hastalıkları, baş dönmesi, baş ağrısı, boyun fıtığı ve boyun kireçlenmesi, hormon dengesizliği, omuz ağrısı.
7. **Dizlerin üstü ve altı:** Diz hastalıkları, diz ağrısı, varis, ayak ve baldır yaraları.
8. **Baldırların arkası:** Baldır-ayak ağrısı, baldır yaraları, sedef, fil hastalığı yüksek tansiyon.
9. **Ayak bilekleri:** Varis, siyatik (sinir sıkışması), gut ve fil hastalığı.

Tedavi amaçlı yapılan hacamat uygulaması birden fazla bölgenin aynı rahatsızlığa iyi gelmesi sebebiyle genellikle tek bölge olarak uygulanmamakla birlikte tek bölge uygulaması da yapılmaktadır.

2.2.5. Hacamat'ın Faydaları

Hacamat tedavisiyle kılcal damarlarda biriken kirli kan atılarak vücuttaki kan temizlenmektedir. Hacamat, dikkat edilmesi gereken hususlar gözetilerek uygulandığında, yan etkisi ve tehlikesi olmayan, her türden sosyo-ekonomik düzeyde kişilerin kolaylıkla erişim sağlayabileceği ve birçok faydası olan bir tedavi yöntemidir. Hacamatın; ödem atma, detoks, bedenin ve hücrelerin yenilenmesi, vücuttaki organların işlevlerinin güçlenmesi, damar tıkanıklıklarının açılması, derinin sıkışması ve yenilenmesi, rahatsızlık sebeplerinin uzaklaştırılması, hafifleme, rahatlama, uykunun düzenlenmesi, stresin azalması, yorgunluğun giderilmesi, moralin düzelmesi, enerjinin yükselmesi gibi muhtelif kişiden kişiye farklılık gösteren faydaları vardır (Benli, 2017:47).

Hacamatın insan psikolojisi üzerinde de faydaları olduğuna dair iddialar mevcuttur. Bedensel rahatsızlıkların tedavisinde kullanımı, ülkemiz ve dünya genelinde yaygın olmakla beraber, ruhsal rahatsızlıkların da tedavisi amacıyla kullanımı da mevcuttur. Özellikle koruyucu hekimlik kapsamında hastalıkları önlemek mahiyetiyle yapılan tarama hacamatında baş bölgesine yapılan üç kupanın ruhsal rahatsızlıklara iyi geldiği düşünülmektedir. Kafa hacamatı; Alzheimer, Parkinson, hafıza zayıflığı, depresyon unutkanlık, odaklanma problemi, dikkat eksikliği, gibi rahatsızlıklar için uygulanmaktadır. Benli'ye (2017) göre kafa hacamatı; stres ve siniri azaltır, uykuyu düzenler, sakinleştirir, fevri davranışlarda sükûnet sağlar (Benli, 2017: 48). Bilimsel anlamda kanıtlanmamış bu savın doğruluğu konusundaki görüşlerimizi sonuç kısmında detaylıca aktaracağız.

Hacamat tedavisi uygulayan tıp doktorlarından Aidin Salih'e (2018) göre hacamatın faydaları şu şekilde sıralanabilir (Salih, 2018:143):

1. Kılcal damarlardaki tıkanıkları açar.
2. Bütün kronik rahatsızlıklarda rahatsızlığın seyrini iyileştirir, vereceği zararı ötelet.
3. Bütün hastalıklarda diğer cerrahi ve medikal tedavilerde destekleyici, tamamlayıcı tedavi işlevi görür.
4. Kandaki hazır gıdaların ve toksinlerin vermiş olduğu zararlardan arındırır.
5. Damar sertliğini ve anormal kan basıncını önler.

6. Kan üretimini uyararak vücuttaki kan miktarını artırır.
7. Kas kramplarını, kulunç oluşmasını önler.
8. Kalsifikasyonu (damar sertliği) ve kan damarlarındaki anormal kan basıncını önler.
9. Metabolizma ve bütün organ fonksiyonlarını düzenlemeye yardımcı olur.
10. Yetersiz çalışan organlara fonksiyonlarını geri kazandırır.
11. Her türlü cilt probleminin tedavisinde ve cilt rahatsızlıklarını önlemede kullanılır.
12. Karaciğer rahatsızlıklarında kalıcı hasar oluşmasını engeller.
13. Damar pıhtılarını eriterek varis tedavisinde etkin rol oynar.
14. Göz rahatsızlıklarında; görme keskinliğini artırma, göz ağrısına iyi gelme, göz tansiyonunu düşürme gibi fayda sağlar.
15. Yüz felcinin tedavisinde erken başlanırsa iyileşme hızını artırır.
16. Kadın hastalıklarının birçoğunda tedaviyi destekler.
17. Grip, nezle, sinüzit gibi üst solunum yolu rahatsızlıklarında tamamlayıcı tedavi etkisi gösterir.
18. Hacamat yapılan bölgede bulunan damarlardaki kan akışını canlandırır, dolayısıyla oksijen ve besin dokulara daha kolay ulaşır.
19. Eklem ağrısı, baş ağrısı, boyun-bel fıtığı, bel tutulması ve kireçlenmeden kaynaklanan ağrıları giderir.
20. Kan üretimini sağlayan organlar olan; kemik iliği, dalak, karaciğer gibi organları uyarır.
21. Dokular ve kandaki toksin, gaz gibi zararlı maddelerin atılmasını sağlar.
22. İç kanamaları durdurur.

Hastalıkların doğrudan tedavisinde ya da medikal tedavilere destekleyici olarak (tamamlayıcı tedavi) koruyucu hekimlik kapsamında uygulanan hacamatın yukarıda sıraladığımız faydalarının dışında birçok faydası mevcuttur.

2.3. Maneviyat

Bu bölümde kavramsal açıdan ele alacağımız maneviyat (spirituality), anlamlandırması her insanda farklı duygu ve düşünce uyandırması hasebiyle öznel olan ve evrensel bilinirliğe sahip bir kelimedir (Bedel, 2009). Tarihin ilk dönemlerine uzanan bir geçmişe sahip olan maneviyat kavramı son zamanlarda yoğun ilgi gösterilen bir alan haline gelmiştir. Anlam ve kullanım noktasında tarihsel süreçte birtakım değişiklikler geçiren bu kavram literatürde ruh, din, dindarlık, aşkın varlık gibi konularla olan ilişkisi ile var olmuştur (Sheldrake, 2007; Koenig, 2009; Pargament- Saunders, 2007).

Uzun dönemler din kavramının kapsamında ele alınan maneviyat kavramının din kavramının aksine tanımlaması daha güçtür. Günümüzde din kavramından daha popüler bir ifade olan maneviyat, birçok görüşe göre dinler üstü olması sebebi ile daha birleştirici bir fonksiyona sahiptir. Yine din kavramından ayrı olarak daha kişisel olarak düşünülen maneviyat, insanların dinlerle ilişkilendirilen kurallardan, düzenlemelerden ve sorumluluklardan bağımsız olarak kendi perspektifleriyle yaptıkları tanımlamalara sahiptir. Kendini dindar olmayan manevi olarak tanımlayan ve maneviyatı tamamen bireysel ve seküler bir tanım olarak kabul edip, din ile arasında kurulan en ufak bağlantıyı bile reddeden insan sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Koenig, 2009: 284). Maneviyatın bu çağdaş kullanımı orijinal anlamından farklılaşmıştır.

Dini tarihçisi ve teolog olup, multidisipliner bir yaklaşımla maneviyat üzerine çalışmalar yapan Philip Sheldrake'e (2007) göre, manevi kelimesinin kökeni Latince ruh anlamına gelen "*spritualis*" kelimesidir. Bu kelimenin Yunanca ruhu tanımlamak için kullanılan ve ilk defa yeni ahitte yer alan "*Pavlus'un Mektupları*"nda geçen "*pneumatikos*" kelimesinden türediği iddia edilir. Tarihsel sürece baktığımızda manevi insan Tanrının ruhunu taşıdığı düşünülen insan olarak tanımlanmış ve genellikle ruhban sınıfıyla eşleştirilmiştir (Sheldrake, 2007). İkinci Vatikan Konsili'nden sonra maneviyat kavramı yerine ruhani varlıkları inceleyen teoloji olan angelojik teoloji ve mistik teoloji kavramları kullanılmaya başlanmıştır. Buna rağmen Yunanlılar manevi kavramını insan-aşkın varlık ayrımını yapmak için kullanmaya devam etmişlerdir. Batı tarihi boyunca manevi ve maneviyat kavramı belirgin şekilde dini bir kavram olarak kullanılmıştır. Daha sonrasında Doğu dinlerinin de bu kavramı kullanmaya başlamasıyla, manevi insan tanımı Hristiyan ruhban sınıfını tanımlayan

bir kavram olmaktan çıkıp, yaşamı ve yaşam stili kendi inanç kültürünün öğretilerini yansıtan insanları tanımlayan genel bir kavram haline gelmiştir (Koenig, 2009:284).

Dinden ayrı bir kullanım alanı oluşturmaya başlayan maneviyat kavramı; psikoloji, ilahiyat, din psikolojisi, tıp gibi çeşitli disiplinlerin ilgi alanına girmiş ve bu disiplinlerde yapılmış birçok çalışmaya ve araştırmaya konu olmuştur. Bu noktada din psikolojisi alanını içine alan psikoloji disiplinin içerisindeki yerini incelemek önemlidir. Modern psikolojinin ortaya çıkışında ruh-beden ilişkisi ve manevi unsurlar içerisinde zikrettiğimiz insan-aşkın varlık ilişkisi etkili olmuştur (Düzgüner, 2013: 254).

Özellikle son dönemde Uzak Doğu kökenli, vahye dayalı olmayan (aşkından gelmeyen), yoğun bir maneviyat ve felsefi bir yaşam biçimi içeren Budizm ve Konfüçyanizm gibi inanç sistemlerinin, Batı’da yoğun bir ilgi görmesiyle maneviyata duyulan ilgi de artmıştır. Bu inanç sistemlerinin bünyesinde bulunan meditasyon, yoga, arınma gibi ritüeller vasıtasıyla bu inanç sistemlerinin mensuplarının diğer dinlere mensup bireylerin ibadet, dua gibi dini ritüelleri aracılığıyla edindikleri manevi tatmine ulaştıkları şeklinde bir yorum yapılabilir. Maneviyata son dönemlerde artan yoğun ilginin somut delili olarak ise hem ulusal hem de uluslararası literatürde artış gösteren araştırma ve çalışmalar verilebilir (Tosyalıoğlu, 2021).

Maneviyat kavramının, daha iyi anlaşılabilmesi için ilgili literatürde tam bir uzlaşma söz konusu olmasa da, yaygında sıkça karşımıza çıkan maneviyatın unsurlarına değinmek gerekmektedir (Piedmont, 1999; Dyson ve dğr., 1997; Howard, 2002; Sheldrake, 2007).

2.3.1. Maneviyatın Unsurları

İlgili literatüre bakıldığında maneviyatı oluşturan unsurlar konusunda bir uzlaşma olmadığı görülmüştür. Ulusal ve uluslararası literatürde birden farklı disiplinin inceleme konusu olan maneviyatın tanımlamasında farklılıklar olsa bile belli yaygın unsurlar göze çarpmaktadır. Bedel (2009), “*The Validity and Reliability Study of the Turkish Version of the Spirituality Scale*” adlı çalışmasında bu dört unsura değinmiştir. Bu dört unsur aşağıdaki gibi sıralanabilir.

2.3.2.1. Amaç ve Anlam (Purpose and Meaning)

Pargament’in ifadesine göre “kişisel bir kutsal arayışı” olan yaşamdaki olaylar bir amaç ve anlam arayışıdır. Varoluşunu anlamlandırmak isteyen insan, bir yaşam amacı

edinme ihtiyacı içerisindedir. Varoluşun temelinde yatan bu kutsal arayışı, yaşamdaki en yüksek amacı oluşturmaktadır (Howard, 2002). İnsan hayattaki temel tecrübelerimiz olan ölüm ve yaşam, acı ve zevk, adaletsizlik gibi konuların amaç ve anlamı hakkında açıklamalara ihtiyaç duymaktadır. Kutsal arayışı ise bu ihtiyaçlara karşılık vermektedir. Bu açıdan maneviyat, sürekli değişen dünyadaki belirsizlikleri ve temel tecrübeleri anlamlandırmak adına yapılan bireysel bir arayış sürecini içermektedir(Bedel, 2009: 11).

2.3.2.2. İlişkilendirme (Relatedness)

Kuantum fiziğine göre evrendeki her şey görünmeyen bir düzen aracılığıyla birbirleriyle bağlantılıdır (Zohar- Marshall, 2001:70). Maneviyatın bir unsuru olan ilişkilendirme içsel ve karşılıklı ilişkileri kapsar. Kutsal arayışının, kutsal olanla ilişki kurma amacını barındırmasından dolayı ilişkisel bir yönü olduğunu söylemek mümkündür (Bedel, 2009:13).

Kişiler kendileriyle, diğerleriyle, doğayla ve evrenle ilişki içindedirler. İnsan, evrenin ve evren içindeki yerinin arayışı içerisindedir. Yaşamda, sıradan olan şeyleri bile özel kılabacak takdir ve merak duygusu vardır ve maneviyatı yüksek kişi insan varlığının trajik gerçeklerinin ciddiyetinde ve bilincindedir. Yaşamda acı veren şeyleri deneyimlemek, hayata değer katar. Evrenle bu bağ ve uyum duygusu, dini bakış açısıyla değerlendirildiğinde, bir kutsal varlık ya da Tanrı ile ilişki kurmayı içerir. Dolayısıyla bu bağlantı ve denge duygusunu elde etmek çoğu zaman dua ve meditasyon gibi maneviyatın bir özelliği olan bağlantı (connection) kurma ihtiyacı ile ilişkilidir (Delgada, 2005). Maneviyatın ilişkisel yönü; sevgiyi alıp verme ihtiyacı, ait olma hissiyatı, diğerleriyle uyum içerisinde yaşama, bütünlük duygusuna sahip olmak ve daha yüksek bir farkındalık hissetmek ile ilişkilendirilebilir (Bedel, 2009).

