

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

DOKTORA TEZİ

DİYALİZ HASTALARINDA BAĞLANMA, DİNİ
BAŞA ÇIKMA VE YAŞAM MEMNUNİYETİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Fatma SAĞLAM DEMİRKAN

2502150539

DANIŞMAN: Doç. Dr. Mehmet ATALAY

İSTANBUL, 2020



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA
TEZ ONAYI



ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : FATMA SAĞLAM DEMİRKAN Numarası : 2502150539
Anabilim Dalı /
Anasanat Dalı / Programı : FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ Danışmanı : DOÇ. DR. MEHMET ATALAY
Tez Savunma Tarihi : 18.02.2020 Saati : 15:00
Tez Başlığı : "DİYALİZ HASTALARINDA BAĞLANMA, DİNİ BAŞA ÇIKMA VE YAŞAM
MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA"

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 50. Maddesi uyarınca yapılmış,
sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- PROF. DR. HASAN KAPLAN		Kabul
2- PROF. DR. ALİ AYTEN		Kabul
3- DOÇ. DR. MEHMET ATALAY		KABUL
4- DOÇ. DR. ÜMİT HOROZCU		KABUL
5- DOÇ. DR. GÜLÜŞAN GÖCEN		KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- PROF. DR. RECEP ALPYAĞIL		
2- PROF. DR. ÜZEYİR OK		

ÖZ

DİYALİZ HASTALARINDA BAĞLANMA, DİNİ BAŞA ÇIKMA VE YAŞAM MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Fatma SAĞLAM DEMİRKAN

Bu çalışma, yaşam memnuniyetinin bağlanma tarzları ve dini başa çıkma tarzları ile olan ilişkisini araştırmayı amaçlamaktadır. Bununla beraber kronik hastalıklarda dini yönelim ve duygu durumunun nasıl olduğunu tespit etmek de bu çalışmanın amaçları arasında yer almaktadır. Bu çalışmayı önemli kılan, diyaliz hastalarının manevi kimliğini temsil edebilen bir profil sunma girişimidir. Ekim 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında diyaliz tedavisi alan ve Türkiye'nin farklı illerinde ikamet eden 609 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örnekleminin yaş aralığı 20-95 arasında olup yaş ortalaması 60,62'dir. Katılımcıların %47,8'i (n = 291) kadın, %52,2'si (n = 318) ise erkek hastadan oluşmaktadır.

Araştırmada yetişkin bağlanma biçimlerini ölçmek amacıyla Hazan & Shaver'in Yetişkin Bağlanma Ölçeği (1987), Allah'a bağlanma biçimlerini ölçmek amacıyla Kirkpatrick & Shaver'ın Tanrı'ya Bağlanma Ölçeği (1992), dini başa çıkma tarzlarını ölçmek amacıyla Pargament ve arkadaşları tarafından geliştirilen Dini Başa Çıkma Ölçeği (1998) ve yaşam memnuniyetini ölçmek amacıyla Lavalley ve arkadaşları tarafından geliştirilen Yaşam Memnuniyeti Ölçeği (2007) kullanılmıştır. 574 diyaliz hastasıyla yüz yüze görüşülerek, 35 diyaliz hastasıyla da sosyal paylaşım sitelerinde anket soruları paylaşarak veriler toplanmıştır.

Bu çalışmada, ilişkisel tarama modeli survey tekniği kullanılarak veriler analiz edildi. Analiz türüne karar verilirken değişken türleri, normallik ve homojenlik varsayımları dikkate alınmıştır. Bunun sonucunda ya t testi, tek yönlü ANOVA, çift yönlü ANOVA (fANCOVA), ANCOVA ya da Mann Whitney U, Kruskal Wallis H testleri kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenin kategorik olduğu durumlarda ise ki-kare analizi yapılmıştır.

Bağlanma biçimleri, dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki üzerine yürütülen bu çalışmada şu bulgular elde edilmiştir: Diyaliz hastaları yakın ilişkilerde ve Allah'la olan ilişkilerinde bağlanma figürüne daha fazla güvenli bağlanırlar. Yetişkin bireye güvenli bağlananlar Allah'a da güvenli; yetişkin bireye kaygılı ve kaçınan bağlananlar Allah'a da kaygılı ve kaçınan bağlanırlar. Bağlanma figürüne (yetişkin bireye ve Allah'a) güvenli bağlananların güvensiz bağlananlara göre yaşam memnuniyeti daha yüksektir. Bağlanma figürüne güvenli bağlanan bireyler; daha fazla olumlu duygulara, daha fazla güvensiz bağlananlar ise olumsuz duygulara sahiptirler. Allah'a güvenli bağlananlar, kaçınan ve kaygılı bağlananlara göre olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullanırlar. Olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullanan bireyler daha fazla olumlu duygulara, olumsuz başa çıkma etkinliklerini kullanan bireyler ise daha fazla olumsuz duygulara sahiptirler. Yaşam memnuniyeti ile olumlu dini başa çıkma tarzı arasında pozitif ilişki, olumsuz dini başa çıkma tarzı arasında ise negatif ilişki vardır. Aynı zamanda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, diyaliz yılı ve maddi durum gibi demografik değişkenler ile bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyeti arasında ilişki olduğuna yönelik bulgular elde edilmiştir. Sonuç olarak, bağlanma biçimleri, dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyeti arasında ilişki olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Allah'a Bağlanma, Güvenli Bağlanma, Kaygılı Bağlanma, Kaçınan Bağlanma, Olumlu Dini Başa Çıkma, Olumsuz Dini Başa Çıkma, Duygu Durum ve Yaşam Memnuniyeti.

ABSTRACT

A RESEARCH ON THE RELATIONSHIP BETWEEN ATTACHMENT, RELIGIOUS COPING AND LIFE SATISFACTION IN DIALYSIS PATIENTS

Fatma SAĞLAM DEMİRKAN

This study aims to investigate the relationship between life satisfaction and attachment styles and religious coping styles. In addition, determining how religious orientation and mood are in chronic diseases is also among the aims of this study. What makes this study important is an attempt to provide a profile that can represent the spiritual dimension of dialysis patients. The research was conducted with 609 patients receiving dialysis treatment and residing in different provinces of Turkey between October 2018- April 2019. The age range of the sample of the study is 20-95 and the average age is 60.62. 47.8% (n = 291) of the participants are female and 52.2% (n = 318) are male.

In this thesis, I used Hazan & Shaver's Adult Attachment Scale (1987) to measure adult attachment styles, Kirkpatrick & Shaver's Attachment Scale to God (1992) to measure the ways of attachment to God, Pargament et al. The Religious Coping Scale (1998) to measure the ways of religious coping and the Life Satisfaction Scale (2007) developed by Lavalley et al. to measure life satisfaction. Data was collected through interviewing 574 dialysis patients face-to-face, and 35 dialysis patients by sharing survey questions on social networking sites.

In this study, the data were analyzed using the relational screening model survey technique. Variable types, normality and homogeneity assumptions were taken into account when deciding on the type of analysis. As a result, ya test, one-way ANOVA, two-way ANOVA (fANCOVA), ANCOVA or Mann Whitney U, Kruskal Wallis H tests were used. In cases where the dependent and independent variable is categorical, chi-square analysis was performed.

In this study conducted on the relationship between attachment styles, religious coping styles and life satisfaction, the following findings were obtained: Dialysis patients are more securely attached to the attachment figure in close relationships and in their relationship with God. Those who are securely attached to the adult are also securely attached to God; those who have anxious and avoiding attachments to the adult individual, are also attached to God in anxious and avoidant way. Those who are securely attached to the attachment figure (adult and God) have higher life satisfaction than those who are insecurely attached. Individuals who are securely attached to the attachment figure have more positive emotions and those who are more insecurely attached have negative emotions. Those who are securely attached to God, use less negative religious coping activities than those who avoid and are concerned with anxiety. Those who use positive religious coping activities have more positive emotions and those who use negative coping activities have more negative emotions. There is a positive relationship between life satisfaction and positive religious coping style, and negative relationship between negative religious coping style. At the same time, findings have been obtained regarding the relationship between demographic variables such as age, gender, marital status, educational status, year of dialysis and financial status, and attachment, religious coping and life satisfaction. As a result, there is a relationship between attachment styles, religious coping styles and life satisfaction.

Keywords: Adult Attachment, Attachment to God, Secure Attachment, Anxious Attachment, Avoidant Attachment, Positive Religious Coping, Negative Religious Coping, Mood and Life Satisfaction.

ÖNSÖZ

Her geçen yıl yaşanan nüfus artışına ve sağlıksız yaşam koşullarına bağlı olarak kronik hastalıklara yakalanan bireylerin sayısında artış görülmektedir. Bu hastalıklar nedeniyle birçok kişi yaşamını yitirmekte veya ciddi fiziksel, psikolojik ve mental sorunlar yaşamaktadır. Diyabet, glomerülonefrit ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklara bağlı olarak gelişen böbrek kaybı nedeniyle diyaliz tedavisi alan hastalar da bu grup içerisinde yer alırlar. Diyaliz hastaları organ kaybına bağlı olarak ağrı, kramp, uyku problemi, depresyon, anksiyete, panik atak ve demans gibi fiziksel, psikolojik ve mental problemler yaşamaktadırlar. Bu çalışmanın amacı; diyaliz hastalarının yakın ilişkilerde ve Allah’la olan ilişkisinde ne tür bir bağlanma tarzı geliştirdiğini, gerek gündelik yaşamda gerekse sorunlarla başa çıkmada Allah’ı sığınılacak bir liman olarak algılayıp algılamadıklarını, O’ndan yardım isteyip istemediklerini ve zorlu yaşam koşulları içinde yaşam memnuniyetlerini nasıl tanımladıklarını incelemektir.

Sağlık kurumlarından izin alma konusunda hem fiziksel hem de duygusal olarak oldukça zorlayıcı ve yorucu deneyimler yaşadığımı söyleyebilirim. Bazı kurumlar araştırma izni konusunda onaylayıcı olurken bazı kurumlar ise reddedici oldular. Reddedici tavır sergileyen kurumlar farklı gerekçelerle kurumlarında araştırma yapılmasını onaylamadılar. Bir sağlık kurumunda “*Biz, hastaların fiziksel sorunlarını ortadan kaldırdığımızda manevi sorunlarının da kendiliğinden ortadan kalkacağı kanaatindeyiz.*” şeklindeki sözlerle kurumlarında araştırma yapılmasının uygun olmadığı ifade edildi. Pozitivist bir bakış açısıyla insanın manevi yanının ötelenerek onu yalnızca bir beden olarak algılamamanın doğru olmadığını düşünüyoruz. Bundan dolayı bu çalışmada insanın beden ve ruh olarak bir bütün varlık olduğunu göstermek adına diyaliz hastalarının zorlu yaşam süreçlerinde yaşamlarını kolaylaştıran ve zorlaştıran durumları nasıl tanımladıklarını bilimsel bir yolla tespit ederek bilime katkı sağlamak amaçlandı.

Bu çalışmada, uygulama için gerekli izinlerin alınması ve verilmesinde; verilerin toplanması, yorumlanması ve değerlendirilmesinde birçok kişinin emeği bulunmaktadır. Öncelikle bu çalışmanın oluşmasında her türlü desteği sağlayan

değerli danışman hocam Doç. Dr. Mehmet ATALAY’a, sağlık kurumundan araştırma iznin alınması ve verilerin değerlendirilmesi hususunda yardımını esirgemeyen kıymetli hocam Prof. Dr. Ali AYTEN’e, pozitif bakış açısıyla her daim manevi destek sağlayan ve verilerin değerlendirmesinde şahsıma farklı bir vizyon kazandıran sevgili hocam Doç. Dr. Gülüşan GÖCEN’e, tezin içeriğini akademik yönüyle ele alarak gerekli düzeltme ve yönlendirmeleri yapan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Hasan KAPLAN’a, Doç. Dr. Ümit HOROZCU’ya, Kafkas Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Öğretim Üyelerinden Doç. Dr. Habib ŞENER’e ve Dr. Gülcan ABBASOĞULLARI’na ve böbrek yetmezliğiyle ilgili kurumsal çerçevede bilgisine başvurduğum değerli hocam Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Dr. Eray ATALAY’a teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma esnasında en çok zorlandığım konulardan biri araştırma izninin alınması hususudur. Bu konuda destek veren ve emeği geçen Kars İl Sağlık Müdürlüğü’ne ve Harakani Devlet Hastanesi Başhekim Yrd. Serdar SAYAN’a, Ardahan İl Sağlık Müdürlüğü’ne, İstanbul Özel Erdem Hastaneleri Diyaliz Merkezlerine ve Sorumlu Başhemşire Fatma Hanım’a, Manisa Özel Anemon Diyaliz Merkezine ve Kurum Yöneticisi Hakan Bey’e, Kayseri Özel Almet Diyaliz Merkezine ve Dr. Harun AKTAŞ’a, Özel Kayseri Sera Diyaliz Merkezine ve Sorumlu Başhemşire Çiğdem Hanım’a, Özel Kayseri Umut Diyaliz Merkezine, Dr. Orhan Kuruşçuoğlu’na ve Sorumlu Başhemşire Hatice Hanım’a, Özel Kayseri Duru Diyaliz Merkezine ve Dr. İbrahim Sait DOĞAN’a ve tevafuk olarak havaalanında karşılaştığım derdimle dertlenip araştırma izni almam konusunda bana yardımcı olan manevi amcam Garip DERELİOĞLU’na teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmada en çok teşekkürü hak edenlerden biri de diyaliz hastalarıdır. Diyaliz esnasında yaşadıkları sorunlara rağmen gönüllü olarak çalışmama katılarak, yaşam hikâyeleriyle zaman zaman yüreğimi dağlayan, zaman zaman da yaşamımı sorgulatarak yaşamıma yönelik yeni anlamlar bulmamı sağlayan, samimiyet ve içtenlikleriyle artlarında hoş bir seda bırakan o güzel yürekli diyaliz hastalarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma esnasında derdimle dertlenen ve her daim yanımda olan maddi ve manevi desteğini esirgemeyen eşime, anneme, babama, kayınvalideme ve kayınbabama teşekkürlerimi sunmayı da bir borç bilirim.

KARS, 2020

Fatma SAğLAM DEMİRKAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vii
TABLOLAR LİSTESİ	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xviii
GRAFİKLER LİSTESİ	xix
KISALTMALAR	xx
GİRİŞ	1
1. Araştırmanın Konusu ve Amacı	4
2. Araştırmanın Önemi	6
3. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri	8
4. Araştırmanın Sınırlılıkları	13

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. BÖBREK YETMEZLİĞİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	15
1.1.1. Böbrek Yetmezliği	16
1.1.1.1. Akut Böbrek Yetmezliği.....	17
1.1.1.2. Akut Böbrek Yetmezliğinin Epidemolojisi, Etimolojisi ve Tedavisi..	18
1.1.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği	23
1.1.1.4 Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemolojisi, Etimolojisi ve Tedavisi	25
1.1.2. Böbrek Yetmezliği Olan Kişilerde Psikolojik Sağlık.....	34
1.2. BAĞLANMA	38
1.2.1 Bağlanma Kuramı	39
1.2.2. Bağlanma Tarzları	45
1.2.2.1. Bağlanma Tarzları ve Bireysel Farklılıklar	48

1.2.2.2. Bağlanma Tarzları ve Kùltürlerarası Farklılıklar.....	49
1.2.2.3. Bağlanma Tarzları ve Kuşaklararası İletimi	52
1.2.3. Yetişkinlikte Bağlanma	54
1.2.3.1. Hazan ile Shaver'ın Bağlanma Kuramı	57
1.2.3.2. Bartholomew ve Horowitz'in Yetişkin Bağlanma Kuramı	60
1.2.3.3. Romantik İlişkilerde Bağlanma Tarzları	63
1.2.4. Yaşlılıkta Bağlanma	66
1.2.5. Tanrı'ya Bağlanma	68
1.2.5.1. Bağlanma Figürü Olarak Tanrı	68
1.2.5.2. Tanrı'ya Bağlanmayla İlgili Hipotezler	71
1.2.5.2.1. Din ve Bağlanmada Bireysel Farklılıklar: İkame Hipotezi	72
1.2.5.2.2. Temsili Bağlanma Figürü Olarak Tanrı: Telafi Hipotezi	74
1.3. BAŞA ÇIKMA	77
1.3.1. Başa Çıkma Tarzları	77
1.3.2. Dini Başa Çıkma	80
1.3.3. Dini Başa Çıkma Tarzları	85
1.4. YAŞAM MEMNUNİYETİ	87

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ	96
2.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	97
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	100
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	100
2.3.2. Yetişkin Bağlanma Ölçeği	100
2.3.3. Tanrı'ya Bağlanma Ölçeği	101
2.3.4. Dini Başa Çıkma Ölçeği	101
2.3.5. Yaşam Memnuniyeti Ölçeği	102

2.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE İSTATİSTİKSEL ANALİZİ 104

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. YETİŞKİNLİKTE BAĞLANMA İLE İLGİLİ BULGULAR 108

3.1.1. Bağlanma Durumları 108

3.1.2. Cinsiyet ve Yetişkin Bağlanma Tarzları 108

3.1.3. Yaş ve Yetişkin Bağlanma Tarzları 109

3.1.4. Medeni Durum ve Yetişkin Bağlanma Tarzları 110

3.1.5. Eğitim Durumu ve Yetişkin Bağlanma Tarzları 110

3.1.6. Diyaliz Yılı ve Yetişkin Bağlanma Tarzları 111

3.1.7. Yaşadığı Yer ve Yetişkin Bağlanma Tarzları 112

3.1.8. Yaşadığı Şehir ve Yetişkin Bağlanma Tarzları 112

3.1.9. Sosyoekonomik Durum ve Yetişkin Bağlanma Tarzları 113

3.1.10. Dindarlık Algısı ve Yetişkin Bağlanma Tarzları 114

3.1.11. Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumu ve Yetişkin Bağlanma Tarzları 114

3.1.12. Duygu durumu ve Yetişkin Bağlanma Biçimleri 115

3.1.13. Yetişkin Bağlanma Tarzları ve Allah’a Bağlanma Tarzları 116

3.2.1. ALLAH’A BAĞLANMA TARZLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

.....117

3.2.1. Allah’a Bağlanma Durumları 117

3.2.2. Cinsiyet ve Allah’a Bağlanma Tarzları 117

3.2.3. Yaş ve Allah’a Bağlanma Tarzları 118

3.2.4. Medeni Durum ve Allah’a Bağlanma Tarzları 119

3.2.5. Eğitim Durumu ve Allah’a Bağlanma Tarzları 119

3.2.6. Diyaliz Yılı ve Allah’a Bağlanma Tarzları 120

3.2.7. Yaşadığı Yer ve Allah’a Bağlanma Tarzları 121

3.2.8. Yaşadığı Şehir ile Allah’a Bağlanma Tarzları 122

3.2.9. Sosyoekonomik Durum ve Allah’a Bağlanma Tarzları	122
3.2.10. Dindarlık Algısı ve Allah’a Bağlanma Tarzları	123
3.2.11. Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumu ve Dini Başa Çıkma Tarzları	124
3.2.12. Duygu durumları ile Yetişkin Bağlanma Biçimleri İlişkisi	125
3. 3. DİNİ BAŞA ÇIKMA İLE İLGİLİ BULGULAR	126
3.3.1. Dini Başa Çıkma Tarzlarının Kullanma Düzeyleri	126
3.3.2. Cinsiyet ve Dini Başa Çıkma Tarzları	127
3.3.4. Yaş ve Dini Başa Çıkma Tarzları	127
3.3.4. Medeni Durum ve Dini Başa Çıkma Tarzları	128
3.3.5. Eğitim Durum ve Dini Başa Çıkma Tarzları	129
3.3.6. Diyaliz Yılı ve Dini Başa Çıkma Tarzları	130
3.3.7. Yaşadığı Yer ve Dini Başa Çıkma Tarzları	131
3.3.8. Yaşadığı Şehir ve Dini Başa Çıkma Tarzları	132
3.3.9. Sosyoekonomik ve Dini Başa Çıkma Tarzları	133
3.3.10. Dindarlık Algısı ve Dini Başa Çıkma Tarzları	134
3.3.11. Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumu ve Dini Başa Çıkma Tarzları	135
3.3.12. Duygu Durumu ve Dini Başa Çıkma Tarzları	137
3.3.13. Allah’a Bağlanma Tarzları ve Dini Başa Çıkma Tarzları.....	138
3.3.14. Yetişkin Bağlanma Tarzları ve Dini Başa Çıkma Tarzları	139
3.3.15. Yaş ve Diyaliz Yılıının Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzına Ortak Etkisi	140
3.4. YAŞAM MEMNUNİYETİYLE İLGİLİ BULGULAR	143
3.4.1. Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Yaşam Memnuniyeti Düzeyi	143
3.4.2. Cinsiyet ve Yaşam Memnuniyeti	143
3.4.3. Yaş ve Yaşam Memnuniyeti	144
3.4.4. Medeni Durum ve Yaşam Memnuniyeti	144
3.4.5. Eğitim Durumu ve Yaşam Memnuniyeti	145

3.4.6. Diyaliz Yılı ve Yaşam Memnuniyeti	146
3.4.7. Yaşadığı Yer ve Yaşam Memnuniyeti	146
3.4.8. Yaşadığı Şehir ve Yaşam Memnuniyeti	147
3.4.9. Sosyoekonomik Durum ve Yaşam Memnuniyeti	147
3.4.10. Dindarlık Algısı ve Yaşam Memnuniyeti	148
3.4.11. Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumu ve Yaşam Memnuniyeti	149
3.4.12. Duygu Durumu ve Yaşam Memnuniyetleri	150
3.4.13. Yetişkin Bağlanma ve Allah’a Bağlanma Tarzlarının Yaşam Memnuniyetiyle İlişkisi	150
3.4.14. Yetişkin Bağlanma Tarzları ve Yaşam Memnuniyeti	151
3.4.15. Allah’a Bağlanma Tarzları ve Yaşam Memnuniyeti	152
3.4.16. Yaş ve Diyaliz Yılı'nın Yaşam Memnuniyetine Ortak Etkisi	153
3.4.17. Dini Başa Çıkma Tarzları ve Yaşam Memnuniyeti	154

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. YETİŞKİN BAĞLANMA İLE İLGİLİ TARTIŞMA	157
4.2. ALLAH’A BAĞLANMA İLE İLGİLİ TARTIŞMA	163
4.3. DİNİ BAŞA ÇIKMA İLE İLGİLİ TARTIŞMA	172
4.4. YAŞAM MEMNUNİYETİYLE İLGİLİ TARTIŞMA	193
SONUÇ ve ÖNERİLER	216
KAYNAKÇA.....	233
EKLER	263
ÖZGEÇMİŞ	279

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. : Katılımcıların Özellikleri	98
Tablo 2.2. : Katılımcıların Dindarlık Bakımından Kendilerini Değerlendirmeleri, Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Dindarlığında Bir Değişim Olma Durumu ve Günlük Hayatta Genel Olarak Duygu Durumlarının Dağılımı	99
Tablo 3.1. : Bağlanma Durumları	108
Tablo 3.2. : Cinsiyete Göre Yetişkin Bağlanma Tarzları	109
Tablo 3.3. : Yaşa Göre Yetişkin Bağlanma Tarzları	109
Tablo 3.4. : Medeni Duruma Göre Yetişkin Bağlanma Tarzları	110
Tablo 3.5 : Eğitim Durumuna Göre Yetişkin Bağlanma Tarzları	111
Tablo 3.6. : Diyaliz Yılına Göre Yetişkin Bağlanma Tarzları	111
Tablo 3.7. : Yaşadığı Yere Göre Yetişkin Bağlanma Tarzları	112
Tablo 3.8. : Yaşadığı Şehre Göre Yetişkin Bağlanma Tarzları	113
Tablo 3.9. : Sosyoekonomik Durumuna Göre Yetişkin Bağlanma Tarzları	113
Tablo 3.10. : Dindarlık Algısına Göre Yetişkin Bağlanma Tarzları	114
Tablo 3.11. : Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumuna Göre Yetişkin Bağlanma Tarzları	115
Tablo 3.12. : Duygu Durumlarına Göre Yetişkin Bağlanma Biçimleri	115
Tablo 3.13. : Yetişkin Bağlanma Tarzlarına Göre Allah’a Bağlanma Tarzları	116
Tablo 3.14. : Allah’a Bağlanma Durumları	117
Tablo 3.15. : Cinsiyet ve Allah’a Göre Bağlanma Tarzları	118
Tablo 3.16. : Yaşa Göre Allah’a Bağlanma Tarzları	118
Tablo 3.17. : Medeni Duruma Göre Allah’a Bağlanma Tarzları	119
Tablo 3.18. : Eğitim Durumuna Göre Allah’a Bağlanma Tarzları	120
Tablo 3.19. : Diyaliz Yılına Göre Allah’a Bağlanma Tarzları	121
Tablo 3.20. : Yaşadığı Yere Göre Allah’a Bağlanma	121
Tablo 3.21. : Yaşadığı Şehre Göre Allah’a Bağlanma Tarzları	122
Tablo 3.22. : Sosyoekonomik Durumuna Göre Allah’a Bağlanma Tarzları	123
Tablo 3.23. : Dindarlık Algısı ve Allah’a Bağlanma Tarzları	123
Tablo 3.24. : Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumuna Göre Allah’a Bağlanma Tarzları	124

Tablo 3.25. :	Duygu Durumlarına Göre Allah’a Bağlanma Biçimleri	125
Tablo 3.26. :	Dini Başa Çıkma Tarzlarını Kullanma Durumu	126
Tablo 3.27. :	Cinsiyete Göre Dini Başa Çıkma	127
Tablo 3.28. :	Yaşa Göre Dini Başa Çıkma Tarzları	128
Tablo 3.29. :	Medeni Duruma Göre Dini Başa Çıkma Tarzları	128
Tablo 3.30. :	Eğitim Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Tarzları	129
Tablo 3.31. :	Diyaliz Yılına Dini Başa Çıkma Tarzları	130
Tablo 3.32. :	Yaşadığı Yere Göre Dini Başa Çıkma Tarzları	131
Tablo 3.33. :	Yaşadığı Şehre Göre Dini Başa Çıkma Tarzları	132
Tablo 3.34. :	Sosyoekonomik Göre Dini Başa Çıkma Tarzları	133
Tablo 3.35. :	Dindarlık Algısına Göre Dini Başa Çıkma Tarzları	134
Tablo 3.36. :	Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığın Değişim Olma Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Tarzlarının	136
Tablo 3.37. :	Duygu Durumuna Göre Dini Başa Çıkma Tarzları	137
Tablo 3.38. :	Allah’a Bağlanma Tarzları Göre Dini Başa Çıkma Etkinliklerini Kullanma Durumları	138
Tablo 3.39. :	Yetişkin Bağlanma Tarzlarına Göre Dini Başa Çıkma Etkinliklerini Kullanma Durumları	139
Tablo 3.40. :	Yaşa ve Diyaliz Yılına Göre Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzları	140
Tablo 3.41. :	Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Yaşam Memnuniyet Düzeyleri Puanları	143
Tablo 3.42. :	Cinsiyete Göre Yaşam Memnuniyeti	144
Tablo 3.43. :	Yaşa Göre Yaşam Memnuniyeti	144
Tablo 3.44. :	Medeni Durumuna Göre Yaşam Memnuniyeti	145
Tablo 3.45. :	Eğitim Durumuna Göre Yaşam Memnuniyeti	145
Tablo 3.46. :	Diyaliz Yılına Göre Yaşam Memnuniyeti	146
Tablo 3.47. :	Yaşadığı Yere Göre Yaşam Memnuniyeti	146
Tablo 3.48. :	Yaşadığı Şehre Göre Yaşam Memnuniyetinin	147
Tablo 3.49. :	Sosyoekonomik Düzeye Göre Yaşam Memnuniyeti	148
Tablo 3.50. :	Dindarlık Algısına Göre Yaşam Memnuniyeti	148
Tablo 3.51. :	Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumuna Göre Yaşam Memnuniyeti	149

Tablo 3.52. : Duygu Durumlarına Göre Yaşam Memnuniyetleri	150
Tablo 3.53. : Yetişkin İlişkilerinde Bağlanma Tarzları Ve Allah’a Bağlanma Tarzlarına Göre Yaşam Memnuniyeti	151
Tablo 3.54. : Yetişkin Bağlanma Tarzlarına Göre Yaşam Memnuniyeti	152
Tablo 3.55. : Allah’a Bağlanma Tarzlarına Göre Yaşam Memnuniyeti	152
Tablo 3.56. : Dini Başa Çıkma Etkinliklerini Kullanma İle Yaşam Memnuniyetleri Arasında İlişki	153
Tablo 3.57. : Yaş ve Diyaliz Yılına Göre Yaşam Memnuniyeti	155

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. İçsel Çalışan Modellerde Farklı Bağlanma Grupları	55
Şekil 1.2. Dörtlü Bağlanma Modeli	61
Şekil 1.3. Ebeveyn Dindarlığının Bir İşlevi Olarak Yetişkin Dindarlığı	73
Şekil 2.1. Araştırma Modeli	96

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1.1. Türkiye’de Yıllara Göre Böbrek Nakli Sayıları	33
Grafik 1.2. Gelişmiş 44 Ülkede Dinin Yaşam İçindeki Önemi	81
Grafik 3.1. Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzlarında Yaş ve Diyaliz Yılıının Ortak Etkisi	142
Grafik 3.2. Yaşam Memnuniyetinde Yaş ve Diyaliz Yılıının Ortak Etkisi	154

KISALTMALAR

ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
A.e.	: Aynı eser
A.g.e.	: Adı geçen eser
ANOVA	: Analyses of Variance
APA	: Amerikan Psikoloji Derneği
Bkz.	: Bakınız
Bas./ed.	: Basım
C.	: Cilt
CÜ.	: Cumhuriyet Üniversitesi
çev.	: Çeviren
DBÇÖ	: Dini Başa Çıkma Ölçeği
DEM	: Değerler Eğitimi Merkezi
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5th Edition
DSÖ :	: Dünya Sağlık Örgütü
Ed.	: Editör
ERÜ	: Erciyes Üniversitesi
GATA	: Gülhane Tıp Akademisi
GFH	: Glomerül Filtrasyon Hızı
Haz.	: Hazırlayan
HD	: Hemodiyaliz
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
M	: Ortalama
N	: Katılımcı Sayısı
No	: Numara
Op. cit.	: Opere citato/adı geçen eser
PD	: Periton Diyalizi
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
ss./pp.	: Sayfa Sayıları
T.y.	: Tarih yok
Vol.	: Volume
vb.	: ve benzeri
vd./et. al.	: diğerleri
$\bar{X}$	: Ortalama

GİRİŞ

İnsan varoluşu gereği biyopsikososyal* bir varlıktır.¹ Aynı zamanda o; düşünen, değer üreten ve mutlak değere sahip olan yönüyle de manevi bir varlıktır. İnsan, biyolojik yapısı gereği yeme içme gibi biyolojik ihtiyaçlara, sosyal yapısı gereği başkalarıyla iletişim kurma ve ortak paylaşımında bulunma gibi sosyal ihtiyaçlara ve psikolojik yapısı gereği de sevmeye, sevilme, saygı duyma gibi psikolojik ihtiyaçlara sahiptir. Erken gelişim döneminde sosyal ve psikolojik ihtiyaçlar gelişmezken biyolojik ihtiyaçlar ise yaşamın devamlılığı için gerekli olduğundan dolayı doğumdan itibaren gelişir. Doğum sonrasında bebek, ihtiyaçlarını karşılamada gerekli yetilere sahip olmadığından dolayı biyolojik ihtiyaçlarının karşılanması hususunda birine ihtiyaç duyar. Bebeğin ihtiyaçlarının karşılanmasıyla yükümlü olan birey öncelikle annedir. Bu yükümlülük anne-çocuk arasındaki iletişimi zorunlu kılar. Bu iletişim ilk zamanlarda sadece bebeğin ihtiyaçlarının karşılanması üzerine tek yönlü olarak gelişir. İletişimin tek yönlü olması annenin verici bebeğin ise alıcı pozisyonunda olmasından ileri gelir. Ancak ilerleyen zamanlarda bebeğin tepkiler geliştirmesi ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek duruma gelmesiyle iletişim biçimi şekil değiştirir.

Biyolojik ihtiyaçların karşılanması bireyin yaşamının devamlılığında hem de psikososyal gelişiminde de önemli bir unsurdur. Gelişimin bir bütün olması sebebiyle biyolojik ihtiyaçların zamanında ve beklenen düzeyde karşılanması bebeğin anneye/bağlanma figürüne yönelik nasıl bir tutum yani içsel çalışan model geliştireceğini tayin eder. Bağlanma figürünün ihtiyaçlara cevap verebilir olması, ihtiyaç duyulan zamanda ulaşılabilir olması bebeğin kendini güvende hissetmesine ve neticede bağlanma figürüne güvenli bağlanma geliştirmesine imkân sağlar. Bağlanmada anne-çocuk ilişkisi genel olarak dört temel üzerine gelişir: (1) Bağlanan stresli yaşam olayları karşısında ya da tehlike anında bağlanma figürüne yakın olmak ister. (2) Bağlanma figürü, bağlanan bireye bakım ve koruma sağlar. (3) Bağlanma

* Biyopsikososyal varlık; varlığın biyolojik, psikolojik ve sosyal yönüyle bir bütün olarak var olmasını ifade eder. Bkz. Mehmet Bahçekapılı, “Biyopsikososyal Açısından Dinin Engellilik Ve Farklı Sağlık Problemleri Üzerindeki Etkisi”, **Türkiye Din Eğitimi Araştırmaları Dergisi**, No: 1, s. 22.

¹ Gülşah Körpe, “Plastik-Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Benlik Saygısı Ve Hemşirelik Yaklaşımı”, **Sağlık Akademisi Kastamonu**, C. 2, No: 3, 2017, s. 224.

figürü bağlanan bireye güvenlik hissi verir. (4) Bağlanma figüründen kopma veya ayrılma hissi bağlananda strese ve üzüntüye neden olur.²

Erken yaşlarda bağlanma figürüne yönelik geliştirilen bağlanma tarzları diğer gelişim dönemlerinde devamlılık gösterir. Bağlanmada devamlılık söz konusu olması sebebiyle erken yaşlarda bağlanma figürüne güvenli bağlanan bireylerin ergenlik ve yetişkinlikte de sosyal ilişkilerinde diğer bireylere, romantik ilişkide eşine güvenli bağlanması beklenirken erken yaşlarda bağlanma figürüne güvensiz bağlanan bireylerin ergenlik ve yetişkinlikte diğer bireylere, romantik eşe güvensiz bağlanması beklenir.³

Bireyin erken yaşlarda sahip olduğu bağlanma tarzıyla yetişkinlikteki bağlanma tarzları arasında olduğu gibi yetişkin bağlanma tarzı ile Tanrı'ya bağlanma tarzı arasında da ilişki olduğu tespit edilmiştir.⁴ Bağlanmada devamlılığın esas olduğunu kabul eden anlayışa göre bağlanma figürü olarak bireye güvenli bağlanma geliştiren bireyler Tanrı'ya da güvenli bağlanma; güvensiz bağlanma geliştiren bireyler ise Tanrı'ya da güvensiz bağlanma geliştirirler.⁵ Bir araştırmada ise bireyin dini yöneliminin, ebeveynin dindarlık durumu ve ona yönelik geliştirilen bağlanma tarzıyla ilişkili olduğu görülmüştür.⁶ Bu çalışmada dindar olan ebeveyne güvenli bağlanan bireyler ile dindar olmayan ebeveyne güvensiz bağlanan bireylerin dindar olduğu; dindar olan ebeveyne güvensiz bağlanan bireyler ile dindar olmayan ebeveyne güvenli bağlanan bireylerin ise dindar olmadığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir.⁷ Bireyin Tanrı'yla olan ilişkisini ve O'na yönelik geliştirilen bağlanma tarzını

² Nebi Sümer, Derya Güngör, "Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma" **Türk Psikoloji Dergisi**, 1999, C.14, No: 43, s. 72-73.

³ Sermin Kesebir, Semine Özdoğan Kavzoğlu, Mehmet Fatih Üstündağ, "Bağlanma ve Psikopatoloji", **Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar**, C. 3, No: 2, 2011, s. 322.

⁴ P. R. Shaver, M. Mikulincer, A Behavioral Systems Approach To Romantic Love Relationships: Attachment, Caregiving, and sex, s. 35. Erişim tarihi: 18.03.2019. https://www.researchgate.net/publication/286949027_A_behavioral_systems_approach_to_romantic_love_relationships_Attachment_caregiving_and_sex.

⁵ Richard Beck, Angie McDonald, "Attachment To God: The Attachment To God Inventory, Tests Of Working Model Correspondence, And An Exploration Of Faith Group Differences", **Journal of Psychology and Theology**, Vol. 32, No: 2, 2004, p. 92

⁶ Lee A. Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, New York&London, Guilford Press, 2005, p. 113.

⁷ P. Granqvist & B. Hagekull, "Religiousness and Perceived Childhood Attachment: Profiling Socialized Correspondence and Emotional Compensation", **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 38, No: 2, p. 266.

belirleyen etken anne-çocuk ilişkidir. Bir başka deyişle bireyin sosyalleşme sürecidir.⁸ Bu yaklaşımı destekleyen araştırmalar ikame hipotezi kapsamında yapılmış araştırmalardan oluşmaktadır.

Tanrı'ya bağlanma olgusuyla ilgili geliştirilen bir diğer hipotez ise telafi hipotezidir. Telafi hipotezine göre bireyin bulunduğu sosyal çevrede güvenli bağlanma geliştireceği kişiler olmadığında ya da güven hissi geliştirdiği kişilerin kendisine yeterli ölçüde duyarlı davranmadıkları zaman telafi süreci aktif hale gelir. Örneğin çocukluk döneminde ebeveyne güvensiz bağlanan bireyler, ebeveynlerle kurduğu ilişkide yakınlık, güven ve sıcaklık hissini alamadıklarından dolayı ilerleyen dönemlerde bu durumu telafi etmeye çalışırlar. Bu telafi sürecinde birey; öğretmenlerle, büyük kardeşlerle (abi/abla), yakın akrabalarla, kendinden daha fazla bilgi sahibi olan kişilerle ya da Allah'la yakınlık kurarak geçmişte yaşayamadığı güven hissini, yakınlığı ve sıcaklığı telafi etmeyi amaçlar.⁹ Telafi sürecindeki bazı bireyler ise ait olduğu dinde yakalayamadığı yakınlığı, sıcaklığı ve güven hissini din değiştirerek ya da glossolalia deneyimini¹⁰ yaşadığını iddia ederek durumu telafi etmeye çalışırlar. Görüldüğü gibi telafi durumu tamamen duygusal yoksunlukla ilişkilidir.

Tanrı'ya bağlanma tarzlarının gelişimine yönelik sunulan hipotezlerde görüldüğü üzere gerek sosyal uyum durumuna gerekse duygusal yoksunluk durumuna bağlı olarak bireyde Tanrı'ya bağlanma sisteminin aktifleştiği görülür. Tanrı'ya güvensiz bağlanma geliştiren bireyler ya din değiştirerek ya da glossolalia deneyimleri yaşayarak Tanrı'ya yakınlıklarını artırma girişiminde bulunurlar. Bireyin gerek yakın ilişkilerde bağlanma figürüne ihtiyaç duyması gerekse bağlanma figürü olarak Tanrı'ya ihtiyaç duyması tehlike anında ya da stresli yaşam olayları karşısında güvenli bir üs, sığınılacak bir limana sahip olma isteğinden kaynaklanmaktadır.

⁸ Lee A. Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 115.

⁹ A.e., p. 127.

¹⁰ Glossolalia; mistik bir dil olarak tanımlanan ancak mahiyeti hakkında çok bir şey bilinmeyen bir iletişim boyutudur. Psikoloji literatüründe glossolalia deneyimi, hipnotize veya mistik translarda, bazen de psikopatolojik durumlarda görülen ancak tutarlı ve anlaşılmayan bir iletişim halidir. Lee A. Kirkpatrick, "Din Psikolojisinde Bağlanma Teorisi", çev: Mustafa Koç, *Bilimname*, X, 2006/1, s. 153; Hristiyanlık inancında glossolalia deneyimi; ilahi olanla iletişim kuran bireyin duygu dönüşümü yaşaması, özgürlüğünü hissetmesi, yeniden doğması olarak tanımlanır. Bkz. Clint Tibbes, **Religious Experience of the Pneuma**, Eugene, Wipf & Stock, 2012, p. 39.

Birey karşılaştığı stresli yaşam olayları karşısında problemin varlığına yönelik değerlendirmelerde bulunarak sorunlarla baş etmeye çalışır. Sorunlarla başa çıkmada duygusal odaklı başa çıkma becerileri kullanıldığı gibi problem çözme odaklı başa çıkma becerileri¹¹ ve bunların yanında dini başa çıkma etkinlikleri de kullanılır.¹² Her birey ait olduğu dini inancın gereklilikleri ölçüsünde, Allah’la olan ilişkisi doğrultusunda ve gerçekleştirdiği dini yönelim çerçevesinde sorunlarla başa çıkmaya çalışır. Birey stresli yaşam olaylarıyla başa çıkarken ya olumlu dini başa çıkma ya da olumsuz dini başa çıkma yollarını tercih eder. Olumlu dini başa çıkma etkinlikleri; manevi destek arayışı, affetme, iş birliğine dayalı dini başa çıkma, dini arınma, manevi ilişki, hayırseverlik, dini yeniden anlamlandırma ve dini odaklanmadır. Olumsuz başa çıkma etkinliklerini ise manevi hoşnutsuzluk, Tanrı tarafından cezalandırılma, kişilerarası dini hoşnutsuzluk, şeytanın müdahalesinin olduğunu düşünme ve Tanrı’nın gücünün yeniden değerlendirilmesidir.¹³ Dini başa çıkma etkinliklerinin, bireyin yaşam memnuniyetiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Yaşam memnuniyeti, bireyin yaşamındaki farklı faktörlere bağlı olarak artıp azalmaktadır. Bu çalışmada sosyal ilişkilerin temelini oluşturan bağlanma tarzlarının, bağlanma figürü olarak Allah’la kurulan ilişki biçimlerinin, dini yönelim durumlarının, sorunlarla başa çıkmada kullanılan dini başa çıkma yollarının, olumlu/olumsuz duygu durumlarının yaşam memnuniyetiyle nasıl bir ilişki içinde olduğu ele alınarak diyaliz hastalarının manevi yaşamları tahlil edilecektir.

1. Araştırmanın Konusu ve Amacı

İnsanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi yapısında gelişen ve değişen bir durumun diğer yapılarını da etkilediği bilinmektedir. Örneğin, bireyin kronik hastalığı onun psikolojik, sosyal ve manevi yapısını etkilemektedir. Şöyle ki kronik hastalığı olan bireyin depresif eğilimleri ya da anksiyetesi artabilir, etrafındaki kişiler tarafından hastalığa yönelik farklı duygu, düşünce ve davranışlar geliştirilebilir, birey hastalığın

¹¹ M. Engin Deniz, Ercan Yılmaz, “Üniversite Öğrencilerinde Duygusal Zekâ Ve Stresle Basa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**, C.3, No: 25, 2006, s. 18.

¹² Kenneth I. Pargament, **The Psychology of Religion and Coping**, New York, Guilford Press, 1997, p. 89.

¹³ Kenneth I. Pargament, et. al. “Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors”, **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 37, No: 4, 1998, p. 715.

getirdiği sorunlarla başa çıkmada farklı sanatsal, sosyal ve dini etkinliklere katılabilir. Aynı zamanda hastalığın kontrol altına alınması, hastaya sosyal çevresi tarafından destek verilmesi, onun sanatsal, sosyal ve dini yöneliminin artması veya azalmasının hastanın yaşam memnuniyetiyle doğrudan ilişkili olduğu söylenebilir. Bu sebeple konu edinilen grubun bütünsel olarak ele alınması yani bulunduğu ortam ve koşullar içerisinde bir bütün olarak değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Diyaliz hastaları, kronik böbrek yetmezliği nedeniyle diyaliz tedavisi alan bireylerin oluşturduğu grubu temsil eder. Bu hasta grubu tedavi şekillerine göre hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere ikiye ayrılır. Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastaları, diyaliz makinesi yardımıyla kan değerleri geçici süreliğine normal değerlere ulaştırılan hastalardır. Hemodiyaliz hastaları genellikle haftada 2-3 kez diyaliz merkezlerine giderek yaklaşık 4-5 saat uzman kişilerin yardımıyla tedavi alır. Periton hastalarına hemodiyaliz hastalarından farklı olarak bir operasyonla karın bölgelerine kateter¹⁴ takılır. Günde birkaç kaç kez diyaliz makinasına bağlanarak kateter aracılığıyla karın bölgesine diyalizat göndererek tedavilerini gerçekleştirirler. Periton diyaliz hastaları aldıkları eğitimle evde tedavilerini kendi başlarına yaptıkları için uzman kişiye ihtiyaç duymazlar. Ancak her iki tedavinin başlangıç evresinde ve ilerleyen evrelerinde uzmanlar tarafından gerekli bilgilendirmeler yapılmaktadır. Bu eğitimler hastanın yaşamına kolaylık sağlaması amacıyla verildiği gibi hastalığa uyum sağlaması amacıyla da verilmektedir. Çünkü hastalığa uyum sağlayamayan birçok hastada depresyon, anksiyete gibi psikopatolojik sorunlar gelişebilmektedir.

Hastalığı kabullenmede güçlük yaşayan hastaların genellikle hastalığı inkâr etme eğiliminde oldukları görülür. Sürekli bir şeye bağımlı olarak yaşamı devam ettirme durumunda kalma ya da tedavi almadan yaşamının devam etmeyeceği düşüncesi doğal olarak onların psikolojik ve mental sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Diyaliz hastalarının makinaya ve ilaçlara bağımlı olarak yaşamlarını idame ettirmeleri onların dolaylı olarak psikolojik sağlıklarına zarar vermektedir. Bu nedenle bu hastalarda genellikle kaygı, umutsuzluk, öfke ve isyan duyguları görülür. Bu duygu durumlarını yoğun bir şekilde yaşayan hastaların hastalıkla başa çıkmada

¹⁴ Kateter: Sonda, Bkz. Pars Tuğlacı, **Tıp Lügati**, İstanbul, İsmail Akgün Matbaası, 1964, s. 72.

yetersiz kaldıkları söylenebilir. Bu nedenle diyaliz hastalarına hastalıkla başa çıkmada eğitimler verilir. Verilen eğitimlerin temelinde genel olarak “*Medikal sorunları ortadan kaldırırsak psikolojik sorunlar da kendiliğinden ortadan kalkar*” şeklindeki bir düşünceden dolayı bu hastalar için genellikle diyet, psikolojik terapi ve ilaç tedavisi gibi yöntemler tercih edilirken hastalarda manevi açıdan oluşan tahribatları gidermek amacıyla herhangi bir eğitim verilmemektedir. Kısaca ifade edecek olursak hastanın değer üreten ve değerlere sahip olan manevi bir varlık olduğu göz ardı edilmektedir. Ancak hastalıkla başa çıkmada maddi değerler kadar manevi değerler de önem arz eder. Diyaliz hastalarının manevi yaşamında anlam bütünlüğüne kavuşması; yaşam memnuniyetinin ve yaşam kalitesinin artmasına, depresyon ve anksiyete düzeylerinin düşünmesine olanak sağlar.

Bu çalışmada diyaliz hastalarının dini yönelimleri, duygu durumları, yaşam memnuniyetleri, bağlanma tarzları ve kullandıkları dini başa çıkma tarzları arasında ilişkinin var olup olmadığını tespit ederek bilimsel çalışmalara ve manevi danışmalık ve rehberlik uygulamasına veriler sunmak amaçlanmaktadır.

2. Araştırmanın Önemi

Ülkemizde diyaliz hastalarının manevi yaşamlarıyla ilgili yapılan çalışmalarının sayıca oldukça az olduğu göze çarpmaktadır. Psikoloji alanında davranışsal ve bilişsel örüntülerin oluşumunu anlamaya ve açıklamaya yönelik yapılan çalışmalarda bireyin manevi yönü göz ardı edilerek seküler bir anlayışla değerlendirilmelerin yapıldığı görülmektedir. Bu tip çalışmalar insanı sadece doğa varlığı olma yönüyle ele alması nedeniyle insanın eksik anlaşılmasına neden olmaktadır. İnsan, doğa varlığı olmasının yanında değer üreten ve mutlak değere sahip olan bir varlık olması yönüyle bir kültür ve din içinde bir değer ve aidiyetlik kazanır. Bu sebepten ötürü insanın davranışsal ve bilişsel örüntülerini anlayabilmek ve açıklayabilmek için “insanı insan yapan” tüm öğelerin bütünsel bir yaklaşımla ele alınması bir gerekliliktir.

İnsan yaşamındaki bazı değerler, yaşanan durumlar karşısında anlam kaybına uğrayabilir veya dönüşüm yaşayabilir. Kronik hastalık veya kayıp durumları bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Fizyolojik yapıda gerçekleşen bozulmalar veya

kayıplar insanın manevi yönüne tesir etmesi ya yeni anlamların oluşmasına ya da anlam karmaşasının ortaya çıkmasına neden olabilir.

Diyaliz hastaları hastalık öncesi normal birey yaşantısı sürdürürken hastalık sonrasında makinaya bağlı olarak bir yaşam sürmeye başlarlar. Bu durum onların yaşamlarında bir dönüm noktasıdır. Hastalığın ilk zamanlarında yaşamlarını makinaya bağlı olarak devam ettirme düşüncesi onların bu durumdan olumsuz etkilenmesine neden olur. Bu nedenle hastaların yaşam memnuniyetlerinde düşüş, anksiyetelerinde ise artış gözlemlenir. Yaşam memnuniyetinin düşmesi ve anksiyetelerinin artması hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumları, yaşadıkları yer, ekonomik durumları, dindarlıkları, duygu durumları, bağlanma tarzları ve sorunlarla başa çıkmada kullandıkları etkinlikleriyle ilişkilidir.

Ülkemizde din psikolojisi alanında Allah'a bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyeti konuları ergenler, üniversite öğrencileri, yetişkin ve yaşlılar gibi farklı çalışma gruplarıyla genelde ikili olarak ilişkisel bağlamda ele alınmıştır. Çalışmamızı özgün kılan ise bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyetini olgularının birlikte ilişkisel olarak ele alınmasıdır. Aynı zamanda bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyetinin dini yönelim ve duygu durumu arasında ilişkinin olup olmadığının analiz etmesi ve de kullanılan dini başa çıkma etkinlikleri ile yaşam memnuniyetine etki eden unsurların neler olduğunu tespit etmesi yönüyle bu çalışma diğer çalışmalardan farklılaşmaktadır.

Bu çalışmanın manevi bir varlık olan insanın yaşadığı sorunlar karşısında çevresindeki kişilerden yardım alıp alamamalarına ve Allah'ın kendilerini sevip sevmediğini düşünmelerine göre nasıl bir yaşam memnuniyetine sahip olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Ayrıca çalışma, diyaliz hastalarının hastalıklarını nasıl tanımladığını, ne için dua ettiklerini ve şükrettiklerini, hastalıklarla başa çıkmada hangi ayet, hadis ve dini değerlerden destek aldıklarını, sorunla başa çıkamayan hastalarda ne tür psikososyal sorunların ortaya çıktığını göstermesi bakımından da bir öneme sahiptir. Kısacası bu çalışma diyaliz hastalarının manevi kimliğini ortaya çıkarma girişimidir.

3. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri

Çalışmanın konusu itibariyle yetişkin bağlanma, Allah'a bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyetleri bağlamında diyaliz hastalarının yaşamlarındaki anlamları ve anlam ilişkilerini tespit etmek amacıyla aşağıdaki sorulara yanıt aranılmaktadır:

- Diyaliz tedavisi alan bireylerin bağlanma tarzları, Allah'a bağlanma tarzları ve dini başa çıkma tarzları ile yaşam memnuniyeti arasında ilişki var mıdır?
- Diyaliz tedavisi alan bireylerin demografik durumlarına (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, diyaliz yılı, sosyoekonomik düzeyi, sosyal çevre, diyaliz yılı) göre bağlanma tarzları farklılaşmakta mıdır?
- Diyaliz tedavisi alan bireylerin demografik durumlarına (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, diyaliz yılı, sosyoekonomik düzeyi, sosyal çevre, diyaliz yılı) göre Allah'a bağlanma tarzları farklılaşmakta mıdır?
- Diyaliz tedavisi alan bireylerin demografik durumlarına (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, diyaliz yılı, sosyoekonomik düzeyi, sosyal çevre, diyaliz yılı) göre dini başa çıkma tarzları farklılaşmakta mıdır?
- Diyaliz tedavisi alan bireylerin demografik durumlarına (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sosyoekonomik düzeyi, sosyal çevre, diyaliz yılı) göre yaşam memnuniyetleri farklılaşmakta mıdır?
- Diyaliz tedavisi alan bireylerin dindarlık algılarına göre bağlanma tarzları, Allah'a bağlanma tarzları, dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyeti düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
- Katılımcıların diyaliz tedavisine başladıktan sonra dindarlık durumlarında değişim olma durumuna göre bağlanma tarzları, Allah'a bağlanma tarzları, dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyeti düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
- Diyaliz tedavisi alan bireylerin duygu durumlarına göre bağlanma tarzları, Allah'a bağlanma tarzları, dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyeti düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
- Diyaliz hastalarının sorunlarla başa çıkmada başvurdukları ayet, hadis ve dini kavramlar var mıdır, var ise bunlar nelerdir?

- Diyaliz tedavisi alan kişilerin yaş ve diyaliz yılının dini başa çıkma tarzlarına ortak etkisi var mıdır?
- Diyaliz tedavisi alan kişilerin yaş ve diyaliz yılının yaşam memnuniyetine ortak etkisi var mıdır?
- Diyaliz hastalarının yaşam memnuniyetlerine etki eden unsurlar nelerdir?
- Diyaliz hastalarının tespit edilen psikososyal sorunları nelerdir?

Araştırmanın hipotezleri araştırmanın konusu itibariyle yetişkin bağlanma, Allah'a bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyetleri olmak üzere 4 bölüm altında toplanmıştır.

Yetişkinlikte Bağlanma İle İlgili Hipotezler

- H1-** Diyaliz tedavisi alan bireyler yakın ilişkilerinde daha fazla güvenli bağlanırlar.
- H2-** Yetişkinlerin bağlanma tarzları; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sosyoekonomik durum, sosyal çevre, diyaliz tedavi süresi, dini düşüncede değişim ve duygu durumları gibi değişkenlerle ilişkilidir.
- (a) Kadınlar ile erkeklerin bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (b) Yetişkinler ile yaşlıların bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (c) Bekârlar, evliler ve diğerlerinin bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (d) Eğitim düzeyleri arasındaki bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (e) Diyaliz yılları arasındaki bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (f) Farklı yerleşim yerlerinde yaşayan bireyler arasında bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (g) Farklı şehirlerde yaşayan bireylerin bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (h) Yakın ilişkilerde güvenli bağlanan yetişkinlerin sosyoekonomik düzeyi yüksek iken kaygılı bağlanan yetişkinlerin sosyoekonomik düzeyi düşüktür.
- H3-** Yakın ilişkilerde güvenli, kaygılı ve kaçınan bağlanan yetişkinlerin dindarlık algıları birbiriyle benzerdir.
- H4-** Bağlanma tarzı fark etmeksizin diyaliz tedavisine başladıktan sonra diyaliz hastaları dindarlık durumlarında değişim yaşamazlar.
- H5-** Yakın ilişkilerde güvenli bağlanan bireyler ile Allah'a güvenli bağlanan bireylerde olumlu duygular, kaçınan ve kaygılı bağlanan bireylerde ise olumsuz duygular daha fazla gelişir.

H6- Yakın ilişkilerde güvenli bağlanan bireyler Allah'a güvenli, güvensiz bağlanan bireyler ise Allah'a güvensiz bağlanırlar.

Allah'a Bağlanma İle İlgili Hipotezler

H7- Diyaliz tedavisi alan bireylerde Allah'a güvenli bağlanma tarzı daha fazla gelişir.

H8- Allah'a bağlanma tarzları; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sosyoekonomik durum, sosyal çevre, diyaliz yılı, dini düşüncede değişim ve duygu durumları gibi değişkenlerle ilişkilidir.

- (a) Kadınlar ile erkeklerin Allah'a bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (b) Yaşlılarda daha fazla Allah'a güvenli bağlanma tarzı, yetişkinlerde ise daha fazla kaygılı ve kaçınan bağlanma tarzları gelişir.
- (c) Bekârlar, evli ve diğer diyaliz hastalarına göre Allah'a daha fazla güvenli bağlanırlar.
- (d) Eğitim seviyesi artıkça Allah'a güvenli bağlanma azalır.
- (e) Diyaliz tedavi yılları farklı olan bireylerin Allah'a bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (f) Farklı yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin Allah'a bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (g) Farklı şehirlerde yaşayan bireylerin Allah'a bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.
- (h) Farklı sosyoekonomik duruma sahip bireylerin Allah'a bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir.

H9- Dindar olan bireyler Allah'a daha fazla güvenli, dine ilgisi az olanlar ise Allah'a daha fazla güvensiz bağlanırlar.

H10- Diyaliz tedavisine başladıktan sonra Allah'a güvenli bağlanan bireyler dini inancında daha fazla olumlu bir değişim yaşarken güvensiz bağlananlar dini inancında daha fazla olumsuz değişim yaşarlar.

H11- Allah'a güvenli bağlanan bireylerde olumlu duygular daha fazla, kaçınan ve kaygılı bağlanan bireylerde ise olumsuz duygular daha fazla gelişir.

Dini Başa Çıkma İle İlgili Hipotezler

H12- Diyaliz tedavisi alan bireyler olumlu dini başa çıkma tarzlarını olumsuz dini başa çıkma tarzlarına göre daha fazla kullanırlar.

H13- Dini başa çıkma tarzları; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sosyoekonomik durum, sosyal çevre, diyaliz yılı, dini düşüncede değişim ve duygu durumları gibi değişkenler ile ilişkilidir.

- (a) Kadınlar erkeklere göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullanırlar.
- (b) Yaşlılar ve yetişkinlerin sorunlarla başa çıkmada kullandıkları dini başa çıkma etkinlikleri benzerdir.
- (c) Evliler bekârlara göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullanırlar.
- (d) Eğitim düzeyi arttıkça olumlu dini başa çıkma etkinlikleri daha az, olumsuz dini başa çıkma etkinlikleri ise daha fazla kullanılır.
- (e) Diyaliz yılı arttıkça olumlu dini başa çıkma etkinliklerinin kullanımını artır.
- (f) Yaşanılan yer fark etmeksizin bireylerin dini başa çıkma etkinliklerini kullanma durumları benzerdir.
- (g) Farklı şehirlerde yaşayan bireyler, sorunlarla başa çıkmada farklı dini başa çıkma etkinliklerini kullanırlar.
- (h) Sosyoekonomik düzeyi iyi olanlar olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullanırlar.

H14- Olumlu dini başa çıkma etkinliklerini dindar olan bireyler daha fazla, dine ilgisi az olan bireyler ise daha az kullanırlar.

H15- Diyaliz tedavisine başladıktan sonra dindarlık durumunda olumlu yönde değişim yaşayan bireyler olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla, dindarlık boyutlarında olumsuz yönde değişim yaşayanlar ise olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullanırlar.

H16- Olumlu duygulara sahip olan bireyler olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla, olumsuz duygulara sahip olan bireyler ise olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullanırlar.

H17- Allah’a güvenli bağlananlar, kaygılı ve kaçınan bağlananlara göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla, olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullanırlar.

H18- Yakın ilişkilerde güvenli bağlanan yetişkinler, kaygılı ve kaçınan bağlanan bireylere göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla, olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullanırlar.

H19- Yaş ve diyaliz yılına göre dini başa çıkma etkinliklerinin kullanımı farklılaşır.

Yaşam Memnuniyeti ile İlgili Hipotezler

H20- Diyaliz hastalarının yaşam memnuniyetleri düşüktür.

H21- Dini başa çıkma tarzları; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sosyoekonomik durum, sosyal çevre, diyaliz yılı, dini düşüncede değişim ve duygu durumları gibi değişkenlerle ilişkilidir.

(a) Erkeklerin yaşam memnuniyetleri kadınlara göre daha yüksektir.

(b) Yaşlılar ve yetişkinlerin yaşam memnuniyetleri birbirleriyle benzerdir.

(c) Medeni durum fark etmeksizin bireylerin yaşam memnuniyetleri benzerdir.

(d) Eğitim durumu fark etmeksizin bireylerin yaşam memnuniyetleri benzerdir.

(e) Diyaliz yılı fark etmeksizin bireylerin yaşam memnuniyetleri benzerdir.

(f) Farklı yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin yaşam memnuniyetleri birbirleriyle benzerdir.

(g) Farklı şehirlerde yaşayan bireylerin yaşam memnuniyetleri birbirleriyle benzerdir.

(h) Sosyoekonomik düzey arttıkça yaşam memnuniyeti artar.

H22- Dine yönelim arttıkça yaşam memnuniyeti artar.

H23- Dindarlık durumunda olumlu yönde değişim yaşayan bireylerin yaşam memnuniyeti olumsuz yönde değişim yaşayan bireylere nazaran daha yüksektir.

H24- Olumlu duygulara sahip olan bireylerin yaşam memnuniyeti olumsuz duygulara sahip olan bireylere göre daha yüksektir.

H25- Yakın ilişkilerde güvenli bağlanan bireylerin yaşam memnuniyeti kaçınan ve kaygılı bağlanan bireylere göre daha yüksektir.

H26- Allah’a güvenli bağlanan bireylerin yaşam memnuniyeti kaçınan ve kaygılı bağlanan bireylere göre daha yüksektir.

H27- Yaşam memnuniyeti ile olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullanma arasında pozitif ilişki, olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanma arasında ise negatif ilişki vardır.

H22- Yaş ve diyaliz yılına göre yaşam memnuniyeti farklılaşır.

4. Araştırmanın Sınırlılıkları

İnsanı konu alan araştırmalar geniş kapsam ve içeriğe sahip olmalarından dolayı belirli bir konu, amaç ve modelle sınırlandırılırlar. Bu sınırlılık içerisinde konunun kapsam ve içeriğe uygun olarak seçilen araç ve yöntemlerle veriler toplanarak değerlendirilir.

- Zaman, mekân ve maliyet bakımından tüm diyaliz hastalarına ulaşmak mümkün olmadığından dolayı örneklem grubu 609 kişiyle sınırlıdır.
- Araştırma 18 yaş ve üzeri bireyler ile sınırlıdır.
- Örneklem grubunun homojenliğini arttırmak amacıyla farklı illerdeki sağlık kurumlarına araştırma izni başvurusunda bulunulur ancak sağlık kurumlarının araştırma iznine onay verip vermemesi ölçüsünde örneklem sınırlanır.
- Hastaları fazla yormamak için ölçekler mümkün olduğunca durumu betimleyebilecek soru sayısı az ölçeklerle sınırlıdır.
- Diyaliz hastalarının bağlanma biçimleri, dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyetleri arasındaki ilişkiyi analiz etmek için ölçekler; Yetişkin Bağlanma Ölçeği, Tanrı'ya Bağlanma Ölçeği, Dini Başa Çıkma Ölçeği ve Yaşam Memnuniyeti Ölçeği ile sınırlıdır. Aynı zamanda hastaların bu ölçeklerdeki sorulara samimi ve içten bir şekilde yanıt verdikleri kabul edilmektedir.
- Araştırma bir defaya mahsus olarak yapıldığından dolayı veriler belirli bir zaman dilimiyle sınırlıdır.

1. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. BÖBREK YETMEZLİĞİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Çalışmamızın bu bölümünde böbrek yetmezliğinin nedenleri, çeşitleri, görülme sıklıkları, popülasyon içinde görülme oranı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi vermeye çalışacağız. “Böbrekler, retroperitoneal¹ bölgede bulunan yetişkin erkeklerde 125-170 gram, yetişkin bayanlarda 115-155 gram ağırlığında olan ve yaklaşık 11-12 cm uzunluğunda, 7.5 cm genişliğinde, 2.5-3 cm kalınlığında olan organlardır.”² Böbrekler, nefron denilen yapılardan oluşur³ ve her bir böbrekte yaklaşık 600 bin ila 1 milyon sayıda nefron bulunur.⁴

Metabolizmanın işleyişinde böbreğin birden fazla görevi bulunur. Böbrek; vücuda alınan sıvıda ve kanda bulunan üre, ürik asit, kreatinin gibi metabolik atık ürünleri idrara dönüştürerek vücuttan atılmasını sağlar.⁵ Vücutta su, sodyum, potasyum, klor, kalsiyum, fosfor, magnezyum gibi elektrolitleri dengede tutarak metabolizmada sıvı ve elektrolit dengesini sağlar. Asit ve baz dengesini kurar⁶, ilaç, toksin ve metabolitlerinin⁷ gerekli olanlarını alarak geri kalan kısmın vücuttan atılmasını gerçekleştirir. Kan basıncı ve kan akışını kontrol altında tutulmasına destek verir⁸ ve D vitamini ve eritropoietin⁹ gibi hormonların oluşmasına yardımcı olur. Böbreklerin bu temel görevleri yerine getirmede yetersiz kalması durumunda böbrek yetmezliği problemi ortaya çıkabilir.

¹ Retroperitoneal: Karınzarı ardının bulunduğu bölge. Bkz. Pars Tuğlacı, **Tıp Lügati**, s. 312.

² Soren Nielsen, vd. “Anatomy of the Kidney”, **Brenner & Rector’s The Kidney**, Ed. by. Barry M. Brenner, 9. ed., Philadelphia, WB Saunders, 2012, p. 31.

³ Zerrin Özçelik, “Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Akut Böbrek Yetmezliği Gelişme Sıklığı Ve Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmesine Etki Eden Faktörler Retrospektif Çalışma”, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2010, s. 6.

⁴ Nielsen, vd. “Anatomy of the Kidney”, **Brenner & Rector’s The Kidney**, s. 32.

⁵ Nefroloji Derneği, “Böbreklerimiz Ne İşe Yarar?”, <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/bniy.pdf>, 29.07.2019.

⁶ David Pearce, et. al, “Aldosterone Regulation Of Ion Transport”, **Brenner & Rector’s The Kidney**, Ed. by. Barry M. Brenner, 9. ed. Philadelphia, WB Saunders, 2012, p. 213.

⁷ Metabolit: Metabolizma tarafından üretilen maddeler, Bkz. Tuğlacı, a.g.e., s. 194.