2.3.2.3. Aşkınlık (Transcendence)

Sınırları genişletmek ile alakalı olan aşkınlık, bizim sınırlı dünya algımızın ötesinde daha geniş bir gerçeklik ve farkındalık içerir ve bizi güncel anımız ve güncel benliklerimizin ötesine götürür. “Yakın olanın ötesine geçip içkin olana dikkat etmek” olarak tanımlanmıştır (Cox, 2005’ten aktaran Bedel, 2009:158). Aşkınlık tecrübesi kişinin bakış açısını genişletmesini ve yaşamından anlam çıkarmasını sağlar. Aynı zamanda birlik duygusunun geldiği yerdir (Piedmont, 1999:997). Aşkınlık dua ve ibadet gibi dini aktiviteler yoluyla tecrübe edilebilir, dolayısıyla dini bir çağrışım taşır.

Yine de ilahi bir niteliğe dayanmaksızın hissedilebileceği başka birçok örnek de mevcuttur (Zohar- Marshall, 2001).

2.3.2.4. Yüce Bir Güce İnanç (Belief in Higher Power)

Maneviyatın bir diğer unsuru ise yüce bir güce inanç olarak alanyazında karşımıza çıkmaktadır. Kavramsallaştırmaların çoğunda Tanrı'ya atıfta bulunan yüce güç, aynı zamanda evrensel bilincin farklı türlerine de işaret eder. Bu inanç, kişilerin hayat mücadeleleriyle başa çıkmalarında ihtiyaç duydukları umut ve güven kaynağı olarak hizmet eder (Post ve dğr., 2000: 578). Yüce bir güce inanç, ilişki kalıpları ve yaşama uyum başta olmak üzere çeşitli yaşam parametrelerini etkiler. Maneviyatın bu unsurunun, aşkınlığın gömülü bir boyutu olduğu yönünde görüşler de mevcuttur (Bedel, 2009:59). Yüce bir güç inancı ve arayışı her zaman bir Tanrı arayışında olmayı gerektirmez, ama yaşamda kutsal olanı bulma kapasitesi anlamına gelir (Gargiulo, 1997'den aktaran Bedel, 2009:159).

2.3.2. Maneviyat Ruh Sağlığı İlişkisi

Maneviyat, din ve dindarlık kavramının tanımlamasında olduğu gibi ruh sağlığının da belirli bir görecelik taşıdığını ve standart bir tanımın yapılmasının önünde bazı zorluklar mevcuttur. Örneğin, doğuştan içe dönük ve çekingen kimseler için bu ruh hali son derece normal bulunup tedavi gereksinimi hissetmezlerken, sosyal ve dışa dönük bir kimseyi, dönemsel olarak tedirginlik ve çekingenlik nöbetleri rahatsız edebilmektedir. Önceki için gündelik olan bu ruh hali, sonraki için sosyal fobidir ve tedaviye ihtiyaç doğurur. Bir bağlamda belli bir seviyeye kadar, ruhsal rahatsızlıklar kişi veya çevresi şikayetçi oluncaya kadar hastalık olarak kabul görmemektedir (Horozcu, 2010:214).

Ruh sağlığına etki eden faktörler en genel başlığıyla kalıtım ve çevre olarak ikiye ayrılabilir. Yukarıda örnek kalıtımın önemini ortaya koyulurken, çevresel faktörlerde ise kişinin yetiştiği aile yapısı ve ortamı, çocuklukta aile fertleri ya da çevresiyle ilgili travmatik anıları, ebeveyn kaybı, çatışmalı veya huzur dolu bir aile ortamına sahip olması, içinde yetiştiği toplumun olumlu veya olumsuz etkileri, almış olduğu eğitim ve okul ortamı, kişinin veya ailesinin mensubu olduğu din, manevi durumu gibi birçok etken sıralanabilir. Bu gibi etkenler kişinin ruh sağlığı üzerinde olumlu yönde etki edebileceği gibi olumsuz yönde de etkiler bırakabilir. Araştırmamıza konu olması açısından, ele aldığımız ruh sağlığı ve maneviyat ilişkisine baktığımızda, birey

maneviyatını çevresel bir faktör olarak mensubu olduğu din aracılığıyla küçük yaşlarda edinebileceği gibi hayatının ilerleyen dönemlerinde farklı yollardan da edinebilir. Maneviyat her zaman bir din ve dini ritüeller aracılığıyla hissedilen bir durum, tatmin edilen bir ihtiyaç ya da duygu olmamakla beraber genellikle manevi yönelimleri olan bireylerin yolları bir din ile kesişir ve manevi ihtiyaçlarını o dinin kulları neticesinde doyururlar (Swinton, 2003).

Her ne kadar dini bir unsur, dindar bireylerde bulunan bir özellik ve onlara din veya inanç sistemlerinin sağladığı bir tatmin unsuru olarak görülse de, kendisine dinden ayrı bir kullanım alanı açan Maneviyat kavramının ruh sağlığına etkisi üzerine yapılan bilimsel çalışmalar da bu yeni kullanım alanına ışık tutmaktadır. Maneviyat ve psikolojik iyi oluş, fiziksel iyi oluş, ilişkisel iyi oluş arasındaki ilişkiyi betimlemek amacıyla Ellison ve Levin (1998) tarafından yapılan çalışmada, depresyonun manevi iyi oluş haliyle ilişkisi olduğu kanısına varılmıştır. Bunun yanında manevi iyi oluş halinin, öz-saygı ve umut ile pozitif yönde ilişkisi olduğu; saldırganlık ve stres ile ise ters orantıda olduğu gözlemlenmiştir (Ellison- Levin:1998). Turgut (2017) tarafından yapılan araştırmanın sonucunda psikolojik iyi oluş ve dua davranışı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Maneviyatın unsurlarından olan aşkınlık, aşkınla bir bağ kurma ve aşkından yardım isteme olarak değerlendirilebilen duanın, ruh sağlığına olumlu yönde etkilerinin tespit edilmesi açısından önemli bir göstergedir. Literatürde benzerlerine sıkça rastlanan araştırmaların neticesinde maneviyatın ruh sağlığıyla ilişkili olduğu söylenebilir (Hodges, 2002; Akman, 2020; Kalaycı, 2019; Holder M. D. ve dğr., 2010; Solmaz, 2019; Turgut, 2017).

2.4. Ruh Sağlığı

Tarihte ilkel kültürel yapılarda “ruh” kavramına verilen önem, tabiatın ruh adında gizilgüçler tarafından idare edilmekte olduğu inancı ve ruhun etkisiyle insanların davranışlarına yön vermekte olduğunun bilgisiyle ön plana çıkmıştır. Bu hususta gezginler tarafından yazılan gözlem notları ve kayıtlar mühim bir kaynak sağlamaktadır. O dönemlerle ilgili kayıtlarda, iyi ve kötü ruhlara dair bilgi verilmekte olup, psikolojik hastalıklar kötü ruhların fiziksel yansıması olarak nitelendirilerek, bedeni bu kötü ruhlardan arındırma amacıyla birçok tedavi yöntemi uygulanmıştır (Düzgüner, 2013:245–255).

Ruh, Batı literatüründe mental kavramına karşılık gelirken, Türkçe kullanımda ise geleneksel ruh anlayışına karşılık gelen soul ve spirüal kavramları anlaşılmaktadır (Göka, 2001:19). Tarihsel kayıtlara bakıldığında ilk medeniyetlerden biri olan Mısır'da yaygın bir inanişaya göre bedende tene oranla oldukça ince sayılan can ile ruh vardır. Mumyalama yöntemi ise tenin kokuşması halinde bu ruhun uçabilecek olması anlayışı ile uygulanmıştır (Atabek- Görkey, 1998:54). Tıp ile ilgili olan ruh kavramı Mısır'da büyü/sihir ile iç içe geçmiş ve hastalıkların sebebi olarak görülen doğaüstü varlıklardan insanı uzaklaştırmak için büyü ve sihir bir tedavi aracı olarak kullanılmıştır. Tıp ve ruh kavramının ilişkili olduğu bir diğer medeniyette Hitit'tir. Hititlerde tıbbi tedavinin dinsel bir yönü de bulunan Mezopotamya ile benzerlik gösterdiği belirtilmektedir. Hastalıklarda ilaçlı tedavi anlayışının yanı sıra büyü ve dinde tedavide kullanılmıştır (Ceran, 2008:2-3). Çağdaş Psikoloji yaklaşımında ruh ile kastedilen ise beyinsel fonksiyonların bir gölge hadisesi olduğu ve ruhun esasen, beyin faaliyetlerinin mental ve davranışsal dışı vurumlarına karşılık olduğudur (Doksat, 1997:36-37).

Psikolog ve psikiyatrlar arasında kavram noktasında ruh sağlığının ne olduğuna dair ortaklaşa kabul edilen bir tanım yoktur. Bu hususta ruh sağlığının ne olduğu anlamak ve tanımlamak da güç hale gelmektedir (Holm, 2004'ten aktaran: Yapıcı- Koçak, 2007:66). Psikoloji ekollerinden her biri ruh sağlığını sahip olduğu paradigmatik anlayış ve teori çerçevesinde anlamlandırarak tanıma dökmektedir. Örnek olarak, Freud'da sağlıklı olmak gerçek ile yüzleşebilmek demektir. Burada ele alınan gerçeklik, Newton fiziğinde tanımlanan gerçekliktir. Yani materyalist bakışla, fiziksel gerçeklik hakikatin yegâne ölçüsüdür(Şengül, 2007:36).

Literatürde yer alan ruh sağlığı tanımlarına bakılacak olduğunda; Ayten'e göre (2018:22) kişide ruhsal bir rahatsızlığın bulunmaması, kişinin olumlu ruh sağlığı özelliklerine sahip olması halidir. Reber'e göre (1995:434) ruh sağlığı, bireyin kendinde içkin gücün farkına varıp, bu gücü acının yerine mutluluğu ikame edecek şekilde kullanmasıdır. Menninger, bireyin üst düzey etkinlik ve mutlu ruh haline sahip olarak, toplumla uyumlu ilişkiler içinde yer almasını ruh sağlığı olarak betimlemektedir (Koç- Polat, 2006:4).

Bireyin ruhsal yönden sağlıklı olduğunun belirtileri; yaşadığı toplum ve toplumsal rollere uyumlu, gündelik hayatta kendisinden beklenenlerle başa çıkabilecek durumda olması ve bu noktada işlevselliğini etkileyecek göstergelerden uzak olma halidir

(Budak, 2003:646). APA (American Psychological Association) resmî sitesinde de ruh sağlığı, duygusal iyi oluş, davranışsal uyum, kaygı semptomlarından görece özgür, yapıcı ilişkiler kurma, yaşamın talepleri ve stresi ile başa çıkma kapasitesine sahip bir zihin yapısı olarak tanımlanmaktadır (Mental Health, 2022). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) sağlığı tanımlarken ruh sağlığını da bu tanıma dahil ederek ruh sağlığını, “sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır” şeklinde ifade etmiştir. Bu tanımlamada ruh sağlığının sağlıkla ayrılmaz bir bütün oluşturduğu ve bedensel sağlıkla yakından ilişkili olduğu fikri yer almaktadır (Taycan- Coşkun, 2020:5).

Ruh sağlığının tanımlanması aynı zamanda ruhsal hastalığı tanımlamak ile ilişki içindedir. Çünkü ruh sağlığı anlamı dolayısıyla ruhsal rahatsızlıkları da içinde barındırır. Bu noktada “normallik” ve “anormallik” ayrımı dile getirilmektedir (Koç, 2003: 387). Ancak normal ve normal-dışı ayrımı yapılırken kullanılacak evrensel olarak kabul edilmiş belirli ölçütler yoktur (Yapıcı & Koçak, 2017: 66). Çünkü normal ve anormalin tespitinde bireysel özellikler, kültür, zaman ve mekân gibi pek çok değişken rol oynamaktadır (Ayten, 2018:24). Bu konudaki görüşler toplumsal ve bireyselle yapılan vurgular noktasında ikiye ayrılmaktadır. İlkinde toplumsal normlara uyma hali normal, toplumsal normlardan sapma hali ise anormali ifade etmektedir. İkincisinde ise toplumsal normlara uymak, bireyin iç huzurunu ve toplumsal bütünlüğünü sağlarken, normallik göstergesinin esasında bireyin kendini iyi hissetmesi olduğu yönündeki vurgudur (Geçtan, 1995’ten aktaran: Yapıcı- Koçak, 2007: 67).

Ana akım psikolojide daha çok ruh sağlığının kaygı, depresyon gibi olumsuz görünümü üzerinde durulmaktadır. Ancak son zamanlarda pozitif psikoloji yaklaşımını benimseyen psikologlar iyi oluş, mutluluk, huzur gibi olumlu göstergeler üzerinden ruh sağlığının ölçümüyle ilgilenmektedir (Ayten, 2018:25).

2.4.1.Ruhsal Rahatsızlıklar

Bireysel veya çevresel nedenler dolayısıyla ruhsal sağlık bozulabilir. Ruhsal sağlığın bozulması durumunda birey bazı ruhsal rahatsızlık belirtileri göstermektedir. Ruhsal rahatsızlıklar kapsamında; somatizasyon, depresyon, hostilite, olumsuz benlik ve anksiyete değerlendirilmekte ve bu rahatsızlıklar saha çalışmasında kullanmış olduğumuz KSE (Kısa Semptom Envanteri)’nin alt ölçeklerini de oluşturmaktadır.

2.4.1.2.Somatizasyon (Bedenselleştirme)

1850’lerde psikolog Paul Briquet tarafından tanımlanan ve yaklaşık 30 yıl öncesine kadar “histeri” adı altında ele alınan somatizasyon bozukluğunun Guze ve arkadaşları tarafından sınırları çizilmiştir (Öztürk- Uluşahin, 2011:538). Somatizasyon terimini ise ilk Stekel adında bir psikanalist kullanmıştır(Kesebir, 2004:14). Bu tanı 1980’de somatizasyon bozukluğu adı altında DSM-III (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)’e girmiştir (Öztürk-Uluşahin, 2011:538). “Somatizasyon bozukluğu 30 yaşından önce başlayan; tekrarlayıcı, multipl, klinik olarak anlamlı ağrı, gastrointestinal, cinsel ve psödonörolojik belirtilerle seyreden bir bozukluk olarak tanımlanmıştır”(Çetin- Sözeri Varma, 2021:793).

Somatizasyon, birey tarafından deneyimlenen psikososyal stres ve ruhsal sıkıntıların fiziksel yollarla dışavurumudur (Rosen ve dğr., ‘den aktaran: Kesebir, 2004:14). Somatizasyonda psikolojik rahatsızlıklar fizyolojiye yansıtılmakta ve bireyin duygusal, ruhsal ve toplumsal anlamda deneyimlediği problemleri fiziksel bir rahatsızlıkla anlatmaktadır. Bu noktada somatizasyon iyi tanımlanmış bir olgu ya da rahatsızlık değil oldukça geniş sınırları olan bir klinik göstergedir (Kesebir, 2004:14). Somatizasyon terimi, ruhsal acının fiziksel olarak anlatımı, psikosomatik rahatsızlıklarda ruhsal acının somatik bozukluk yaratması, bozukluğu tetiklemesi, şiddetlendirmesi şeklinde farklı anlamlarda kullanılmaktadır (Öztürk- Uluşahin, 2011:538).

Bebeklik döneminde dil başlangıç zamanlarında fizikseldir. Bazı aile yapıları ve kültürlerde problemlerin dışı vurumu hoş görülmez. Annenin, çocuğunun duygularını aktarmasını engellemesi ve bu duruma kayıtsız kalması veya duyguların isimlendirilememesi sembolizasyonu destekleyici bir etken olarak görülebilir. Duyguların dili, kültürlerde başlangıç itibariyle fizikseldir. Bireyin duygusal durumlarını nasıl isimlendireceği, aktaracağı ya da bu duyguları ortaya koyduğu etkileşim biçimleri esasen ailesi ve yetiştiği kültüre ve onların kendine sunduğu kelime dağarcığına bağlıdır. Duygusal açıdan problem yaşayan bireyin bu ruhsal sıkıntılara mı odaklanacağı yoksa da ortaya çıkan belirtilere mi dikkatini yönelteceğini yine yetiştiği çevre ve etkileşim formları belirlemektedir. Bireyin ailesinde hastalık davranışlarının varlığı ve ailede yetişen çocuğun fiziksel sızlanma-yakınmalar vasıtasıyla çevresinden ilgi almaya yönelik davranışları somatizasyonu besleyen etkenlerdendir.

Bu noktada birey, kişiler ve kişilerarası ilişkilerde yaşadığı sorunları fiziksel belirtiler aracılığıyla dışa vuran bir davranış biçimi sergilemektedir. Somatizasyon, bu noktadan bakıldığında kültürel bir davranış şekli ve iletişim biçimi olarak açığa çıkmaktadır (Kesebir, 2004:15).

Psikanalitik görüş, birey tarafından kabul görmemiş istek ve dürtülerin bilinç yüzeyine çıkmasını engelleyen savunma mekanizması, inkâr edilen rahatsızlık verici duyguların somatizasyonla sonuçlandığını belirtir (Kesebir, 2004:14). Somatizasyon bozukluğu genç yaşlarda başlayan ve farklı fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir rahatsızlıktır. Eğer ki kişi gençliğinden beri çok sık hastalanan biri ise zaman zaman yalancı-nörolojik belirtiler gösterdiği de vakidir. Bu yalancı nörolojik belirtiler arasında; yutma güçlüğü, körlük, sağırlık, ses kısılması ve felç sayılmaktadır. Kusma, karın ağrısı, bulantı ve öğürmeler de çok sıktır. Kadınlar arasında, adet bozuklukları, aşırı kanama ve düzensizlikler ve gebelik sırasında aşırı kusma nedeni ile hastaneye yatma durumları görülmektedir. Genel olarak bedenin değişik yerlerinde ağrılar, soluk darlığı, çarpıntı, baş dönmesi, göğüs ağrısı gibi belirtiler görülür (Öztürk-Uluşahin, 2011:539).

DSM IV'e göre somatizasyon bozukluğu tanısı konabilmesi için belirtilerin 30 yaşından önce başlaması ve fiziksel olarak açıklanamayan 8 ağrı (1 yalancı-nörolojik, 1 cinsel, 2 sindirim sistemi ve 4 ağrı) olmadı gerekmektedir (APA, 2000). DSM V'te somatizasyon tanı belirtileri şunlardır; kişide öneminden bağımsız süreklilik halindeki düşünceler, sağlık anksiyetesi, sağlıkla ilgili aşırı davranış, duygu ve düşünceler, herhangi bir somatik belirtinin varlığı (APA, 2013).

Somatizasyon kadınlarda ve çocukken cinsel açıdan kötü muamele görmüş bireylerde daha sık rastlanan bir durumdur. Ülkemizde sağlık kuruluşlarına somatik belirtilerle yapılmış olan başvurular incelendiğinde bu başvuruların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu da belirlenmiştir. Batı'da genel olarak görülme durumu %1 olarak bildirilmektedir. Ülkemizdeki oranlarda benzer olmakla birlikte daha yüksektir. Türkiye Ruh Sağlığı Profiline somatizasyon bozukluğunun 12 aylık yaygınlığı %0,2, Ankara-Gölbaşı'na yapılan hasta başvurularının değerlendirilmesinde ise %1,9 olarak görülmüştür (Öztürk- Uluşahin, 2011:539). Somatizasyonun genel itibariyle toplumsal yapıda düşük sosyo-ekonomik düzeyde, göçmen gruplarda ve düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde daha yoğun görüldüğü belirtilmiştir (Kirmayer & Young, 1998).

Somatizasyon tedavisinde kısa aralıklarla ve düzenli olacak şekilde doktor randevusu, genel tıbbi değerlendirmeye beraber sonrasında tanı testlerinin sınırlandırılması, belirtilerle nasıl başa çıkılacağına dair eğitim, bedensel rahatsızlıkların geride kalacağı konusunda güven vermek ve tam anlamıyla bir iyileşmenin sağlanmasından ziyade bu süreçte işlevsellikte iyi oluş şeklinde bir amaç belirlenmesi önerilmektedir (Çetin-Sözeri Varma, 2021:798).

2.4.1.3. Olumsuz Benlik

Benlik dünyaya geldiğimiz andan itibaren, yaşamımız boyunca ebeveynlerimiz başta olmak üzere etkileşime girdiğimiz bireyler ve etkileşimler ile deneyimlerimizin bir sonucu olarak gelişen duygu, düşünce ve davranışlarımızın örgütlenmiş halidir (Guindon, 2010).

Kendisi ile duygu, düşünce ve davranış örgütlenmeleri doğrultusunda, kendilerine karşı olumlu düşünce kalıplarına sahip kişilerin, öz-saygılarının ve öz-güvenlerinin yüksek olduğu ve diğer insanlara karşıda saygı ve ilgi çerçevesinde yaklaştığı görülmektedir (Hiçdurmaz- Öz, 2011:77). Sağlıklı ve yüksek benlik algısına sahip insanların farklı yaşam olayları karşısında bilişsel esneklik düzeylerinin yüksek olduğu, etkili çözümler üretebildikleri, psikolojik olarak sağlıklarının yüksek olduğu ve bu sebeplerle yaşam doyumlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Hiçdurmaz- Öz, 2011:77).

Benlik saygısının etkileri olarak motivasyon, işlevsel davranışla, yaşamsal tatminden ve en önemlisi hayattaki iyi oluş halinden bahsedebiliriz. Olumlu benlik algısını sürdürmeyi ve geliştirmeyi amaçlayan davranışların evrensel olduğu göz önüne alındığında, benlik saygısının temel bir insan ihtiyacı olduğu bir gerçektir. Bireylerin tercihleri ve bu tercihleri uygulama biçimleri öz-saygıları ile alakalı bir durum olabilir (Guindon, 2010). Genç gebelik oranları, depresyon, anksiyete, şiddet, uyuşturucu madde ve aşırı alkol tüketimi gibi olumsuz fenomenlerin düşük benlik saygısı ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Cinsiyet, ırk, cinsel yönelim/kimlik, ekonomik durum ve sosyal statü gibi faktörlerin benlik algısını etkilediği görülmektedir (Guindon, 2010).

Benlik algısının ruh sağlığı üzerinde yordayıcı bir etkisi olduğu, benlik ve ruh sağlığı arasında güçlü bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (Zhu ve dğr., 2016). Yüksek benlik algısı psikolojik rahatsızlıkları ve sosyal işlev bozukluklarını önleyici etkiye sahiptir

(Zhu ve dğr., 2016). Yapılan araştırmalar olumsuz benlik algısının ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu bize göstermektedir (Zhu ve dğr., 2016).

2.4.1.4. Depresyon

Bir duygudurum bozukluğu olarak adlandırılan depresyon, bireyin içsel dünyasında yaşadıklarının, dünyayı algılama ve davranışlarını değiştirmesine yol açan bir duygulanım halidir. Duygudurumunun ifade edilme hali “duygulanım” kavramı ile ifade edilmektedir. Kişinin duygudurumu “ökkn”, “yüksek” ve “normal” olmak üzere üç hal Şeklinde sınıflandırılmakta ve bireyin duygudurumu depresyonda çökkün halde deneyimlenmektedir (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011, p. 65).

Depresyonun sınıflandırılması M.Ö 4. Yüzyıla kadar uzanmaktadır. Hipokrat bu hastalığı tanımlamada siyah safra anlamına gelen “melankoli” terimini kullanmıştır. Fransız psikiyatrlar 19. Yüzyılda hastalığı, döngüsel olduğunu da belirterek “folie circulaire” Şeklinde tanımlamıştır. DSM III’le belirtilerin varlığına dayanarak, tetikleyici faktörlerden bağımsız bir Şekilde depresyon tanısı koyulabilir hale gelmiştir (Karamustafalıoğlu- Yumrukçal, 2011:65).

Depresyon psikiyatride üç farklı anlamda kullanılmaktadır (Türkçapar, 2004:12):

1. Normal duygudurum halindeki kişilerde, yaşanan bir kayıptan sonra görülmesi muhtemel, duygusal anlamda üzüntülü ve kederli olma halidir. Burada depresyon normal kişilerde de görülebilen, çevresel faktörlere, değişikliklere ve yaşamda karşılaşılan olaylara uyuma yönelik gösterilen doğal bir tepkidir.
2. Depresyon terimi bireyde gözlenen ruhsal belirti olarak ele alınmaktadır. Depresyon bir belirti olarak ele alındığında, bireyin günlük yaşamında üzüntülü ve kederli olma hali egemen ve devamlılık göstermekte ve bu durum normal-dışı duygudurum olarak ele alınmaktadır. Belirti olarak ele alınan depresyonda bu durum farklı ruhsal rahatsızlıklar ile bir arada görülebilmektedir. Depresyon Őüphesiyle başvuran hastalar tam manasıyla bu hastalığın özelliklerini taşımıyor veya başka bir psikolojik rahatsızlığa yakalanmış olabilirler.
3. Depresyon 3. kullanım alanında spesifik bir ruhsal hastalığı betimlemek için kullanılmaktadır. Bu noktada tanımlanmış, belirli bir dizi belirti ile eşgüdümlü devam eden ve ara sıra döngüsel halde görülebilen ruhsal rahatsızlığa depresyon denmektedir.

Depresyon üzüntülü bir duygu durum ile konuşmada, düşünmede ve fizyolojik işlevlerde bir yavaşlama halidir. Bununla birlikte karamsar düşünceler, değersizlik hissi, güçsüzlük, isteksizlik ve hissizlik hali bireyde görülen sendromlardır. Ancak bu sendromlar farklı ruhsal olan veya olmayan rahatsızlıklarda görülebilir. Bundan dolayı depresyon “birincil depresyon” ve “ikincil depresyon” olarak iki farklı kategoride ele alınmaktadır. Birincil depresyon, bireyde fiziksel veya farklı bir hastalığa bağlı bulunmaksızın ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıktır. İkincil depresyon ise farklı bir rahatsızlığa bağlı bulunarak görülebilen duygusal çökkünlük durumudur. Burada esas hastalığın beyin fonksiyonlarını etkilemesi sonucu ortaya çıkan depresyondan bahsedilmemektedir. Asıl hastalığa ek olarak bu hastalık durumunun yarattığı üzüntü, korku ve stres halinin oluşturduğu ikincil bir durum söz konusudur. Mesela kanser veya şizofreni asıl hastalıkta, bu hastalığın yarattığı psiko-sosyal etkiler sonucu ortaya çıkan depresyon ikincil bir hastalık, ek tanıdır (Öztürk- Uluşahin, 2011:342).

Depresif rahatsızlıklar belirli bir işlev kaybı şeklinde görülmemekte, farklı semptom ve belirtiler olarak sınıflandırılmaktadır. Distimik bozukluk, major depresyon veya isimlendirilemeyen depresif ataklar depresif bozukluklar kategorisinde değerlendirilmektedir. Major depresyonda depresif duygulanım ya da ilgi kaybının en az iki hafta sürmesi beklenmektedir. Aynı zamanda aşırı kilo alımı veya kilo kaybı, aşırı uyku veya uykusuzluk, psikomotor retardasyon, enerji kaybı, bitkinlik, yorgunluk, suçluluk duygusu, kararsızlık ve sürekli akla gelen ölüm düşüncesi gibi belirtilerden en az dördünün bireyde gözlenmesi gerekmektedir. Distimi, bireyin en az iki yıl boyunca neredeyse her gün, gün boyu devam eden kronik depresif duygu durum halinde olmasıdır. Distimi tanısında, uykusuzluk veya aşırı uyku, iştahsızlık, düşük enerji, umutsuzluk, benlik saygısında azalma, kararsızlık ve düşüncelerini belirli bir meseleye yoğunlaştırmada zorluk yaşama gibi belirtilerden en az ikisinin bulunması gerekmektedir (Türkçapar, 2004: 12-13).

2.4.1.5.Anksiyete

Kaygı ya da bunaltı olarak da adlandırılan anksiyete (Karamustafalıoğlu & Yumrukçal, 2011: 69) tanımlanması ve anlatılması zor olan korku ve endişe halidir. Korku ve endişe duygularına fizyolojik birtakım duyumlarda eşlik edebilir. Bunlar; terleme, kalp çarpıntısı, sürekli tuvalete gitme isteği, göğüs sıkışması, midede boşluk hissi, baş ağrısı şeklinde sıralanabilir. Bunların yanı sıra dolanıp durma ve huzursuzluk hali de anksiyetenin sıkça görülebilen belirtilerindendir. Ortada somut bir tehlike

durumu olmaksızın anksiyetenin yaşanması ve sık sık, şiddetli şekillerde vuku bulması kişide anksiyete bozukluğu olması ihtimalini kuvvetlendirir (Türkçapar, 2004, s. 13).