⁸ Karen A. Munger, et. al., “The Renal Circulations And Glomerular Ultrafiltration”, David Pearce, et. al, “Aldosterone Regulation of Ion Transport”, **Brenner & Rector’s The Kidney**, Ed. by. Barry M. Brenner, 9. ed. Philadelphia, WB Saunders, 2012, p. 104.

⁹ Eritropoietin: alyuvarlar için sitokin görevi gören bir glikoprotein hormondur, (Çevrimiçi) <https://tr.wikipedia.org/wiki/Eritropoietin>, 15 Mayıs 2018.

1.1.1. Böbrek Yetmezliği

Böbrek yetmezliği, yapısında oluşan ciddi bir hasara bağlı olarak böbreğin işlevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getirememesi sonucunda ortaya çıkar.¹⁰ Vücudun elektrolit-su dengesinin bozulduğunda böbrek yetmezliği gerçekleşir. Elektrolit-su dengesinin bozulması; vücudun ihtiyacı olan proteinin idrarla dışarı atıldığını, vücutta gereğinden fazla potasyum ve su biriktiğini ifade eder. Gereğinden fazla su birikmesi ise vücutta ödemlerin oluşmasına neden olur. Ödemlerin oluşması ve artması; kalp ve karaciğer gibi organların ciddi hasar görmesine ve kişide güç kaybının ve nefes darlığının oluşmasına neden olur.¹¹

Böbrek yetmezliği; akut böbrek yetmezliği ve kronik böbrek yetmezliği şeklinde ikiye ayrılır.¹² Akut böbrek yetmezliğinde bazen kısa süreli tedavi sonrasında böbrekte iyileşme gerçekleşirken bazen de iyileşme gerçekleşmeyip akut durum kronik hale gelebilir.¹³ Geçici böbrek yetmezliğinin, kronik böbrek yetmezliğine dönüşmesi kişinin ömür boyu tedavi görmesini zorunlu hale getirmektedir.

Böbrek yetmezliğinin tanısına göre tedavi yöntemleri farklılaşmaktadır.¹⁴ Tanıya göre kronik böbrek yetmezliği tedavisi uygulanır ve uygulanan tedaviler genellikle böbreğin durumunu korumaya yöneliktir. Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan tedavi yöntemlerinin temel özelliği iyileştirici olmaktan ziyade destekleyicidir.¹⁵ Kronik böbrek yetmezliğinin son evresinde destekleyici ilaç tedavisi

¹⁰ Eylem Topbaş, “Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri Ve Evrelere Özgü Bakımı”, **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, C.10, No: 1, 2015, s. 53.

¹¹ Robert, **Böbrek Elektrolit Hastalıkları**, ss.64-114; Gökhan Temiz, “ Böbrek Yetmezliği Belirtileri Nelerdir? Nasıl Tedavi Edilir?” <https://www.memorial.com.tr/saglik-rehberleri/bobrek-yetmezligi-belirtileri-nelerdir-nasil-tedavi-edilir/>, 03.08.2019.

¹² Seher Gökçe, “Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 2010, s. 3.

¹³ Ali Nar, “Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmiş Hastalarda Etiyoloji Ve Prediktörlerin Belirlenmesi Ve Akut Böbrek Yetmezliği Evrelerinin Mortaliye Olan Etkisi”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, 2012, s. 15.

¹⁴ Topbaş, “Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri Ve Evrelere Özgü Bakımı”, s. 55.

¹⁵ Jeremy Levy, Julie Morgan, Edwina Brown, **Oxford Diyaliz El kitabı**, Çev. İhsan Uslan, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002, s. 6-7.

yetersiz kalması nedeniyle ilaç tedavisinin yerine diyaliz ya da transplantasyon tedavileri uygulanır.¹⁶

1.1.1.1. Akut Böbrek Yetmezliği

Akut böbrek yetmezliği (ABY), tarihsel süreç içerisinde farklı adlarla tanımlanmıştır: “Ischuria Renalis, Acute Bright’s Disease, War Nephritis, Acute Renal Failure, Acute Tubular Necrosis, Acute Uremia, Acute Azotemia, Acute Kidney Injury/Impairment, Acute Kidney Diseases and Disorders” gibi yapılan bu adlandırmalarla ilgili olarak daha sonra güncellemeler yapılmıştır.¹⁷ ABY’i tanımlayacak olursak; böbreklerin kandaki üre ve diğer atık maddelerin geçici olarak süzemediği bir durumun beklenmedik bir şekilde ortaya çıkmasıyla gerçekleşir.¹⁸ Tanımdan da anlaşılacağı üzere akut böbrek yetmezliği, birkaç saat ya da birkaç gün içinde hızla gelişebilen bir durumdur.¹⁹ “Akut böbrek yetmezliği genellikle azotemi (kanda üre ve nitrojeni ve serum kreatinin konsantrasyonunda artış) ile kendini gösteren ve bazen oliguri ile birlikte olan böbrek işlevlerinin aniden azalması anlamına gelir.”²⁰ Bir başka deyişle akut böbrek yetmezliği, böbrekte oluşan ani işlev kaybıyla birlikte üre ve diğer azotlu atık ürünlerin vücuttan atılamaması ve bunun sonucunda kanda üre ve kreatinin artması ve vücuttan idrar çıkışının azalmasıyla ortaya çıkan durum olarak da ifade edilebilir. Bu durumda böbrekler filtreleme yeteneğini kaybettiğinden, kandan atılması gereken kreatin ve azot gibi zararlı maddeler vücuttan atılamaz hale gelir. Kandan atılması gereken azot ve kreatinin vücuttan atılamamasına bağlı olarak kandaki kimyasal değerler tehlikeli olabilecek bir boyuta ulaşır.²¹ Örneğin yılan sokması sonrasında zehrin etkisiyle kandaki zararlı maddeler olağanüstü seviyeye ulaşır. Kanın kimyasal yapısında gelişen bu tehlikeli değişim kişide ABY’ye neden

¹⁶ Skorecki K, Green J, Brenner BM. “Kronik Böbrek Yetmezliği”, **Harrison İç Hastalıkları Prensipleri** Çev. M. Yeksan, H. Z. Tonbul, Çev. Ed. Yahya Sağlık, C. 2, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, s. 1551-62.

¹⁷ Ülkem Çakır, “Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Akut Böbrek Hasarı”, (Çevrimiçi) http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2013/Kongre27/Ulkem_Cakir.pdf, 29 Kasım 2017.

¹⁸ Levy, Morgan, Brown, Oxford Diyaliz El Kitabı, s. 8.

¹⁹ Nar, “Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmiş Hastalarda Etiyoloji Ve Prediktörlerin Belirlenmesi Ve Akut Böbrek Yetmezliği Evrelerinin Mortaliye Olan Etkisi”, s. 15.

²⁰ Donald E. Hricik, R. Tyler Miller, **Nefroloji Sırları**, Çev. Gürkan Kazancı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, s. 33.

²¹ Özçelik, “Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Akut Böbrek Yetmezliği Gelişme Sıklığı Ve Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmesine Etki Eden Faktörler Retrospektif Çalışma”, s. 7-13.

olabilir.²² Böbreğin işlevini gerektiği ölçüde yerine getirememesine ya da kanda zararlı maddelerin fazla olmasına bağlı olarak da vücudun bazı fonksiyonlarının, işlevini yitirmesine neden olur. Böylesi bir durum hastanın yaşamsal faaliyetlerini yavaşlatıp onun hayatını tehlikeye atabilir.

1.1.1.2. Akut Böbrek Yetmezliğinin Epidemolojisi, Etimolojisi ve Tedavisi

Akut böbrek yetmezliği; gelir seviyesi yüksek olan ülkelerde genellikle hastanelerdeki hastalarda gelişirken, gelir seviyesi düşük ve orta olan ülkelerde ise ishal durumları ve sıvı kayıpları, sıtma, zehirlenme (yılan sokması, vb.), enfeksiyon ve sağlık kuruluşlarının yetersizliği gibi durumlarla ilişkilidir.²³ Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda hastanede gelişen ABY vakalarının ortalama hızı yaklaşık 200/milyon kişi/yıl iken bu hastaların diyaliz ihtiyacı ise yaklaşık 50/milyon kişi/yıl olarak saptanmıştır.²⁴ Gelir seviyesi düşük olan Afrika ve Asya gibi bölgelerde gerekli çalışma yapılmadığından dolayı hastalıkla ilgili tam olarak geçerli sayısal verilere ulaşılamamaktadır.²⁵

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalarda ABY'nin görülme oranı kliniklerde tedavi gören hastalara oranla daha fazladır.²⁶ Medikal ve cerrahi servislerinde tedavi gören hastalarda ABY görülme oranı %0.37-5 iken yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalarda görülme oranı ise %15'tir.²⁷ Bazı kaynaklarda ise yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalarda ABY'nin görülme oranı %10-30 arasında olduğu ve aynı zamanda bu hastaların mortalite hızının %30-70 arasında

²² Arif Yüksel, Erhan Ergin, Vatan Barışık, "Yılan Sokması Sonucu Dissemine İntravasküler Koagülasyon ve Akut Böbrek Yetmezliği Gelişimi" **Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, C. 23, No: 1, 2009, s. 37-39.

²³ Ravindra L Mehta, et. al., "International Society Of Nephrology's 0by25 Initiative For Acute Kidney Injury (Zero Preventable Deaths By 2025): A Human Rights Case For Nephrology", **Lancet**, Vol. 385, 2015, s. 2616.

²⁴ Nar, "Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmiş Hastalarda Etyoloji Ve Prediktörlerin Belirlenmesi Ve Akut Böbrek Yetmezliği Evrelerinin Mortaliye Olan Etkisi", s. 16.

²⁵ Mehta, et. al., "International Society Of Nephrology's 0by25 Initiative For Acute Kidney Injury (Zero Preventable Deaths By 2025): A Human Rights Case For Nephrology", s. 2616.

²⁶ Nar, "Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmiş Hastalarda Etyoloji Ve Prediktörlerin Belirlenmesi Ve Akut Böbrek Yetmezliği Evrelerinin Mortaliye Olan Etkisi", s. 15.

²⁷ Schrier W Robert, **Böbrek Elektrolit Hastalıkları**, Çev. Gültekin Süleymanlar, Ankara, Güneş Kitabevi, 2005, s. 401.

olduğu belirtilir.²⁸ Oranlardan anlaşılacağı üzere ABY'nin, yoğun bakım hastalarında görülme oranı daha yüksektir. Yoğun bakım ünitelerinde ABY'nin görülme oranının yüksek olmasının sebepleri arasında açık yaralar ve hastanın bağışıklık sisteminin zayıf olması gösterilebilir. Açık yaralar, virüslerin vücuda girmesini hızlandırdığı gibi enfeksiyon oluşumuna da zemin hazırlar. Hastanın düşük olan bağışıklık sistemi enfeksiyonla birlikte daha da düşer.

Doğu; ABY hastalarının hastaneye geliş şikâyetleri incelediğinde, “hastaların “%26,1’i bulantı ve kusma, %23,6’sı hasta oral alım azlığı, %19,5’i ateş yüksekliği, %13,3’ü idrar miktarında azalma, %9,4’ü nefes darlığı, %8,5’i ishal, %5’i yan ağrısı ve %5,2’sinin ise birden fazla şikâyetle hastaneye başvurduğunu” tespit etmiştir.²⁹ Aynı hasta grubunun hastaneden ayrılma durumlarını incelediğinde hastaların %59,4’ünün normal böbrek değerlerine sahip olduğu, %29,1’inin iyileşmeden taburcu edildiği, %10’unun öldüğü, %0,9’unun ise bir üst merkeze sevk edildiği tespit edilmiştir. Taburcu edilen hastalar, belirli bir süre aralığında takip edildiğinde bu hastaların %25,1’inin kronik böbrek hastası olduğu, %4,1’inin ise son dönem böbrek yetmezliğine ilerlediği tespit edilmiştir.³⁰

Günümüzde her yıl yaklaşık 1,7 milyon kişinin akut böbrek yetmezliğinden öldüğü tahmin edilmektedir.³¹ Akut böbrek hastalarında mortalite³² hızları hastanın durumuna göre değişim gösterir. Komplike olmayan akut böbrek hastalarında mortalite hızı %5-10 arasında iken aralıklı diyaliz tedavisi alan ya da renal replasman tedavisi (RRT)³³ tedavisi alan hastalarda ise mortalite hızı %30-80 arasındadır.³⁴ Bu

²⁸ Levy, Morgan, Brown, **Oxford Diyaliz El Kitabı**, s. 8.

²⁹ Ömer Faruk Doğu, “Acil Serviste Akut Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Olguların Prospektif Analizi”, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana Numune Araştırma Hastanesi, Ankara, 2017, s. 21.

³⁰ Doğu, “Acil Serviste Akut Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Olguların Prospektif Analizi”, s. 25.

³¹ Valerie A Luyckx, Marcello Tonelli, John W Stanifer, “The Global Burden Of Kidney Disease And The Sustainable Development Goals” **Bull World Health Organ**, Vol. 96, 2018, s. 414; Mehta, et. al., “International Society Of Nephrology’s Oby25 Initiative For Acute Kidney Injury (Zero Preventable Deaths By 2025): A Human Rights Case For Nephrology”, s. 2616.

³² Mortalite: Genel populasyon içinde belli bir hastalığa bağlı ölüm sayısı (oranı). Bkz. Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s. 201.

³³ Son dönem böbrek hastalarında böbrek işlevini yerine getirmede yetersiz kaldığında böbreğe destek amaçlı kullanılan; hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli tedavi yöntemlerinin genelini kapsar. Bkz. Zeynep Dadalı, “Hemodiyaliz, Prediyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması”, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009 s. 17.

³⁴ Robert, **Böbrek Elektrolit Hastalıkları**, s. 401.

hastaların genellikle yaşlı hastalar olmaları ve akut böbrek yetmezliğiyle birlikte yüksek morbité³⁵ ve mortalitesi yüksek kronik hastalıklara (kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, vd.) sahip olmalarından dolayı³⁶ bu hastalarda mortalite hızının yüksek olduğu düşünülmektedir.³⁷ ABY hastalarında en sık görülen ölüm nedenleri şu şekildedir: ³⁸ Enfeksiyonlar %30-70 oranına, kardiyovasküler³⁹ olaylar %5-30 oranına, gastrointestinal, ⁴⁰ pulmoner, ⁴¹ veya nörolojik hastalıklara bağlı olarak gelişen beklenilmeyen durumlar %7-30 oranına, hiperkalemi⁴² veya diyaliz tedavisine bağlı teknik sorunlar %1-2 oranına sahiptir.

ABY’de; makroskopik hematuri,⁴³ lomber ağrı,⁴⁴ hemoptizi,⁴⁵ döküntü, nöropati,⁴⁶ enfeksiyon da görülmektedir. Muayene bulgularında ciltte pigmentasyon ve ekskoriyasyon,⁴⁷ anemi, hipertansiyon, postural hipotansiyon,⁴⁸ ödem, sol ventrikül hipertrofisi,⁴⁹ periferik damar hastalığı,⁵⁰ akciğerde rall,⁵¹ göz dibi incelemesinde hipertansiyon ve diyabet olduğuna yönelik belirtiler, plevral effüzyon⁵² olduğu görülür.⁵³

³⁵ Morbitide: Hastalığa yakalanların sayısı, Bkz. Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s. 200.

³⁶ Hricik, Miller, **Nefroloji Sırları**, s. 33.

³⁷ Nar, “Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmiş Hastalarda Etiyoloji Ve Prediktörlerin Belirlenmesi Ve Akut Böbrek Yetmezliği Evrelerinin Mortaliye Olan Etkisi”, s. 15.

³⁸ Hricik, Miller, **Nefroloji Sırları**, s. 36.

³⁹ Kardiyovasküler: Kalp damarlarıyla ilgili hastalıklar, Bkz. Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s.70, 409.

⁴⁰ Gastrointestinal: Mide ve bağırsakla ilgili hastalıklar, Bkz. Tuğlacı, a.g.e., s.127.

⁴¹ Pulmoner: Akciğer ile ilgili hastalıklar, Tuğlacı, a.g.e., s. 297.

⁴² Hiperkalemi: Kanda kalsiyum fazlalığı, Tuğlacı, a.g.e., s. 147.

⁴³ Hematuri: İdrarda kan görülmesi, Bkz. Tuğlacı, a.g.e., s. 137.

⁴⁴ Lomber ağrı: Bel bölgesinde olan ağrı, Bkz. Tuğlacı, a.e., s. 181.

⁴⁵ Hemoptizi: Kan tükürme, solunum yollarından gelen kanın ağızdan çıkarılması, Bkz. Tuğlacı, a.g.e., s. 139.

⁴⁶ Nöropati: Sinir sistemi ile ilgili hastalık, Bkz. Pars Tuğlacı, a.g.e., s. 219.

⁴⁷ Ekskoriyasyon: Cildin normal renkte olmaması veya başka bir renk alması durumu, Bkz. Pars Tuğlacı, a.g.e., s. 270.

⁴⁸ Postural hipotansiyon: Aniden ayağa kalktığında tansiyon düşmesi, Bkz. Pars Tuğlacı, a.g.e., s. 151.

⁴⁹ Sol ventrikül hipertrofisi: Sol karıncıkta (kalp ve beyin) büyüme olmasıdır, Bkz. Tuğlacı, a.g.e., s. 149, 413.

⁵⁰ Periferik damar hastalığı: Kalp ve beyin hariç kollara, bacaklara ve iç organlara kan akışını sağlayan atardamarlarda damar sertliği nedeniyle tamamen veya kısmen tıkanması nedeniyle oluşan bir hastalıktır. Ali Civelek, “Kalp Damar Hastalıkları” (Çevrimiçi) <http://www.alicivelek.com/periferik-damar-hastaliklari/>, 29 Kasım 2017.

⁵¹ Akciğerde rall: Solunum sırasında akciğerden anormal sesin gelmesi, Bkz. Tuğlacı, a.g.e, s. 304.

⁵² Plevral effüzyon: Akciğer dış yüzünü ve göğüs duvarı iç yüzünü saran bu zarlar arasında kalan boşlukta çeşitli içeriklerde su birikmesi, Mahmut Kocakel, “Plevral effüzyon nedir ve nasıl belirti verir?” <http://www.tgcd.org.tr/index.php/3-soruda-akciger-zarlari-arasinda-su-birikmesi-plevral-effuzyon/> 1 Aralık 2017.

⁵³ Levy, Morgan, Brown, **Oxford Diyaliz El Kitabı**, s. 12.

Akut böbrek yetmezliğinin nedenleri ise şunlardır: Filtrasyonun bozulmasına neden olan hipoperfüzyonun böbreğin kanlanması engellemesi, kan basıncının düşmesi, böbrek kan basıncının düşmesine neden olan hipovolemi (hipovolemiye bağlı olarak gelişen faktörler: kanamalar, kusmalar, geniş yanıklar, halsizlikler, ani kalkışlarda baş dönmeleri, kalp yetmezliği, hipotansiyon)⁵⁴, eksojen⁵⁵ toksinler ve endojen⁵⁶ toksinlerdir. Eksojen toksinler olarak ifade edilen grupta radyokontrast maddeler⁵⁷, nefrotoksit⁵⁸ antibiyotikler, nefrotoksit antikanser ilaçları, ağır metaller (kurşun, civa, demir, vb), lityum, florlu anestetikler⁵⁹, organik solventler⁶⁰ yer almaktadır.⁶¹ Endojen toksinler grubunda kas dokusunda oluşan hasar sonrasında kasta bulunan miyoglobinin⁶² kan dolaşımına katılması, hemoliz⁶³, miyelom⁶⁴, hiperkalsemi yer almaktadır.⁶⁵ Miyoglobin ve hemoglobin gibi proteinlerden salınan demirler bazı durumlarda hücre yapısına zarar verir ve böbrek dokusunda gerçekleşen bu durum zaman içerisinde böbreğin ölümüne neden olur.⁶⁶

Böbreklerin işlevlerini yerine getirmemesi durumunda fizyopatolojik olarak vücudun su dengesi ve elektrolit dengesi bozulmaya başlar.⁶⁷ Elektrolit-su dengesinin bozulması sonrasında vücutta gereğinden fazla su depolanması gerçekleşebilir ve bu duruma bağlı olarak vücutta ödem oluşabilir. Bu durumda elektrolit ve sıvı dengesizliğine yönelik tedavi yapılması gerekir.⁶⁸ Aksi takdirde böbrek yetmezliği

⁵⁴ Melike Betül Ögütmen, “Akut Böbrek Yetmezliği”, **Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi**, C. 17, No: 2, 2011, s. 26.

⁵⁵ Eksojen: Dış etkenli, Bkz. Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s. 112.

⁵⁶ Endojen: İçten gelişen, Bkz. Tuğlacı, a.g.e., s. 105.

⁵⁷ Radyokontrast: Röntgen filmi çekimi sırasında vücuda gönderilen X ışınlarını tutan, o bölgeden X ışınlarının geçişine izin vermeyen maddeler, (Çevrimiçi) http://www.biemilac.com/htmldocs/biem/tedavi_alanlari/biem_ilac/5.html, 4 Aralık 2017.

⁵⁸ Nefrotoksit: Böbrek dokusunun parçalanmasından doğan zehirli madde, böbrek dokusunu yok eden toksin, Bkz. Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s. 214.

⁵⁹ Florlu anestetikler: Anestezi etken maddeli ilaçlar, Bkz. Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s. 30.

⁶⁰ Organik solventler: Eritici, çözücü(aseton, etil asetat vd.). Bkz. Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s. 339.

⁶¹ Hricik, Miller, **Nefroloji Sırları**, s. 35.

⁶² Miyoglobinin: Oksijen taşıma özelliğine sahip olan kas proteini, (Çevrimiçi) <http://www.tipfak.com/tip-terimleri-sozlugu/> 8 Aralık 2017.

⁶³ Hemoliz: Kırmızı kan hücrelerinin büyük hasara uğraması ve görevlerini yerine getirememesi durumudur. Bkz. Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s. 139.

⁶⁴ Miyelom: Omurilik tümörü, Bkz. Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s. 208.

⁶⁵ Hricik, Miller, **Nefroloji Sırları**, s. 35

⁶⁶ A. e., s. 36.

⁶⁷ Doğu, “Acil Serviste Akut Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Olguların Prospektif Analizi”, s. 2.

⁶⁸ Nar, “Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmiş Hastalarda Etiyoloji Ve Prediktörlerin Belirlenmesi Ve Akut Böbrek Yetmezliği Evrelerinin Mortaliye Olan Etkisi”, s.32

safhalarında ilerleme gerçekleşir ve bu ilerlemeye bağlı olarak böbrek fonksiyonlarında işlev kaybı artışı olur.⁶⁹

Sonuç olarak hastanın bulunduğu ortam ve yaşam koşulları, geçirdiği bir rahatsızlıktan dolayı oluşan bir komplikasyon ve genetik yatkınlığı olan bir hastalığa karşı gelişen durum, akut böbrek yetmezliği riskini arttırmaktadır.⁷⁰ Özellikle diyabet, kalp rahatsızlığı ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklara sahip olanlar böbrek yetmezliğine daha yatkın olurlar.⁷¹

Akut böbrek yetmezliğinin gelişimini ve seyrini değiştirecek bilimsel olarak ispatlanmış bir tedavi yöntemi yoktur. Dolayısıyla destek tedaviyle böbreklerin kendiliğinden iyileşme sürecine girmesi beklenir.⁷² Destek tedavilerde yapılan uygulamalar arasında;⁷³ hastanın sıvı, potasyum, magnezyum ve fosfat maddeleri almasının kısıtlanması, üre oluşumunu yavaşlatmak için hastanın protein alımının kısıtlanması, kandaki aşırı sıvı miktarını dengelemek ve kontrol altında tutmak için idrarın vücuttan atılmasını sağlayan ilaçların kullanılması gösterilebilir. Kanda gereğinden fazla bulunan hidrojen iyonunun vücuttan atılması için ise hastaya sodyum karbonat verilir.⁷⁴ Kısaca ifade edecek olursak böbreğin eski halini alması için sıvı-elektrolit dengesinin düzenlenmesi, asidozun düzeltilmesi, üremik komplikasyonların düzeltilmesi, kullanılan ilaçların ayarlanması, diyet uygulanması yapılan tedaviler arasında yer almaktadır.⁷⁵

Konservatif tedavi sıvı elektrolit dengesini korumada yeterli olmazsa renal replasman tedavisi verilir.⁷⁶ Geçici olarak uygulanan RRT'den istenilen sonuç alınmaz ise yani hastada iyileşme görülmez ise RRT sürekli tedaviye dönüşür.⁷⁷ Akut gelişen böbrek yetmezliğinde RRT uygulanması olarak; intermitten hemodiyaliz, izole ultrafiltrasyon, arterio-venöz metodlar, venö-venöz metodlar, periton diyaliz ve

⁶⁹ Robert, **Böbrek Elektrolit Hastalıkları**, s. 64-114

⁷⁰ Doğu, "Acil Serviste Akut Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Olguların Prospektif Analizi", s. 41

⁷¹ A.e., s. 22

⁷² Hricik, Miller, **Nefroloji Sırları**, s. 37

⁷³ Zerrin Bicik, Sibel Ersan, "Akut Renal Yetmezlik", **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, 1999, No:3: s. 116.

⁷⁴ Nielsen, et. al., "Anatomy of the Kidney", **Brenner & Rector's The Kidney**, s. 55.

⁷⁵ Nar, "Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmiş Hastalarda Etiyoloji Ve Prediktörlerin Belirlenmesi Ve Akut Böbrek Yetmezliği Evrelerinin Mortaliye Olan Etkisi", s. 38

⁷⁶ Hricik, Miller, **Nefroloji Sırları**, s. 37.

⁷⁷ A.e., s. 36.

hemodiyaliz tedavisi uygulanır. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan akut böbrek hastalarında kalıcı böbrek yetmezliği görülme oranı %50 olarak tespit edilmiştir.⁷⁸ Hastaya uygulanacak tedavinin biçimini belirleyen faktör ya da faktörler; hastalığın seyri ve hastanın içinde bulunduğu ortam ve koşullarıdır. Alınan tedaviler sonrasında böbrekte iyileşme gerçekleşmez ise akut böbrek yetmezliği, kronik böbrek yetmezliğine dönüşür.

1.1.1.3 Kronik Böbrek Yetmezliği

İdrar oluşumunu ve atılımını sağlayan böbrek hücrelerinin yapısında meydana gelen bozulmalar, ilerleyen zamanlarda böbrek dokusu fibrozlu⁷⁹ dokulara dönüşür. Fibrozlu dokuların artmasına bağlı olarak böbrek dokusunda sekloz⁸⁰ oluşabilir.⁸¹ Bunun sonucunda böbrekte doku kaybı gerçekleşir.⁸² Skleroza bağlı olarak fibrozlu dokuların gerçekleştirmedeği işlevleri sağlam dokular üstlenir. Sağlam dokuların gereğinden fazla çalışması, onların zamanla hasar görmesine ve işlev yitirmesine neden olur.⁸³ Böbrekte gerçekleşen bu tip ciddi hasarlar kronik böbrek yetmezliğine neden olur. Kronik böbrek yetmezliği; glomerül filtrasyon hızının (GFH) anormal seviyede ve hasar göstergelerin (protein atılımı, kan değerlerinde üre fazlalığı, kistin olması vd.) üç aydan daha fazla bir sürede devam etmesi halinde görülür.⁸⁴ Kronik böbrek yetmezliğinin gerçekleşmesi durumunda; GFH'nin azalmasına bağlı olarak vücudun sıvı ve elektrolit dengesi ile hormonal dengesinin ileri derecede ve geri dönüşümü olmayacak bir şekilde bozulur.⁸⁵ GFH, vücuttaki fazla sıvı miktarının zamana oranıdır. Yani sıvı miktarının zamana bölünmesiyle GFH'ye sonucu elde edilir. GFH'yi belirleyen nedenler aynı zamanda vücuttan fazla sıvının atılım hızını

⁷⁸ Nar, "Dâhiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmiş Hastalarda Etyoloji Ve Prediktörlerin Belirlenmesi Ve Akut Böbrek Yetmezliği Evrelerinin Mortaliye Olan Etkisi", s. 39

⁷⁹ Fibroz: Enfeksiyon, yaralanma ve iltihabın ardından ortaya çıkan liflerden oluşmuş yara izi oluşan dokulardır. Bkz. Pars Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s. 118.

⁸⁰ Böbrek yapısında oluşan iltihaplanmalara vb. nedenlere bağlı olarak böbrek dokusunda gelişen sertleşmedir.

⁸¹ Ayla Erdoğan, "Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler", Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2011, s. 4.

⁸² Türk Nefroloji Derneği, **Böbrek Fizyopatolojisi**, s. 204.

⁸³ Erdoğan, "Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler", s. 4.

⁸⁴ United States Renal Data System, "2017 ADR Chapters: Chapter 1: CKD in the General Population" (Çevrimiçi) https://www.usrds.org/2017/view/v1_01.aspx, 04.08.2019.

⁸⁵ Mehmet Halis Tanrıverdi, Aytaç Karadağ, Esra Şüheda Hatipoğlu, "Kronik Böbrek Yetmezliği", **Konuralp Tıp Dergisi**, C. 2, No: 2, 2010, s. 27.

belirleyen nedenlerdir.⁸⁶ GFH ile KBH arasında ters orantı vardır, KBH ilerledikçe GFH azalır. GFH'nin durumuna göre KBH'nin evreleri belirlenir.

Kronik böbrek hastalığının evreleri şunlardır:

- 1- Normal veya $\uparrow$ GFH ile böbrek hasarı $\text{GFH} \geq 90$ (ml/dk/1,73 m²)
- 2- Hafif $\downarrow$ GFH ile birlikte böbrek hasarı GFH 60-89 (ml/dk/1,73 m²)
- 3- Orta Derecede $\downarrow$ GFH GFH 30-59 (ml/dk/1,73 m²)
- 4- Ağır Derecede $\downarrow$ GFH GFH 15-29 (ml/dk/1,73 m²)
- 5- Son Dönem Böbrek Yetmezliği $\text{GFH} < 15$ (ml/dk/1,73 m²)⁸⁷

Beşinci evre dönem böbrek yetmezliğinin son evresi olarak bilinir ve bu evrede neredeyse böbrek tüm fonksiyonlarını yitirmiş hale gelir. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) üzerine yapılan araştırmalarda glomerül denilen kanın süzüldüğü kılcal damar yumağındaki⁸⁸ beyaz kan hücre sayısının azaldığı* ve makrofazlarda oluşan iltihaplanmalar sonrasında böbrek dokusunda gerçekleşen sertleşmeye bağlı olarak böbrek yapısında geri dönüşümü mümkün olmayan doku hasarı olduğu tespit edilmiştir.⁸⁹ Telafisi mümkün olmayan doku hasarlarında çok sayıda nefron ölümleri gerçekleşir. Nefron sayısındaki ciddi azalma hastanın yaşam fonksiyonunun tehlikeye girmesine neden olabilir.⁹⁰ Bu aşamadaki hastalara yaşamsal faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için diyaliz ve transplantasyon gibi renal replasman tedavileri uygulanır. Bazen renal replasman tedavisi sonrasında hastada gelişen sistemik komplikasyonlar; hastanın psikolojik sağlığını, sosyal durumunu ve maddi durumunu olumsuz yönde etkileyebilir.⁹¹

⁸⁶ Habib Emre, “Diyaliz Hastalarında Hastaneye Yatış Nedenlerinin Değerlendirilmesi”, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncüyıl Üniversitesi, Van, 2013, s. 3.

⁸⁷ Özlem Top “Trakya Üniversitesi Diyaliz Ünitesinde Takip Edilen Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Araştırılması”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı”, Edirne, 2015, s. 3.

⁸⁸ Türk Nefroloji Derneği, **Böbrek Fizyopatolojisi**, Ed. Turgay Arınsoy, Özkan Güngör, İsmail Koçyiğit, Reaktif Yay., 2017, s. 4.

* Beyaz kan hücreleri, vücudu bakteri ve virüslere karşı korumakla görevlidir.

⁸⁹ Top, “Trakya Üniversitesi Diyaliz Ünitesinde Takip Edilen Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Araştırılması”, s. 6.

⁹⁰ Skorecki, Green, Brenner, “Kronik Böbrek Yetmezliği”, s. 1551-62.

⁹¹ Özlem Top “Trakya Üniversitesi Diyaliz Ünitesinde Takip Edilen Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Araştırılması”, s. 6.

1.1.1.4 Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemolojisi, Etimolojisi ve Tedavisi

KBY dünya çapında önemli bir sağlık problemi olarak görülür. Bu durum hastalığa bağlı ölüm oranının yüksek olmasıyla ilişkilidir.⁹² Ölüm oranlarının yüksek olması hastalığın ana nedenlerine dayandırılır. KBY'nin ana nedenleri sırasıyla diyabet, glomerulnefrit ve hipertansiyon⁹³ gibi ölüm oranı yüksek hastalıklardır. Diyabet, glomerulnefrit ve hipertansiyon zaman içerisinde kontrol alınmazsa böbrekte doku kayıpları ve kalıcı hasarlar oluşabilir. Hatta bu durum zamanla organ kaybına kadar gidebilir. Düzenli tedavi gerektiren bu tip hastalıklarda ilaçların düzenli olarak kullanılmaması, hastalığı tetikleyen ortam ve koşullardan hastanın izole edilmemesi vb. durumlar hastalığın seyrini değiştirmektedir.

Dünyada 500 milyondan fazla kişinin kronik böbrek yetmezliği ile mücadele ettiği ve bunların dünya nüfusunun yaklaşık %10-16'sını oluşturduğu bilinmektedir.⁹⁴ Son yirmi yıl içerisinde renal replasman tedavisi gerektiren SDBY hastalığının görülme sıklığında artış görülmektedir. Dünya çapında renal replasman tedavisi alan son dönem böbrek hasta sayısı 2 milyon civarına ulaştığı ve 10 yıl içerisinde bu sayının iki katına çıkması ve toplam tedavi maliyetinin ise 1,5 trilyon doları aşması beklenmektedir.⁹⁵ Ülkemizde ise replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek hastalığının 2010 yılı itibarıyla hastalığın toplam nüfustaki olgu sayısı (prevalansı) milyon nüfus başına 853, toplam nüfustaki yeni olgu sayısı (insidans) 223'tür. Son dönem böbrek yetmezliği hasta sayısı 60.000'i geçmiş olup bu oran yıllık

⁹² Marie P Halle, et. al., "Epidemiological profile of patients with end stage renal disease in a referral hospital in Cameroon" **BMC Nephrology**, 16:59, 2015, p.1.

⁹³ Nurhan Seyahi, Kenan Ateş, Gültekin Süleymanlar, "**Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu**", Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, C.25, No: 2, s. 11.

⁹⁴ Türkiye Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Böbrek Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)" Ankara, 2014, s. 5, (Çevrimiçi) http://www.nefroloji.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf, 02.08.2019.

⁹⁵ Türkiye Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, "Türkiye Böbrek Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)", s. 1.

olarak %10 artış hızına sahiptir.⁹⁶ 2018 itibariyle ülkemizde RRT alan SDBY hasta sayısı 81055 olup insidansı 149.2, prevalansı ise 988.4'dur.⁹⁷

Global Burden of Disease'nin 2015'te yaptığı çalışmaya göre her yıl 1,2 milyon kişinin böbrek yetmezliğinden yaşamını yitirdiği ve 2010 yılında RRT almadan ölen kişi sayısının 2.3-7.1 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Her yıl akut böbrek yetmezliği ve kronik böbrek yetmezliği nedeniyle ölen toplam kişi sayısının yaklaşık 5-10 milyon olduğu düşünülmektedir.⁹⁸

Kronik böbrek hastalarında (KBH) sık görülen ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler nedenler ve enfeksiyon yer almaktadır.⁹⁹ KBH'lerin sağlıklı bireylere nazaran ölüm oranları 10-30 kat daha yüksektir.¹⁰⁰ KBH'de ölüm oranlarının yüksek olması onların yaşam kalitelerinin düşmesine neden olur. Bu sebeple KBH'nin psikolojik sağlıkları, sağlıklı bireylere nazaran daha düşüktür.¹⁰¹ KBH'nin hayatı ilaçlara veya RRT'ye bağlı olması, "tedavi olmazsam yaşamımı devam ettiremem" düşüncesinin kaygıyı artırması,¹⁰² özellikle yaşlı hastaların ihtiyaçlarını düzenli almada ve bakımını sağlamada yetersiz kalmasından ötürü başka birine ihtiyaç duyması, hastalık nedeniyle ölüm oranlarının yüksek olması, yaşam beklentilerinin az olması, hastalığa bağlı olarak oluşan yoksunluklar (halsizlikler, ağrılar, kramplar, uyku problemleri) ve kısıtlamalar (diyet, su içme, yoğun spor ve hareketlilik vb.) gibi faktörler KBH'nin psikolojik sağlığını etkileyen unsurlardır.¹⁰³

⁹⁶ Özlem Top "Trakya Üniversitesi Diyaliz Ünitesinde Takip Edilen Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Araştırılması", s. 5.

⁹⁷ Türk Nefroloji Derneği, **Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon**, s. 5.

⁹⁸ Valerie A Luyckx, Marcello Tonelli, John W Stanifer, "The Global Burden Of Kidney Disease And The Sustainable Development Goals", s. 414.

⁹⁹ Hricik, Miller, **Nefroloji Sırları**, s. 156.

¹⁰⁰ Türkiye Sağlık Bakanlığı: Dünya Sağlık Örgütü, "Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025", s. 15 (Çevrimiçi) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf?ua=1, 04 Ağustos 2019.

¹⁰¹ Hricik, Miller, **Nefroloji Sırları**, s. 156.

¹⁰² Kronik böbrek hastalarında özellikle de son dönem böbrek yetmezliği hastalarında yaşadıkları durum ve koşullara bağlı olarak depresyon, anksiyete, panik atak, psikosomatik bozukluklar, uyum bozuklukları, cinsel sorunlar gibi psikolojik problem ve hastalıklar gelişir. Bkz. Demet Yavuz, Rahman Yavuz, Alpaslan Altunoğlu, "Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar", **Turkish Medical Journal**, C. 6 No: 1, 2012, s. 35.

¹⁰³ Sevgi Nehir Türkmen, "Diyaliz Hastalarında Psikososyal Yaklaşım" (Çevrimiçi) <http://www.ndthd.org.tr/images/diyaliz-hastalarinda-psikososyal-yaklasim.pdf>, 10 Aralık 2017.

Geçmişte yapılan araştırmalarda KBY'nin sebepleri arasında en yüksek değere arteriyopatik¹⁰⁴ sahip iken ardından sırasıyla glomerülonefrit¹⁰⁵, diyabet, enfektif veya obstrüktif nefropati¹⁰⁶, konjenital¹⁰⁷, ailesel ve herediter¹⁰⁸, toksit nefropati¹⁰⁹, neoplasmlar¹¹⁰, vd. gelmektedir.¹¹¹ Ancak günümüzde kronik böbrek yetmezliği ile ilgili yapılan araştırmalarda KBY'nin ana nedenleri arasında sırasıyla diyabet, hipertansiyon gibi kardiovasküler nedenler ve glomerülonefrit yer aldığı görülmektedir.¹¹²

İlaç alımını engelleyici unsurların başında ekonomik sorunlar gelmektedir. Bu tip hastaların bakımı ve tedavilerinin ömür boyu sürmesi sebebiyle her ne kadar sağlık hizmeti masrafları devlet tarafından belirli bir oranda karşılansa da ilaçların maliyetleri hastalar için ekonomik güçlük oluşturmaktadır.

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda renal replasman tedavi yöntemleri olarak üç farklı şekilde yapılmaktadır. Bu yöntemler; hemodiyaliz, periton diyaliz, renal transplantasyondur.¹¹³ 2005 yılı verilerine göre 1,6 milyon hastaya RRT uygulanmakta ve KBY hastaların büyük bir kısmı hemodiyaliz tedavisi almaktadır. RRT uygulanan hastaların büyük bir çoğunluğu gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır. RRT alan hastaların %56'lık dilimi ABD, Almanya, İtalya, Brezilya ve Japonya olmak üzere beş ülkede yaşamaktadır. Yaklaşık olarak 600 milyon hastanın RRT alamadığı tahmin edilmektedir. Bundan dolayı yılda 1 milyona yakın kişinin kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hayatını kaybettiği düşünülmektedir.¹¹⁴ 2013 yılı Amerikan böbrek kayıt sistemine göre dünyadaki bazı ülkelerin SDBY insidansları şu şekildedir:

¹⁰⁴ Arteriyopatik: Böbreğin kan damarlarıyla ilgili hastalık, Bkz. Sedat Törel, **Tıp Sözlüğü**, s.7.

¹⁰⁵ Glomerülonefrit: Böbreklerdeki arter yumakları ile bunların etrafını sarmış olan zardan ibaret kısmın iltihaplanması, Bkz. Pars Tuğlacı, **Tıp Sözlüğü**, s. 130.

¹⁰⁶ Bulaşıcı hastalık veya damarların tıkanmasıyla sonucu ortaya çıkan böbrek hastalığı, Bkz. Pars Tuğlacı, a.g.e. s. 157, 214, 225.

¹⁰⁷ Konjenital: Doğum öncesi dönemde oluşan bazı anormal gelişimlerin sonucu olarak kişide ortaya çıkan fizyolojik ve morfolojik yoksunluklar, Bkz. Pars Tuğlacı, a.e., s. 80).

¹⁰⁸ Herediter: Genetik yatkınlık olması, Bkz. Pars Tuğlacı, a.e., s. 141.

¹⁰⁹ Toksik nefropati: Zehirli bir maddeye bağlı gelişen ani böbrek yetmezliği, Bkz. Pars Tuğlacı, a.e., s. 384.

¹¹⁰ Neoplasmlar: Anormal hücrelerin vücutta çoğalması, Bkz. Sedat Törel, **Tıp Sözlüğü**, s. 154.

¹¹¹ Jeremy Levy , Julie Morgan, Edwina Brown, **Oxford Diyaliz El kitabı**, s. 6.

¹¹² Top "Trakya Üniversitesi Diyaliz Ünitesinde Takip Edilen Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Araştırılması", s. 7.

¹¹³ A.e., s.4.

¹¹⁴ Meguid El Nahas, "The Global Challenge Of Chronic Kidney Disease", **Kidney International**, 2005, C.68, s. 2919.

Tayvan 457, Jalsco-Meksika 420 ve ABD 363, Singapur 307, Japonya 285,¹¹⁵ aynı yılda prevalansları ise Tayvan 3138, Japonya 2411, ABD 2043, Singapur 1809 ve Portekiz 1787'dir.¹¹⁶ SDBY'nin nedenleri diyabet, hipertansiyon, glomerulonefrit ve kistik böbrek hastalığı şeklinde sıralanmaktadır.¹¹⁷ Renal replasman tedavisinin yaşam ömrünü uzattığı belirtilse de hastalığa yakalanma ve ölüm oranının yüksek değerlere sahip olduğu da bilinmektedir.¹¹⁸

Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan çalışmaya göre ülkemizde 2013 yılı sonu itibariyle 66711 hastanın renal replasman tedavisi aldığı tespit edilmiştir. Son dönem böbrek yetmezliği toplam nüfustaki olgu sayısı milyonda 870 iken toplam nüfustaki yeni olgu sayısı ise 138'dir. %79 oranıyla en sık kullanılan yöntem hemodiyaliz, ikinci sırada %14 oranıyla transplantasyon, üçüncü sırada ise %7 oranıyla periton diyaliz yer almaktadır. Son dönem böbrek yetmezliğinin en önemli nedeni diyabet olarak belirlenmiştir.¹¹⁹ 2015 yılı sonu itibariyle 73660 hastanın renal replasman tedavisi gördüğü tespit edilmiştir. Son dönem böbrek yetmezliği toplam nüfustaki olgu sayısı milyonda 935 iken toplam nüfustaki yeni olgu sayısı ise 147'dir. %77,3 oranıyla hemodiyaliz en çok kullanılan tedavi yöntemidir. Hemodiyalizi %17,4 oranıyla transplantasyon ve %5,3 oranıyla periton diyaliz takip etmektedir. 2017 yılı sonu itibariyle 77311 hastanın renal replasman tedavisi gördüğü tespit edilmiştir. Son dönem böbrek yetmezliğinin toplam nüfustaki olgu oranı milyonda 957 iken toplam nüfustaki yeni olgu oranı ise 146'dir. Bu hastalarda SDBY'ye neden olan en önemli faktörün diyabet olduğu tespit edilmiştir.¹²⁰ Fakat 1995 yılının verilerine göre ise SDBY'nin en önemli nedeni olarak glomerulonefrit gösterilmiştir.¹²¹

¹¹⁵ 2015 United States Renal Data System Annual Data Report Volume 2, End Stage Renal Disease in the United States, p. 293, (Çevrimiçi) https://www.usrds.org/2015/download/vol2_USRDS_ESRD_15.pdf, 10 Aralık 2017.

¹¹⁶ A.e., s. 303.

¹¹⁷ A.e., s. 140.

¹¹⁸ Topbaş, "Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri Ve Evrelere Özgü Bakımı", s. 55.

¹¹⁹ Nurhan Seyahi, Kenan Ateş, Gültekin Süleymanlar, "Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu", **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, 2016, C. 25, No: 2, s. 10.

¹²⁰ Nurhan Seyahi, Kenan Ateş, Gültekin Süleymanlar, "Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu", **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, 2017, C.26, No: 2, s.154.

¹²¹ Tekin AKPOLAT, Cengiz UTAŞ, "Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler", s. 8, (Çevrimiçi) http://www.tsn.org.tr/folders/file/bobrek_yetmezligi.pdf, 11 Aralık 2017

2018 yılı verilerine göre en çok kullanılan tedavi yöntemi %74.82 oranıyla hemodiyaliz, ardından %21.24 oranıyla transplantasyon ve %3.94 oranıyla periton diyalizdir. Hemodiyaliz hasta sayısı 60643, transplantasyon hasta sayısı yaklaşık 17220, periton hasta sayısı 3192'dir.¹²² SDBY'ye yönelik iyileştirici tedavi yönteminin olmaması sebebiyle her geçen yıl bu sayılarda artış yaşanmaktadır. Yaşlı popülasyonun artması yeni vaka sayısının artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Diyaliz tedavi yöntemi, son dönem böbrek hastalarının vücudunda gereğinden fazla biriken sıvıyı diyaliz membran¹²³ aracılığıyla vücuttan atmak için uygulanan işlemlerin geneline denir.¹²⁴ Diyaliz yöntemi hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere iki farklı uygulamadan oluşur. Hemodiyaliz işlemi karmaşık yapıda bir tedavi uygulaması gibi görünse de aslında genel olarak basit bir mekanizmaya sahiptir. Hastanın kanı ile diyaliz sıvısı (solüt ya da solüsyon) diyaliz membranında bir araya getirilir. Diyaliz membranın üzerinde bulunan küçük deliklerden kanın geçirilmesi sağlanır. Böylelikle kanın içindeki su, sodyum ve potasyum gibi küçük moleküllü maddelerin diyaliz sıvısına geçiş yapmasını sağlamış olur. Diyaliz sıvısı ile kandaki küçük moleküllü maddelerin yoğunlukları birbiriyle eşitlenene kadar bu işlem devam eder. Yoğunluğun eşitlenmesiyle kanın içindeki gereksiz olan maddeler diyaliz sıvısına geçmiş olur böylece hemodiyaliz uygulaması da tamamlanmış olur.¹²⁵ Hemodiyaliz tedavisini uygulama sıklıkları şöyledir: % 88 oranıyla haftada 3 kez, %10 oranıyla haftada 2 kez, % 1 oranıyla haftada 1 kez ve %1 oranıyla haftada 3'ten fazladır.¹²⁶

Son yıllarda yapılan çalışmalara göre hemodiyaliz hastalarının %80'den fazlası orta yaşlı ve yaşlı grubundan oluşmaktadır.¹²⁷ Cinsiyete göre bakıldığında, hemodiyaliz tedavisi alan erkek hasta sayısının kadın hasta sayısından fazla olduğu

¹²² Türk Nefroloji Derneği, **Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon**, s. 1-3.

¹²³ Diyaliz membran: Böbrek yetmezliği olan kişilerin vücudunda biriken fazla sıvı ve atık maddeleri vücuttan atmada kullanılan yarı geçirgen zar, Bkz. Sedat Törel, a.g.e., 146.

¹²⁴ Tekin Akpolat, Cengiz Utaş, "Diyaliz: Genel Bilgiler", s. 16, (Çevrimiçi) <http://www.tsn.org.tr/folders/file/diyaliz.pdf>, 11 Aralık 2017.

¹²⁵ F. Fevzi Ersoy, "Hemodiyalizin Fiziksel Temelleri" s. 26, (Çevrimiçi) http://www.tsn.org.tr/folders/file/hemodiyalizin_fiziksel_temelleri.pdf, 11 Aralık 2017.

¹²⁶ Nurhan Seyahi, <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/TND-2017-Kayit-Sistemi-Verileri.pdf>, s.24.

¹²⁷ Nurhan Seyahi, Kenan Ateş, Gültekin Süleymanlar, "Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu", s. 156.

tespit edilmiştir. Bu hastaların böbrek yetmezliğinin nedenleri sırasıyla şu şekildedir: Diyabet, hipertansiyon, glomerülonefrit¹²⁸, polikistik böbrek hastalığı, piyelonefrit¹²⁹ ve amiloidoz ve diğer nedenlerdir.¹³⁰ Hastaların %47,5 acil, %52,5 ise elektif olarak hemodiyaliz tedavisine başlamıştır. Acil hastalarda genellikle hipervolemi (kan hacminin artması), hiperkalemi (kanda potasyum fazlalığı) ve kontrolsüz asidoz (kanın asit baz dengesinin bozulması) en önemli sebeplerdir. Bu sebepleri, sırasıyla inatçı bulantı ve kusma, üremik ensefalopati, üremik perikardit vd. takip eder.¹³¹ Hemodiyaliz tedavisiyle birlikte şu tedaviler de uygulanır: Hastanın kan değerlerini normal seviyeye ulaştırmak için eritropoezi (kandaki kırmızılık) uyarıcı ajan kullanılır, vücutta demir dengesi sağlanmak amacıyla demir desteği verilir, kemik dokusunun bozukluğunu gidermek için D vitamini ve kalsimimetik¹³² ve yanında fosfor bağlayıcı kalsiyum asetat ve kalsiyum karbonat verilir.¹³³

Periton diyaliz ise hemodiyaliz ve renal transplantasyon tedavisine alternatif olarak uygulanan bir yöntemdir.¹³⁴ Daha önce karında bölgesinde ciddi ameliyat geçirmemiş hastaların karın boşluğuna ameliyat yöntemiyle kateter¹³⁵ yerleştirilir.¹³⁶ Kateter aracılığıyla diyalizat denilen diyaliz sıvısı karın bölgesine gönderilir. Kanda yoğun olarak bulunan azot, üre vd. maddelerin, difüzyon aracılığıyla karın boşluğuna gönderilen diyalizata geçişi sağlanır.¹³⁷ Diyalizat belirli süre karında kaldıktan sonra boşaltılır ve yerine yeni diyalizat verilir. Kandaki yüksek oranda bulunan zararlı maddelerin değerleri normal düzeye gelinceye kadar bu işleme devam edilir.¹³⁸ Periton

¹²⁸ Böbreğin iltihaplanması, <http://tekinakpolat.com/nefrit-glomerulonefrit/>.

¹²⁹ İdrar yolu enfeksiyonu. <https://tr.wikipedia.org/wiki/Piyelonefrit>.

¹³⁰ Nurhan Seyahi, Kenan Ateş, Gültekin Süleymanlar, “Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu”, s. 11.

¹³¹ Nurhan Seyahi, Kenan Ateş, Gültekin Süleymanlar, “Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2017 Yılı Özet Raporu”, slayt. 20.

¹³² Kalsimimetik: Kalsiyum destekliycisi, Bkz. Mehmet Şükrü Sever, “Kalsimimetikler”, (Çevrimiçi) <http://www.tsn.org.tr/folders/file/Mehmet%20Sever.pdf>, 12 Aralık 2017.

¹³³ Nurhan Seyahi, Kenan Ateş, Gültekin Süleymanlar, “Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu”, s. 157

¹³⁴ Ayla Erdoğan, “Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler”, s.6.

¹³⁵ Kateter: Sonda, Bkz. Tuğlacı, a.g.e. s. 72.

¹³⁶ Aydın Türkmen, “Periton Diyalizi”, **Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi**, 2008, C 6, No: 1, s. 8.

¹³⁷ Ayten Girgin Yılmaz, “Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Hastalarında Depresyon, Kaygı, Benlik Saygısı ve Sosyal Uyumun Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması” Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2014, s. 10

¹³⁸ Erdoğan, Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler”, s.4.

tedavisiyle birlikte destekleyici olarak eritropoezi uyarıcı ajan, oral yolla demir, D vitamini, fosfor bağlayıcı olarak kalsiyum esetat vd.¹³⁹ verilir.

2018 yılında yapılan araştırmaya göre ülkemizde toplam periton diyaliz tedavisi alan hastaların %40,75'i 45-64 yaş aralığında yer almaktadır.¹⁴⁰ Son zamanlarda periton diyaliz hasta sayısının artmamasının nedeninin hastaların daha çok transplantasyon tedavisini tercih etmelerinden ileri geldiği düşünülebilir.¹⁴¹ 2013 verilerine göre periton diyaliz tedavisi alan hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında erkeklerin %51 kadınların ise %49 oranına,¹⁴² 2015 yılı verilerine göre erkeklerin %49,7, kadınların %50,3¹⁴³ oranına, 2017 yılı verilerine göre erkeklerin %52, kadınların %48 oranına,¹⁴⁴ 2018 verilerine göre de erkeklerin %53,50, kadınların %46,50 oranına¹⁴⁵ sahip olduğu tespit edilmiştir. Verilere göre periton diyaliz hastalarının etiyojik nedenlerinin başında sırasıyla diyabet, hipertansiyon ve glomerülonefrit gelmektedir.¹⁴⁶

Bir diğer tedavi yöntemi de transplantasyondur. Transplantasyon; doku uyumu olan canlı kişi veya kadavralardan alınan böbreklerin son dönem böbrek hastalarına nakledilmesi yöntemine yani böbrek nakline denir.¹⁴⁷ Transplantasyon tedavisinin hemodiyaliz ve periton diyaliz tedavi yöntemlerine göre hastalığı iyileştirici yönü bulunması sebebiyle hastaların yaşam sürelerini uzattığı düşünülmektedir.¹⁴⁸ Nakil

¹³⁹ Nurhan Seyahi, Kenan Ateş, Gültekin Süleymanlar, "Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu", s. 14 ve "Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu", s. 158

¹⁴⁰ Türk Nefroloji Derneği, **Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon**, s. 31.

¹⁴¹ Seyahi, "Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu", s. 158

¹⁴² Seyahi, Ateş, Süleymanlar, "Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu", s. 14

¹⁴³ Seyahi, Ateş, Gültekin Süleymanlar, "Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu", s. 158

¹⁴⁴ Nurhan Seyahi, <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/TND-2017-Kayit-Sistemi-Verileri.pdf>, s. 51.

¹⁴⁵ Türk Nefroloji Derneği, **Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon**, 2018, s. 31.

¹⁴⁶ Seyahi, Ateş, Süleymanlar, "Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu", s. 14; "Türkiye'de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu", s. 158

¹⁴⁷ Hongxia Lui, "Coping and Health-Related Quality of Life in Renal Transplant Patients", Nashville, Unpublished Thesis of Doctorate, May 2006, s. 1, (Çevrimiçi) https://www.researchgate.net/publication/277862534_Coping_and_Health-related_Quality_of_Life_in_Renal_Transplant_Patients, 12 Aralık 2017

¹⁴⁸ Esma Özşeker, "Organ Nakli Ve Yaşam Kalitesi", s. 166

sonrasında böbreğin vücut tarafından kabul edilmesi hastanın sağlıklı bireylere benzer bir yaşam sürmesini olanaklı kılmaktadır. Ancak hastaya, nakil sonrasında hijyen olmayan ortamlarda bulunmama, tuzlu yiyeceklerden kaçınma gibi bazı kısıtlamalar getirilir. Ancak gerekli hassasiyetin gösterilmemesine ya da farklı nedenlerin gelişmesine bağlı olarak hastada böbrek yetmezliği problemi tekrarlayabilir.¹⁴⁹

Ülkemizde böbrek nakilleri kadavralardan ziyade çoğunlukla canlı vericilerden yapılmaktadır.¹⁵⁰ Nefroloji Derneği'nin yaptığı çalışmalara göre 2017 yılına kadar en fazla böbrek naklinin yapıldığı yıl 3416 nakil sayısı ile 2016'dır, 2016'nın ardından 3346 nakil sayısı ile 2017 yılı gelmektedir. Cinsiyete göre erkeklerde nakil sayısının daha fazla olduğu görülmektedir. En fazla nakil yapılan hasta grubu 20-44 yaş aralığında bulunan hastalardan oluşmaktadır. Nakil olan hastaların % 58'sinin nakil öncesinde RRT olarak hemodiyaliz tedavisi aldığı tespit edilmiştir. Nakil olan hastaların yaklaşık %90'nın doktor kontrolünde yaşamına devam ettiği, yaklaşık % 2'lik kısmının diyalize geri döndüğü ve diğer kısmının ise öldüğü tespit edilmiştir.¹⁵¹

Diğer yıllarda olduğu gibi 2017 yılında da canlı verici sayısının kadavra sayısından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Canlı verici nakillerinde oluşabilecek etik ve yasal nedenlerden dolayı sağlık bakanlığı tarafından iki farklı yönetmelik hazırlanarak nakil uygulamasına bazı sınırlandırmalar getirilmiştir.¹⁵² Bu yönetmelikler 4. dereceye kadar olan akraba vericileri ile akraba olmayan vericileri ilgilendirmektedir. Bu yönetmeliğin dışında herhangi bir usulle böbrek nakli söz konusu olmamaktadır.¹⁵³

Ülkemizde yapılan çalışmalara göre son yıllarda böbrek nakli sayısında artış olduğu tespit edilmiştir. 2015'de 3204 hastaya, 2016'da 3416 hastaya, 2017'de 3342 hastaya nakil gerçekleştirilmiştir. 2013 ve 2015 yıl sonu verilerine göre canlı vericiler içinde ilk sırada birinci dereceden akrabalar, ikinci sırada eşler ve üçüncü sırada

¹⁴⁹ Hülya Üstündağ, v.d. "Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi", **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2007, C.2, No: 6, s. 118

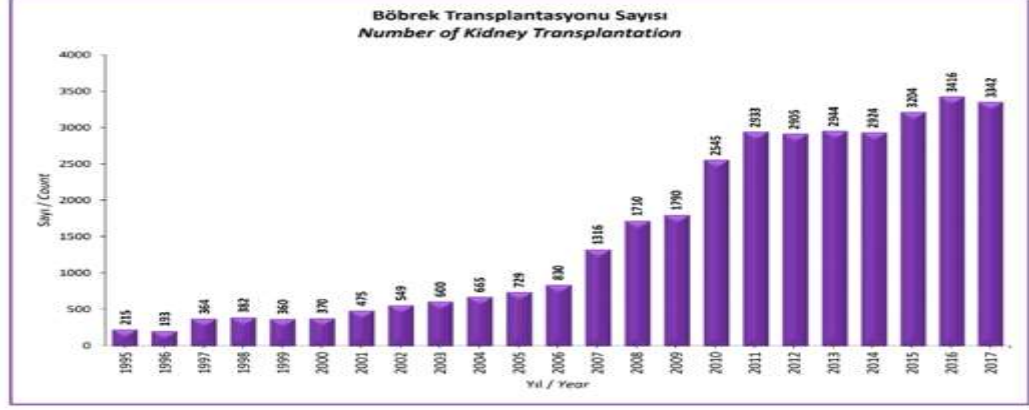
¹⁵⁰ Hüseyin Töz, "Transplantasyona Hazırlık: Alıcı", **Transplantasyon Nefrolojisi: Pratik Uygulama Örnekleri**, Ed. Aydın Türkmen, Ankara, Türk Nefroloji Derneği Yay. Buluş Tasarım ve Matb. Hiz. San. Tic., 2016, s. 1.

¹⁵¹ Nurhan Seyahi, <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/TND-2017-Kayit-Sistemi-Verileri.pdf>, s. 78.

¹⁵² Tekin Akpolat, Cengiz Utaş, "Renal Transplantasyon ve Hasta Seçimi", (Çevrimiçi) http://www.tsn.org.tr/folders/file/renal_transplantasyon.pdf, s. 1, 13 Aralık 2017

¹⁵³ Töz, "Transplantasyona Hazırlık: Alıcı", s. 1.

diğerleri yer almaktadır. Kadavralardan yapılan nakiller oldukça düşük orana sahiptir. Organ nakli öncesinde hastaların büyük oranına hemodiyaliz uygulanmaktadır.¹⁵⁴



Grafik 1.1. Türkiye’de Yıllara Göre Böbrek Nakli Sayıları¹⁵⁵

¹⁵⁴ Seyahi, vd, “Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu”, s. 15, Nurhan Seyahi, vd, “Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu”, s. 159.

¹⁵⁵ Seyahi, <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/TND-2017-Kayit-Sistemi-Verileri.pdf>, s.78.

1.1.2. Böbrek Yetmezliği Olan Kişilerde Psikolojik Sağlık

KBY'nin nedenleri arasında medikal nedenler olduğu gibi sosyal, psikolojik ve ekonomik nedenler de vardır. Söz konusu nedenler ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, sosyal ilişki durumlarına, beslenme ve yaşam şekillerine göre farklılık gösterir¹⁵⁶ ve aynı zamanda bu nedenlere bağlı olarak hastada farklı sorunlar gelişir. Bazı ülkelerde ekonomik nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerine yeterli yatırım yapılamaması, sağlık hizmeti verebilecek yeterli sağlık elemanlarına sahip olunamaması, sağlıklı beslenmenin bireyler arasında gelişmiş olması, stresli yaşam olayları karşısında bireyin sosyal destek alamaması, hastanın fiziksel, psikolojik ve mental sağlığına zarar verdiği gibi, hastalığın seyrine de yön vermektedir.

KBY'nin nedenlerine bağlı olarak gelişen sorunlar, her ne kadar birbirinden farklı olarak algılansa da aslında bu nedenlerin birbiriyle ilişkili olduğu görülür. Yeterli düzeyde ekonomik gücü olmayan hastanın, KBY tedavisi için kullandığı ilaçların veya KBY'ye bağlı gelişen farklı hastalıkların tedavi masraflarını karşılamada güçlük çekmesine sebep olabilir. Bu durum dolaylı olarak hastanın fiziksel, mental ve psikolojik sağlığına etki eder. Kronik hastalığa sahip olan bireyde hastalığa bağlı olarak davranış ve tutumlarda gerileme, kopma ve inkâr gelişebilir. Hastalığın verdiği korku ve endişeyle hasta yakın çevresinden çok ilgi istediği ya da tam tersi yakın çevrenin ilgisinden sıkıldığı için çocuksu davranışlar sergileyebilir, hastalığını kabullenemediğinde de tedavi yöntemlerini reddedebilir.¹⁵⁷

Hastalığa bağlı olarak ağrı, uykusuzluk, göz bebeklerinde büyüme, kan basıncı artması nedeniyle solunum sıkıntısı, yorgunluğa bağlı olarak günlük bakımlarında ve aktivitelerinde azalma, kendi ihtiyaçlarını yerine getirmede yetersizlik, kalp çarpıntısı, cinsel sorunlar, beden imajında bozulmalar gibi fiziksel ve fizyolojik sorunlar gelişir. Bununla birlikte aile içerisindeki sorumluluklarını yerine getirememe, bir ömür boyu makinaya ve diğerinin bakımına muhtaç kalma düşüncesine, çalışma hayatındaki problemlere vb. bağlı olarak diyaliz hastalarında depresyon, anksiyete, gerginlik,

¹⁵⁶ Yavuz, Yavuz, Altunoğlu, "Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar", s. 33.

¹⁵⁷ Hayriye Elbi Mete, "Kronik Hastalık ve Depresyon", Klinik Psikiyatri, C. 11, No: 3, 2008, s. 4.

uyum ve davranış bozuklukları gibi psiko-sosyal sorunlar gelişir.¹⁵⁸ Diyaliz hastalarında görülen ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, halsizlik vb. belirtilerin bir kısmı somatik bozuklukların semptomlarıyla eşdeğerdir.¹⁵⁹

Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastaları arasındaki depresif durumlarda farklılık gözlenmiştir. Türkiye’de hemodiyaliz hastalarının depresyon yüzdesi periton ve transplantasyon hastalarına göre daha yüksek orana sahiptir.¹⁶⁰ Kronik böbrek yetmezliği hastaları, kronik hastalığıyla yaşam boyu mücadele etmek zorundadır. Bu zorunluluk hâli doğal olarak onların yaşam kalitesini düşürmekle birlikte psikolojik açıdan da onları olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalığı kabullenememeye bağlı olarak hastanın üzüntü, öfke, çaresizlik, ölüm kaygısı artar. Gelecek kaygısına bağlı olarak ümitsizlik duygusu gelişir. Sürekli birilerine bağlı olma düşüncesi endişeye, kendini eksik hissetme duygusu da içine kapanıklığa neden olur. Fiziksel yoksunluk nedeniyle yerine getirilmesi gereken bazı sorumlulukları yerine getirilememesi (rol kaybı), öz güvende azalmaya ve sosyal ortamlardan uzaklaşma isteğine neden olur. İzole edilmiş bir yaşamda ortaya çıkan depresyon gibi birçok psikososyal problem gelişebilir.¹⁶¹

Diyaliz hastalarının bir sağlık kurumu ve sağlık personeline bağlı olmaları ve aynı zamanda makineye bağlı olarak yaşam sürdürmeleri onların yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır.¹⁶² Yaşlı ya da birden fazla kronik rahatsızlığa sahip olan yetişkin hastanın, bir başkasının yardımına ihtiyaç duyması ve diğeri olmadan temel ihtiyaçlarını karşılayamaması, herhangi bir iş yapamaması kısacası kendi başına öz bakım becerilerini gerçekleştirirmediğinde yetersiz kalması onun duygu durumunu ve yaşam

¹⁵⁸Eylem Bağ, “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi”, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007, s. 54-82.

¹⁵⁹ Paul L. Kimmel and Rolf A. Peterson, “**Depression in Patients with End-Stage Renal Disease Treated with Dialysis: Has the Time to Treat Arrived?**”, Clin J Am Soc Nephrol v: 1, 2006, p. 349.

¹⁶⁰ Aytan Girgin Yılmaz, “Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Hastalarında Depresyon, Kaygı, Benlik Saygısı ve Sosyal Uyumun Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması” s. 26.