DSM-IV'te anksiyete bozukluklarının içerdiği rahatsızlıklar, panik atak, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi olan ve agorafobi olmayan panik bozukluğu, OKB (obsesif-kompulsif bozukluk), travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete, sosyal fobi, madde kullanımının sebep olduğu anksiyete, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete ve özgül fobi şeklinde yer almaktadır (APA, 2000).

2.4.1.5. Hostilite (Düşmanlık)

Hostilite, bir bireyin diğerleriyle kurmuş olduğu ilişkilerindeki olumsuz duygusal, bilişsel ve davranışsal özelliklerini içinde barındıran geniş bir kavramdır. Hostilite ve öfke arasında somut bir ayırım yapmak oldukça zordur. Ancak öfke farklı yoğunluklarda yaşanan bir duygu iken, hostilite içerisinde öfkeyi de barındıran güvensizlik, alınganlık ve saldırganlık hali olarak tanımlanabilir. Hostilite, kaynağını kızgınlık, saldırganlık, kontrol edilemeyen öfke patlamaları ve duygularından alan zorlanmadır. Bireyi şiddete iten psikolojik sebepler arasında en önemlilerinden olan hostilite, diğer insanlara ve nesnelere zarar vermeye yönelik saldırgan tutumları içerir (Ünüböl- Sayar, 2019:27).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmaya örneklem olan katılımcıların demografik özellikleri, araştırmanın modeli, araştırma esnasında kullanılan veri toplama araçları ve verilerin toplanma ve analiz süreci hakkında bilgi verilecektir.

3.1.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, deneysel çalışma esnasında İstanbul ilinde ikamet eden ve kartopu örneklem yöntemiyle ulaşılan 18-60 yaş aralığındaki kadın katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırmada her bir grupta 30 kişi olacak şekilde toplamda 60 katılımcı mevcuttur. Deney ve Kontrol gruplarındaki katılımcıların, çevrimiçi ortamda oluşturularak kendilerine ön test ve son test olmak üzere iki defa iletilen ölçeklere yanıt verebilmeleri açısından teknolojiyi kullanabilmeleri örneklem seçimi esnasında belirleyici rol oynamıştır. Ancak çevrimiçi ölçekleri yanıtlamada zorluk çeken katılımcılara gerekli yardım sağlanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların demografik özelliklerine ait frekans ve yüzde tabloları tablo 3.1.1. ve tablo 3.1.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.1: Deney Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Özellik	Değişken	f	%
Yaş	18-30	11	36,7
	31-45	15	50
	46-60	4	13,3
	Toplam	30	100

Öğrenim Durumu	Okur-Yazar Değil	1	3,3
	İlkokul	13	43,3
	Ortaokul	2	6,7
	Lise	10	33,3
	Yükseköğretim	4	13,3
	Toplam	30	100
Medeni Durum	Evli	20	66,7
	Bekar	9	30
	Boşanmış	1	3,3
	Toplam	30	100
Gelir Durumu	Düşük	1	3,3
	Orta	24	80
	İyi	5	16,7
	Toplam	30	100
Hacamat Deneyimi	Var	26	86,7
	Yok	4	13,3
	Toplam	30	100

Deney grubunun yaş ortalaması 18-30 yaş arası %36,7, 31-45 yaş arası %50, 46-30 yaş arası ise %13,3 çıkmıştır. Katılımcıların öğrenim durumlarına bakıldığında 1'inin(%3,3,) okur-yazar değil, 13'ünün (%43,3) ilkokul, 2'sinin (%6,7) ortaokul, 10'unun(%33,3) lise, 4'ünün(%13,3) yükseköğretim olduğu görülmektedir. Medeni durumlarına bakıldığında ise katılımcıların 20'sinin(%66,7) evli, 9'unun(%30) bekar, 1'inin (%3,3) ise boşanmış olduğu görülmektedir. Katılımcılardan yalnızca 1'i(%3,3) gelir durumunu düşük olarak tanımlarken 24'ü (%80) orta, 5 'i (%16,7) ise iyi olarak tanımlamıştır. Daha öncesinde hacamat deneyimi olan katılımcı sayısı 26 (%86,7) iken, deneyim sahibi olmayan katılımcı sayısı 4 (%13,3) olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 3.2: Kontrol Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Özellik	Değişken	f	%
---------	----------	---	---

Yaş	18-30	27	90
	31-45	3	10
	46-60	0	0
	Toplam	30	100
Öğrenim Durumu	Okur-Yazar	0	0
	İlkokul	3	10
	Ortaokul	0	0
	Lise	5	16,7
	Yükseköğretim	22	73,3
	Toplam	30	100
Medeni Durum	Evli	5	16,7
	Bekar	25	83,3
	Boşanmış	0	0
	Toplam	30	100
Gelir Durumu	Düşük	0	0
	Orta	22	73,3
	İyi	8	26,7
	Toplam	30	100
Hacamat Deneyimi	Var	9	30
	Yok	21	70
	Toplam	30	100

Kontrol grubunun yaş ortalaması 18-30 yaş arası %90, 31-45 yaş arası ise %10 olarak çıkmıştır. Katılımcıların öğrenim durumlarına bakıldığında 3'ünün (%10) ilkokul, 5'inin (%16,7) lise, 22'sinin ise (%73,3) yükseköğretim olduğu görülmektedir. Medeni durumlarına bakıldığında ise katılımcıların 5'inin (%16,7) evli, 25'inin (%83,3) ise bekar olduğu görülmektedir. Katılımcılardan hiçbiri gelir durumunu düşük olarak tanımlamazken, 22'si (%73,3) orta, 8'i (%26,7) ise iyi olarak tanımlamıştır. Daha öncesinde hacamat deneyimi olan katılımcı sayısı 9 (%30) iken, deneyim sahibi olmayan katılımcı sayısı 21 (%70) olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.2.Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden hacamatın ruh sağlığı ve maneviyat ile ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Kısa semptom ölçeği

kullanılarak katılımcıların ruh sağlığı düzeyleri ve Şirin tarafından geliştirilen Maneviyat Ölçeği kullanılarak maneviyat düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır.

Çalışmada sosyal bilimlerde sıklıkla karşılaşılan desenlerden olan karışık desenin bir türü olan “2x2’lik ön test-son test deney ve kontrol gruplu (split plot) karışık deneysel desen” uygulanmıştır. İki adet faktörü bulunan bu desende birinci faktörü farklı deneysel uygulama koşulları (deney ve kontrol grubu) ikinci faktörü ise zaman içerisindeki değişimleri tespit edebilmek amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerdir. (ön test-son test) Temel amacı hacamatın ruh sağlığı ve maneviyatla olumlu, olumsuz ve nötr yönden ilişkisini incelemek olan bu araştırmanın bağımsız değişkeni sadece deney grubuna ön testin hemen sonrasında uygulanan “Hacamat Uygulaması”dır. Bağımlı değişken ise katılımcıların ruh sağlığı düzeylerinin ölçüldüğü KSE ve maneviyat düzeylerinin ölçüldüğü Maneviyat Ölçeği sonuçlarıdır. Araştırmanın deseni tablo 3.2.1.’de sunulmaktadır.

Tablo 3.3: Araştırmanın Modeli

GRUPLAR	ÖN TEST	İŞLEM (BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN)	SON TEST
Deney Grubu	Kişisel Bilgi Formu KSE Maneviyat Ölçeği	Hacamat Uygulaması	KSE Maneviyat Ölçeği
Kontrol Grubu	Kişisel Bilgi Formu KSE Maneviyat Ölçeği	Uygulama yapılmadı	KSE Maneviyat Ölçeği

Uygulama öncesinde deney ve kontrol grubu katılımcılarına kar topu yöntemiyle ulaşılmıştır. Sonrasında her iki grubunda bağımlı değişkenlerle alakalı ölçümleri yapılmıştır. Deney ve kontrol gruplarına deneysel işlem öncesinde Kısa Semptom Envanteri (KSE), Maneviyat Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formu uygulanmıştır. Ardından deney grubuna deneysel işlem (bağımsız değişken) olarak hacamat uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Deney grubuna uygulanan deneysel işlem sonrasında 15 günlük bir zaman periyodu baz alınarak, her iki gruba da Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Maneviyat Ölçekleri tekrardan uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler Ek1 Ek2 ve Ek3'te yer almaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri çevrimiçi ortamda oluşturularak katılımcılara iletilen “Kişisel Bilgi formu”, “Kısa Semptom Envanteri” ve “Maneviyat Ölçeği” uygulanarak elde edilecektir. Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçek sahiplerinden gerekli izinler alınmıştır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan demografik bilgi formunda; katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim, gelir durumu, medeni hali, hacamat uygulaması hakkındaki bilgileri ve deneyimlerini belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur. Demografik değişkenlere dair analiz ve yorumlara Tablo 1 ve Tablo 2'nin altında yer verilmiştir.

3.3.2. Kısa Semptom Envanteri

Batıda geliştirilmiş olan *Brief Symptom Inventory (BSI)* (Derogatis, 1992), 90 maddelik *SCL- 90 Symptom Belirleme Listesi* üzerine temellendirilen ve çeşitli medikal durumlarda psikiyatrik problemleri de tespit edebilmek amacıyla yapılan araştırmalarda isabetli sonuçlar elde edilen, ekonomik bir envanter olarak görülmektedir. Ülkemizde Türkçe uyarlamasını Şahin ve Durak 1994 yılında yapmıştır.

KSE, çeşitli psikolojik semptomları taramak için bireyin kendi beyanlarını esas alan 53 maddeden oluşturulmuş, 0-4 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Kişinin ölçeği çözdüğü gün dahil son bir hafta içinde, her maddede bulunan belirtinin kendisinde ne ölçüde bulunduğunu, “Hiç yok”, “Biraz var”, “Orta derecede var”, “Epey var” ve “Çok fazla var” seçenekleri içerisinde işaretlemesi beklenir (Şahin- Durak, 1994).

Toplamda 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşur. Alt ölçeklerin tanımları ve karşılık geldikleri maddeler sırasıyla şöyledir; Somatizasyon (2,7,23,29,30,33,37.maddeler), Obsesif Kompulsif Bozukluk (5,15,26,27,32,36. maddeler), Kişiler Arası Duyarlılık (20,21,22,42. maddeler), Depresyon (9,16,17,18,35,50.maddeler), Anksiyete (Kaygı Bozukluğu) (1,12,19,38,45,49. maddeler), Hostilite (Düşmanlık ve Öfke) (6,13,40,41,46. maddeler), Fobik Anksiyete

(8,28,31,43,47. maddeler), Paronoid Düşünce (4,10,24,48,51. maddeler), Psikotizmdir (3,14,34,44,53. maddeler) (Şahin & Durak, 1994). Ancak bu araştırmamızda, Türkçe uyarlama çalışmasında yapılmış olan faktör analizi neticesinde ortaya çıkan beş alt boyut temel alınacaktır. Bunlar, Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete, Hostilite ve Olumsuz Benlik alt boyutlarıdır (Şahin ve dğr., 2002).

Ek maddelerde (11,25,39,52. Maddeler) ise ölüm ve ölüm üzerine düşünceler, suçluluk duyguları, uyku bozukluğu, yeme-içme bozuklukları ile ilgili maddeler yer almaktadır. Ölçekte yer alan 3 global indeks ise Belirti Toplam indeksi, Semptom Rahatsızlık ve Rahatsızlık Ciddiyet indeksi şeklinde sıralanabilir (Şahin- Durak, 1994).

KSE'nin Şahin ve Durak (2002) tarafından yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin toplam puanı bulunan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak saptanmıştır (Şahin ve dğr., 2002). Bu çalışmada KSE'nin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ön test için 0.94 son test içinse 0.96 olarak belirlenmiştir.

3.3.3. Maneviyat Ölçeği

Çalışmada kullanılan "Maneviyat Ölçeği" Şirin (2018) tarafından geliştirilmiştir. Şirin ölçeğin geliştirilme amacını; kişilerin aşkın olanla bağ kurma, hayatın amaç ve anlamını arama, yaratıcıya bağlanma hissi, yaratılışın gizemini anlamlandırmak, evrenle bütünleşme hissi gibi insan maneviyatının muhtelif boyutlarını değerlendirmek olarak tanımlamıştır. Ergen ve yetişkinlerde uygulanabilen bu ölçek ilgili literatürün taraması ve önceki ölçeklerin incelenmesi yapıldıktan sonra oluşturulan madde havuzu ilgili alanda çalışmaları bulunan 11 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek amacıyla açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve analiz sonucunda toplam varyansın %49,16'sını açıklayan 7 faktör altında olduğu görülmüştür

Ölçek toplamda 27 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Bu maddelerden 24'ü olumlu 3'ü ise olumsuz maddelerdir. Olumsuz maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeği çözen kişinin 7 alt boyutu temsil eden bu maddeleri sırasıyla; (1) Bana Hiç Uygun Değil, (2) Bana Uygun Değil, (3) Bana Biraz Uygun, (4) Bana Oldukça Uygun, (5) Bana Tamamen Uygun şeklinde yanıtlaması istenmektedir.

Ölçekte bulunan 7 alt boyut ve onlara karşılık gelen maddeler sırasıyla şöyledir; Manevi Başa Çıkma (9,12,20,21 ve 23. maddeler), Aşknlık (19 ve 22. maddeler),

Manevi Yaşantı Boyutu (3,11,24,25 ve 27. maddeler), Anlam Arayışı (7,14,15 ve 17. maddeler), Manevi Hoşnutluk (6,8,13 ve 26. maddeler), Bağlantı (1,2,4 ve 18. maddeler), Tabiatla Uyum (5,10 ve 16. maddeler) (Şirin, 2018).

Şirin (2018) tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.90 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise Maneviyat Ölçeği'nin Cronbach Alpha, iç tutarlılık katsayısı ön test için 0.91 son test içinse 0.94 olarak belirlenmiştir.