¹⁶¹ Ülkü Özdemir, Sultan Taşçı, “Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım”, **ERÜ Sağlık Bilimler Fakültesi Dergisi**, 1(1), 2012, s. 59.

¹⁶² Dilek Soylu, “Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, 26(2), 2017, s. 218.

memnuniyetini olumsuz etkiler.¹⁶³ Hemodiyaliz hastalarının günlük yaşamlarını kısıtlayan çok fazla neden olması, bu hastaların depresif belirtilerinin artmasına,¹⁶⁴ yaşam kalitelerinin ise azalmasına sebep olabilir.¹⁶⁵

Hastaların depresif belirtilerinin yüksek, yaşam kalitelerinin düşük olmasında cinsiyet, yaş, eğitim ve ekonomik gibi özelliklerin de etkili olduğu düşünülür. Demografik özellik olan diyaliz yılı arttıkça hastaların yaşam kalitesi azalır.¹⁶⁶ Daha önemlisi SDBY hastalarında organ kaybı, geleceğe ait belirsizlik, artan ölüm korkusu ve sürekli bir makineye bağımlılık hissi sebebiyle anksiyeteye neden olmaktadır.¹⁶⁷

Nakil bekleyen hastaların kaygı düzeyinin artmasında rol oynayan faktörlerden bir diğeri böbrek nakli bekleyen hasta sayılarının artmasına karşın organ bağışçılarının sayısında bir artışın olmamasıdır.¹⁶⁸ Verici sayısının azlığı hastanın bekleme süresini artırmakta ve bekleme süresindeki belirsizlik hastada korku, çaresizlik ve zaman zaman umutsuzluk hissine neden olmaktadır. Gerekli böbreğin bulunamaması sebebiyle hastanın çaresizlik içinde kalması, onun sorunlarla başa çıkmasında yetersiz kalmasına ve zamanla kendisinde ölüm kaygısının artmasına neden olmaktadır.¹⁶⁹ Ölüm düşüncesi, diyaliz hastalarında depresyonun habercilerinden biri olarak yorumlanmaktadır.¹⁷⁰ Aynı zamanda diyaliz hastalarının; depresyon, hastalığa uyum sağlama problemi vb. nedenlerden ötürü intihar ettikleri de görülmektedir. Kısaca ifade edilecek olursa ötürü intihar, diyaliz hastalarının psikopatolojik sorunları içerisinde yer almaktadır.¹⁷¹

¹⁶³ Misli Baydoğan, İhsan Dağ, “Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, C. 9, No: 1, 2008, s. 20.

¹⁶⁴ A.e. s. 26; Mukadder Mollaoğlu, S. Arslan , “Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, **Sağlık ve Toplum**, C. 13, No: 4, 2003, s. 42.

¹⁶⁵ Mollaoğlu, Arslan , “Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, s. 42.

¹⁶⁶ Nurten Kalender, “Diyaliz Yeterliliğinin Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisinin Belirlenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, GATA, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, s. 1.

¹⁶⁷ Ayten Girgin Yılmaz, “Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Hastalarında Depresyon, Kaygı, Benlik Saygısı ve Sosyal Uyumun Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması”, s. 28.

¹⁶⁸ Leyla Küçük, “Diyaliz Hastalarına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete Depresyon ve Başetme Biçimlerine Etkisi”, İstanbul, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006, s. 15.

¹⁶⁹ A.e., s. 9

¹⁷⁰ Antonio Alberto Lopes, v.d. “Depression As A Predictor Of Mortality And Hospitalization Among Hemodialysis Patients In Theunited States And Europe”, **Kidney International**, 2002, Vol. 62, p. 199.

¹⁷¹ Eylem Topbaş, Gülay Bingöl, “Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri”, **Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, C. 1, No: 12, 2017, s. 37.

Kronik böbrek hastalığı nedeniyle sürekli alınan ilaçlar, zamanla farklı hastalıklara neden olmaktadır.¹⁷² Bu ilaçlar hastada fiziksel yoksunluğa sebep olmakta ve fiziksel yoksunluk sebebiyle hastanın psikolojik yapısı ve sosyal yanı zarar görmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda nakil sonrasında alınan ilaçların hastalarda organik beyin sendromu, psikoz, deliryum¹⁷³, depresyon anksiyete, huzursuzluk, duygulanım değişikliği, manik eksitasyon gibi psikolojik rahatsızlıklara neden olduğu tespit edilmiştir.¹⁷⁴ Farklı bir çalışmada da hastaların böbrek nakli ameliyatından önceki gün ölüm korkusu, sevdiklerinden uzak kalma korkusu ve normal yaşam seyrinin değişimini kabullenememe zorluğu yaşadıkları ve böbrek naklinden beklentilerinin ise sırasıyla; sağlığa kavuşma, kötüleşen durumlarının düzelmesi ve çevresinin sıkıntılardan kurtulması olduğu tespit edilmiştir.¹⁷⁵

Böbrek nakli yapılan hastalarda ameliyat sonrasında deliryum ve depresyon gibi psikolojik hastalıklar görülebilir. Bunun yanında depresif mizaçlı uyum güçlüğü, psikoseksüel sorunlar, vücut imajı bozuklukları ve vücut imaj bozuklukları da görülebilir.¹⁷⁶ Böbrek nakli olan ya da olacak olan hastaların en büyük endişelerinden birisi böbrek reddinin gerçekleşmesidir. Yapılan nakil ameliyatlarından sonra vücudun organı kabul etmeme vakalarının görülmesi bu hastalarda kaygı oluşturmaktadır. Böbrek reddi sorunuyla ilgili duygu ve düşüncelerini diğer kişilerle paylaşamamaları ve içinde bulundukları duruma yönelik başa çıkma yöntemlerini kullanamamaları, hastalarda öfke, düşmanlık suçluluk, güçsüzlük ve ümitsizlik duygularına neden olmaktadır.¹⁷⁷

¹⁷² Esma Özşaker, “Organ Nakli ve Yaşam Kalitesi”, **Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi**, C. 3, No: 2, Aralık 2014, s. 167.

¹⁷³ Akut başlangıçlı deliryum, eksitasyon ve psikozla karakterize nadir görülen ancak ölümcül olabilen bir psikiyatrik sendrom olarak tanımlanmıştır. Bkz. Aylin Can, v.d. “Deliryöz Mani: Klinik Özellikleri ve Tedavisi”, **Journal of Mood Disorders**, Vol. 5, No: 1, 2015, p. 40.

¹⁷⁴ Melek S. Talas, Nurhan Bayraktar, Kidney Transplantation: Determination Of The Problems Encountered By Turkish Patients And Their Knowledge And Practices On Healthy Living, **Journal of Clinical Nursing**, C.13, No: 5, 2004, s. 581-585

¹⁷⁵ Özşaker, “Organ Nakli ve Yaşam Kalitesi”, s. 167

¹⁷⁶ Esma Özşaker, “Organ Nakli ve Yaşam Kalitesi”, s. 169

¹⁷⁷ Mehtap Cürçani, “Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Yaşam Kalitesi, Tedaviye Uyumluluğu Ve Yasadıkları Ruhsal Sorunlar Üzerine Etkisi”, Erzurum Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008, s. 43.

1.2. BAĞLANMA

Bağlanma, erken çocukluk döneminde çocuk ile bakım veren arasında çocuğun açlık-susuzluk, korunma, sevgi vb. ihtiyaçlarının karşılanması üzerine kurulan ve tek yönlü ilişki üzerine gelişen biyolojik, psikolojik ve sosyal yönü olan bir süreçtir. Bağlanma davranışı, erken çocukluk döneminde anne-çocuk ilişkisine bağlı olarak gelişen ve çocuğun anneye yönelik geliştirdiği duyguların ve zihinsel temsillerin oluşturduğu bir davranış örüntüsüdür.¹⁷⁸ Bağlanma teorisi ise anne-çocuk arasındaki ilişkinin, çocuğun kişilik gelişimi üzerinde kalıcı etkisini açıklamaya yöneliktir.¹⁷⁹

Anne ile çocuk arasında oluşan bağlanma ilişkisi, ilerleyen yaşlarda çocuğun diğer bireylere ya da nesnelere yönelik geliştireceği tutumları ve bağlanma tarzlarını tayin eder. Bağlanma tarzı ise açlık-susuzluk, uyku, korunma, sevgi gibi temel ihtiyaçların bakım veren tarafından yeterli düzeyde ve gereksinim duyulduğu zamanda karşılanmasına bağlı olarak farklı şekillerde gelişir. Gereksinimlerin yeterli düzeyde ve istenilen zamanda karşılanması çocuğun bakım verene yönelik olumlu tutumlar geliştirmesini sağlar. Ancak gereksinimlerin yeterli düzeyde ve ihtiyaç duyulan zamanda karşılanmaması çocuğun bakım verene yönelik olumsuz tutumlar geliştirmesine neden olur. Anneye/bakım verene yönelik geliştirilen tutumlar aslında içsel çalışan modellerin işleviyle gelişen duygusal, zihinsel ve davranışsal süreçlerdir. Bu süreçler aynı zamanda bağlanmanın nasıl bir biçimde gelişeceğini belirler.

Bağlanma sistemi, bireyin yaşantısında farklı işlevlere sahiptir. Tehlike anında çocuğa güven ortamı sağlar, yardıma ihtiyaç duyduğu hallerde çocuğun yanında olunması bakım vereni ulaşılabilir kılar, çocuğun, yakınlık hissinin deneyimlemesini sağlar ve keşif davranışlarına imkân sağlayarak çocuğa bağımsızlık kazandırır.¹⁸⁰ Bakım verene yönelik geliştirilen içsel çalışan modeller, bağlanma biçimleri; çocuğun, çevreden gelebilecek tehlikeler karşısında kendini güvende hissedip hissetmemesinde, keşif davranışlarını gerçekleştirirmede istekli olup olmamasında, sorunlar karşısında

¹⁷⁸ Bowlby Bağlanma, Çev: Tuğrul Veli Soylu, Pinhan Yay. İstanbul, 2012, s. 327-33.

¹⁷⁹ Mario Mikulincer, Philip R. Shaver, **Attachment in Adult**, New York, The Guilford Press, 2007, p. 4.

¹⁸⁰ Mary S. Ainsworth, "Attachments Beyond Infancy", **American Psychologist**, Vol. 44, No: 4, 1989, p. 709.

yardım almaya ve çözüme yönelik davranışlar geliştirip geliştirmemesinde önemli rol oynar.¹⁸¹

Anne-çocuk ilişkini açıklamada kullanılan “bağımlılık” (dependency) ve “bağlılık” (attachment) kavramları birbirlerine benzer olarak tanımlansa da öz itibariyle her iki kavram birbirinden farklıdır. Bağımlılık ve bağlılık kavramlarının anne çocuk ilişkine yönelik yapılan ilk çalışmalarda birbiri yerine kullanıldığı görülür. Onlara göre çocuk, birincil ihtiyaçlarının karşılanmasında anneye bağlıdır ve bu bağlılık onda doğuştan bir dürtü olarak vardır. Sonraki çalışmalarda bağımlılık farklı anlam kazanarak öğrenilmiş bir dürtü olarak tanımlanır. Bu sebepten ötürü bağımlılık kavramı sosyal öğrenme teorisiyle ilişkilendirilir.¹⁸² Anne çocuk ilişkisi çocuğun ihtiyaçlarını karşılanması üzerine kurulmuştur. Anne çocuğun ihtiyaçlarını karşılamasıyla çocuk anneye bağımlı hale gelir. Ancak büyüdükçe çocuğun anneye bağımlılığında azalma görülür. Buradan da anlaşılabileceği üzere anne-çocuk ilişkisi tamamen çocuğun ihtiyaçların karşılanmasına yönelik bir indirgemeye gidilmiştir. Bu indirmeci yaklaşımda çocuk; yardıma muhtaç, aciz, güçsüz yani pasif bir birey olarak görülür. Bowlby ise anne-çocuk ilişkisini açıklamada gerek psikanalist nesne kuramının gerekse sosyal öğrenme kuramının kullandığı bağımlılık terimine karşılık bağlılık terimini kullanır. Ainsworth da anne çocuk ilişkisinde çocuğun aktif olduğunu ve aktifliğinde bireysel farklılıkların oluşmasını sağladığını belirtmiştir.¹⁸³

1.2.1. Bağlanma Kuramı

Bowlby, uyum problemi yaşayan çocuklar üzerine yaptığı araştırma esnasında uyumsuz iki çocuğun küçük yaşlarda annelerinden ayrı kalmaları sebebiyle acı çektikleri ve bu durumun onlar üzerinde olumsuz etki bıraktığını fark etmiştir. Yaklaşık on yıl sonra hırsızlık yapan çocuklar üzerine yaptığı bir çalışmada da çocukluk döneminde anneden uzun süre ayrı kalmanın ileriki dönemlerde psikopatolojik

¹⁸¹ Nebi Sümer, Derya Güngör, “Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma” **Türk Psikoloji Dergisi**, C.14, No: 43, 1999, s. 72.

¹⁸² Mary S. Ainsworth, “Object Relations, Dependency, and Attachment: A Theoretical Review of the Infant Mother Relationship”, **Child Development**, Wiley, Vol. 40, No: 4, 1969, p. 970.

¹⁸³ A.e., pp. 969-1025

sorunlara neden olduğuna yönelik sonuçlar elde etmiştir.¹⁸⁴ Bowlby bu çalışmasından sonra bağlanma kuramını geliştirmiştir. Bağlanma kuramını geliştirirken psikanaliz, etiyoloji, sosyobiyojoloji, psikobiyojoloji ve evrim gibi birçok bilimsel alan ve teorilerden faydalanmış,¹⁸⁵ bu alanlardaki eksiklikleri de tespit ederek söz konusu eksiklikler üzerinden yeni bir teori geliştirmiştir.

Bowlby, kendinden önce anne-çocuk ilişkisini ele alan psikanalitik ve nesne ilişkileri kuramında anne-çocuk ilişkisini yalnızca dürtüye dayandırması sebebiyle nesne ilişkileri kuramının anne-çocuk ilişkisini açıklamada yetersiz olduğunun farkına varmıştır. Psikanalitik kurama göre anne, çocuk için tamamen birincil ihtiyaçlarını karşılayan bir nesne konumundadır.¹⁸⁶ Bebeklik döneminde bebek ile anne arasında gelişen bir ilişki bebeğin karnının doyurulmasına ve ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik gelişmiştir. Nesne ilişkileri kuramına göre ise çocuğun anneye yönelik geliştirdiği sevgi hissi aslında memeye yönelik gelişen bir sevgi hissidir. Karnını doyuran meme iyi meme imgesine sahip olurken karnını doyurmayan meme kötü meme imgesine sahiptir.¹⁸⁷

Bebek bütün itkilerini memeye yönelik gerçekleştirir. Belirli bir zaman sonra bebek anneyi ve memeyi bütünleştirerek onları bir bütün olarak algılamaya başlar. Bebek artık anneye tepkiler vermeye başlar ve böylelikle bebekte anne figürünün olduğu kabul edilir. Anne-çocuk ilişkisinde anne çocuğun doyum noktasıdır ve ikilinin ilişkisi tamamen çocuğun fiziksel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik gelişir.¹⁸⁸ Bowlby, Freud'un anneyi yalnızca fiziksel ihtiyaçları karşılayan bir nesne konumuna getiren indirgemeci yaklaşımına karşı çıkarak çocuk-anne ilişkisinde çocuğun fiziksel ihtiyaçların yanında sosyal ve duygusal ihtiyaçlarının da anne tarafından karşılandığını ileri sürer. Anne-çocuk arasında gelişen ilişki biçimi,

¹⁸⁴ Jude Cassidy, "Nature of Child's Ties": **Handbook Of Attachment Theory, Research and Clinical Application**, Ed. by., J. Cassidy, P. R. Shaver, 3th ed., New York, The Guildford Press, 1999, p. 3.

¹⁸⁵ Sinem Evin Akbay, "Ana-Babaya Bağlanma ile Romantik Yakınlık Ve Otantik Benlik Arasındaki İlişkilerde Bağlanma Stillerinin Aracı Rolünün İncelenmesi", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2015, s. 2.

¹⁸⁶ Gözde Erdoğan, "Psikanalitik Kurama Göre Anne ve Çocuk Arasındaki İlk İlişkinin İncelenmesi" Nisan 2012, (Çevrimiçi) https://www.tavsiyeeidiyorum.com/makale_8768.htm, 10 Eylül 2018.

¹⁸⁷ Melanie Klein, **Haset ve Şükran**, İstanbul, Metis Yayınları, 2011, s. 11; Akt. Fatih Pulat, Mehmet Emin Sarıkaya, **İnsanı Anlamanın Tarihi: Klasik Eserlerin İzinde Psikoterapi Pratiği**, İstanbul, Kanon Kitap, 2019, s. 45.

¹⁸⁸ Bowlby **Bağlanma**, s. 234

ilerleyen zamanlarda çocuğun diğer bireylerle arasında gelişecek ilişki biçimini şekillendirdiği gibi çocuğun kişilik gelişimine de etki eder.¹⁸⁹

Bowlby; Lorenz, Tinbergen ve Harlow gibi araştırmacıların yaptıkları etiyolojik çalışmalarından yararlanarak bağlanma kuramına farklı bir boyut katar.¹⁹⁰ Lorenz, Tinbergen ve Harlow yaptıkları etiyolojik çalışmalarda memelilerde ortak bağlanma davranışlarının varlığını evrimsel temele dayandırarak açıklarlar. Onlara göre, insana en benzer bağlanma davranışını sergileyen hayvan grubu prigmatlardır. Bebek prigmatlar doğumdan itibaren tüm zamanlarını annenin karnına yapışık bir şekilde geçirirler. Belirli bir süre sonra bebek prigmatlar vakitlerini annenin karnına yapışık şekilde değil de annenin sırtında geçirmeye başlarlar. Belirli erinliğe geldikten sonra da yavru prigmatlar gündüzleri etrafı keşfetmek amacıyla annenin yanından ayrılmaya başlarlar; ancak anneye uzaklıkları çok fazla değildir. Yavru herhangi bir tehlike anında anneye ulaşabilecek mesafede durur. Yavru prigmat mesafeyi koruyamadığında keşif davranışı anne tarafından engellenir. Engellemenin amacı; tehlike anında kendisinin yavruya ulaşılabilir olmasını sağlamak içindir. Herhangi bir tehlike anında yavru prigmat hemen annenin yanına gider. Eğer anne yakınında değilse en yakınındaki yetişkin dişiye gider. Yavru prigmat erinleştikçe anneden ayrılmaya ve akran ilişkileri geliştirmeye başlar. Yeterli erinliğe gelen yavru gündüz vaktinin büyük bir bölümünü akranlarıyla oyun oynayarak geçirir; ancak gece vaktini yine annenin sırtında geçirir. Temel gereksinimlerini kendi başına karşılayabilir hale gelen yavru artık anneden tam bağımsız hale gelir ve ait olacağı bir gruba dâhil olur.¹⁹¹ Bowlby de insanoğlu yavrusunun da benzer davranışlar sergilediğini ifade eder.

Bağlanma kuramına göre her çocuk birincil gereksinimlerini karşılayan bir bireye yakın olma isteğiyle dünyaya gelir.¹⁹² Çocuk oluşabilecek tehlike anında bağlanma figüründen yardım alabilmek için ona yakın olmayı tercih eder. Çocuk

¹⁸⁹ Banu Yıldız, “Güvenli Bağlanma Stili Kazandırma Yönelimli Psikoeğitim Programının Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Akademik Erteleme Üzerindeki Etkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, 2017, s. 20.

¹⁹⁰ Tuba Sarı, “Üniversite Öğrencilerinde Romantik İlişkilerle İlgili Olmayan Akılcı İnançlar, Bağlanma Boyutları ve İlişki Doyumu Arasındaki İlişkiler”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008, s. 26.

¹⁹¹ Bowlby, **Bağlanma**, s. 241-54

¹⁹² Sarı, Üniversite Öğrencilerinde Romantik İlişkilerle İlgili Olmayan Akılcı İnançlar, Bağlanma Boyutları ve İlişki Doyumu Arasındaki İlişkiler”, s. 27

tehlike anında bağlanma figürüne ulaşabiliyorsa, ondan destek alabiliyorsa ve bağlanma figürü belirli süreliğine yanından ayrıldığında çocuk gerginlik yaşıyor ve geri döndüğünde ise çabuk rahatlıyorsa bağlanma figürü, çocuk için güvenli bir üs ve sığınılacak bir liman konumundadır.

Etoloji çalışmalarıyla bağlanma kuramına katkı sağlayan araştırmacılardan biri de H. F. Harlow'dur. Harlow yenidoğan maymun yavruları üzerine deneyler yapmıştır.¹⁹³ Harlow, bir deneyinde anne figürünü temsil eden iki maket oluşturur. Maketlerden biri sadece demir tellerden yararlanılarak tasarlanan anne maketi iken diğeri yumuşak dokulu maddeden yararlanılarak tasarlanan anne maketidir. Sert cisimden oluşan anne maketinin üzerine yavrunun beslenme ihtiyacını karşılaması amacıyla biberonla süt konulurken yumuşak dokulu anne maket üzerine ise herhangi bir şey konulmamıştır. Yapılan gözlemler sonucunda bebek maymunlar acıttıklarında süt bulunan anne maketine gittiğini, karınlarını doydurduktan sonra ise yumuşak dokulu annenin kucağına döndüğünü ve zamanlarının büyük bir kısmını orada geçirdiklerini tespit etmiştir. Bu deneyde annelerin, bebeklerin temel besin ihtiyaçlarını karşılamasının yanında dokunma ve sıcaklık ihtiyaçlarını da karşıladığı sonucuna varılmıştır. Bu durumda anne-çocuk ilişkisinde anneyi sadece besin kaynağı olarak gören yaklaşımların, bağlanma davranışını açıklamada yetersiz kaldığı söylenebilir.

Harlow, daha sonra yaptığı deneylerde anneden mahrum kalmış bebeklerin yetişkin olduklarında; erkek maymunların çiftleşmede, dişilerin ise yavruyu sahiplenip onun bakımını sağlamada ciddi sorunlar yaşadığını tespit etmiştir.¹⁹⁴ Yetişkin dişilerin yavrularına bakım vermemelerinin erken dönemlerde anne yoksunluğu yaşamalarından kaynaklı olduğu düşünülür. Çünkü yavru erken dönemlerde sıcaklık, yakınlık ve güven hissini anneden alamamasına bağlı olarak sağlıklı bir iletişim becerisi geliştirememektedir. Ebeveynlerin çocuklara ulaşabilir olmaları, istenilen davranışın kazanmasında onaylayıcı, istenilmeyen davranışın kazanılmasında ise reddedici olmaları davranış kazandırmada onun rolünü önemli kılar. Bu durum aynı

¹⁹³ Lee A. Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, New York&London, Guilford Press, 2005, p. 27.

¹⁹⁴ A. Şebnem Soysal, v.d. "Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış", **Klinik Psikiyatri Dergisi**, C. 8, No: 2. 2005, s. 91.

zamanda öğrenme kuramı ile bağlanma kuramı arasında bir ilişkinin var olduğunu da gösterir.¹⁹⁵

Bowlby, Harlow'un deneyine benzer şekilde insan bebeklerinin bağlanma figüründen ayrıldıklarında tepkiler gösterdiklerini gözlemlemiştir. İnsan ve bazı hayvan türleri üzerine yapılan çalışmalarda bağlanma figüründen ayrılma sonrasında gerçekleşen durumsal tepkilerin benzer nitelikte olduğu tespit edilmiştir. Erken çocukluk döneminde bağlanma figüründen ayrılan çocukların verdiği tepkiler birbirini takip eden üç aşamadan oluşur.¹⁹⁶ İlk evre “protesto” evresidir. Bu evre belirli bir süre zarfında başlar ve saatler hatta günler sürebilir. Bağlanma figüründen ayrılma durumuna tepki olarak ağlar, kendisini sağa sola savurur, diğerlerinin onu sakinleştirmesine pek izin vermez, tek amacı o kişiyi geri getirebilmektir.¹⁹⁷ Güven bağı geliştirdiği bağlanma figürünün geri döneceğine inancı yüksektir. Bakımını sağlamak için ortamına giren yeni kişiyi kabullenemeyip onun yaklaşımlarını reddeder. Protesto evresini takip eden evre umutsuzluk evresidir. İlk evrede gösterdiği tepkilerde azalma gözlemlenir fakat yeme ve uyku bozukluğu ortaya çıkar ve hüzün ve acı hâkimdir. Bağlanma figürünün artık gelmeyeceğine kanaat getirir. Çevresinden talepleri azalır ve durgunluk hâkim olur. Umutsuzluk evresini takip eden evre kopma evresidir. Bu evrede çocuk bağlanma figürünü unutmuş ayrılık öncesi döneme dönmüştür. Bakımını sağlamak için yeni gelen bireye alışmaya ve bağlanmaya başlar ve bu kişiye olumlu yanıtlar verir. Önceki bağlanma figürü artık unutulmuştur, hatta o kişi çocuğun yanına geldiğinde çocuk onu tanımayabilir.¹⁹⁸ Bu üç evre her ne kadar genel olarak kategorize edilse de bağlanma figürüyle oluşan bağın tipine göre her çocuğun evreleri geçirme süreleri ve yoğunlukları birbirinden farklıdır.

Bireysel farklılıklara bağlı olarak bağlanma figürü ile çocuk arasında gelişen bağlanma ilişkisinde farklı bilişsel ve duygusal süreçler işler.¹⁹⁹ Bağlanmaya aracılık

¹⁹⁵ Harry F. Harlow, Robert O. Dodsworth, Margaret K. Harlow, “Total Social Isolation In Monkeys”, **Psychology**, Vol. 54, 1965, p. 96.

¹⁹⁶ Bowlby, **Bağlanma**, s. 64

¹⁹⁷ Sevginar Vatan, “Duyguların, Duygu Düzenlemenin, Obsesif İnançların, Düşüce Kontrolünün ve Bağlanmanın, Obsesif Kompulsif Bozukluktaki Farklı Belirtilerdeki Rollerinin İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014, s. 54.

¹⁹⁸ Bowlby, **Bağlanma**, s. 64.

¹⁹⁹ Vatan, “Duyguların, Duygu Düzenlemenin, Obsesif İnançların, Düşüce Kontrolünün ve Bağlanmanın, Obsesif Kompulsif Bozukluktaki Farklı Belirtilerdeki Rollerinin İncelenmesi”, s. 55.

eden davranış biçimleri herhangi bir ölçüte bağlı olmadan bağlanma yoğunluğuna göre değişim gösterir. Bağlanma yoğunluğu arttıkça çocuğun sergilediği davranış sayısı artış gösterdiği gibi davranışlarda farklılıklar da görülür. Davranış yoğunluğunun az olduğu dönemlerde stres altında olmaması sebebiyle çocukta gülümse ve rahat olduğunu gösteren davranışlar gözlemlenir. Bağlanma yoğunluğunun arttığı dönemlerde ise bağlanma figürüne sıkı sıkı yapışma ve genellikle ağlama davranışı gözlemlenir.²⁰⁰

Bowlby'ya göre çocuğun diğer bireylerle sağlıklı duygusal bağ kurabilmesi, “birincil koşullu stratejiler”²⁰¹ olarak da tanımlanan dört davranış örüntüsünü gerekli kılar: Birincisi yakınlık arama ve yakınlığı koruma, ikincisi ayrılığı protesto etme, üçüncüsü bağlanma figürünü güvenli üs ve sığınacak bir liman olarak algılama, dördüncü ise sıcaklık/sevgi hissini yaşamadır.²⁰² Çocuk keşif davranışını sergilerken her zaman bağlanma figürüne yakın olmaya ve arasındaki mesafeyi korumaya özen gösterir. Bunun temel sebeplerinden biri tehlike anında ya da yardıma ihtiyaç duyduğunda bağlanma figürüne ulaşabilmeyi mümkün kılmaktır. Çocuk etrafı keşfederken annesinin yakınında olduğunu kontrol etmek için zaman zaman geri dönüp arkasına bakar. Çocuğun arkasına dönüp bakması annesini güvenli üs ve sığınılacak bir liman olarak algılamasından ileri gelir.²⁰³ Çocuk bağlanma figürünün yanından ayrılması sonrasında ayrılığa tepki olarak durumu protesto eder ve bağlanma figürünü geri çağırır. Geri çağırma tepkisi olarak da genellikle ağlar ya da huzursuz olduğunu ifade edici davranışlar sergiler. Çocuk bağlanma figürünün ortamda olmaması durumunda keşif davranışını gerçekleştirmez. Bağlanma figürü çocuğun ortamına girmesi halinde çocuk yine keşif davranışlarına devam eder. Bağlanma figürünün çocuğun bulunduğu ortamda bulunması ve çocuğun kendini güvende hissetmesi keşif davranışının devamlılığı için gereklidir.

Bağlanma figürünün çocuğa yönelik tutarlı davranışlar sergilemesi, çocuğun ihtiyaçlarına karşı duyarlı olması ve ihtiyaç duyduğunda çocuğun yanında olup

²⁰⁰ Bowlby, **Bağlanma**, s. 313.

²⁰¹ Sümer, Güngör, “Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma” s. 73

²⁰² A.e., s. 73.

²⁰³ Bowlby, **Bağlanma**, s. 367.

ulaşabilir olması halinde çocukta güvenli bağlanma gelişir. Bağlanma figürünün ihtiyaç duyulan zamanda ulaşabilir olmaması, çocuğun ihtiyaçlarına yönelik duyarsız kalınması, keşif davranışlarının sürekli bir şekilde engellenmesi durumlarında bağlanma figürü ile ocuk arasında güvensiz bağlanma tarzları olan kaygılı ya da kaçınan bağlanma tarzının gelişmesine neden olur.

1.2.2. Bağlanma Tarzları

Bağlanma tarzları temel olarak anne-ocuk ilişkisinde gelişen içsel çalışan modellere göre şekil alır. Bağlanma biçimleri; bağlanan kişinin, diğerini ne kadar güvenilir ve tutarlı olarak algılaması ve kendini ne kadar sevmeye değer olarak görmesiyle ilişkilidir.²⁰⁴ Bowlby, içsel çalışan modellere bağlı olarak gelişen bağlanma figürü ile ocuk arasındaki ilişkiyi olumlu ve olumsuz olarak tanımlarken Ainswort da Bowlby'in tanımlamasından hareketle bağlanma figürü ile ocuk arasında gelişen ilişkinin davranışa nasıl dönüştüğünü açıklar. Daha açık bir şekilde ifade edecek olursak Bowlby anne-ocuk ilişkisini, Ainswort ise anne-ocuk ilişkisinden doğan davranış biçimlerini konu edindir.²⁰⁵

Ainswort bireysel farklılıklara bağlı olarak ortaya çıkan bağlanma tarzlarının nasıl geliştiğini tespit etmek amacıyla “yabancı durum” deneyini gerçekleştirmiştir. Bu deneyde ocuk; anne ve yabancı kişiyle aynı ortamda farklı zaman aralıklarında bir araya getirilir. Onun değişen durumlara yönelik ne tür tepkiler verdiği gözlemlenir. Bu deney, bağlanma figürünün ortamdan çıkması ve yerine ortama yabancı birinin girmesi sonrasında çocuğun keşif davranışlarına devam edip etmediğini ve yabancı kişiye karşı ne tür davranışlar sergilediğini, daha sonra bağlanma figürünün ortama tekrar girmesi ve yabancı kişinin ortamdan çıkmasıyla çocukta ne tür davranış değişikliği gerçekleştiğini tespit etmek amaçlı geliştirilmiştir. Deney şu şekilde tasarlanmıştır: Anne ve bebek bir odaya girerler. Ardından yabancı kişi ortama girer. Anne ocuğun yanına oyuncaklarını koyar ve bir süre yanında durduktan sonra ortamdan çıkar. Bu esnada ocuk yabancı ile aynı ortamda kalır. Annenin ortamda çıkmasından sonra

²⁰⁴ Sümer, Güngör, Yetişkin Bağlanma Stilleri leklerinin Türk rneklemi üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma”, s.73

²⁰⁵ Mary D. Salter Ainsworth, et. al. “Attachment and Attachment Behaviors”, **Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation**, New York & London, Routledge, 2015, p. 19.

oyuncaklarıyla oyun oynayan çocuğa yabancı müdahale etmez. Annenin ortamdan çıkmasından sonra çocuk oyun oynamayı bırakıp huzursuzlanmaya ve ağlamaya başlarsa yabancı kişi çocukla oyun oynamayı dener. Çocuğun huzursuzluğu ve ağlaması devam eder ise anne ortama girer ve çocuğun rahatlamasını sağlar. Gözlemler sonrasında çocuğun bağlanma figürüne karşı gerçekleştirdiği davranışlar genel olarak güvenli ve güvensiz bağlanma olarak iki kategori altında toplanır. Ancak güvensiz bağlanma tarzı da kendi içerisinde kaygılı/kararsız bağlanan ve kaçınan bağlanan olmak üzere farklı iki tipte ele alınır.

Güvenli bağlanan çocuklar anneyle aynı ortamda bulundukları süre zarfında keşif davranışlarını gerçekleştirirler; çünkü kendilerini güvende hissederler.²⁰⁶ Annenin ortamdan ayrılması sonrasında ise çocuklar gerginlik yaşar, huzursuz olur, anneyi geri çağırma amaçlı tepki olarak ağlar. Annenin yerini bir yabancınnın almasının mümkün olmaması nedeniyle ortamda yabancı birinin olması durumunda yabancıya yönelik kaçınma davranışı gösterirler, annenin yerini yabancınnın alması mümkün değildir.²⁰⁷ Annenin ortama tekrar girmesiyle çocuk mutlu olur, anneyi gülerek karşılar ve jest ve mimiklerle annenin geri dönüşünden mutlu olduğunu ifade eder. Annenin geri gelmesiyle çocuk çok çabuk sakinleşir ve sonrasında keşif davranışlarına devam eder.²⁰⁸

Bağlanma figürüne, kaçınan bağlanma gerçekleştiren çocuğun bağlanma figürünün ortamdan ayrılması sonrasında bağlanma figürünün yokluğuna yönelik herhangi bir geri çağırma tepkisinde bulunmadığı gözlemlenmemiştir. Güvenli bağlanan çocuklar keşif davranışlarını gerçekleştirirken bağlanma figürünün yakınında olup olmadığını zaman zaman kontrol ederken; kaçınan bağlanan çocuklar bağlanma figürünün yakınında olup olmadığını kontrol etmezler, bağlanma figürünün

²⁰⁶ Bowlby, **Bağlanma**, s. 405

²⁰⁷ Cemile Gürdal, “Erken Kayıplar, Bağlanma, Mizaç-Karakter Özellikleri Ve Duygu Düzenlemenin Psikopatoloji Üzerine Etkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2015, s. 6.

²⁰⁸ İdil Kaya, “Bağlanma Stillerinin Evlilik Üzerine Etkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2009, s.7

yakınında olmasını önemsemezler, etrafı keşfederken bağlanma figürüyle etkileşim ve iletişim içinde olmadıkları gözlemlenir.²⁰⁹

Kaygılı bağlanma geliştiren çocuklar bağlanma figürünün yanlarından ayrılmalarına aşırı tepki gösterirler. Bu durum onlarda aşırı gerginlik, kızgınlık ve kaygı oluşturur. Bağlanma figürünün yerine yabancı bir kişi gelse dahi onunla birlikte oyuna katılmayıp bağlanma figürünün geri gelmesini isterler.²¹⁰ Bağlanma figürü geri geldiğinde ona sıkıca sarılırlar ve etrafı keşfetmek istemezler. Ayrıca rahatlamaları da kolay olmaz.²¹¹

Shaver ve Hazan, Ainsworth'un yabancı durum deneyiyle tespit ettiği bağlanma biçimlerinden hareketle yetişkinlere yönelik güvenli, kaygılı, kaçınan olmak üzere üç bağlanma tarzı tanımlarlar. Main ve Solomon da Ainsworth'un yabancı deneyinden esinlenerek üç bağlanma tarzına ek olarak organize olmamış çocukları dağınık bağlanma biçimi adı altında toplayarak dördüncüsünü geliştirirler.²¹² Bartholomew ve Horowitz de bireyin kendi benliğine ve diğerine yönelik oluşturduğu tutumlardan hareketle bağlanma tarzlarına yönelik yeni bir modelleme geliştirmiştir. Benliğine ve başkasına karşı geliştirilen olumlu ve olumsuz tutumlara bağlı olarak güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu olmak üzere dört farklı bağlanma stili gelişir.²¹³ Saplantılı, kayıtsız ve korkulu bağlanma biçimleri güvensiz bağlanma biçimi adı altında toplanır. Hazan ile Shaver ve Bartholomew ile Horowitz bağlanma yaklaşımları yetişkinlikte bağlanma konusu altında daha detaylı olarak anlatılacaktır.

²⁰⁹ Yıldız, "Güvenli Bağlanma Stili Kazandırma Yönelimli Psikoeğitim Programının Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Akademik Erteleme Üzerindeki Etkisi, s. 24.

²¹⁰ Akif Hayta, **Allah'a Bağlanmak: Bağlanma Kuramı ve Tanrı Tasavvuru İlişkisi**, Onto Yay. İstanbul, 2017, s. 92.

²¹¹ Sümer, Güngör, "Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma", s. 74.

²¹² Main, M. & Solomon, J. "Procedures For Identifying Disorganized/Disoriented Infants During The Ainsworth Strange Situation", **Attachment In The Preschool Years**, Eds. By., M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings, Chicago, University of Chicago Press., 1990, p. 121.

²¹³ Bartholomew, K., L. M. Horowitz: "Attachment Styles among Young Adults: A Test of a Four-Category Model", **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 61, No: 2, 1991, p. 13; Kim Bartholomew, Avoidance of intimacy: An attachment perspective, **Journal of Social and Personal Relationships**. Vol.7, No: 2, 1990, p. 147.

1.2.2.1. Bağlanma Tarzları ve Bireysel Farklılıklar

Bağlanma tarzları ile bireysel farklılıklar arasındaki ilişki üç temel üzerine kurulur. İlki bağlanma figürünü ulaşabilir olup olmamasıdır. Çocuğun bağlanma figüründen aldığı destek, yaşanan ayrılıklarda ya da karşılaşılan problemlerde, stresle başa çıkmada çocuğa başarı sağlar. İkincisi, bağlanma figürüne karşı gelişen güven duygusunun gelişip gelişmemesidir. Çocukluk döneminde bağlanma figürüne yönelik gelişen güven hissi, ilerleyen zamanlarda diğer bireylere benzer şekilde gelişir. Sonuncusu ise bağlanma figürünün ihtiyaçlara tutarlı şekilde cevap verebilir olup olmamasıdır. Bağlanma figürünün verdiği tepkilerde tutarlı olup olmaması, çocuğun ihtiyaçlarını istenilen düzeyde karşılayıp karşılamaması, çocuk ile iletişimde ılımlı ve destekleyici olup olmaması ölçüsünde, çocuğun geliştirdiği bağlanma davranışları ve bağlanma tarzı şekil alır.²¹⁴

Anne-çocuk ilişkisine göre çocuklar farklı bağlanma tarzlarına sahip olsalar da aynı bağlanma biçimlerine sahip olan çocuklar arasında da davranışsal olarak benzerlikler ve farklılıklar bulunmaktadır. Bu duruma yönelik olarak yapılan ilk araştırma Ainsworth'un yabancı durum deney çalışmasıdır. Yabancı durum deneyinde çocuklar aynı koşullar altında olmalarına rağmen birbirlerinden farklı tepkiler verirler. Anne-çocuk arasındaki bağlanma biçimi bazı çocuklarda her ne kadar aynı olsa da anneden kısa süreli ayrılma sonrasında yaşanan stresin yoğunluğu ve dışı vurumu (tepki bağlamında) farklılık gösterir.²¹⁵ Örneğin güvenli bağlanan çocukların kimisi kızgınlık gösterir, kimisi ağlar, kimisi ise neredeyse hiç ağlamaz. Ayrılığa yönelik gösterilen tepkilerin şiddeti ve yoğunluğu birbirinden farklıdır.²¹⁶ Bu farklılık çocukların birbirlerinden duygu durumuna ve zihinsel temsillere sahip olmalarından yani farklı içsel çalışan modellere sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülür.

²¹⁴ Yıldız, "Güvenli Bağlanma Stili Kazandırma Yönelimli Psikoeğitim Programının Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Akademik Erteleme Üzerindeki Etkisi, s. 25.

²¹⁵ Bowlby, **Bağlanma**, s. 252-53.

²¹⁶ L. Alan Sroufe, "Attachment Theory: A Humanistic Approach For Research And Practice Across Cultures", **Attachment Across Clinical and Cultural Perspectives**, Ed. by., Sonia Gojman-de-Millan, Christian Herreman, and L. Alan Sroufe, London & New York, Routledge, 2017, s. 5.

1.2.2.2. Bağlanma Tarzları ve Kültürlerarası Farklılıklar

Kültür ile bağlanma tarzlarının ilişkisi üzerine birden fazla araştırma yapılmıştır. Bu konuda yapılan ilk çalışmalar etnosentrizmin ön plana çıkması nedeniyle yani bu çalışmalar ön yargılı değerlendirmeler içermesi sebebiyle uzmanlar tarafından eleştirilmektedir. Kültürün, bağlanma tarzlarına etkisi üzerine yapılan ilk çalışmalardan biri Murphy'e aittir. Murphy çalışmasında annelerinin yanlarında olup olmama durumuna göre çocukların oyuna katılma durumlarını incelemiştir. Çalışma grubuna dört beş yaşlarından oluşan on yedi çocuğu dâhil etmiştir.²¹⁷ Yaptığı çalışmada on beş çocuğun anneleri yanında olmasa da oyuna katıldıklarını ancak bir çocuğun annesinin eteğine yapışarak, annesiyle fiziksel teması koruma isteğiyle oyuna katılmadığını gözlemlemiştir. Bunun üzerine Murphy, oyuna dâhil olan çocukların eğitilmiş ve beyaz ailelerin çocukları olduğuna yönelik bir açıklamada bulunmuştur. Bu tarz çalışmalar; etnik ayrımcılığa, kültürel ön yargılara yönelik olması sebebiyle eleştirilirler.²¹⁸

Kültürlerarası bağlanma biçimlerinin karşılaştırılmasına yönelik yapılan çalışmalarda bağlanma biçimlerinin kültürel farklılıklara göre değişim gösterdiği tespit edilmiştir. Kültürel farklılıklara göre bağlanma biçimlerinin farklılaştığını ilk deneyimleyenlerden biri Ainsworth'tur. Ainsworth, yaptığı çalışmalarda Ugandalı çocukların Amerikalı çocuklara nazaran bakım verenle daha fazla temas halinde olduklarını gözlemlemiştir.²¹⁹ Bunun üzerine Main, van IJzendoorn ve Sagi, Cassidy ve Shaver, Kuzey Almanya'da Grossman ve arkadaşları, Japonya'da Miyake ve arkadaşları, vd. bağlanma ve kültürlerarası farklılıklar üzerine farklı çalışmalar yapmışlardır.²²⁰ Yapılan çalışmalarda kültürler arasında en fazla güvenli bağlanma gelişirken, güvensiz bağlanma biçimleri ise kültürden kültüre göre farklı yoğunluklarda geliştiği görülmektedir.

²¹⁷ Bowlby, **Bağlanma**, s. 264.

²¹⁸ Sroufe, "Attachment Theory: A Humanistic Approach For Research And Practice Across Cultures", s. 6.

²¹⁹ Naomi Quinn, Jeannette Marie Mageo, "Attachment and Culture: A Introduction", **Cultural Perspectives On A Western Theory**, Eds.by., Naomi Quinn, Jeannette Marie Mageo, 8. ed., New York, Palgrave Macmillian, 2013, p. 5.

²²⁰ Fred Rothbaum, et. al., "Attachment and Culture: Security In The United States and Japan", **American Psychologist**, Vol. 55, No: 10, 2000, p. 1094.

Kültürler arasında bağlanma üzerine yapılan çalışmalarda; bakım verenin çocuğa karşı duyarlı olması, keşif davranışlarının onaylanmasında tutarlı olması ve güven ortamını sağlaması,²²¹ gibi etkenlerin güvenli bağlanmanın gelişmesine temel oluşturduğu görülür. Güvenli bağlanma tarzında kültürel farklılık görülmesi de ihtiyaçların karşılanması hususunda bakım verenin davranışlarında farklılık gözlemlenir. Örneğin Japon bakıcılar çocukların ihtiyaçlarını önceden tahmin ederek çocuğun stres ortamına girmesine engel olmaya çalışırken Amerikalı bakıcılar ise ihtiyacı karşılamadan önce çocuğun, ihtiyacı olduğuna dair bir bildirimde bulunmasını beklerler. Japon bakıcılar için duygusal durum düzenlemeye yönelik yardımcı olma durumu ön plandayken Amerikalı bakıcılar için de çocukların, isteklerini bildirmeleri sonrasında ihtiyaçların karşılanması ön plandadır.²²² Her iki bakım veren de ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik duyarlılık gösterir; ancak her iki bakıcının yetiştirdiği çocukta farklı bağlanma tarzı gelişir.

Kültürler arası bağlanma çalışmalarında güvensiz bağlananlar arasında kayıtsız/saplantılı/korkulu tarzlarının gelişiminde bakımından farklılık olduğu görülür. Bu farklılığın yetişkinlerin kişiliğinden, sosyal destek alma durumlarından, dini inanç durumlarından,²²³ anne-çocuk ilişkisi farklılığından ve kültürel yetiştirme farklılığından²²⁴ kaynaklandığı düşünülür. Örneğin Almanya ve Amerika'daki çocukların daha çok kaçınan bağlanma stili geliştirdikleri, Japonya'daki çocukların ise daha çok kaygılı/kararsız bağlanma stili geliştirdikleri görülmektedir.²²⁵ Avrupa ve Amerika'da güvensiz bağlanan çocuklar, kendilerine yönelik olumlu benlik algısına ve diğerleri hakkında olumlu zihinsel temsillere sahip olmadıkları görülür. Bunun da çocukların daha çok özerk ve bağımsız yetiştirilmelerinden kaynaklandığı düşünülür. Japon çocukların ise kendilerine yönelik olumsuz benlik algısına ve diğerlerine

²²¹ Posada, G., et.al., "The Secure-Base Phenomenon Across Cultures: Children's Behavior, Mothers' References, And Experts' Concepts", **Monographs Of The Society For Research In Child Development**, Vol. 60, No: 2-3, 1995, p. 27.

²²² Fred Rothbaum, et. al., "Attachment and Culture: Security In The United States and Japan", p. 1096.

²²³ Mickelson, K. D., Kessler, R. C., Shaver, P. R., "Adult attachment in a nationally representative sample", **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 73, 1997, p. 1092.

²²⁴ Posada, et.al., "The Secure-Base Phenomenon Across Cultures: Children's Behavior, Mothers' References, And Experts' Concepts", p. 28-29.

²²⁵ R. L. Harwood, J. G. Miller, N. L. Irizarry: **Culture and attachment: Perceptions of the child in context**, Guilford Press, New York, 1995, p. 11; Laura E. Berk, "Emotional Development", **Child Development**. 9. ed. Boston, Pearson International Edition, 2012, p. 432; Rothbaum, et. al., Attachment and Culture: Security In The United States and Japan", p. 1100.

yönelik zihinsel temsillere sahip olmaları daha çok geleneksel değerlere (kendinden başka birisine daha fazla önem verilmesi gerektiği anlayışıyla) bağlı olarak yetiştirilmelerinden kaynaklı olduğu düşünülür.

Türkiye’de bağlanma ve kültürel farklılıklar üzerine çalışma yapan Sümer, Amerikalı öğrenciler ile Türk öğrencilerin bağlanma stillerini karşılaştırılmasına yönelik yaptığı çalışmada Türk öğrencilerin Amerikalı öğrencilere nazaran daha az korkulu ve daha fazla saplantılı bağlanma eğiliminde olduklarını tespit etmiştir. Güvensiz bağlanma biçimleri karşılaştırıldığında ise Türk öğrencilerin daha çok saplantılı, Amerikalı öğrencilerin ise daha çok kayıtsız bağlanma stillerine eğilimli oldukları görülür.²²⁶ Bu veriden hareketle Türk öğrenciler, Amerikalı öğrencilere nazaran başkalarına yönelik daha fazla olumlu imgelere ve benliğine yönelik ise daha fazla olumsuz imgelere sahiptir. Bu durum da onların yakın ilişkilerinde daha çok takıntılı olduklarını ifade eder. Amerikalı öğrenciler ise Türk öğrencilere nazaran kendilerine yönelik daha çok olumlu benlik geliştirmeleri ve diğerlerine yönelik olumsuz zihinsel temsillere sahip olmaları bakımından yakın ilişkilerde daha çok kaçınan bağlandıkları görülür. Bu durum da onların ilişkilerinde bencil olduklarını ifade eder.²²⁷ Yapılan çalışmalarda kültürün, çocuk yetiştirme tarzına etki etmesi sebebiyle bağlanma tarzlarında kültürel farklılıklar ortaya çıkardığı görülmektedir.

Bağlanma biçimlerinin kültürlerarası farklılaşma göstermesinin temelinde farklı toplum yapılarının olduğu ileri sürülmüştür. Bu toplum yapıları genel olarak bireyci ve toplulukçu olmak üzere ikiye ayrılır.²²⁸ Bireyci Amerikan ve Batı toplumları, diğerine çok fazla bağlılık duymayan, özgüveni yüksek olan bireylere sahip iken toplulukçu olarak adlandırılan Japonya, Türkiye gibi Asya toplumları, sosyal ilişkilere daha fazla önem veren, yakın ilişkilerde uyumlu, karşılıklı bir bağlılığa sahip bireylere sahiptir.²²⁹

²²⁶ Sümer, Güngör, “Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma”, s. 103.

²²⁷ A.e., s. 102.

²²⁸ A.e. s. 102.

²²⁹ Markus, H. R., & Kitayama, S., “Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation”, **Psychological Review**, Vol. 98, No: 2, 1991, p. 224.

1.2.2.3. Bağlanma Tarzlarının Kuşaklararası İletimi

Bağlanma tarzlarının kuşaklararası iletimi üzerine yapılan çalışmalar, ebeveynlerin bağlanma biçimlerinin çocuklara aktarımıyla ilgili çalışmalardan oluşmaktadır. Main ve Goldwayn; ebeveynlerin çocukluğunda bağlanma figürüyle olan bağlanma ilişkisini incelemek amacıyla yaptığı araştırmada çocukluğunda güvenli bağlanma tarzına sahip ebeveynlerin geçmişini daha iyi hatırladığını, annesiyle olan ilişkisini ve geçmişini açıklarken tutarlı açıklamalarda bulunduğunu; kaygılı bağlanan ebeveynlerin çocukluk hatıralarını karışık ve tutarsız bir şekilde anlattıklarını; kaçınan bağlanan ebeveynlerin ise geçmişini pek hatırlamadığını gözlemlemiştir.²³⁰

Annenin sahip olduğu bağlanma tarzı, çocuğun bağlanma tarzının gelişiminde oldukça etkilidir.²³¹ Bağlanma figürünün çocuğa yönelik sergilediği davranışlar, çocukta benzer bağlanma davranışının gelişmesine öncülük eder. Ebeveynlerin tutumları ve davranış biçimleri, çocuğun kendine ve diğerlerine yönelik zihinsel şemalarının oluşmasını ve bu zihinsel şemalar da ilerleyen zamanlarda çocuğun nasıl bir benliğe sahip olacağını belirler.²³² Güvenli bağlanan çocukların ebeveynleri genellikle çocuğun ihtiyaçlarına duyarlıdır ve davranışlarında da tutarlıdır. Güvenli bağlanan çocuklar etrafını keşfetmede istekli, kendine yönelik öz saygısı yüksek, kendilerini diğer insanlar tarafından seilmeye değer biri olarak algırlar. Bu çocuklar aynı zamanda diğerlerini tutarlı, ulaşılabilir ve destekleyici olarak algırlar. Bu kişiler olumlu benliğe sahip oldukları gibi diğerleri için de olumlu zihinsel şemalara sahip olurlar.²³³

Bağlanma figürünün, ön görüde bulunamayan davranışlar ve çocuğun davranışlarına yönelik aşırı müdahale edici tutumlar sergilemesi vb. çocukta kaygılı bağlanma tarzını gelişmesine neden olabilir. Bunun yanında çocuğun ihtiyaçlarının

²³⁰ Akt. Heidi Keller, "Attachment and Culture", Journal of Cross-Cultural Psychology, 2013, Vol. 44, No: 2, pp. 177-78.

²³¹ Yıldız, Güvenli Bağlanma Stili Kazandırma Yönelimli Psikoeğitim Programının Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Akademik Erteleme Üzerindeki Etkisi, s. 26.

²³² Ayşegül Güner Algan, Gül Şendil, "Okul Öncesi Çocuklar ve Ebeveynlerinin Bağlanma Güvenlikleri İle Çocuk Yetiştirme Tutumları Arasındaki İlişkiler", **Psikoloji Çalışmaları**, C. 33, No:1, 2013, s. 56.

²³³ Mary Main, "Cross-Cultural Studies of Attachment Organization: Recent Studies, Changing Methodologies, and Concept of Conditional Stragies", **Human Development**, Vol. 33, 1990, p. 51

istenilen düzeyde karşılanmaması, çocuğun yakınlık isteğine reddedici tavır sergilenmesi, çocuğa hoşgörölü davranılmaması çocukta kaçınan bağlanma tarzının gelişmesine de neden olabilir.²³⁴ Bağlanma figürüne güvensiz bağlanan çocuklar kendilerine yönelik olumlu benlik geliştiremedikleri gibi diğerlerine yönelik de olumlu zihinsel temsiller geliştiremezler. Bu çocuklar kendilerini sevmeye değer birisi olarak görmedikleri gibi diğerlerini de güvenilir ve tutarlı bireyler olarak görmemektedirler.

²³⁴ Sümer, Güngör, “Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kùltürlerarası Bir Karşılaştırma”, s. 73.

1.2.3. Yetişkinlikte Bağlanma

Bağlanma, doğumdan sonra ölüme kadar devam eden bir davranış örüntü sürecidir.²³⁵ Yetişkin bağlanma davranışları ve biçimleri çocukluk çağında oluşan içsel çalışan modeller tarafından şekillendirilirler. Bağlanma figürüne yönelik oluşan zihinsel temsiller de bireyin geçmiş yaşantısında ebeveynlerle kurduğu olumlu ve ya olumsuz ilişkiler sonrasında anlam bulurlar. Bağlanma figürüyle olumlu ilişkiler geliştiren ve bağlanma figürüne güvenli bağlanan çocukların ilerleyen zamanlarda kendilerini sevilen ve değerli bireyler olarak algılamaları; diğerlerini ise güvenilir, destekleyici ve sorumlu bireyler olarak görmeleri beklenirken; bağlanma figürü ile olumsuz ilişkiler geliştiren ve güvensiz bağlanan çocukların ise ilerleyen zamanlarda kendilerini seilmeye değer bir olarak görmemeleri, diğerlerini de güvenilmez, tutarsız kişilikler olarak görmeleri beklenir. Anlaşılabacağı üzere çocukluk döneminde gelişen tutum, davranış ve zihinsel temsiller ilerleyen süreçlerde yakın ilişkilerinin gelişimine yön verecek olan davranış, düşünce ve duyguların gelişimine etki eder.²³⁶

²³⁵ Sümer, Derya Güngör, “Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma”, s. 74.

²³⁶ Sinem Evin Akbay, “Ana-Babaya Bağlanma ile Romantik Yakınlık Ve Otantik Benlik Arasındaki İlişkilerde Bağlanma Stillerinin Aracı Rolünün İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2015, s. 9-10

<u>Gelişimsel Evre</u>	<u>Ana-Baba</u>	<u>Akran / Partner</u>
Bebeklik	Yakınlığı koruma	
	Güvenli sığınak	-
	Güvenceli üs	
Erken Çocukluk	Güvenli sığınak	
	Güvenceli üs	Yakınlığı koruma
Geç Çocukluk ve Erken Ergenlik	Yakınlığı koruma	Güvenli sığınak
	Güvenceli üs	
Yetişkinlik		Yakınlığı koruma
	-	Güvenli sığınak
		Güvenceli üs

Şekil 1.1. İçsel Çalışan Modellerde Farklı Bağlanma Grupları²³⁷

Şekilde görüldüğü üzere bağlanma figürüne yakınlığını koruma, bağlanma figürünü güvenli üs ve sığınacak bir liman olarak algılama durumları gelişim dönemlerine göre farklılık arz eder. Bebeğin ebeveyne bağlılığı zamanla yön değiştirir. İlk gelişim evresinde bağlanma figürü ebevyn iken çocukluk dönemi sonrasında bağlanma figürü akarana doğru geçiş yapar. Yetişkinlik evresinde akran ve eş olmak üzere iki farklı bağlanma figürünün olduğu görülür. Bağlanma figürü görevi gören birey, gelişim dönemlerine göre farklılık gösterse de bağlanma figürüne yönelik geliştirilen davranış ve tutumların değişmediği görülür.

²³⁷ J.A., Feeney, “Adult romantic attachments and couple relationships”, **Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications**, Ed. by., J. Cassidy & P.R. Shaver, 3th ed., Guilford Press, New York, 2016, p. 464; Akbay, “Ana-Babaya Bağlanma ile Romantik Yakınlık Ve Otantik Benlik Arasındaki İlişkilerde Bağlanma Stillerinin Aracı Rolünün İncelenmesi”, s. 11.

Erken yaşlarda gelişen bağlanma stillerinin ve *zihinsel temsillerin*²³⁸ ilerleyen dönemlerde bağlanma ilişkisinde etkili olduğu ve romantik ilişki sürecinde önemli role sahip olduğu bilinmektedir. Çocuklukta bağlanma süreci, çocuğun ihtiyaçların karşılanması üzerine tek yönlü bir ilişki üzerine gelişirken yetişkinlikte ise arkadaş ya da eş arasında karşılıklı ilişki üzerine gelişir. Çocuklukta anne-çocuk arasındaki bağlanma süreci beklentileri karşılama bakımından tüm çocuklarda benzer olsa da yetişkinlikte bağlanma süreci, beklentileri karşılama bakımından eşler ve arkadaşlar arasında farklıdır.

Arkadaş; mutlulukları ve hüznülülere ortak olacak kadar yakın olmalı, mahrem bilgileri gizleyecek kadar güvenilir olmalı ve zamanını birlikte eğlenceli ve dolu dolu bir şekilde geçirebilecek biri olmalıdır.²³⁹ Fischer, arkadaşlığı ölçümlemek amacıyla arkadaşların kim olduğuna ve arkadaşlarının genel olarak hangi özelliklere ve rollere sahip olduğuna yönelik altı maddeden oluşan soru listesini katılımcılara yöneltmiştir. Araştırmaya katılanların üçte ikisinin, komşularını ve iş arkadaşlarını arkadaş olarak tanıdıkları ve arkadaş grubunda yer alan kişilerin birden fazla role sahip olduğunu ifade ettikleri tespit edilmiştir.²⁴⁰ Bu çalışmada arkadaşların genellikle kişiye kendini iyi hissettiren, ihtiyaç olduğunda kişiye yol gösteren, birlikte eğlenceli vakit geçirilen, samimi davranan, sorunların çözümüne odaklanan kişiler olduğu ifade edilmiştir. Romantik eş de arkadaş gibi bireye duygu, düşünce bakımından destek sağlar ancak romantik eş; birlikte aşık olunabilen, arzu edilebilen ve sevgi duyulabilen özellikleri sahip olması bakımından arkadaştan ayrılır.²⁴¹ Yetişkin bağlanma, ihtiyaçların karşılanması, bağlanma davranışına ve cinselliğe/üremeye yönelik güdü ve davranışlarına sahip olma bakımından biyolojik, psikolojik ve sosyal yönü olan bir süreç olarak tanımlanabilir.²⁴²

²³⁸ Zihinsel temsil: Bir bilişi (algı, düşünce, anı vb.) temsil eden varsayımsal varlıktır. Bkz. (Çevrimiçi) http://www.psikolojisozlugu.com/searchapi1?search_api_views_fulltext=duygudurum

²³⁹ Akt. D. Perlman, N. L. Stevens, and R. J. Carcedo, "Friendship", **APA Handbook of Personality and Social Psychology**, Ed. by., M. Mikulincer and P. R. Shaver, Vol. 3, APA Handbooks in Psychology Press, 2014, p. 466.

²⁴⁰ Akt. a.e., p. 465.

²⁴¹ A.e., pp. 465-501.

²⁴² Tuba Sarı, "Üniversite Öğrencilerinde Romantik İlişkilerle İlgili Olmayan Akılcı İnançlar, Bağlanma Boyutları ve İlişki Doyumu Arasındaki İlişkiler", s. 31.

1.2.3.1. Hazan ve Shaver'ın Yetişkin Bağlanma Kuramı

Hazan ve Shaver, Yetişkin Bağlanma Tarzlarının tanımlanması ve sınıflandırılmasında Bowlby ve Ainsworth'un çalışmalarından yararlanır.²⁴³ Bebeklik ve yetişkinlik dönemlerinde bağlanma olgusunun ortak özellikleri şu şekilde sıralanabilir: Ebeveyn bebek için nasıl güvenli üs konumunda ise yetişkinlerde de eşler ya da akranlar birbiri için güvenli üs konumundadır. Eş ya da akranlar, davranışlarında tutarlı ve onaylayıcı olduğunda, ihtiyaçların karşılanmasında birbirlerine destek verdiğinde güven ortamı oluşur ve yetişkin böylece kendini güvende hisseder.²⁴⁴

Ebeveynden ayrılan bebek duruma tepki olarak nasıl ağlar, strese girer, ebeveynin geri gelmesini isterse, yetişkin de arkadaştan/eşten ayrıldığında ya da onu kaybettiğinde bebekler gibi strese girer, ağlar ve kendini kötü hisseder. Her gelişim dönemindeki birey, ayrılık yaşadığında veya stresli yaşam olaylarıyla karşı karşıya geldiğinde bağlanma figürüne yakın olmayı ister. Bebekler daha çok mekansal ve fiziksel birliktelikte bağlanma figürüne yakın olarak rahatlama yaşarken; yetişkinler de mekansal ve fiziksel yakınlıkla birlikte duygusal olarak ve birbirleriyle ilişki halinde kalarak düşünce ve davranışlarının onaylanmasıyla ve ortak paydada olmayla rahatlama yaşarlar. Bebek ve yetişkinler ihtiyaçlarının karşılanması ve tehlike anında kendini güvende hissetmek amacıyla bağlanma figürüyle yakınlık kurarlar²⁴⁵ ve desteğe ihtiyaç duydukları zamanlarda bağlanma figürüne olan yakınlıklarını arttırırlar. Yetişkinler yaşadıkları olay ve durumları diğer insanlarla paylaşmak amacıyla onlara yakınlıklarını arttırırlar. Yetişkinlikte yakınlık; kabul görölme, cinsellik, samimiyet, ortak paydada buluşabilme ve karşılıklı bir iletişim içerisinde olmayı kapsar.²⁴⁶ Yetişkinler fiziksel ve psikolojik güvenliğini sağlamak adına birden

²⁴³ P. R. Shaver, M. Mikulincer, A Behavioral Systems Approach To Romantic Love Relationships: Attachment, Caregiving, And Sex, s. 35. https://www.researchgate.net/publication/286949027_A_behavioral_systems_approach_to_romantic_love_relationships_Attachment_caregiving_and_sex, 18 Mart 2019.

²⁴⁴ İdil Kaya, "Bağlanma Stillerinin Evlilik Üzerine Etkisi", s.12.

²⁴⁵ J. Crowell, D. Treboux, "Attachment Security In Adult Partnerships" **Adult Attachment and Couple Psychotherapy**, eds. Christopher Clulow, Brunner-Routledge Press, London, 2001, pp. 30.

²⁴⁶ Reis, H. T. "Implications Of Attachment Theory For Research On Intimacy", **Dynamics of Romantic Love: Attachment, Caregiving, and Sex**, eds. M. Mikulincer & G. S. Goodman, Guilford Press, New York, NY, pp. 388-89

fazla kişiyle yakınlık kurarlar. Bebekler ve yetişkinlerin bağlanma olgusundaki benzerlikler genel olarak şu şekildedir:

- “Her ikisi de, bağlanma figürü yakınındayken ve sorumluyken kendilerini güvende hissederler.
- Her ikisi de mekansal ve fiziksel ilişki içeresindedirler.
- Her ikisi de diğerini erişebilir olmadığında güvensiz hissederler.”²⁴⁷

Bebeklik ve yetişkinlik bağlanma olgusunda benzerlikler olduğu gibi farklılıklar da vardır. Bebeğin bağlanma davranışı, annenin ulaşılabilir ve ihtiyaçlarına cevap verebilir olması ölçüsünde gelişir. Anne, bebeğin ihtiyaçlarını karşılayıp bakımını sağlarken bebek anneye herhangi bir bakım ya da destek sağlamamaktadır. İhtiyaçların karşılanması yönüyle anne, anne-çocuk ilişkisinde verici, çocuk ise alıcı pozisyonundadır. Bebeğin bağlanma davranışı ihtiyaçlarının karşılanması üzerine tek yönlü olarak gelişirken; yetişkinlerde bağlanma davranışı ise karşılıklı bir ilişki üzerine gelişir. Eşler ya da akranlar birbirlerine yakın güçlere sahip olmaları sebebiyle birbirlerine ihtiyaç duydukları anlarda destek olurlar.²⁴⁸ Bebekler yakın ilişkilerde birden fazla bağlanma figürüne ihtiyaç duymazken²⁴⁹ yetişkinler, yakın ilişkilerden birden fazla yetişkine/akrana ihtiyaç duyabilirler.

Çocuklar bağlanma figürüne yakın olma isteği içinde oldukları gibi eşler de bağlanma figürüne yakın olma arzusu içeresindedirler. Çocuklar nasıl bağlanma figürleri yanlarında olduklarında kendilerini rahat hissederlerse eşler de birlikte olduklarında kendilerini rahat hissederler. Bağlanma figüründen ayrıldıktan sonra çocuklar nasıl strese girip kaygılanırsa eşler de aynı şekilde kaygılanıp strese girerler. Çocuklar bağlanma figürlerini güvenli üs olarak gördükleri gibi eşler de birbirlerini güvenli üs olarak görürler. Sıkıntılı ve zor zamanlarda eşler birbiri için güvenli üs görevi görüp birbirlerine destek olurlar. Ancak çocuk ve yetişkin güvenli üslerinin tanımlamalarında farklılık söz konusudur. Şöyle ki anne-çocuk ilişkisi tek yönlü

²⁴⁷ Sperling, M. B., & Berman, W. H., “The Structure and Function Of Adult Attachment”, **Attachment in Adults**, Eds. by. W. H. Berman & M. B. Sperling, New York, Guilford, 1994, p. 8.