3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılacak ölçekler belirlenip, ölçek sahiplerinden gerekli izinler alındıktan sonra deney ve kontrol grupları kişi sayısı belirlenmiştir. Katılımcılara kartopu yöntemiyle ulaşıldığı deney grubunda, deneysel işlem olan hacamatı yaptıran katılımcılara ulaşılmaya çalışılmıştır. Saha çalışmasının pandemi döneminde yapılması nedeniyle hacamat merkezlerinin kapalı olması ve evlerinde uzman uygulayıcılara hacamat yaptıran kişi sayısının az olması, örnekleme ulaşmada karşılaşılan ciddi zorluklardan biridir. İstanbul'da ikamet eden hacamat uygulayıcıları aracılığıyla ulaşılan deney grubu katılımcılarına deneysel işlemin (hacamat) hemen öncesinde ön test olarak Demografik Bilgi Formu, KSE ve Maneviyat Ölçeği uygulanmıştır. 15 günlük bir periyot takip edilerek katılımcılara son test olarak KSE ve Maneviyat Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Çevrimiçi ortamda oluşturularak katılımcılara iletilen formlar, iletişim bilgileri alınan katılımcılara son test esnasında uzaktan iletilmiştir.

Kontrol grubunda ise katılımcılara ön test aşamasında, çevrimiçi ortamda oluşturularak katılımcılara iletilen Demografik Bilgi Formu, KSE ve Maneviyat Ölçeği uygulanmıştır. Son test aşamasında ise deney grubunda belirlenmiş olan 15 günlük zaman periyoduna dikkat edilerek KSE ve Maneviyat Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubu arasındaki farklılaşan yaş ve eğitim düzeyi hakkındaki gerekli yorum ve tartışmalar çalışmanın ilerleyen bölümlerinde yapılmıştır.

3.5.Verilerin Analizi

Deney ve kontrol grubundan toplanan tüm sayısal veriler, bilgisayar ortamında "IBM SPSS Statistic 25" programına aktarılmıştır. Deney ve kontrol grubunun ön test ve son test veri setleri oluşturulduktan sonra analiz işlemine başlanılmıştır. Araştırmanın

modelinde belirtildiği gibi 2x2'lik karışık desen (split plot) olarak tasarlanan bu araştırmada zaman faktörüne bağlı olarak yapılan tekrarlı ölçümler (ön test, son test) ve farklı deneysel uygulama koşulları (deney grubu-kontrol grubu) mevcuttur.

Analizlere başlamadan önce ölçeklerin Cronbach's Alpha değeri test edilmiş ve güvenilirlik katsayılarının kabul edilen .70 değerinin üzerinde olduğu görülmüştür. Cronbach Alpha değerleri Tablo 3.5.1'te verilmiştir.

Tablo 3.4: Envanterlerin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Envanterler	Ölçüm	Madde sayısı	Güvenirlik Katsayısı (Cronbach's Alpha)
KSE	Öntest	53	.94
	Sontest	53	.96
MÖ	Öntest	27	.91
	Sontest	27	.94

Güvenirlik değerleri incelendiğinde envanterlerin ön test ve son test güvenilirlik katsayılarının kabul edilen .70 değerinin üzerinde olduğu görülmektedir. Bu test puanlarının .70 değerinden yüksek olması güvenilirlik için yeterli görülmektedir.

Envanterlere güvenilirlik analizi uygulandıktan sonra katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları çıkartılmıştır. Katılımcıların KSE ve Maneviyat Ölçeklerinden almış oldukları puanların ölçümleri esnasında kullanılacak analizlerin tespit edilmesi için normallik testi yapılmıştır. Grupların eşit dağılım gösterdiği tespit edildikten sonra parametrik analizlerin kullanımlarının uygun olduğu görülmüştür. Bağımsız grupların ön test ve son test puanlarını karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklem t-testi ve grupların kendi içerisinde oluşan farklılaşmalarını tespit edebilmek için bağımlı örneklem t-testi yapılmıştır. T-test öncesinde bir önkoşul olan, grup varyansları arasında bir fark olmadığını belirlemek amacıyla Levene testi yapılmıştır. t-Testleri sonucunda elde edilen grupların ön test ve son testleri arasındaki anlamlı farklılaşmanın ölçümler arasında da var olup olmadığını test etmek amacıyla Deney ve Kontrol gruplarının ön test ve son test ölçümlerine 2x2'lik Karışık Desen Anova uygulanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde deneysel desenlerin bir türü olan “2x2’lik ön test-son test deney ve kontrol gruplu (split plot) karışık deneysel desen” in ilkeleri doğrultusunda yürütülen bu araştırmada elde edilen nicel verilere ilişkin bulgular araştırmanın temel sorusu ve hipotezleri çerçevesinde yorumlanmıştır.

4.1. Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile İlgili Nicel Bulgular

Deney grubundaki katılımcılara uygulanmış olan hacamat uygulamasının katılımcıların ruhsal sağlıklarına etki edip etmediğini belirlemek amacıyla ön test ve son test olarak Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. KSE ön test olarak uygulandığında katılımcıların ruhsal sağlık puanlarının, deney ve kontrol grubunda farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla uygulanan ölçeğin ön test sonuçlarına t-Testi uygulanmıştır. T-test öncesinde bir önkoşul olan, grup varyansları arasında bir fark olmadığını belirlemek amacıyla Levene testi yapılmıştır.

Tablo 4.1: KSE Levene Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Grup	Sd1	Sd2	p
Anksiyete	Ön Test	1	58	.355
	Son Test	1	58	.086
Depresyon	Ön Test	1	58	.793
	Son Test	1	58	.478
Olumsuz Benlik	Ön Test	1	58	.171
	Son Test	1	58	.136
	Ön Test	1	58	.145

Somatizasyon	Son Test	1	58	.393
	Ön Test	1	58	.107
Hostilite	Son Test	1	58	.319

Kısa Semptom Envanteri Levene testi sonuçları incelendiğinde $p>0.05$ olduğu için varyansların farklılaşmadığı hipotezi kabul edilir.

T-Testi için bir ön koşul olan homojenlik verilerinin sunulduğu Levene testi sonuçlarına göre t-Test analizi tekniği kullanılmıştır.

Tablo 4.2: Kısa Semptom Envanteri (KSE) Ön Testine İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Gruplar	N	\bar{X}	ss	Ortalama farkı	t	df	p
Anksiyete	Deney	30	13,67	8,75	-,66	-,281	58	.78
	Kontrol	30	14,33	9,62				
Depresyon	Deney	30	20,83	9,95	-1,16	-,454	58	.65
	Kontrol	30	22,00	9,94				
KS E Olumsuz Benlik	Deney	30	12,37	7,65	-,10	-,041	58	.96
	Kontrol	30	12,47	10,81				
Somatizasyon	Deney	30	10,67	7,47	3,16	1,79 8	58	.07
	Kontrol	30	7,50	6,09				
Hostilite	Deney	30	8,47	4,68	-,96	-,704	58	.48
	Kontrol	30	9,43	5,88				

Söz konusu grupların Kısa Semptom Envanteri Ön Test aldıkları puanlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi için yapılan bağımsız örneklem t-Test sonuçlarına göre; deney grubunun anksiyete puan ortalaması ($x_D=13,67$) ile kontrol

grubu anksiyete puan ortalaması ($x_K=14,33$); deney grubunun depresyon puan ortalaması ($x_D=20,83$) ile kontrol grubunun depresyon puan ortalaması ($x_K=22,00$); deney grubunun olumsuz benlik puan ortalaması ($x_D=12,37$) ile kontrol grubunun olumsuz benlik puan ortalaması ($x_K=12,47$); deney grubunun somatizasyon puan ortalaması ($x_D=10,67$) ile kontrol grubunun somatizasyon puan ortalaması ($x_K=7,50$); deney grubunun hostilete puan ortalaması ($x_D=8,47$) ile kontrol grubunun hostilete puan ortalaması ($x_K=9,43$) arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($t_1=-,281$; $p>0,05$), ($t_2=-,454$; $p>0,05$), ($t_3=-,041$; $p>0,05$), ($t_4=1,798$; $p>0,05$), ($t_5=-,704$; $p>0,05$). Ön test seviyeleri eşit görünen iki grubun ön test ve son testlerde aldıkları puanların tanımlayıcı istatistikleri aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.3: Deney Grubu KSE Ön Testine ve Son Testine İlişkin Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Deney Grubu	N	\bar{X}	ss	Ortalama farkı	t	df	p																																															
Anksiyete	Ön Test	30	13,97	8,72	4,76	3,268	29	.003																																															
	Son Test	30	9,21	7,99					Depresyon	Ön Test	30	20,83	9,95	7,43	4,478	29	.000	Son Test	30	13,40	9,95	KS E Olumsuz Benlik	Ön Test	30	12,37	7,65	2,74	2,694	29	.012	Son Test	30	9,63	7,66	Somatizasyon	Ön Test	30	10,67	7,47	4,14	3,400	29	.002	Son Test	30	6,53	5,51	Hostilite	Ön Test	30	8,47	4,68	2,94	4,574	29
Depresyon	Ön Test	30	20,83	9,95	7,43	4,478	29	.000																																															
	Son Test	30	13,40	9,95					KS E Olumsuz Benlik	Ön Test	30	12,37	7,65	2,74	2,694	29	.012	Son Test	30	9,63	7,66	Somatizasyon	Ön Test	30	10,67	7,47	4,14	3,400	29	.002	Son Test	30	6,53	5,51	Hostilite	Ön Test	30	8,47	4,68	2,94	4,574	29	.000	Son Test	30	5,53	4,20								
KS E Olumsuz Benlik	Ön Test	30	12,37	7,65	2,74	2,694	29	.012																																															
	Son Test	30	9,63	7,66					Somatizasyon	Ön Test	30	10,67	7,47	4,14	3,400	29	.002	Son Test	30	6,53	5,51	Hostilite	Ön Test	30	8,47	4,68	2,94	4,574	29	.000	Son Test	30	5,53	4,20																					
Somatizasyon	Ön Test	30	10,67	7,47	4,14	3,400	29	.002																																															
	Son Test	30	6,53	5,51					Hostilite	Ön Test	30	8,47	4,68	2,94	4,574	29	.000	Son Test	30	5,53	4,20																																		
Hostilite	Ön Test	30	8,47	4,68	2,94	4,574	29	.000																																															
	Son Test	30	5,53	4,20																																																			

Deney grubunun Kısa Semptom Envanteri Ön Test ve Son Test puanları arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi için yapılan eşleştirilmiş örneklem t-Test sonuçlarına göre; ön test anksiyete puan ortalaması ($x_ö=13,97$) ile son test anksiyete puan ortalaması ($x_s=9,21$); ön test depresyon puan ortalaması ($x_ö=20,83$) ile son test depresyon puan ortalaması ($x_s=13,40$); ön test olumsuz benlik puan ortalaması

($x_{\bar{o}}=12,37$) ile son test olumsuz benlik puan ortalaması ($x_s=9,63$); ön test somatizasyon puan ortalaması ($x_{\bar{o}}=10,67$) ile son test somatizasyon puan ortalaması ($x_s=6,53$); ön test hostilete puan ortalaması ($x_{\bar{o}}=8,47$) ile son test hostilete puan ortalaması ($x_s=5,53$) arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ($t_1=3,268$; $p<0,05$), ($t_2=4,478$; $p<0,05$), ($t_3=2,694$; $p<0,05$), ($t_4=3,400$; $p<0,05$), ($t_5=4,574$; $p<0,05$).

Tablo 4.4: Kontrol Grubu KSE Ön Testine ve Son Testine İlişkin Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Kontrol Grubu	N	\bar{X}	ss	Ortalama farkı	t	df	p																																															
Anksiyete	Ön Test	30	14,33	9,622	1,48	0,919	29	.366																																															
	Son Test	30	12,83	9,763					Depresyon	Ön Test	30	22,00	9,941	3,93	2,015	29	.053	Son Test	30	18,07	10,625	KS E Olumsuz Benlik	Ön Test	30	12,47	10,814	1,30	1,044	29	.305	Son Test	30	11,17	9,311	Somatizasyon	Ön Test	30	9,50	6,096	0,33	-2,494	29	.89	Son Test	30	9,17	9,311	Hostilite	Ön Test	30	8,70	5,888	0,54	2,819	29
Depresyon	Ön Test	30	22,00	9,941	3,93	2,015	29	.053																																															
	Son Test	30	18,07	10,625					KS E Olumsuz Benlik	Ön Test	30	12,47	10,814	1,30	1,044	29	.305	Son Test	30	11,17	9,311	Somatizasyon	Ön Test	30	9,50	6,096	0,33	-2,494	29	.89	Son Test	30	9,17	9,311	Hostilite	Ön Test	30	8,70	5,888	0,54	2,819	29	.155	Son Test	30	8,16	4,967								
KS E Olumsuz Benlik	Ön Test	30	12,47	10,814	1,30	1,044	29	.305																																															
	Son Test	30	11,17	9,311					Somatizasyon	Ön Test	30	9,50	6,096	0,33	-2,494	29	.89	Son Test	30	9,17	9,311	Hostilite	Ön Test	30	8,70	5,888	0,54	2,819	29	.155	Son Test	30	8,16	4,967																					
Somatizasyon	Ön Test	30	9,50	6,096	0,33	-2,494	29	.89																																															
	Son Test	30	9,17	9,311					Hostilite	Ön Test	30	8,70	5,888	0,54	2,819	29	.155	Son Test	30	8,16	4,967																																		
Hostilite	Ön Test	30	8,70	5,888	0,54	2,819	29	.155																																															
	Son Test	30	8,16	4,967																																																			

Kontrol grubunun Kısa Semptom Envanteri Ön Test ve Son Test puanları arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi için yapılan eşleştirilmiş örneklem t-Test sonuçlarına göre; ön test anksiyete puan ortalaması ($x_{\bar{o}}=14,33$) ile son test anksiyete puan ortalaması ($x_s=12,83$); ön test depresyon puan ortalaması ($x_{\bar{o}}=22,00$) ile son test depresyon puan ortalaması ($x_s=18,07$); ön test olumsuz benlik puan ortalaması ($x_{\bar{o}}=12,47$) ile son test olumsuz benlik puan ortalaması ($x_s=11,17$); ön test somatizasyon puan ortalaması ($x_{\bar{o}}=9,50$) ile son test somatizasyon puan ortalaması ($x_s=9,17$); ön test hostilete puan ortalaması ($x_{\bar{o}}=8,70$) ile son test hostilete puan ortalaması ($x_s=8,16$) arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($t_1=0,919$;

$p>0,05$), ($t_2=2,015$; $p>0,05$), ($t_3= 1,044$; $p>0,05$), ($t_4=-2,494$; $p>0,05$), ($t_5=2,819$; $p>0,05$).

Yukarıda belirtilen analiz sonuçlarına göre kontrol grubunun deney grubundan farklılaşmasının ve KSE tüm alt ölçeklerinde istatistiksel olarak pozitif yönde artış görülmesinin nedeninin deney grubuna uygulanan hacamat uygulaması olduğu şeklinde bir yorum yapılabilir.

İstatistiksel analizlerin içerisinde birden fazla grubun (deney grubu-kontrol grubu) tekrarlı ölçümlerinin (ön test-son test) yapıldığı araştırmalarda “2x2’lik Karışık Desen Anova” kullanılır (Deniz, 2020:126). T-testinden farklılaşma noktası gruplar arası değil ölçümler arası analiz yapılmasıdır (Deniz, 2020:108). T-testleri sonucunda elde edilen grupların KSE ön test ve son testleri arasındaki anlamlı farklılaşmanın ölçümler arasında da var olup olmadığını test etmek amacıyla Deney ve Kontrol gruplarının ön test ve son test ölçümlerine 2x2’lik Karışık Desen Anova uygulanmıştır.

Birden fazla bağımsız değişkene bağımlı değişkenin etkisini ölçmek için yaptığımız bu analizin ön koşullarını test etmek için varyansların homojenliği test edilmiştir.

Tablo 4.5: KSE Levene Testi Sonuçları

Envanterler	Sd1	Sd2	p
KSE	1	58	.566

Kısa Semptom Envanteri Levene testi sonuçları incelendiğinde $p>0.05$ olduğu için varyansların farklılaşmadığı hipotezi kabul edilir. ANOVA için bir ön koşul olan homejenlik verilerinin sunulduğu Levene testi sonuçlarına göre 2x2’lik Karışık Desen Anova analizi tekniği kullanılmıştır.

Tablo 4.6: Deney ve Kontrol Grubunun Öntest-Sontest Kısa Semptom Envanteri Toplam Puanlarınının 2x2 ANOVA Sonuçları

Envanter	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalama sı	F	p	η^2
KSE	Gruplararası	23070,42	1				
	Grup	1449,07	1	1449,07	3,81	,046	0,62
	Hata	22060,350	58	380,351			

Gruplarıçi	50421,61	1				
Ölçüm	8118,07	1	8118,07	21,34	,000	,269
Grup*Ölçüm	1449,07	1	1449,07	3,81	,000	,062
Hata	22060,350	58	22060,35			
Toplam	55136,91	11				
		9				

İstatistiksel sonuçlara göre, deney ve kontrol grubundaki katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir ($F(1,58)=3,81$, $p<0,05$, $\eta^2=0,62$). Eta kare incelendiğinde; 0,62 değerinin uygulanan hacamat tedavisinin etkililiğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.7: Deney ve Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Testlerinin KSE Puanlarına İlişkin Karşılaştırmaları

Deney-Kontrol Grubu	(I) Ölçüm	(J) Ölçüm	Ort. Farkı (I-J)	Std. hata	p
Deney	Ön	Son	23,400	5,036	,000
	Son	Ön	-23,400	5,036	,000
Kontrol	Ön	Son	9,500	5,036	,064
	Son	Ön	-9,500	5,036	,064

İkili karşılaştırma sonuçları incelendiğinde deney grubunda ön testten son teste ve son testten ön teste KSE puanlarının anlamlı olarak düştüğü ($p<.001$) görülmektedir. Kontrol grubunda ise ön testten son teste ve son testten ön teste anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

4.1. Maneviyat Ölçeği ile İlgili Nicel Bulgular

Deney grubundaki katılımcılara uygulanmış olan hacamat uygulamasının katılımcıların ruhsal sağlıklarına etki edip etmediğini belirlemek amacıyla ön test ve son test olarak Maneviyat Ölçeği uygulanmıştır. Maneviyat ön test olarak uygulandığında katılımcıların ruhsal sağlık puanlarının, deney ve kontrol grubunda farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla uygulanan ölçeğin ön test sonuçlarına t-Testi yapılmıştır. T-test öncesinde bir önkoşul olan, grup varyansları arasında bir fark olmadığını belirlemek amacıyla Levene testi yapılmıştır.

Tablo 4.8: MÖ Levene Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Gruplar	sd1	sd2	p
Manevi Başa Çıkma	Ön Test	1	58	.122
	Son Test	1	58	.451
Manevi Aşknlık	Ön Test	1	58	.355
	Son Test	1	58	.159
Manevi Yaşantı	Ön Test	1	58	.326
	Son Test	1	58	.099
MÖ Anlam Arayışı	Ön Test	1	58	.155
	Son Test	1	58	.134
Manevi Hoşnutluk	Ön Test	1	58	.078
	Son Test	1	58	.275
Bağlantı	Ön Test	1	58	.221
	Son Test	1	58	.205
Tabiatla Uyum	Ön Test	1	58	.336
	Son Test	1	58	.105

Maneviyat Ölçeği Levene testi sonuçları incelendiğinde $p>0.05$ olduğu için varyansların farklılaşmadığı hipotezi kabul edilir.

t-Testi için bir ön koşul olan homojenlik verilerinin sunulduğu Levene testi sonuçlarına göre t-Test analizi tekniği kullanılmıştır.

Tablo 4.9: Maneviyat Ölçeği Ön Testine İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Gruplar	N	\bar{X}	ss	Ortalama farkı	t	df	p
MÖ Manevi Başa Çıkma	Deney	30	21,53	2,04	0,20	0,622	58	.90
	Kontrol	30	21,33	6,01				

Manevi Aşkınlık	Deney	30	9,77	2,78	1,44	1,694	58	.50
	Kontrol	30	8,93	1,59				
Manevi Yaşantı	Deney	30	18,23	3,31	0,16	1,682	58	.90
	Kontrol	30	18,07	6,40				
Anlam Arayışı	Deney	30	18,17	2,13	0,97	0,234	58	.50
	Kontrol	30	17,20	2,51				
Manevi Hoşnutluk	Deney	30	13,03	2,46	0,23	1,682	58	.81
	Kontrol	30	12,80	2,21				
Bağlantı	Deney	30	18,27	2,33	0,24	2,622	58	.66
	Kontrol	30	18,03	2,31				
Tabiatla Uyum	Deney	30	10,70	2,32	0,30	2,458	58	.80
	Kontrol	30	10,67	2,71				

Söz konusu grupların Maneviyat Ölçeği Ön Test aldıkları puanlar arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi için yapılan bağımsız örneklem t-Test sonuçlarına göre; deney grubunun Manevi Başa Çıkma puan ortalaması ($x_D=21,53$) ile kontrol grubu Manevi Başa Çıkma puan ortalaması ($x_K=21,33$); deney grubunun Manevi Aşkınlık puan ortalaması ($x_D=9,77$) ile kontrol grubunun Manevi Aşkınlık puan ortalaması ($x_K=8,93$); deney grubunun Manevi Yaşantı puan ortalaması ($x_D=18,23$) ile kontrol grubunun Manevi Yaşantı puan ortalaması ($x_K=18,07$); deney grubunun Anlam Arayışı puan ortalaması ($x_D=18,17$) ile kontrol grubunun Anlam Arayışı puan ortalaması ($x_K=17,20$); deney grubunun Manevi Hoşnutluk puan ortalaması ($x_D=13,03$) ile kontrol grubunun Manevi Hoşnutluk puan ortalaması ($x_K=12,80$); deney grubunun Bağlantı puan ortalaması ($x_D=18,27$) ile kontrol grubunun Bağlantı puan ortalaması ($x_K=18,03$); deney grubunun Tabiatla Uyum puan ortalaması ($x_D=10,70$) ile kontrol grubunun Tabiatla Uyum puan ortalaması ($x_K=10,67$) arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($t_1=0,622;p>0,05$), ($t_2=1,694;p>0,05$), ($t_3=-1,682;p>0,05$), ($t_4=0,234;p>0,05$), ($t_5=1,682;p>0,05$), ($t_6=2,622;p>0,05$), ($t_7=2,458;p>0,05$).

Ön test seviyeleri eşit olan iki grubun ön test ve son testlerden aldıkları puanların tanımlayıcı istatistikleri aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 4.10: Deney Grubu Maneviyat Ölçeği Ön Test ve Son Testine İlişkin Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Deney Grubu	N	\bar{X}	ss	Ortalama farkı	t	df	p																																																																									
Manevi Başa Çıkma	Ön Test	30	23,50	2,047	-1,10	-2,827	29	.008																																																																									
	Son Test	30	24,60	,855					Manevi Aşkınlık	Ön Test	30	9,77	,568	-0,06	-0,571	29	.573	Son Test	30	9,83	,379	Manevi Yaşantı	Ön Test	30	21,23	3,319	-0,84	-1,980	29	.057	Son Test	30	22,07	3,118	MÖ Anlam Arayışı	Ön Test	30	18,17	2,135	-0,63	-2,003	29	.055	Son Test	30	18,80	1,789	Manevi Hoşnutluk	Ön Test	30	13,03	3,469	-2,67	-4,968	29	.000	Son Test	30	15,70	3,075	Bağlantı	Ön Test	30	19,27	1,337	-0,30	-1,469	29	.153	Son Test	30	19,57	,898	Tabiatla Uyum	Ön Test	30	11,67	2,324	-1,10	-3,754	29
Manevi Aşkınlık	Ön Test	30	9,77	,568	-0,06	-0,571	29	.573																																																																									
	Son Test	30	9,83	,379					Manevi Yaşantı	Ön Test	30	21,23	3,319	-0,84	-1,980	29	.057	Son Test	30	22,07	3,118	MÖ Anlam Arayışı	Ön Test	30	18,17	2,135	-0,63	-2,003	29	.055	Son Test	30	18,80	1,789	Manevi Hoşnutluk	Ön Test	30	13,03	3,469	-2,67	-4,968	29	.000	Son Test	30	15,70	3,075	Bağlantı	Ön Test	30	19,27	1,337	-0,30	-1,469	29	.153	Son Test	30	19,57	,898	Tabiatla Uyum	Ön Test	30	11,67	2,324	-1,10	-3,754	29	.001	Son Test	30	12,77	1,775								
Manevi Yaşantı	Ön Test	30	21,23	3,319	-0,84	-1,980	29	.057																																																																									
	Son Test	30	22,07	3,118					MÖ Anlam Arayışı	Ön Test	30	18,17	2,135	-0,63	-2,003	29	.055	Son Test	30	18,80	1,789	Manevi Hoşnutluk	Ön Test	30	13,03	3,469	-2,67	-4,968	29	.000	Son Test	30	15,70	3,075	Bağlantı	Ön Test	30	19,27	1,337	-0,30	-1,469	29	.153	Son Test	30	19,57	,898	Tabiatla Uyum	Ön Test	30	11,67	2,324	-1,10	-3,754	29	.001	Son Test	30	12,77	1,775																					
MÖ Anlam Arayışı	Ön Test	30	18,17	2,135	-0,63	-2,003	29	.055																																																																									
	Son Test	30	18,80	1,789					Manevi Hoşnutluk	Ön Test	30	13,03	3,469	-2,67	-4,968	29	.000	Son Test	30	15,70	3,075	Bağlantı	Ön Test	30	19,27	1,337	-0,30	-1,469	29	.153	Son Test	30	19,57	,898	Tabiatla Uyum	Ön Test	30	11,67	2,324	-1,10	-3,754	29	.001	Son Test	30	12,77	1,775																																		
Manevi Hoşnutluk	Ön Test	30	13,03	3,469	-2,67	-4,968	29	.000																																																																									
	Son Test	30	15,70	3,075					Bağlantı	Ön Test	30	19,27	1,337	-0,30	-1,469	29	.153	Son Test	30	19,57	,898	Tabiatla Uyum	Ön Test	30	11,67	2,324	-1,10	-3,754	29	.001	Son Test	30	12,77	1,775																																															
Bağlantı	Ön Test	30	19,27	1,337	-0,30	-1,469	29	.153																																																																									
	Son Test	30	19,57	,898					Tabiatla Uyum	Ön Test	30	11,67	2,324	-1,10	-3,754	29	.001	Son Test	30	12,77	1,775																																																												
Tabiatla Uyum	Ön Test	30	11,67	2,324	-1,10	-3,754	29	.001																																																																									
	Son Test	30	12,77	1,775																																																																													

Deney grubunun Maneviyat Ölçeği Ön Test ve Son Test puanları arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi için yapılan eşleştirilmiş örneklem t-Test sonuçlarına göre; ön test Manevi Başa Çıkma puan ortalaması ($x_0=23,50$) ile son test Manevi Başa Çıkma puan ortalaması ($x_s=24,60$); son test Manevi Hoşnutluk puan ortalaması ($x_0=13,03$) ile son test Manevi Hoşnutluk puan ortalaması ($x_s=15,70$); ön test Tabiatla Uyum puan ortalaması ($x_0=11,67$) ile son test Tabiatla Uyum puan ortalaması ($x_s=12,77$) arasında anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ($t_1=-2,827;p<0,05$), ($t_5=-4,968;p<0,05$), ($t_7=-3,754;p<0,05$).