²⁴⁸ Tuba Sarı, “Üniversite Öğrencilerinde Romantik İlişkilerle İlgili Olmayan Akılcı İnançlar, Bağlanma Boyutları ve İlişki Doyumu Arasındaki İlişkiler”, s. 33.

²⁴⁹ Sperling, M. B., & Berman, W. H., “The Structure and Function of Adult Attachment”, p. 9.

olması sebebiyle bağlanma figürü olarak anne tamamlayıcı görev görürken yetişkinlikte ise eş yada arkadaşla olan ilişki karşılıklıdır. Görüldüğü gibi iki bağlanma ilişkisi arasında ilişkinin tek veya çift yönlü olup olmamasına göre farklılık söz konusudur.²⁵⁰

Yetişkin bağlanma biçimleri üzerine araştırma yapan Hazan ve Shaver, Ainsworth'un güvenli, kaçınan ve kaygılı bağlanma tarzlarından hareketle yetişkinlerde bağlanma tarzlarına yönelik sınıflandırmayı güvenli bağlama, kaçınan bağlanma ve kaygılı bağlanma olmak üzere üç farklı biçimde geliştirir. Yetişkinlerde bağlanma ilişkilerine bağlı olarak gelişen bağlanma tarzlarını tanımlamak amacıyla her bağlanma tarzı için bir paragraf oluştururlar ve oluşturulan paragraflar şu şekildedir.²⁵¹

“Güvenli bağlanma: İnsanlarla kolayca yakınlık kurarım. Herkese rahatça bağlanabilir ve onların bana bağlanmasına izin veririm. İnsanlar benimle kolayca yakınlık kurabilir. Terkedilmekten endişe duymam.

Kaçınan Bağlanma: İnsanlarla yakın ilişki kurmaktan rahatsız olurum. İnsanlara pek güvenmem ve bağlanmam. Birisi benimle yakınlık kurmak istediğinde tedirgin olurum.

Kaygılı Bağlanma: İnsanlar bana karşı mesafelidir. Arkadaşlarımla beni sevmediğini veya benimle vakit geçirmek istemediğini düşünürüm. Başka insanlarla kaynaşmak isterim fakat bu arzum insanları bazen korkutup benden kaçmalarına sebep olur.”

Geliştirilen bu paragraflar aynı zamanda Hazan ve Shaver'ın kategorik nitelikteki yetişkin bağlanma ölçeğini oluşturur. Hazan ve Shaver bu ölçeği ilk olarak üniversite öğrencileri ve gazete okuyan bireylerden oluşan çalışma grubuna uygulayarak yetişkin bağlanma biçimlerine yönelik ilk çalışmayı gerçekleştirmiştir. Bu çalışmada, katılımcılardan kendilerine uygun olan paragrafı seçmeleri istenerek hangi bağlanma tarzlarına sahip oldukları tespit edilmesi amaçlanmıştır. Yapılan tercihler sonrasında çocuklarda sınıflandırma tarzlarına benzer oranlar elde

²⁵⁰ C. Hazan P. R. Shaver, “Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol.52, 1987, p. 523.

²⁵¹ Ibid., p. 515.

edilmiştir.²⁵² Yetişkinlerin %56'sının güvenli bağlanma, %25'inin kaçınan bağlanma, 19'unun ise kaygılı bağlanma tarzına sahip olduğu görülür.²⁵³

Güvenli bağlanan bireyler aşk deneyimlerini; dostane, mutlu ve güven verici; kaçınan bağlanan bireyler yakınlıktan korkma; kaygılı bağlanan bireyler ise kıskançlık, inişli çıkışlı duygusal yoğunluk olarak tanımlamışlardır. Kaygılı bağlanan bireylerin %32'si, güvenli bağlanan bireylerin %15'i, kaçınan bağlanan bireyler aşık olmanın kolay olduğunu ifade ederken kaçınanların %80'i, güvenli bağlananların %55'i kaygılı bağlananların ise %41'i aşık olabilecek birini bulmanın kolay olmadığını ifade etmişlerdir.²⁵⁴ Yetişkinler arası ilişkilerde güvenli bağlanan bireyler, yakın ilişki kurmaya daha eğilimli ve insanlara bağlı olmaktan güven duyarlarken kaçınan bağlanan bireyler, başkalarına bağlı olmaktan huzursuzluk duyarlar, kaygılı bağlanan bireyler ise yakın ilişki kurduklarında dengeli olmayan duygu yoğunluğu yaşamaları sebebiyle terk edilme ve reddedilme korkusu yaşarlar.²⁵⁵ Aynı zamanda güvenli bağlanan yetişkinler, daha özerk ve daha az bağımlı, kendine yönelik olumlu duygu ve düşüncelere sahip, olumsuz yaşam olaylarını daha iyi düzenleyip sorunlarla başa çıkmada daha başarılı, depresif eğilimleri daha az, güvensiz bağlananlara nazaran ilişki kurmaya daha yakın ve ilişkinin devamlılığında daha istikrarlıdır.²⁵⁶

1.2.3.2. Bartholomew ve Horowitz'in Yetişkin Bağlanma Kuramı

Bartholomew ve Horowitz, Bowlby'nin zihinsel temsillerinden yararlanarak bağlanma biçimlerini iki ilke üzerine sınıflandırmışlardır.²⁵⁷ İlki çocuğun ihtiyaçlarının bakım veren tarafından cevaplanabilir olması ve bakım verenin tehlike anında ya da ihtiyaç duyulan anda ulaşılabilir olmasıdır. İkincisi ise çocuğun bakım veren ya da diğeri tarafından sevilmeye değer bir varlık olarak algılanıp algılanmamasıdır. Bu iki ilkedен hareketle Bartholomew ve Horowitz benlik modeli

²⁵² İdil Kaya, "Bağlanma Stillerinin Evlilik Üzerine Etkisi", s.13.

²⁵³ C. Hazan P. R. Shaver, "Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process", p. 515.

²⁵⁴ Ibid., p. 518.

²⁵⁵ İdil Kaya, "Bağlanma Stillerinin Evlilik Üzerine Etkisi", s.13.

²⁵⁶ Fred Rothbaum, et. al., "Attachment and Culture: Security In The United States and Japan", p. 1098.

²⁵⁷ K. Bartholomew, & L.M. Horowitz, "Attachment Styles among Young Adults: A Test of a Four-Category Model", **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 62, No: 2, 1991, p. 226.

ve başkasına yönelik gelişen olumlu ya da olumsuz tutumlar çerçevesinde bağlanma tarzlarını oluşturmuşlardır. Kendini sevmeye değer biri olarak görenler olumlu benlik modeline sahip iken kendini sevmeye değer biri olarak görmeyenler ise olumsuz benlik modeline sahiptir. Aynı zamanda başkalarını güvenilir ve ulaşabilir olarak görenler, başkasına yönelik olumlu tutumlara sahip iken başkalarını uzak ve reddeden olarak görenler ise başkalarına yönelik olumsuz tutumlara sahiptirler. Olumlu benliğe sahip olan bireyler başkalarının onayına ihtiyaç duymadan karar alabilen ve öz saygısı yüksek olan bireylerdir. Olumsuz benliğe sahip bireyler başkalarının düşünceleri nazarında karar almayı tercih ederler ve öz saygısı düşük bireylerdir. Aynı zamanda bu bireyler ihtiyaç anında ihtiyaca karşılık almada ve vermede ilgisizdirler.²⁵⁸

KAYGI

		Benlik Modeli	
		<u>Olumlu</u>	<u>Olumsuz</u>
		Düşük	Yüksek
KAÇINMA	Düşük	GÜVENLİ Yakınlık kurma konusunda rahat ve özerk	SAPLANTILI İlişkilerde takıntılı
	Yüksek	KAYITSIZ Yakınlığa karşı kayıtsız ve bağımlı	KORKULU Yakınlıktan korkan ve sosyal açıdan kaçınan

Şekil 1.2. Dörtlü Bağlanma Modeli²⁵⁹

Şekil 1.2’deki bağlanma tarzlarının tanımları şu şekildedir: Güvenli Bağlanma Biçimi: Olumlu benlik ile olumlu başkaları modellerinin bir araya gelmesinden oluşan bir bağlanma biçimidir.²⁶⁰ Olumlu benliğe sahip olması sebebiyle kendilerini sevmeye değer ve stressiz birisi olarak görürken olumlu başkaları modeline sahip

²⁵⁸ Ibid., pp. 228-30.

²⁵⁹ Ibid., p. 227; Sinem Evin Akbay, “Ana-Babaya Bağlanma ile Romantik Yakınlık Ve Otantik Benlik Arasındaki İlişkilerde Bağlanma Stillerinin Aracı Rolünün İncelenmesi”, s. 13.

²⁶⁰ İdil Kaya, “Bağlanma Stillerinin Evlilik Üzerine Etkisi”, s.15.

olması sebebiyle diğerlerini güvenilir, ulaşılabilir, destekleyici olarak görürler. Başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurabildikleri gibi özerkliklerini de korurlar. Aynı zamanda bu kişilerin kaygı düzeyleri ve başkalarından kaçınma olasılıkları da düşüktür. Stresle başa çıkma ve sosyal uyum hususunda oldukça başarılıdırlar.²⁶¹ Hazan ve Shaver'in güvenli bağlanma biçimine tekabül eder.

Saplantılı Bağlanma Biçimi: Olumsuz benlik modeli ve olumlu başkaları modellerinin bir araya gelmesinden oluşan bir bağlanma tarzıdır.²⁶² Olumsuz benlik sahibi olması sebebiyle bu kişiler kendilerini sevmeye değer birileri olarak görmezler. Olumlu başkaları modeline sahip olması sebebiyle de başkalarına yönelik olumlu zihinsel temsiller geliştirirler.²⁶³ Kaygı düzeyleri yüksek olmasına karşın kaçınma davranışlarının görülme sıklığı düşüktür. Kaygının yüksek olması sebebiyle stresle başa çıkması oldukça zordur. Stresle başa çıkamaması umutsuzluk ve hayal kırıklıklarına neden olabilir. Yakın ilişkilerde genellikle takıntılıdırlar ve gerçekçi olmayan beklentiler içerisindedirler. Kendilerini doğrulama eğilimleri oldukça fazladır. Diğerlerine bağlı olduklarından çoğu zaman değersizlik hissine kapılırlar.²⁶⁴ İlişkilerinde tutarsız davranırlar, aşırı duygu yoğunluğu yaşarlar. Aşırı duygu yoğunluğu ile diğerine olan aşırı bağımlılık birleştiğinde diğerinin kendilerinden uzaklaşmasına neden olurlar.

Kayıtsız Bağlanma Biçimi: Olumlu benlik modeli ile olumsuz başkaları modelinin bir araya gelmesinden oluşan bir bağlanma biçimidir. Olumlu benlik modeline sahip bireyler olmaları sebebiyle kendilerini sevmeye değer, değerli kişiler olarak görürler ve özgüvenleri oldukça yüksektir.²⁶⁵ Başkalarına yönelik olumsuz tutumlara sahip olmaları sebebiyle de başkalarına yönelik olumsuz zihinsel öngörülere

²⁶¹ K. Bartholmew, & L.M. Horowitz, "Attachment Styles Among Young Adults: A Test Of A Four-Category Model", p. 227; Banu Yıldız, "Güvenli Bağlanma Stili Kazandırma Yönelimli Psikoeğitim Programının Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Akademik Erteleme Üzerindeki Etkisi", s. 36.

²⁶² Sinem Evin Akbay, "Ana-Babaya Bağlanma ile Romantik Yakınlık Ve Otantik Benlik Arasındaki İlişkilerde Bağlanma Stillerinin Aracı Rolünün İncelenmesi", s. 13.

²⁶³ Moazama Anwer, et. al., "The Moderating Role Of Social Intelligence In Explaining Attachment Style And Emotional Intelligence Among Young Adults", **Pakistan Journal of Psychology**, Vol.48, No:2, 2017, p. 4.

²⁶⁴ Çiğdem Berber Çelik, "Bağlanma Stilleri, Psikolojik İyi Oluş ve Sosyal Güvende Hissetme: Aralarındaki İlişki Ne?", **Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi**, C. 13, No: 25, 2018, s. 28;

²⁶⁵ Antonia J. Z. Henderson, et. al., "When Loving Means Hurting: An Exploration of Attachment and Intimate Abuse In a Community Sample", **Journal of Family Violence**, Vol. 20, No: 4, 2005, p. 220.

sahiptirler. Aynı zamanda bu kişilerin özsayıları oldukça yüksektir ve özerkliğe de önem verirler.²⁶⁶ Kaygı düzeyleri düşük olmasına karşın kaçınma davranışlarının görülme sıklığı yüksektir. Hayal kırıklıklarına uğramamak için yakın ilişkilerden uzak dururlar. Yakın ilişkilerde kendini açıklama, samimiyet ve ilişki kurma düzeyleri düşüktür. Başkalarına olan gereksinimlerini ve yakın ilişkilerin gerekliliğini reddederler.²⁶⁷

Korkulu Bağlanma Biçimi: Olumsuz benlik modeli ile olumsuz başkaları modelinin bir araya gelmesinden oluşan bir bağlanma biçimidir. Olumsuz benlik modeline sahip olması sebebiyle kendilerini sevmeye değer biri olarak görmezler. Olumsuz başkaları modeline sahip olmamaları sebebiyle de diğerlerini güvenilmez ve reddedici bulurlar.²⁶⁸ Düşük özsayıya ve reddedilme korkusuna sahip olması sebebiyle yakın ilişkiler kurmaktan kaçınırlar.²⁶⁹ Korkulu bağlanan bireylerde depresyon eğilimi görülür.²⁷⁰

1.2.3.3. Romantik İlişkide Bağlanma Biçimleri

Romantik ilişkide bağlanma; eşler arasında gelişen ilişki biçimlerine, duygusal bağlara ve aynı zamanda bireysel farklılıklara göre gelişen ve çeşitlenen ilişkiler bütünlüğüdür. Eşler arasındaki bağlanma ilişkileri karşılıklı ilişkiye bağlı olarak şekillenir. Bu süreçte istenilen düzeyde bakım verebilme, gereksinimleri ihtiyaç duyulan anda sağlayabilme, ihtiyaçların karşılanması noktasında memnuniyet sağlayabilme oldukça önemlidir. Evlilikte ihtiyaçları karşılayıp karşılayamama, eşe destek olup olamama ve yaşam doyumunu sağlayıp sağlayamama eşlerin bağlanma biçimlerine bağlı olarak farklılaşır. Yapılan araştırmalarda bağlanma biçimleri ile

²⁶⁶ Şerife Terzi, Zeynep Cihangir Çankaya, “Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Olmayı Ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü”, **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**, C. 4, No: 31, 2009, s. 2.

²⁶⁷ Bartholmew, Horowitz, “Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model”, p. 229.

²⁶⁸ Terzi, Cihangir Çankaya, “Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Olmayı Ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü”, s. 2.

²⁶⁹ Henderson, et. “When Loving Means Hurting: An Exploration of Attachment and Intimate Abuse In a Community Sample”, p. 220.

²⁷⁰ Yıldız, “Güvenli Bağlanma Stili Kazandırma Yönelimli Psikoeğitim Programının Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Akademik Erteleme Üzerindeki Etkisi, s. 36.

evlilik doyumu arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir.²⁷¹ Güvenli bağlanma biçimlerine sahip bireyler, karşılıklı olarak eşlerine doyum sağlarken güvensiz bağlanma biçimlerine sahip bireyler ise evlilikte birbirlerine doyumu sağlamada yeterli değildir.

Eşler arasındaki ilişkiler üzerine yapılan çalışmalarda bağlanma biçimleri ile cinsiyet arasında ilişki olabileceğine dair sonuçlar elde edilmiştir.²⁷² Yakınlık ölçeğinde yüksek puan alan erkeklerin eş seçiminde kaygı düzeyi düşük, yakınlık ve bağlılık ölçeğinde yüksek puan alan bayanları tercih ettikleri tespit edilmiştir.²⁷³ Kaçınan bireylerin kaygılı bireyleri eş olarak tercih ettikleri ancak kaygılı bayanların güvenli ve kaçınan bireylerle olan ilişkilerinin kısmen daha kalıcı olduğu tespit edilmiştir.²⁷⁴

Güvenli bağlanma tarzına sahip bireylerin güvenli bağlanma tarzına sahip bireyleri seçmeye daha eğilimli oldukları ve güvenli bağlanan bireylerden oluşan eşler arasında uyumun daha fazla olduğu ve daha az çatışma yaşadıkları görülür.²⁷⁵ Güvenli bağlanan eşler arasında çatışma yaşandığında eşlerin daha az sözel saldırganlık ve geri çekilme yaşamaları beklenirken güvensiz bağlanan eşler arasında çatışma yaşandığında ise eşlerin çatışmayı reddetmesi, eşe karşı kinlenmesi beklenir.²⁷⁶ Güvenli bağlanan bireyler problemlerin çözümüne odaklanarak uzlaşmacı bir yaklaşımla sorunları çözüme kavuştururken güvensiz bağlanan eşler ise sorunları görmemezlikten gelmeye, sorunları reddetmeye, sorunlardan kaçmaya yönelik tavır ve tutum sergilerler. Sorunlarla başa çıkmada güvenli bağlanma tarzına sahip eşlerin samimiyet, güven ve iyimserlik tutumu sergiledikleri; güvensiz bağlanan bireylerin ise samimiyete inanma, umutsuzluk, karamsarlık ve duygusal iniş çıkışlar yaşadıkları

²⁷¹ J. A. Feeney, "Attachment Style, Communication Patterns and Satisfaction Across the Life Cycle of Marriage", **Personal Relationships**, Vol. 1, No: 4, p. 344.

²⁷² Ibid., p. 334.

²⁷³ N. L., Collins, S. J., Read, "Adult attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples", **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 58, 1990, pp. 644-663.

²⁷⁴ L. A. Kirkpatrick, K. E. Davis, "Attachment Style, Gender, and Relationship Stability: A Longitudinal Analysis", **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol.66, 1994, pp. 502-512.

²⁷⁵ M. A. Besharat, "Relation Of Attachment Style With Marital Conflict" **Psychological Reports**, Vol. 92, No: 3, 2003, p. 1139.

²⁷⁶ M., Senchak, K.E., Leonard, "Attachment Styles And Marital Adjustment Among Newlywed Couples", **Journal of Social and Personal Relationships**, 1992, Vol. 9, No: 1, pp. 51-64; A. Feeney, Attachment Style, Communication Patterns and Satisfaction Across the Life Cycle of Marriage", **Personal Relationships**, p. 335.

belirtilmiştir.²⁷⁷ Güvenli bağlanma tarzına sahip eşler sorunların çözümünde daha başarılı olurken güvensiz bağlanma tarzına sahip bireyler ise sorunlarla başa çıkmada zorluk çekerler.

Feeney, yaptığı bir çalışmada evlilik süresi yirmi yıldan fazla olan bireylerin, evlilik süresi on yıla kadar olan bireylerden daha endişeli olduklarını tespit etmiştir. Bu durumun nedenlerini anlamak için çiftlerin içsel çalışan modellerine yönelik çalışmaların yapılması gerekir.²⁷⁸ Eşlerden birinin kaygı düzeyinin yüksek olması diğerinin de kaygını düzeyinin artmasına neden olabilmektedir.²⁷⁹ Kaygılı olma durumu çiftler arasındaki ilişkiye yıkıcı bir etkiye sahip iken güven hissi ise çiftler arasında yapıcı etkiye sahiptir. Çiftler arasındaki güven hissinin ve sağlıklı iletişimin olması eşler arasındaki yakınlık ve ilişki memnuniyetiyle ilişkilidir.

²⁷⁷ M. A. Besharat, "Relation Of Attachment Style With Marital Conflict", p. 1139.

²⁷⁸ A. Feeney, Attachment Style, Communication Patterns and Satisfaction Across the Life Cycle of Marriage", Personal Relationships, p. 345.

²⁷⁹ Bayza Durmuşoğlu Irmak, "Yüksek Kaygı ve Depresyon Düzeyinin Evlilik Yaşamı İle İlişkisinin Değerlendirilemesi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017, s. 97.

1.2.4. Yaşlılık Döneminde Bağlanma

Yaşlılık döneminde bireylerin en çok yaşadığı sorunların başında kayıplar gelir. Bu kayıplar eş kaybı, akran kaybı, işlev kaybı, işlev kaybına bağlı olarak iş kaybı gibi kayıplardan oluşur. Yaşlılık döneminde ölüm oranının yüksek olmasına bağlı olarak yaşlılar arasında eş ve yakın kayıpları daha fazla görülür. Bağlanma figürü sayısının azalması veya bağlanma figürüne sahip olunamaması yaşlılarda psikopatolojik sorunlara sebep olabilmektedir.

Eş ve akran kaybı yaşayan yaşlıların, bağlanma figürleri genellikle Tanrı ve aile yakınlarından oluşmaktadır. Cicerelli de yaşlılık döneminde bağlanma üzerine yaptığı bir çalışmada yaşlı bireylerin bağlanma figürlerinin sırasıyla eş, Tanrı, kız evlat, erkek evlat olduğunu tespit etmiştir.²⁸⁰ Yaşlı bireyler eş kaybı yaşamış ise genellikle onların bakımı evlatları tarafından sağlanır. Yaşlı ebeveyne güvenli bağlanan yetişkin evlatların, ebeveylelerinin gereksinimlerini karşılamada daha duyarlı olmaları ve daha az sorun yaşamaları beklenir.²⁸¹

Yaşlı bireyler, yeti kaybı nedeniyle kendi gereksinimlerini ve öz bakımlarını karşılamada yetersiz kalmalarından ötürü bir başkasının yardımına ihtiyaç duyarlar. İhtiyaçların karşılanması hususunda yaşlı bireye yardımcı olan yetişkin bireyler genellikle eş, eş ölmüş ise kız evlat, erkek evlat, gelin, torun vb. aile içi bireylerden oluşur.²⁸² Fakat aile içerisinde yaşlı bireyin bakımını üstlenecek birinin olmaması halinde yaşlı birey, maddi imkanları ölçüsünde ücretli bakım hizmeti satın alır ya da farklı kurum ve kuruluşlardan ücretsiz bakım hizmeti alır. Öz bakım becerilerini kullanamayan ve diğerinin yardımına ihtiyaç duyan yaşlı bireye destek sağlayan yetişkin birey ya da bireyler, yaşlı birey için bağlanma figürü görevi görebilir.

Yaşlılarda bağlanma olgusu; yaşlılık döneminde gelişen işlev kaybı, eş ya da akran kaybı ve meslek kaybı gibi durumlarla anlam kazanır. Yaşlı bireyler; yetişkinlik

²⁸⁰ Victor G. Cicerelli, "Attachment Relationships in Old Age", **Journal of Social and Personal Relationships**, Vol. 27, No: 2, 2010, p. 197.

²⁸¹ Murat Yıldız, "Bağlanma Kuramı Açısından Yaşlılık Dönemine Genel Bir Bakış", **CÜ Sosyal Bilimler Dergisi**, C. 36, No: 1, Haziran 2012, s. 24.

²⁸² Hacer Subaşı, "Üniversite Öğrencilerinin Tanrı İle İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012, s. 76.

döneminde evlatları ya da ebeveynleri için güvenli üs, sığınılacak bir liman görevi görürken yaşlılık döneminde ise kendileri güvenli üs ve sığınılacak bir liman arayışı içersine girerler.²⁸³

²⁸³ Yıldız, “Bağlanma Kuramı Açısından Yaşlılık Dönemine Genel Bir Bakış”, s. 10.

1.2.5. Tanrı'ya Bağlanma

Birey yaşamı boyunca yalnızlıktan ziyade diğerleriyle ilişki içerisinde olmayı tercih eder. Anne çocuk ilişkisinde çocuk anneye bağlanır ve bu bağlanma durumu ilerleyen zamanlar çocuğun diğerleriyle veya bağlanma nesneleriyle kuracağı ilişkiyi tayin eder. Ainsworth ve Hazan ile Shaver bireyler arası ilişkiler üzerine gelişen bağlanma tarzlarını üç gruba ayırır. İlerleyen zamanlarda Kirkpatrick ve Shaver da yetişkin bağlanma ölçeğinden yararlanarak kategorik nitelikteki Tanrı'ya bağlanma ölçeğini oluştururlar. Tanrı'ya bağlanma ölçeği yetişkin bağlanma ölçeği gibi üç paragraftan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri şu şekildedir:²⁸⁴

“ Tanrı'nın bana uzak olduğunu, benim problemlerime kayıtsız kaldığını, beni gözetmediğini ve beni sevmediğini düşünüyorum (Kaçınma).

Aslında Tanrı'nın beni gözeteyeceğine, beni seveceğine ve dileklerimi kabul edeceğine inanıyorum. Ama bu hissi bir türlü yakalayamıyorum (Kaygı).

Tanrı beni sever ve gözetir. Beni hep korur. Tanrı ile olan ilişkim her zaman güven vericidir. O'ndan her zaman razıyım (Güven).”

1.2.5.1. Bağlanma Figürü Olarak Tanrı

Her dini inanç, sistemi gereği Tanrı idesi ya da imgesine sahip olduğu gibi her inanç sahibi birey de dini inancı gereği Tanrı tasavvuruna sahip olur. Tanrı tasavvuru, dini inanç sistemi içerisinde kollektif bir özelliğe sahip olduğu gibi bireysel farklılıklara bağlı olarak da distribütif özelliğe sahip olur. Dini inanç bireyin zihinsel şemalarına etki etmesi sebebiyle inanç sahibi birey ile Tanrı arasındaki ilişki bireyin zihnindeki Tanrı idesine ya da Tanrı tasavvuruna bağlı olarak gelişir.

Farklı inanç sistemlerine ait Tanrı tasavvurları inanış gereği farklı sıfatlarla tanımlanır. İslam inancında Tanrı, eşi ve benzeri olmayan mutlak tek güç olarak

²⁸⁴ Lee A. Kirkpatrick and Phillip R. Shaver, “An Attachment-Theoretical Approach to Romantic Love and Religious Belief”, **Personality and Social Psychology Bulletin**, Vol. 18 No: 266, 1992, p. 270; Wade C. Rowatt, Lee A. Kirkpatrick, “Two Dimensions of Attachment to God and Their Relation to Affect, Religiosity, and Personality Constructs”, **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 41, No: 4, 2002, p 639; Hacer Subaşı, “Üniversite Öğrencilerinin Tanrı ile İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi” **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C.12, No: 3, 2012, s. 186.

tasavvur edilirken Hristiyan inancında ise Kutsal güç, Yüce İsa ve Yüce Meryem olarak, Hinduizm, Budizm gibi bazı Doğu dinlerinde ise Konfüçyüs gibi şahıslar kutsal varlık olarak tasavvur edilir.²⁸⁵ Aynı zamanda kültürler, farklı inanç sistemlerine bağlı olarak farklı Tanrı tasavvurları geliştirirler.²⁸⁶ Farklı Tanrı tasavvurlarının var oluşu farklı birey-Tanrı ilişkilerinin gelişmesine öncülük eder. İlahi ilişki, bağlanan ve bağlanma figürü olarak Tanrı arasındaki ilişkinin oluşum şekline bağlı olarak gelişir.

Tanrı'ya bağlanma ile kişilerarası bağlanma yapısının birbirine benzerlik gösterir.²⁸⁷ Kirkpatrick, Ainsworth'un kişilerarası bağlanma yapısındaki dört duruma vurgu yapar. (1) Bağlanan kişi korktuğunda, sıkıntılı durumlarda ya da tehlike anında bağlanma figürüne yakın olmak ister (yakınlık/sıcaklık). (2) Bağlanma figürü, ihtiyaç duyulduğunda bağlanana bakım ve koruma sağlar (güvenirlilik). (3) Bağlanma figürü davranışlarında tutarlıdır (tutarlılık). (4) Bağlanma figüründen ayrılma hissi, bağlanma figürünün kaybı (ölüm vb.) bağlanan kişide strese ve üzüntüye neden olur (süreklilik).²⁸⁸ Bağlanma figürü; stresli durumlarda bağlananın yanında olur, bağlanana güven hissi verir ve davranışlarında istikrarlı olursa bağlanma figürü ile bağlanan arasında duygusal bağ tutarlı, güvenilir ve sürekli hale gelir. Kirkpatrick de bu dört durumdan hareketle Tanrı'ya bağlanma olgusunu açıklar.

Tanrı'ya bağlanma mahiyet bakımından çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerindeki bağlanma olgusuna benzerlik gösterir. Bağlanma figürü olarak Tanrı diğer bağlanma nesnelerinden farklılık gösterir. Bakım veren bağlanma figürü olarak bir bireyi temsil ederken bağlanma figürü olarak Tanrı ise doğaüstü bir varlığı temsil eder. Bağlanma figürü olarak bakım veren ile Tanrı arasında farklılık olduğu gibi benzerlik de söz konusudur. Bağlanma figürüne bağlanan birey; tehlikeli ve sıkıntılı hallerde rahatlamak, huzur bulmak için bağlanma figürüne yakın olmak ister.²⁸⁹ Aynı

²⁸⁵ Pehr Granqvist, Lee A. Kirkpatrick, "Attachment And Religious Representations And Behavior": **Handbook Of Attachment Theory, Research and Clinical Application**, Eds. by., J. Cassidy, P. R. Shaver, 3. ed., New York, Guilford Press, 2016, p. 918.

²⁸⁶ Lee A. Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 55.

²⁸⁷ Richard Beck, Angie McDonald, "Attachment To God: The Attachment To God Inventory, Tests Of Working Model Correspondence, And An Exploration Of Faith Group Differences", **Journal of Psychology and Theology**, Vol.32, No: 2, 2004, p. 92; Lee A. Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 56.

²⁸⁸ Sermin Kesebir, Semine Özdoğan Kavzoğlu, Mehmet Fatih Üstündağ, "Bağlanma ve Psikopatoloji", **Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar**, C. 3, No: 2, 2011, p. 337.

²⁸⁹ Lee A. Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 52.

şekilde birey sıkıntılı zor zamanlarında Tanrı'ya yakınlığını arttırır. Çocuklar genellikle bağlanma figürüne fiziksel olarak yakın olmayı isterken yetişkin bireyler ise bağlanma figürüne fiziksel yakınlıktan ziyade psikolojik olarak yakın olmayı tercih ederler. Gerek bu sebepten ötürü gerekse Tanrı'nın fiziksel bir bedene sahip olmaması sebebiyle bağlanma figürü olarak Tanrı'ya psikolojik olarak yakın olma tercih edilir. Tanrı tüm fiziksel mekânlara içkin olması prensibinin Tanrı'nın her yerde olduğu düşüncesini desteklemesiyle her zaman psikolojik yakınlığı sağlamak mümkün hale gelmektedir. Bazen birey, Tanrı'ya yakınlığını arttırmak amacıyla Tanrı'nın evi olarak tanımlanan camii, kilise gibi ibadethanelere giderek ibadet eder, dua eder, ilahiler okur.²⁹⁰ Tanrı'ya yakınlığı korumak onunla iletişime (dua, ibadet etme, ilahi söyleme, kutsal günlerde ayinler yapma, adaklar adama vd.) geçmekle sağlanır.

Çocukluk döneminde çocuk bağlanma figüründen ayrıldığında strese girer, bu durumdan üzüntü duyar, stres ve üzüntüden kurtulmak amacıyla tepkiler verir. Bu tepkiler genellikle ağlama, kızgınlık gösteren tepkilerden oluşur. Bağlanma figürü çocuğun yanına geldiğinde çocuğun stres ve üzüntüsü ortadan kalkar ve çocukta rahatlama gerçekleşir. Çocuk, bakım verenle aynı ortamda olduğunda kendini güvende hisseder çünkü bakım veren çocuk için güvenli üs konumundadır. Tanrı ile mümin arasındaki bağlanma ilişkisi de buna benzerdir. Mümin de ayrılık, kayıp, sıkıntılı durumlarda strese girer, durumdan üzüntü duyar, stres ve üzüntüden kurtulmak için Tanrı'ya yönelir ve O'na dua eder, ibadetlerini yerine getirir vd. Mümin en yakını kaybettğinde, doğal afetlerde mağdur olduğunda, eşinden ayrıldığında vb. dua eder, Tanrı'ya yakınlığını daha da arttır.²⁹¹

Dua, Tanrı'yla doğrudan iletişim kurma biçimidir. Çocuk anneden yardım almak, ona yakın olmak için nasıl ağlıyorsa bağlanan da dua ederken Tanrı'nın himayesinde olmak için O'na yalvarır, O'ndan yardım diler. Bağlanan dua aracılığıyla dert ve sıkıntılarını Tanrı'ya anlatır. Bu esnada bağlanan, Tanrı'nın kendini işittiğini ve sorunlarının çözüm bulmasında kendisine yardımcı olacağına inanır. Hood ve arkadaşları da yaptığı bir çalışmada iki tür dua ile Tanrı'yla yakın ilişki kurduklarını

²⁹⁰ Hayta, **Allah'a Bağlanmak: Bağlanma Kuramı ve Tanrı Tasavvuru İlişkisi**, s. 110.