Ön test Manevi Aşkınlık puan ortalaması ($x_0=9,77$) ile son test Manevi Aşkınlık puan ortalaması ($x_s=9,83$); ön test Manevi Yaşantı puan ortalaması ($x_0=21,23$) ile son test Manevi Yaşantı puan ortalaması ($x_s=22,07$); ön test Anlam Arayışı puan ortalaması ($x_0=18,17$) ile son test Anlam Arayışı puan ortalaması ($x_s=18,80$); ön test Bağlantı puan ortalaması ($x_0=19,27$) ile son test Bağlantı puan ortalaması ($x_s=19,57$); arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($t_2=-0,571; p>0,05$), ($t_3=-1,980; p>0,05$), ($t_4=-2,003; p>0,05$), ($t_6=-1,469; p>0,05$),

Tablo 4.11: Kontrol Grubu Maneviyat Ölçeği Ön Test ve Son Testine İlişkin Eşleştirilmiş Örneklem t-Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Kontrol Grubu	N	\bar{X}	ss	Ortalama farkı	t	df	p																																																																									
Manevi Başa Çıkma	Ön Test	30	19,33	6,013	-1,04	-1,213	29	.235																																																																									
	Son Test	30	20,37	5,062					Manevi Aşkınlık	Ön Test	30	8,93	1,596	0,33	1,095	29	.283	Son Test	30	8,60	2,207	Manevi Yaşantı	Ön Test	30	15,07	6,405	-0,76	-1,635	29	.113	Son Test	30	15,83	6,046	MÖ Anlam Arayışı	Ön Test	30	16,20	3,517	-0,30	-1,140	29	.264	Son Test	30	16,50	3,665	Manevi Hoşnutluk	Ön Test	30	12,80	4,213	-0,20	-0,306	29	.762	Son Test	30	13,00	3,648	Bağlantı	Ön Test	30	17,03	3,316	0,26	0,543	29	.591	Son Test	30	16,77	3,866	Tabiatla Uyum	Ön Test	30	9,70	3,715	-0,23	0,592	29
Manevi Aşkınlık	Ön Test	30	8,93	1,596	0,33	1,095	29	.283																																																																									
	Son Test	30	8,60	2,207					Manevi Yaşantı	Ön Test	30	15,07	6,405	-0,76	-1,635	29	.113	Son Test	30	15,83	6,046	MÖ Anlam Arayışı	Ön Test	30	16,20	3,517	-0,30	-1,140	29	.264	Son Test	30	16,50	3,665	Manevi Hoşnutluk	Ön Test	30	12,80	4,213	-0,20	-0,306	29	.762	Son Test	30	13,00	3,648	Bağlantı	Ön Test	30	17,03	3,316	0,26	0,543	29	.591	Son Test	30	16,77	3,866	Tabiatla Uyum	Ön Test	30	9,70	3,715	-0,23	0,592	29	.559	Son Test	30	9,47	3,461								
Manevi Yaşantı	Ön Test	30	15,07	6,405	-0,76	-1,635	29	.113																																																																									
	Son Test	30	15,83	6,046					MÖ Anlam Arayışı	Ön Test	30	16,20	3,517	-0,30	-1,140	29	.264	Son Test	30	16,50	3,665	Manevi Hoşnutluk	Ön Test	30	12,80	4,213	-0,20	-0,306	29	.762	Son Test	30	13,00	3,648	Bağlantı	Ön Test	30	17,03	3,316	0,26	0,543	29	.591	Son Test	30	16,77	3,866	Tabiatla Uyum	Ön Test	30	9,70	3,715	-0,23	0,592	29	.559	Son Test	30	9,47	3,461																					
MÖ Anlam Arayışı	Ön Test	30	16,20	3,517	-0,30	-1,140	29	.264																																																																									
	Son Test	30	16,50	3,665					Manevi Hoşnutluk	Ön Test	30	12,80	4,213	-0,20	-0,306	29	.762	Son Test	30	13,00	3,648	Bağlantı	Ön Test	30	17,03	3,316	0,26	0,543	29	.591	Son Test	30	16,77	3,866	Tabiatla Uyum	Ön Test	30	9,70	3,715	-0,23	0,592	29	.559	Son Test	30	9,47	3,461																																		
Manevi Hoşnutluk	Ön Test	30	12,80	4,213	-0,20	-0,306	29	.762																																																																									
	Son Test	30	13,00	3,648					Bağlantı	Ön Test	30	17,03	3,316	0,26	0,543	29	.591	Son Test	30	16,77	3,866	Tabiatla Uyum	Ön Test	30	9,70	3,715	-0,23	0,592	29	.559	Son Test	30	9,47	3,461																																															
Bağlantı	Ön Test	30	17,03	3,316	0,26	0,543	29	.591																																																																									
	Son Test	30	16,77	3,866					Tabiatla Uyum	Ön Test	30	9,70	3,715	-0,23	0,592	29	.559	Son Test	30	9,47	3,461																																																												
Tabiatla Uyum	Ön Test	30	9,70	3,715	-0,23	0,592	29	.559																																																																									
	Son Test	30	9,47	3,461																																																																													

Kontrol grubunun Maneviyat Ölçeği Ön Test ve Son Test puanları arasında farklılık olup olmadığının incelenmesi için yapılan eşleştirilmiş örneklem t-Test sonuçlarına göre; ön test Manevi Başa Çıkma puan ortalaması ($x_0=19,33$) ile son test Manevi Başa

Çıkma puan ortalaması ($x_s=20,37$); Ön test Manevi Aşkılık puan ortalaması ($x_ö=8,93$) ile son test Manevi Aşkılık puan ortalaması ($x_s=8,60$); ön test Manevi Yaşantı puan ortalaması ($x_ö=15,07$) ile son test Manevi Yaşantı puan ortalaması ($x_s=15,83$); ön test Anlam Arayışı puan ortalaması ($x_ö=16,20$) ile son test Anlam Arayışı puan ortalaması ($x_s=16,50$); son test Manevi Hoşnutluk puan ortalaması ($x_ö=12,80$) ile son test Manevi Hoşnutluk puan ortalaması ($x_s=13,00$); ön test Bağlantı puan ortalaması ($x_ö=17,03$) ile son test ($x_s=16,77$) Bağlantı puan ortalaması; ön test Tabiatla Uyum puan ortalaması ($x_ö=9,70$) ile son test Tabiatla Uyum puan ortalaması ($x_s=9,47$) arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($t_1=-1,213;p>0,05$), ($t_2=-1,095;p>0,05$), ($t_3=-1,635;p>0,05$), ($t_4=-1,140;p>0,05$), ($t_5=0,306;p>0,05$), ($t_6=0,543;p>0,05$), ($t_7=0,592;p>0,05$)

Yukarıda belirtilen analiz sonuçlarına göre kontrol grubunun deney grubundan farklılık göstermesinin ve MÖ tüm alt ölçeklerinde istatistiksel olarak olumlu yönde artış görülmesinin nedeninin deney grubuna uygulanan hacamat uygulaması olduğu şeklinde bir yorum yapılabilir.

t-Testleri sonucunda elde edilen grupların ön test ve son testleri arasındaki anlamlı farklılaşmanın ölçümler arasında da var olup olmadığını test etmek amacıyla Deney ve Kontrol gruplarının MÖ ön test ve son test ölçümlerine 2x2'lik Karışık Desen Anova uygulanmıştır. Birden fazla bağımsız değişkene bağımlı değişkenin etkisini ölçmek için yaptığımız bu analizin ön koşullarını test etmek için varyansların homojenliği test edilmiştir.

Tablo 4.12: MÖ Levene Testi Sonuçları

Envanterler	Sd1	Sd2	p
MÖ	1	58	.492

Maneviyat Ölçeği Levene testi sonuçları incelendiğinde $p>0.05$ olduğu için varyansların farklılaşmadığı hipotezi kabul edilir. Anova için bir ön koşul olan homojenlik verilerinin sunulduğu Levene testi sonuçlarına göre 2x2lik Karışık Desen Anova analizi tekniği kullanılmıştır.

Tablo 4.13: Deney ve Kontrol Grubunun Ön test-Son test Maneviyat Ölçeği Toplam Puanlarının 2x2 ANOVA Sonuçları

Envanter	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler			
				Ortalama	F	p	η^2
	Gruplar arası	21340,35	1				
	Grup	213,333	1	213,333	5,123	,027	0,081
	Hata	2415,133	58	41,460			
	Gruplar içi	50231,05	1				
MÖ	Ölçüm	512,533	1	512,533	12,309	,001	,175
	Grup*Ölçüm	213,333	1	213,333	5,123	,001	,081
	Hata	2415,133	58	2415,133			
	Toplam	55136,91	119				

İstatistiksel sonuçlara göre, deney ve kontrol grubundaki katılımcıların Maneviyat Ölçeği son test ve ön test sonuçları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir ($F(1,58)=5,123$, $p<0,05$, $n^2=0,081$). Eta kare incelendiğinde; 0,081 değerinin uygulanan hacamat tedavisinin etkililiğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo:4.14: Deney ve Kontrol Grubunun ön test ve Son Test Puanlarının Maneviyat Puanlarına İlişkin Karşılaştırmaları

Deney-Kontrol Grubu	(I) Ölçüm	(J) Ölçüm	Ort. Farkı (I-J)	Std. hata	p
	Ön	Son	-6,800	1,666	,000
Deney	Son	Ön	6,800	1,666	,000
	Ön	Son	-1,467	1,666	,382
Kontrol	Son	Ön	1,467	1,666	,382

İkili karşılaştırma sonuçları incelendiğinde deney grubunda ön testten son teste ve son testten ön teste Maneviyat puanlarının anlamlı olarak yükseldiği ($p<.001$) görülmektedir. Kontrol grubunda ise ön testten son teste ve son testten ön teste anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma çıktıları olan sonuçlara ve bu sonuçlardan hareketle ilerleyen zamanlarda yapılacak olan çalışma ve araştırmalara dair öneriler yer almaktadır.

Araştırmanın hipotezleri çerçevesinde kurgulanan bu bölümde sırasıyla araştırma soruları olan hipotezlerin nasıl cevaplandığı hakkında yorumlar yapılacaktır.

5.1.Tartışma

Araştırmanın temel sorusu olan “Hacamatın Ruh Sağlığı ve Maneviyatla bir ilişkisi var mıdır?” esas alınarak ön test ve son test uygulamalarında kullanılacak ölçeklerle ilintili olarak belli başlı hipotezler belirlenmiştir. Bu hipotezler sırasıyla şunlardır

H1: Hacamat uygulaması yapılan deney grubunun KSE ön test son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H0: Hacamat uygulaması yapılmayan kontrol grubunun KSE ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H1: Hacamat uygulaması yapılan deney grubunun MÖ ön test son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H0: Hacamat uygulaması yapılmayan kontrol grubunun MÖ ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

H1: Deney ve Kontrol grubu KSE ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H1: Deney ve Kontrol grubu MÖ ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

5.1.1. Alt Hipotez I

Araştırmanın birinci alt hipotezi; “H1: Hacamat uygulaması yapılan deney grubunun KSE ön test son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.” “H0: Hacamat

uygulanması yapılmayan kontrol grubunun KSE ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.” şeklindedir.

Birinci alt hipotezi test etmek adına yapmış olduğumuz nicel analizlerin başında H1 için t-test öncesinde bir önkoşul olan, grup varyansları arasında bir fark olmadığını belirlemek amacıyla Levene testi yapılmıştır. Levene testi sonucunda grupların varyansları arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$ Bkz. Tablo:4.1).

Daha sonrasında deney grubunun ön test ve son test puanları arasında eşleştirilmiş örneklem t-testi uygulanmıştır. T-test sonuçlarında deney grubunun son test ve ön test puanları tüm alt envanterlerde anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p>0.05$ Bkz. Tablo 4.3)

H0 için ise kontrol grubunun ön test ve son test puanları arasında eşleştirilmiş örneklem t-testi uygulanmıştır. T-test sonuçlarında deney grubunun ön test ve son test puanları tüm alt envanterlerde anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0.05$ Bkz. Tablo 4.4)

Yukarıda belirtilen analiz sonuçlarına göre deney grubunun kontrol grubundan farklılaşmasının ve deney grubu KSE tüm alt ölçeklerinde ön test ve son test ölçümleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde artış göstermesinin nedeninin deney grubunda uygulanan hacamat uygulaması olduğu şeklinde bir yorum yapılabilir.

5.1.2.Alt Hipotez II

Araştırmanın ikinci alt hipotezi: “H1: Hacamat uygulaması yapılan deney grubunun MÖ ön test son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.” “H0: Hacamat uygulaması yapılmayan kontrol grubunun MÖ ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık yoktur.” şeklindedir.

İkinci alt hipotezi test etmek adına yapmış olduğumuz nicel analizlerin başında H1 için t-test öncesinde bir önkoşul olan, grup varyansları arasında bir fark olmadığını belirlemek amacıyla Levene testi yapılmıştır. Levene testi sonucunda grupların varyansları arasında bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$ Bkz. Tablo:4.8).

Daha sonrasında deney grubunun ön test ve son test puanları arasında eşleştirilmiş örneklem t-testi uygulanmıştır. T-test sonuçlarında deney grubunun ön test ve son test puanları: manevi başa çıkma, manevi hoşnutluk, tabiatla uyum alt envanterlerinde anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Ancak manevi aşkınlık, manevi yaşantı, anlam

arayışı ve bağlantı alt envanterlerinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$ Bkz. Tablo 4.10).

H0 için ise kontrol grubunun ön test ve son test puanları arasında eşleştirilmiş örneklem t-testi uygulanmıştır. T-test sonuçlarında deney grubunun ön test ve son test puanlarının tüm alt envanterlerde anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür ($p>0.05$ Bkz. Tablo 4.11)

Yukarıda belirtilen analiz sonuçlarına göre deney grubundaki katılımcıların MÖ ön test ve son test sonuçlarının tüm alt envanterde anlamlı şekilde farklılaşmadığı görülmüştür. Manevi başa çıkma, manevi hoşnutluk, tabiatla uyum alt envanterlerinde anlamlı bir farklılaşma gözlemlense de bu durum hipotezin geçerli sayılması için yeterli değildir. Dolayısıyla hacamat uygulamasının bireylerin maneviyat düzeyleriyle bu çalışma özelinde olumlu yönden anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır şeklinde bir yorum yapılabilir.

5.1.3.Alt Hipotez III

Araştırmanın üçüncü alt hipotezi: “H1: Deney ve Kontrol grubu KSE ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.” şeklindedir.

Üçüncü alt hipotezi test etmek için yapmış olduğumuz nicel analizlerin başında H1 için Deney ve Kontrol gruplarının KSE ön test ve son test ölçümlerine 2x2’lik Karışık Desen ANOVA uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda deney ve kontrol grubundaki katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir ($F(1,58)=3,81$, $p<0,05$, $n^2=0,62$ Bkz. Tablo 4.6).

Eta kare değeri incelendiğinde; 0,62 değerinin uygulanan hacamat tedavisinin etkililiğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Deney ve kontrol grubunun ön test ve son testlerinin ikili karşılaştırma sonuçları incelendiğinde deney grubunda ön testten son teste ve son testten ön teste Kısa Semptom Envanteri puanlarının anlamlı olarak yükseldiği ($p<.001$ Bkz. Tablo:4.7) görülmektedir. Kontrol grubunda ise ön testten son teste ve son testten ön teste anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Yukarıda belirtilen analiz sonuçlarına göre deney grubunun KSE ön test ve son test toplam puanları ölçümlerinin arasında anlamlı farklılaşmanın bulunduğu görülmüştür.

5.1.4.Alt Hipotez IV

Araştırmanın dördüncü alt hipotezi: “H1: Deney ve Kontrol grubu MÖ ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı bir farklılık vardır.” şeklindedir.

Dördüncü alt hipotezi test etmek için yapmış olduğumuz nicel analizlerin başında H1 için Deney ve Kontrol gruplarının MÖ ön test ve son test ölçümlerine 2x2’lik Karışık Desen Anova uygulanmıştır. Yapılan analizden elde edilen istatistiksel sonuçlara göre, deney ve kontrol grubundaki katılımcıların Maneviyat Ölçeği ön test ve son test sonuçları arasında anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$, $n^2=0,081$ Bkz. Tablo:4.13). Eta kare değeri incelendiğinde; 0,081 değerinin uygulanan hacamat tedavisinin etkililiğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Deney ve kontrol grubunun ön test ve son testlerinin ikili karşılaştırma sonuçları incelendiğinde deney grubunda ön testten son teste ve son testten ön teste Maneviyat puanlarının anlamlı olarak yükseldiği görülmektedir ($p<.001$ Bkz. Tablo:4.14). Kontrol grubunda ise ön testten son teste ve son testten ön teste anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Yukarıda belirtilen analiz sonuçlarına göre deney grubunun MÖ ön test ve son test toplam puanları ölçümlerinin arasında anlamlı farklılaşmanın bulunduğu görülmüştür.

5.5.Sonuç

Alanyazın incelendiğinde ruh sağlığı ve maneviyat arasındaki ilişkiye dair farklı gruplarla çalışmalar yapıldığı ve bunun sonucunda ikisi arasında olumlu yönde bir ilişki olduğunu bulgulayan araştırmaların mevcut olduğu tespit edilmiştir. Örneğin çocuklarla (Holder M. D. ve dğr., 2010), üniversite öğrencileriyle (Kalaycı, 2019; Solmaz, 2019) ve yetişkinlerle (Akman, 2020; Hodges, 2002) yapılan çalışmalarda zihinsel sağlık ile maneviyat arasında olumlu bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Beden ve ruh bütünlüğünden oluşan insanın, ruh sağlığı üzerinde olumlu yönde etkisi olan maneviyata önem verilmesi, manevi yönünün beslenmesi, bütüncül sağlığına ve dengesine kavuşmasında etkili olacaktır. Bu yönüyle araştırmamıza dahil ettiğimiz maneviyat, medikal ve dini motivasyonlarla yapılan hacamat uygulamasının ruhsal sağlığa olan etkisinde bir faktör olarak ele alınmıştır. Ne var ki elde edilen bulguların da gösterdiği üzere katılımcıların maneviyat düzeyleri ile hacamat uygulaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Araştırmamızın ana

problemi olan ‘‘Hacamatın ruh sağlığı ve maneviyat ile arasında olumlu, olumsuz, n6tr y6nden bir ilişki var mıdır?’’ sorusuna odaklandığımız bu çalışmada, uygulanan 6lekler sonrasında hacamatın, ruh sağlığı ile arasında anlamlı d6zeyde bir ilişkisi olduğu bulunmuşken, maneviyatla arasında anlamlı d6zeyde bir ilişkisi bulunamamıştır. Nitekim, kullanmış olduğumuz maneviyat 6leğinin alt boyutlarından olan manevi hoşnutluk, manevi başa çıkma, tabiatla uyum gibi maneviyat unsurları ile olumlu y6nde bir ilişkisi olduğu s6ylenebilirken; manevi aşkınlık, manevi yaşantı, anlam arayışı ve bağlantı gibi maneviyat unsurlarıyla aralarında anlamlı bir ilişki bulunduğu s6ylenemez.

Bu şekilde bir sonucun ortaya çıkması;

1. Deney grubundaki katılımcıların b6y6k çoğunluğunun (26 katılımcı) daha 6ncesinde hacamat deneyiminin olmasıyla,
2. Hacamat yaptıran katılımcıların dini motivasyonlarla hareket ediyor olmasıyla,
3. Fiziksel sağlığa ulaşmada alternatif bir tedavi arayışında olmalarıyla,
4. Deney grubunun manevi yaşantı d6zeylerinin y6ksek olmasıyla,
5. Hacamat uygulamasının manevi aşkınlık, manevi yaşantı, anlam arayışı ve bağlantı unsurlarını destekleyici bir y6n6n6n bulunmayışıyla,

ve benzeri nedenlerle açıklanabilir. Ancak bu yorumların geçerliğinin tespit edilmesi için yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

5.6. 6neriler

1. Araştırma sadece kadın katılımcılar 6zerinde geçekleştirilmiştir. İleride yapılacak araştırmalarda, 6rneklem grubu sadece erkek katılımcılardan ya da hem kadın hem de erkek katılımcılardan seçilebilir.
2. Yoga, meditasyon gibi manevi unsurlar içeren alternatif tedavi y6ntemlerinin ruh sağlığı ve maneviyatla olan ilişkisi 6zerine çalışma yapılabilir.
3. Araştırmanın 6rneklemi, pandemi d6neminde hacamat merkezlerinin kapalı olmasından dolayı evlerde hacamat yaptıran kişilerle sınırlı kalmıştır. İleride hacamat ile alakalı yapılacak çalışmalarda 6rneklem, hacamat merkezlerinde veya hastanelerde hacamat yaptıran kişilerden seçilebilir.

KAYNAKÇA

- Akman, A. E. (2020). *Maneviyat Düzeylerine Göre Stres, Bilgece Farkındalık ve Ayrışma-Bütünleşme Farklılıkları* (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition text revision(DSM IV)*. American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*. American Psychiatric Association.
- Aras, M. (2021). *18 Yaş ve Üzeri Kişilerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Durumu* (Uzmanlık Tezi).
- Atabek, E., & Görkey, Ş. (1998). *Başlangıcından Rönesansa Kadar Tıp Tarihi*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
- Ayten, A. (2018). *Din ve Sağlık*. Marmara Akademi Yayınları.
- Bayat, A. H. (2010). *Tıp Tarihi*. Merkez Efendi Geleneksel Tıp Derneği.
- Bedel, G. (2009). *The Validity and Reliability Study of the Turkish Version of The Spritualty Scale* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Benli, Z. (2017). Hacamat Tedavisi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(6), 46–53.
- Bolkan, A. (2008). Şişe Çekme. In *I. Uluslararası 10. Ulusal Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı* (pp. 1073–1718).
- Buhârî. (1999). *es-Sahîh*. Dârü's-Selâm
- Cao, H., Li, X., & Liu, J. (2012). An Updated Review of the Efficacy of Cupping Therapy. *PLoS ONE*, 7(2), e31793.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0031793>
- Ceran, B. (2008). *Antik Mısır ve Eski Anadolu Uygarlıklarında Tıp* (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çetin, Ş., & Sözeri Varma, G. (2021). Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 790–804.
- Değer, M., & Baysanoğlu, Ş. (1992). *Diyarbakır Folklerinde Halk Hekimliği*, San Matbaası .

- Delgada, C. (2005). A discussion of the concept of spirituality. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 157–162.
- Deniz, K. Z. (2020). *Herkes için İstatistikolay*. Nobel Yayınevi
- Doksat, K. (1997). *Dinî ve Mistik Yaşantıların Psikolojisi*. Türkiye Günlüğü.
- Düzgüner, S. (2013). Ruh-Beden ve İnsan-Aşkın Varlık İlişkisine Yönelik Psikolojik Yaklaşımın Tarihi Serüveni, *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 253–284.
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26(6), 1183–1188. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.1997.00446.X>
- Ebû Dâvûd. (1999). *Sünen* (Salih b. Abdülaziz b. Muhammed, Ed.). Dârü's-Selâm
- Ellison, C. G., & Levin, S. J. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*, 25(6), 700–720.
- Göka, E. (2001). Modern Psikiyatrinin Kısa Tarihi ve Çok Kısa Karşı Tarihi. In K. Sayar (Ed.), *Ruh Hastalığını Anlamak* (pp. 14–59). Kaknüs Yayınları.
- Greenstone, G. (2010). The History of Bloodletting. *British Columbia Medical Journal*, 52(1), 12–14.
- Guindon, M. H. (2010). *Self-Esteem Across the Lifespan*. Taylor Francis Group.
- Hiçdurmaz, D., & Öz, F. (2011). Benliğin Bilişsel Yaklaşımla Güçlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 68–78.
- Hodges, S. (2002). Mental Health, Depression and Dimensions of Spirituality and Religion. *J Adult Develop*, 9(2), 109–115.
- Holder M. D., Coleman, B., & Wallace, J. M. (2010). Spirituality, Religiousness, And Happiness in Children Aged 8–12 Years. *Journal of Happiness Studies*, 11(2), 131–150.
- Horozcu, Ü. (2010). Tecrübî Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki. *Milel ve Nihal*, 7 (1), 209–240, 209–240.
- Howard, S. (2002). (2002). A Spiritual Perspective on Learning in the Workplace. *Journal of Managerial Psychology*, 17(3), 230–242.
- İbn Ebû Şeybe. (2008). *el-Musannef* (Ebû Muhammed Üsâme, Ed.). el-Fârûku'l-Hadîs.

- İbn Mâce. (2009). *es-Sünen* (el-Hâfız Ebû Tâhîr Zübeyr Ali Zaî, Ed.). Dârü's-Selâm .
- İbn-i Sina. (2013). *El-Kânûn Fi't-Tıb Tercümesi*, Süleymaniye Yazma Eser Kütüphanesi.
- Iqbal, N., & Ansari, A. (2013). Al-Hijamah (Cupping): The Natural Holistic Healing Art- A Review. *International Journal of Advanced Ayurveda, Yoga, Unani, Siddha and Homeopathy* , 2(1), 23–30.
- Kalaycı, A. (2019). *Maneviyat ve Ödomanik İyi Oluş Arasındaki İlişkide Bilgiğin Aracılık Rolü* [Yüksek Lisans Tezi].
- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Ş.E.E A. H. Tıp Bülteni*, 45(2), 65–74.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve Somatizasyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14-19., 14–19.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives . *Psychosomatic Medicine*, 420–430.
- Kılınç, S. M. (2015). *Cumhuriyet Dönemi Kaynaklarına Göre Kupa, Hacamat ve Sülûkle TEdevi* [Yüksek Lisans Tezi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Koç, M., & Polat, Ü. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Ruh Sağlığı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1–22.
- Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry* , 54(5), 283–291.
- Köşe, A. (1996). HACAMAT. In A. Köşe (Ed.), *TDV İslam Ansiklopedisi* (p. 422). TDV İslâm Araştırmaları Merkezi. <https://islamansiklopedisi.org.tr/hacamat#1>
- Lee, H. J., Park, N. H., Yun, H. J., Kim, S., & Jo, D. Y. (2008). Cupping Therapy-induced Iron Deficiency Anemia in a Healthy Man. *The American Journal of Medicine*, 121(8), e5–e6. <https://doi.org/10.1016/J.AMJMED.2008.04.014>
- Muslu, G., & Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(1), 62–67.

- NIH. (1997). Panel on definition and description. Defining and describing complementary and alternative medicine . *CAM Research Methodology Conference*, 49–57.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp.
- Pargament, K. I., & Saunders, S. M. (2007). Introduction to the Special Issue on Spirituality and Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 903–907.
- Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of Personality* 985-1012., 67(6), 985–1012.
- Post, S. G., Puchalski, C. M., & Larson, D. B. (2000). Physicians and Patient Spirituality: Professional Boundaries, Competency, and Ethics. *Annals of Internal Medicine*, 578–583.
- Qureshi, N. A., Ali, G. I., Abushanab, T. S., El-Olemy, A. T., Alqaed, M. S., El-Subai, I. S., & Al-Bedah, A. M. N. (2017). History of cupping (Hijama): a narrative review of literature. *Journal of Integrative Medicine*, 15(3), 172–181. [https://doi.org/10.1016/S2095-4964\(17\)60339-X](https://doi.org/10.1016/S2095-4964(17)60339-X)
- Şahin, N. H., & Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9–31.
- Şahin, N. H., Durak, A., & Uğur, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 125–135.
- Salih, A. (2018). *Gerçek Tıp Yitik Şifanın İzinde*. Yitik Şifa Yayıncılık.
- Şeker, N. (2013). Hz. Peygamberin Hadislerinde Koruyucu Hekimlik: Hacamat Örneği. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 21, 156–188.
- Şengül, F. (2007). *Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisi* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sheldrake, P. (2007). *A Brief History of Spirituality*. Blackwell Publishing.
- Solmaz, A. (2019). *Psikolojik İyi Oluş ve Manevi Yönelimin Üniversite Öğrencilerinin İnternet Bağımlılığı Düzeyi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi].
- Swinton, J. (2003). *Spirituality and Mental Health Care*. Jessica Kingsley Publishers.

- Taycan, O., & Coşkun, B. (2020). *Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar*. Bayt Yayınları.
- Tokyürek, H. (2014). Eski Uygurcada Āyurveda Tıbbı ve Beş Unsur. *Türkiyat Mecmuası*, 24, 236–260.
- Topuz, E. (2008). *Kanserde Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp*, İletişim Yayınları.
- Tosyalıoğlu, M. B. (2021). *Üniversite Öğrencilerinde Maneviyat ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Turgut, A. (2017). *İlk Yetişkinlerde Dua Tutumları—Psikolojik İyi Olma İlişkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 12–16.
- Ünübol, H., & Sayar, G. (2019). Türkiye’de Hostilitenin Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi. *Şiddetin Önlenmesi Çalıştayı*, 25–45.
- WHO. (2013). *2014-2013 Who Traditional Medicine Strategy*. www.who.int
- Yıldırım, B. (2019). *Hız. Peygamber Döneminde Hacamat Kültürü* [Yüksek Lisans Tezi]. Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Zhang, X. (2001). *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*.
- Zhu, J., Wang, X., Liu, Z., Liu, T., Wei, G., & Chen, X. (2016). The Relationship between Self-Concept and Mental Health among Chinese College Students: The Mediating Effect of Social Adjusting. *Open Journal of Social Sciences*, 118–125.
- Zohar, D., & Marshall, I. (2001). *Spiritual Intelligence: The Ultimate Intelligence*. Bloomsbury Publishing.