²⁹¹ Subaşı, "Üniversite Öğrencilerinin Tanrı İle İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi", s. 46.

belirtmiştir, Tanrı’yla daha derinden bir ilişki kurma temelli yapılan ilki tefekkür duası (contemplative prayer) duasıdır. İkincisi ise sorun ve sıkıntılardan arınmak amacıyla edilen dua, rahatlatıcı dua (meditational prayer)’dir.²⁹² Rahatlama, huzur bulma amacıyla edilen dualarda genellikle Tanrı’dan yardım istenir, af dlenir, merhamet istenir. İstenilen şeylerin mahiyetine bakıldığında yardım etmek, affetmek, merhamet etmek insani özellikleri içermektedir. Bu nedenle burada antropomorfik Tanrı tasavvurunun olması, yani Tanrı’ya insani özellikler atfedilmesi de söz konusudur.²⁹³ Evrene aşkın bir Tanrı algısının yanında insani özellikler taşıyan bir Tanrı algısı da bulunmaktadır. Tanrı ile birey ilişkisinin açıklanmada sıfatlara yer vermeden yapılan Tanrı tasvirleri oldukça azdır.²⁹⁴

1.2.5.2. Tanrı’ya Bağlanmayla İlgili Hipotezler

Tanrı’ya bağlanmayla ilgili çalışmalar genel olarak din ve bağlanma ilişkisi üzerine kurulmuştur. Erken dönem bağlanma biçimlerinin Tanrı’ya bağlanma tarzlarıyla olan ilişkisi üzerine geliştirilmiş hipotezlerden oluşur. Bir başka deyişle çocuğun ebeveyne karşı geliştirdiği bağlanma tarzının ilerleyen zamanlarda Tanrı’ya bağlanma tarzına tesir edip etmediğine yönelik yapılan çalışmaların bütünüdür. Çocuk, ebeveyne ne tür bağlanma tarzı geliştirirse ilerleyen zamanlarda yetişkine ve Tanrı’ya da benzer bağlanma tarzı geliştirir. Tanrı’ya bağlanma tarzlarının ebeveynin dindarlık durumu ve çocuğun ebeveyne yönelik geliştirdiği bağlanma tarzını belirlediğine yönelik tespitler yapılmıştır. Bağlanma ve din ilişkisini bu boyutta ele alan hipotez uygunluk/ikame hipotezidir.

Bağlanma figürünün, ihtiyaçları karşılamada yetersiz kalması ve ulaşılabilir olmaması durumunda bireyde duygusal bir boşluk oluşur. Birey bu boşluğu tamamlamak amacıyla Tanrı’ya yönelerek durumu telafi eder.²⁹⁵ Tanrı, bu bireyler için duygusal boşluğu telafi eden bağlanma figürü rolünü üstlenir. Bu telafi durumu

²⁹² R.W. Hood, et. al., **The Psychology Of Religion: An Empirical Approach**, 2. ed., New York, Guilford Press, 1996, p. 394.

²⁹³ F. Heiler, **Prayer A Study In The History And Psychology Of Religion**, New York: Oxford University Press, 1932, p. 274; <https://archive.org/details/prayerastudyinth012715mbp/page/n305>, 02.04.2019.

²⁹⁴ Richard Beck, Angie McDonald, “Attachment To God: The Attachment To God Inventory, Tests Of Working Model Correspondence, And An Exploration Of Faith Group Differences”, p. 93.

²⁹⁵ A.e., p. 128.

genellikle erken dönem ya da yetişkinlik dönemlerinde bağlanma figürlerine güvensiz bağlanan bireylerde görülür.²⁹⁶ Telafi sürecini, bağlanma ve din ilişkisi bağlamında konu edinen hipotez telafi hipotezidir.

Tanrı'ya bağlanma genel olarak iki hipotez bakımında ele alınır. (1) Din ve bağlanmada bireysel farklılıklar bağlamında: İkame hipotezi, (2) Temsili bağlanma figürü olarak Tanrı: Telafi Hipotezi.

1.2.5.2.1. Dinde ve Bağlanmada Bireysel Farklılıklar: İkame Hipotezi

İkame hipotezi; Tanrı'ya bağlanma tarzlarının belirlenmesinde erken çocukluk döneminde oluşan içsel çalışan modellerin ve ebeveynin dindarlık durumunun belirleyici rol aldığını ileri süren hipotezdir. Bağlanma ve din ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda Tanrı'ya güvenli bağlanan bireylerin Tanrı'yı daha olumlu algıladıkları ve Tanrı'yla olan ilişkisinde Tanrı'ya yönelik olumlu duygu ve düşüncelere sahip oldukları görülür.²⁹⁷ Dörtlü bağlanma ölçeğini kullanarak bağlanma ve din ilişkisi üzerine yapılan çalışmada kendi benliğine ve diğerlerine yönelik olumlu zihinsel temsiller geliştiren bireylerin Tanrı'ya karşı daha olumlu zihinsel model geliştirdikleri, Tanrı'yı sevgi dolu ve yardım eden bir varlık olarak tanımladıkları ve Tanrı'nın kendi benliklerinden daha üst bir benlik olarak gördükleri tespit edilmiştir.²⁹⁸

Erken yaşlarda anneyi kabul edici ve sevgi dolu algılayan bireyler bir başka deyişle anneye ait olumlu duygular ve zihinsel temsiller geliştiren bireyler ilerleyen zamanlarda da Tanrı'yı sevgi dolu ve güven verici bir varlık olarak tanımlarlar. Yani Tanrı'ya yönelik olumlu duygu ve zihinsel temsiller geliştirirler. Ebeveyne güvenli bağlanan birinin Tanrı'ya güvensiz bağlanmasının pek mümkün olmayacağı ifade edilir.²⁹⁹ Erken yaşlarda ebeveyne bağlanma biçimi ile yetişkinlikte eşe/arkadaşa ve de Tanrı'ya bağlanma biçimi arasında benzerlik olduğu görülür. Hall bir çalışmasında erken yaşlarda ebeveyne güvenli bağlanan bireylerin ilerleyen zamanlarda yetişkinler arası ilişkilerinde ve Tanrı'yla olan ilişkilerinde olumlu zihinsel temsillere ve güvenli

²⁹⁶ Hayta, **Allah'a Bağlanmak: Bağlanma Kuramı ve Tanrı Tasavvuru İlişkisi**, s. 124.

²⁹⁷ A.e., s. 125

²⁹⁸ Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 109.

²⁹⁹ A.e., p. 102.

bağlanma biçimine sahip olduklarını tespit etmiştir.³⁰⁰ Erken yaşlarda ebeveyne güvenli bağlanan bireylerin Tanrı'ya da güvenli bağlandıkları, güvensiz bağlanan bireylerin Tanrı'ya da güvensiz bağlandıklarına yönelik bulgular elde edilmiştir. Beck ve McDonald bir çalışmada güvensiz bağlanma biçimine sahip bireyin Tanrı'ya da güvensiz bağlandığı sonucuna ulaşmıştır.³⁰¹

İlk ikame hipotezi çalışmalarında içsel çalışan modeller, din birey ilişkisini tayin eden tek faktör olarak görülse de sonraki çalışmalarda bu yargının değiştiği görülür. Din-birey ilişkisinin gelişmesinde tek bağlayıcı faktörün içsel çalışan modeller olmadığı bununla birlikte ebeveyn dindarlığının da belirleyici bir faktör olduğu tespit edilmiştir.³⁰² Ebeveyne güvenli bağlanıp dindar olmayan bireylerle, ebeveyne güvensiz bağlanıp dindar olan bireyler, ikame hipotezine yeni bir anlam kazandırmıştır. Kirkpatrick, ebeveyn dindarlığı ile bireyin bağlanma biçimleri arasındaki ilişkiye yönelik yaptığı çalışmada şu sonuçlara ulaşmıştır: Ebeveyne güvenli bağlanıp ebeveyni dindar olmayan bireylerle, ebeveyne güvensiz bağlanıp ebeveyni dindar olmayan bireyler dindar değildir. Aynı zamanda ebeveyne güvenli bağlanıp ebeveyni dindar olan bireylerle, ebeveyne güvensiz bağlanıp ebeveyni dindar olmayan bireyler dindardır.

	Dindar Ebeveyn	Dindar Olmayan Ebeveyn
Ebeveyne Güvenli Bağlanma	Dindar	Dindar Değil
Ebeveyne Güvensiz Bağlanma	Dindar değil	Dindar

Şekil 1.3. Ebeveyn Dindarlığının Bir İşlevi Olarak Yetişkin Dindarlığı³⁰³

Granqvist ve Hagekull, iki boyutlu yaptıkları araştırmada kaçınan bağlanma ilişkilerinin, ebeveynin daha az dini faaliyetler içinde olmasıyla pozitif ilişkili olduğunu ancak kaygılı bağlanmanın dindarlık ile ilişkili olmadığını tespit etmişlerdir.

³⁰⁰ Tood W., Hall, "Psychoanalysis, Attachment, And Spirituality Part I: The Emergence Of Two Relational Traditions", **Journal of Psychology and Theology**, Vol. 35, No: 1, 2007, p. 20.

³⁰¹ Beck, McDonald, "Attachment To God: The Attachment To God Inventory, Tests Of Working Model Correspondence, And An Exploration Of Faith Group Differences", p. 98.

³⁰² Angie McDonald, Richard Beck & Larry Norsworthy, "Attachment to God and Parents: Testing the Correspondence vs. Compensation Hypotheses", **Journal of Psychology and Christianity**, Vol. 24, No: 1, 2005, p. 22.

³⁰³ Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 113.

Bunların yanında sosyal uyum temelli dindarlık ile güvenli bağlanma arasında pozitif ilişki, güvensiz bağlanma ile arasında negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir.³⁰⁴ Bu verilerden hareketle çocuğun ebeveynle kurduğu ilişki, sosyal uyum veya sosyal öğrenme yoluyla dini değerleri benimsediği, bununla birlikte dini değerleri benimsemede diğerlerine yönelik oluşturduğu zihinsel temsillerin ve kendine yönelik olumlu benlik algısının önemli rol oynadığına dair bir sonuca ulaşılabilir.

İkame hipotezinin, iki temel üzerine inşa edildiği görülür. İlki erken yaşlarda geliştirilen içsel çalışan modeller, ikinci ise ebeveynin dindarlık durumudur. Ebeveynin dindarlık durumunun çocuğun dine ilgisini belirlemesi, sosyal uyum süreciyle³⁰⁵ ilgilidir. Bu süreçte ebeveyne yönelik olumlu tutumlar geliştiren çocuklar, dindar ya da dindar olmayan ebeveyni rol model alarak ya da onları taklit ederek dini değerleri benimser. Ebeveyne yönelik olumsuz tutum geliştiren çocuklar ise ebeveynin dindarlık durumunun aksi yönünde dindarlık eğilimine sahip olurlar. Burada güvenli bağlananların dindar oldukları güvensiz bağlananların ise dindar olmadıkları yargısı anlamını yitirmiş olur.

1.2.5.2.2. Temsili Bağlanma Figürü Olarak Tanrı: Telafi Hipotezi

Telafi hipotezi ebeveyne güvenli bağlanan bireylere nazaran güvensiz bağlanan bireyler üzerine geliştirilmiştir. Telafi hipotezine göre bağlanma sistemi, bireyin bulunduğu sosyal çevrede güvenli bağlanma geliştireceği bireylerin olmaması veya güven hissi geliştirdiği kişilerin bireye yeterli ölçüde duyarlı davranmadığı durumlarda aktifleşir.³⁰⁶ Erken dönemlerde ebeveynlerle kurduğu ilişkide yakınlık, güven ve sıcaklık hissini alamayan bireyler yetişkinlik döneminde bunu telafi etmeye çalışırlar. Bu telafi sürecinde kişi; öğretmen, büyük kardeşler (abi/abla), yakın akrabalarla yani kendinden daha fazla bilgi sahibi olan kişilerle veya Tanrı'yla yakınlık kurarak geçmişte yaşayamadığı güven hissini, yakınlığı ve sıcaklığı tecrübe etmeyi amaçlar.³⁰⁷

³⁰⁴ P. Granqvist & B. Hagekull, "Religiousness and Perceived Childhood Attachment: Profiling Socialized Correspondence and Emotional Compensation", **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 38, No: 2, 1999, p. 266.

³⁰⁵ Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 115.

³⁰⁶ A.e., p. 127.

³⁰⁷ A.e., p. 128.

Bundan dolayı güvensiz bağlanma biçimine sahip bireyler Tanrı'yı, telafi edici bağlanma figürü olarak tanımlarlar.

Ainsworth'un üç temel bağlanma tarzından hareketle Kirkpatrick ve Shaver, bağlanma tarzları ve dini çeşitlilik üzerine yaptıkları çalışmada Tanrı imgesi, din değiştirme ve glossolalia deneyimleri olmak üzere üç olgu üzerine yönelmişlerdir.³⁰⁸ Yakınlık hissini deneyimleyeceği bağlanma figürü arayışında olan bireyler dini ilişkilerini gözden geçirirler. Kendilerine yakınlık, sıcaklık ve güven hissi sağlamayan bağlanma figürünün yerine yakınlık, güven ve sıcaklık hissi verebilecek bağlanma figürü arayışı içerisine girerler. Bu bağlanma figürü Tanrı olması durumunda din değiştirme deneyimi gerçekleşir. Güvensiz bağlanma biçimine sahip bireylerin, güvenli bağlanma biçimine sahip bireylere nazaran dini dönüşüm yaşama oranları daha yüksektir. Kirkpatrick güvenli bağlanan bireylerin dini dönüşüm yaşamalarının ve Tanrı'yla yeni bir ilişki biçimi kurmaya yönelik arayış içinde olma düzeylerinin düşük olduğunu, güvensiz bağlanma biçimlerine sahip bireylerin ise Tanrı'yla yeni bir ilişki biçimi kurmaya yönelik arayış içinde olma ve dini dönüşüm yaşama oranlarının yüksek olduğunu belirtmiştir.³⁰⁹

Kirkpatrick ve Shaver yaptıkları bir çalışmada ergenlik döneminde dini dönüşüm yaşadığını ifade eden katılımcıların yaklaşık % 32'sinin erken dönemde güvensiz bağlanma biçimine sahip olduğunu, yaklaşık %1'inin ise güvenli bağlanma biçimine sahip olduğunu tespit etmiştir. Erken dönem güvensiz bağlanma biçimine sahip olup dini dönüşüm yaşayan bireylerin yaklaşık %28'i kaçınan bağlanma biçimine, yaklaşık %4'ü ise kaygılı bağlanma biçimine sahip olduğu belirlenmiştir.³¹⁰ Kaçınan bağlanma biçimine sahip olan bireylerin güvenli ve kaygılı bağlanma biçimlerine sahip olanlara nazaran daha yüksek oranla dini dönüşüm yaşadıkları tespit edilmiştir.³¹¹ Başka bir çalışmada da dini dönüşüm yaşayan bireylerin dini dönüşüm yaşamayan bireylere göre ebeveyne kaçınan ve kaygılı bağlanma puanlarının

³⁰⁸ L. A. Kirkpatrick, P. Shaver, "Attachment Theory and Religion: Childhood Attachments, Religious Beliefs, and Conversion", **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 29, No: 3, 1990, p. 318.

³⁰⁹ Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 142.

³¹⁰ Kirkpatrick, P. Shaver, "Attachment Theory and Religion: Childhood Attachments, Religious Beliefs, and Conversion", p. 326.

³¹¹ Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 130.

daha yüksek ve ebeveyne güvenli bağlanma puanlarının ise daha düşük olduğu³¹² tespit edilmiştir. Granqvist ve Hagekull yaptıkları farklı bir çalışmada benzer sonuçlara ulaşmıştır. Erken dönemde güvenli bağlanan bireylerin, güvensiz bağlanan bireylere göre dini dönüşüm yaşama oranları daha düşüktür.³¹³ Erken dönemde güvensiz bağlanan bireylerin genellikle ani dini dönüşüm yaşadıkları güvenli bağlanan bireylerin ise kademeli olarak dini dönüşüm yaşadıkları tespit edilmiştir.³¹⁴

Dini bağlanma davranışlarından biri olan glossolalia deneyimi, bireyin genellikle kaygılı ve stresli yani kendini değersiz ve güçsüz hissettiği dönemlerde yaşanır.³¹⁵ Bu dönemdeki birey Tanrı'yla iletişime geçtiğini düşünerek³¹⁶ kendini farklı bir boyutta görür. Tanrı'yla iletişime geçtiği zamanlarda kullandığı dil insanlar tarafından anlaşılmadığı gibi bu dilin herhangi bir anlamı da yoktur. Bu sebeple glossolalia deneyimi psikopatolojik bir durum olarak tanımlanır.³¹⁷ Glossolalia deneyimi Tanrı'ya kaygılı bağlanan bireylerde görülen bir bağlanma davranışdır.³¹⁸

Sonuç olarak her iki dini bağlanmayla ilgili hipotezler bireyin ilahi varlıkla olan ilişkisini konu edinen hipotezlerdir. İkame hipotezi içsel çalışan modellerde ve ebeveynin dindarlık durumundan hareketle birey-Tanrı arasındaki bağlanma ilişkisini tanımlamaya çalışır. İkame hipotezi üzerine yapılan çalışmalar daha çok sosyalleşme temelli dindarlık üzerine yönelmiştir. Telifi hipotezi ise duygusal temelli dindarlık üzerine çalışmalara yönelmiştir. Bireyin duygusal açlığını tamamlaması bakımından Tanrı, birey için bir bağlanma figürü işlevi görmektedir. İkame hipotezi dini bağlanma ilişkisinde daha çok içsel boyuta yönelik iken telifi hipotezi dışsal boyuta yöneliktir.

³¹² P. Granqvist & B. Hagekull, "Religiousness and Perceived Childhood Attachment: Profiling Socialized Correspondence and Emotional Compensation", **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 38, No: 2, 1999, p. 264.

³¹³ P. Granqvist & B. Hagekull, "Religiosity, Adult Attachment, And Why "Singles" Are More Religious", **International Journal for the Psychology of Religion**, Vol.10, No: 2, 2009, p.119.

³¹⁴ P. Granqvist & B. Hagekull, "Religiousness and Perceived Childhood Attachment: Profiling Socialized Correspondence and Emotional Compensation", p. 266.

³¹⁵ Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 62.

³¹⁶ John P. Kildahl, **The Psychology Of Speaking In Tongues**, Harper & Row, New York, 1972, p. 52.

³¹⁷ Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 141.

³¹⁸ Kirkpatrick, Philip R. Shaver, "An Attachment-Theoretical Approach to Romantic Love and Religious Belief", **Psychology Bulletin**, Vol. 18, No: 3, 1992, p. 266.

1.3. BAŞA ÇIKMA

İnsan varoluşundan bu yana evrendeki varoluş gayesi üzerine manevi krizler ve içsel çatışmalar yaşamaktadır. Manevi krizler genellikle kişinin karşılaştığı ve çözüm üretmede yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıkar. Bu kriz dönemi birey için oldukça stresli ve gergin geçer. Stres oluşturan unsurlar, kişiyi ya atılıma ya da ataletle yöneltir. Ancak manevi krizler, çoğu zaman bireyi ataletten kurtarıp onun atılıma geçmesine imkân sağlayarak anlam arayışına öncülük eder.³¹⁹ Anlam arayışı içerisinde olan birey bunu; bilimsel, felsefi ve dini kaynaklarda arar.³²⁰ Bilimsel kaynaklar sorunsalın nedenleri üzerine açıklamalara yönelirken, felsefi kaynaklar sorunsalın mahiyetini anlamaya yönelir. Dini kaynaklar ise sorunsala daha çok çözüm odaklı bakarak zihinsel, duyuşsal ve davranışsal boyutta düzenlemeye yönelik telkinlerde ve nasihatlerde bulunur. Bu vesileyle din; kayıp, çatışma ve kriz durumlarıyla başa çıkmada kişiye yardımcı olduğu gibi kişinin yaşama yönelik kaybettiği anlamları geri kazanmasında ona yardımcı olur.

1.3.1 Başa Çıkma Tarzları

Birey, stres ve gerginlik yaratan yaşam olaylarıyla başa çıkmak için bilişsel ve duygusal tüm yetilerini aktif hale getirerek bulunduğu durumdan kurtulmaya çabalar.³²¹ Başa çıkma süreci, değişen ve gelişen dinamik bir süreç olduğu için bunun genel geçer bir tanımını yapmak oldukça güçtür.³²² Başa çıkma süreci içsel ve dışsal etkenlere bağlı olarak şekil alır.³²³ Bu etkenlerden bazıları şunlardır: Kişilik özellikleri, tutum ve inançlar, sosyal destek, ekonomik durum.³²⁴ Carver ve arkadaşları; iyimserlik, kontrol odağı, nevrotik ve dışa dönüklük kişilik özellikleriyle başa

³¹⁹ Ali Ayten, **Tanrı'ya Sığınmak**, İz yayıncılık, İstanbul, 2010. s. 37.

³²⁰ Hasan Onat, İnsanın Anlam Arayışı Üzerine, (Çevrimiçi) <http://hasanonat.net/index.php/57-insan-n-anlam-aray-s-uezerine>, 26 Nisan 2019

³²¹ Halil Ekşi, “Başa çıkma, Dini Başa çıkma, Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, s. 19.

³²² Kenneth I. Pargament, **The Psychology of Religion and Coping**, p. 89.

³²³ Müge Akbağ, “Stresle Başa çıkma Tarzlarının Üniversite Öğrencilerinde, Olumsuz Otomatik Düşünceler, Transaksyonel Analiz Ego Durumları ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2000, s. 22.

³²⁴ Susan Folkman, et. al. “Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes”, pp. 992-93.

çıkmanın birbiriyle ilişkili olduğunu tespit ederken³²⁵ Folkman ve arkadaşları da sorunlarla başa çıkarken bireyin dua ettiğini, sosyal destek aradığını ya da kaçınma davranışı sergilediğini tespit etmişlerdir.³²⁶

Karşılaşılan zorluklar karşısında birey, durumdan kurtulmak adına değerlendirmelerde bulunur ve bu değerlendirmeler genel olarak iki aşamadan oluşur. Birincil değerlendirme aşamasında, bireyin karşılaştığı durumun kendisi için risk oluşturup oluşturmadığını yönelik yaptığı değerlendirmedir. Karşılaşılan durum, birey için tehdit içeren bir durum olarak algılandığı takdirde ikincil değerlendirme aşamasına geçilir. İkincil değerlendirme aşamasında öz benliğin tehdit altında olup olmamasına bağlı olarak kullanılan başa çıkma etkinlikleri farklılık gösterir. Stresli yaşam olayları karşısında öz benliği tehdit altında olan birey, sosyal destek arama yerine kaçınma davranışı sergileyebilir. Folkman ve arkadaşları, özsaygısının tehdit edilmesi durumunda kişilerin daha az sosyal destek aradıkları ve daha az planlı (bilişsel) problem çözme odaklı olduklarını tespit etmişlerdir.³²⁷ Bu değerlendirme aşaması, ise birey için stres oluşturan durumun birey tarafından tehdit unsuru olarak yorumlanmasından sonra bireyin, tehdit oluşturan durumdan nasıl kurtulacağına ve kurtulmak için neler yapması gerektiğine yönelik fikir ürettiği ve problemi ortadan kaldırmaya yönelik başa çıkma stratejilerini geliştirdiği evredir.³²⁸

Sorunlarla başa çıkma stratejileri ve çözüm yolları genel olarak problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tarzı adı altında iki sınıfta toplanır.³²⁹ Problem çözme odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tarzları duygusal, bilişsel ve davranışsal yönde değişime giderek sorunları çözüme ulaştırmaya çalışır.³³⁰ Davranışsal yaklaşımlar

³²⁵ Charles S. Carver, Michael F. Scheier, Jagdish Kumari Weintraub, “Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol.56, No: 2, 1989, p. 281.

³²⁶ Susan Folkman, et. al. “Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 50, No: 5, 1986, p. 997.

³²⁷ A.e., p. 999.

³²⁸ A.e., p. 992; Halil Ekşi, “Başa çıkma, Dini Başa çıkma, Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa 2001, s. 21.

³²⁹ Halil Ekşi, “Başa çıkma, Dini Başa çıkma, Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, s. 19.

³³⁰ M. Engin Deniz, Ercan Yılmaz, “Üniversite Öğrencilerinde Duygusal Zekâ Ve Stresle Basa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**, C.3, No: 25, 2006, s. 18.

genellikle bireyi rahatlamaya yönelik gevşeme egzersizlerine yer verirken bilişsel yaklaşımlar ise genellikle anlamını yitirmiş veya bozulmuş zihinsel şemaları yeniden yapılandırmaya yönelir.³³¹

Problem odaklı başa çıkmada, bireye bilişsel süreçler kullandırılarak onun, söz konusu duruma karşı farkındalık kazanması amaçlanır. Problem odaklı başa çıkma stratejileri bireyin bilişsel etkinliklerini kullanmasını sağlayarak duruma yönelik yeni anlamlar üretmesini ve böylelikle farkındalık kazanmasını sağladığı gibi bireyin pasif ve akılcı olmayan düşünceler üretmesine de neden olabilir. Duygusal odaklı başa çıkmada ise bireyin güç ve zayıf yanları arasındaki dengenin bozulması sonrasında ortaya çıkan çatışma durumuna yönelik bireyin duygu düzenlemesi yapması beklenir. Duygu odaklı başa çıkma stratejileriyle, benlik ve deneyim arasındaki çatışmanın temelinde yatan, hasar gören duyguların gün yüzüne çıkarılması amaçlanır.³³² Bu süreç, bireyin sosyal destek almasını, sorunu kabullenmesini sağladığı gibi bireyin durumu anlamlandırmada yetersiz kalmasına ve çözüme yönelik diğerlerinden bilgi alma konusunda kaçınma davranışı sergilemesine de neden olabilir.³³³ Problem odaklı başa çıkma etkinlikleri bilişsel tasarımlara yönelirken duygu odaklı başa çıkma etkinlikleri duygu düzenlenmesine odaklanır.³³⁴

Başa çıkma yolları genellikle tehdit, kayıp ve yaşamın zorlukları karşısında kullanılır.³³⁵ Gereksinimlerini karşılamada ya da istediklerini gerçekleştirmede birey dış nedenler tarafından engelleniyorsa kendini tehdit altında hisseder. Bireyin, bu durumdan kurtulmak için duygusal odaklı başa çıkma yollarından ziyade problem odaklı başa çıkma ve dini başa çıkma yollarına başvurması beklenir.³³⁶ Saygı duyduğu yahut akli yönden kendine daha üstün gördüğü kişiyi kaybettiğinde ya da bedenindeki

³³¹ Müge Akbağ, “Stresle Başa çıkma Tarzlarının Üniversite Öğrencilerinde, Olumsuz Otomatik Düşünceler, Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi”, s. 19.

³³² Hilal Çelik, Bilge N. Aydoğdu: “Duygu Odaklı Terapi: Psikoterapide Yeni Bir Yaklaşım”, **E-Kafkas Eğitim Araştırmaları Dergisi**, C. 5, No: 2, 2018, s. 51.

³³³ Halil Ekşi, “Başa çıkma, Dini Başa çıkma, Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, s. 23.

³³⁴ Jeffrey P. Bjorck, Lawrence h. Cohen, “Coping With Threats, Losses, And Challenges”, **Journal of Soical And Clinical Psychology**, Vol. 12, No: 1, 1993, s. 57.

³³⁵ Jeffrey P. Bjorck, Lawrence h. Cohen, “Coping With Threats, Losses, And Challenges”, s. 56.

³³⁶ A.e., s. 56; Halil Ekşi, “Başa çıkma, Dini Başa çıkma, Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, s. 24.

herhangi bir uzvunu kaybettiğinde ortaya çıkan olumsuz durumdan kurtulmak için ise akılcı çözümden ziyade daha çok duygusal odaklı başa çıkma yollarına ve olumlu ya da olumsuz dini başa çıkma yollarına başvurması beklenir. Bu da kaybın telafisinin mümkün olmaması ancak kaybın oluşturduğu boşluğun telafi edilmesinin mümkün olmasından ileri gelir.

Bireysel farklılıklara bağlı olarak sorunlarla başa çıkmada kullanılan stratejiler de farklılık gösterir. Aynı durum karşısında her birey farklı duygulanımlara sahip olabildiği gibi farklı tepkiler geliştirebilir, duruma yönelik farklı direnç gösterebilir. Örneğin; camdan yapılmış bir vazoya demirle vurulduğunda vazo kırılır, tahtadan yapılmış vazoya aynı şiddette vurulduğunda vazo kırılmaya bilir, çelikten bir vazoya aynı şiddetle vurulduğunda ise vazo kırılmaz. Ömür boyu tedavi alması gereken hastalar (diyaliz tedavisi alan hastalar, kalp, karaciğer vb. yetmezliği nedeniyle taşıyıcı makineyle yaşamını sürdüren hastalar), felç geçiren, kaza sonrası vücudunda onarılmayacak özürlülük oluşan kişiler, duruma yönelik tepki olarak ağlayabilir, ağrılara bağlı olarak sürekli inleyebilir, durumdan şikâyetçi olabilir, durumu üzüntüyle karşılayıp isyan edebilir, durumu inkâr ederek rahatlamaya gidebilir,³³⁷ dini inancının gerekliliklerine göre süreci yeniden anlamlandırabilir. Kısacası aynı durum karşısında her birey farklı direnç gösterir ve farklı tepkiler geliştirir.

1.3.2. Dini Başa Çıkma

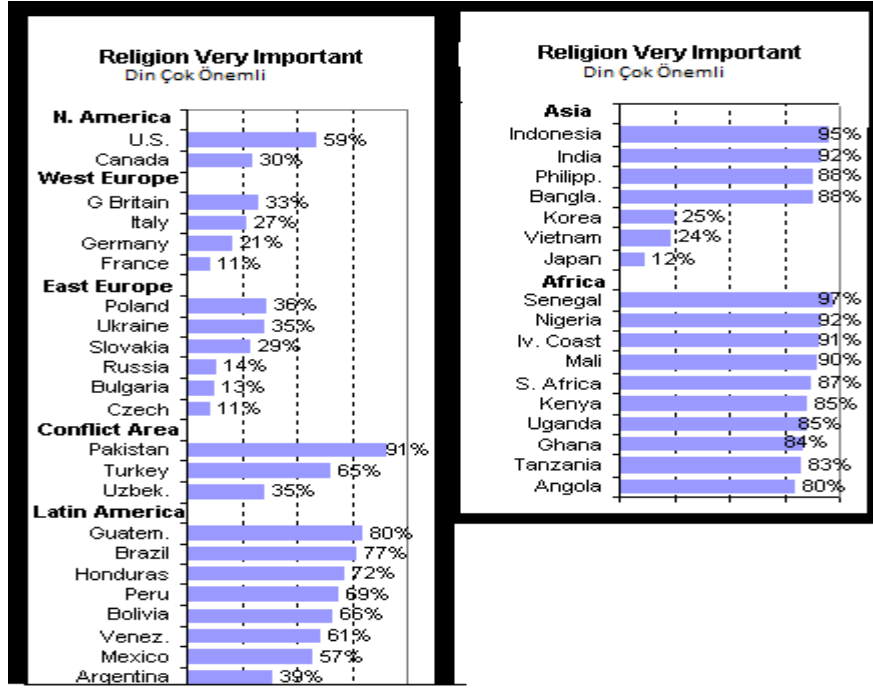
Din, birçok kişi için sorunlarla başa çıkmada güç kaynağı işlevi görür.³³⁸ Türkiye’de yapılan bir araştırmada bir dini inanca sahip olan bireylerin oranının %99,6 olduğu, bunların %99,22’sinin İslam dinine mensup olduğu %0,4’ünün ise diğer inançlara sahip olduğu tespit edilmiştir.³³⁹ 2017 yılında yapılan bir araştırmaya göre de ABD’nin, yaklaşık olarak %75’i bir dini inanca sahip olduğunu, yaklaşık %24’ü ise bir dini inanca sahip olmadığı, dini inanca sahip olanların %69 Hristiyan iken yaklaşık

³³⁷ Kenneth I. Pargament, **The Psychology of Religion and Coping**, p. 88.

³³⁸ Gene G. Ano, Erin B. Vasconcelles, “Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis”, **Journal Of Clinical Psychology**, Vol.61, No: 4, 2005, p. 461.

³³⁹ Diyanet İşleri Başkanlığı, **Türkiye’de Dini Hayat Araştırması**, Ankara, 2014, (Çevrimiçi) <https://serdargunes.files.wordpress.com/2013/08/tc3bcrkiye-de-dini-hayat-arastirmasi-2014.pdf>, 24 Nisan 2019.

%6'sının ise diğer dini inançlara mensup olduğu belirlenmiştir.³⁴⁰ Toplumlar arasında inanç biçimleri farklılık göstermesine rağmen dini inancın yaygın olduğu ortak bir kanıdır. Toplumların yaşam biçimini tayin etmede dini inancın önemli bir role sahip olduğu da söylenebilir.



Grafik 1.2. Gelişmiş 44 Ülkede Dinin Yaşam İçindeki Önemi³⁴¹

Grafikte görüldüğü üzere 2002 yılında *Pew Global Attitudes Project*'in 44 gelişmiş ülke üzerine yaptığı bir araştırmada; gelişmiş ülkelerde yaşayan bireylere; dinin, yaşamlarında ne kadar önemli olduğuna yönelik sorular yöneltilerek katılımcıların fikirleri alınmıştır. Araştırma sonucunda katılımların çoğunluğunun, yaşamları içerisinde dinin önemli bir yere sahip olduğunu ifade ettikleri tespit etmişlerdir. Din bireyin günlük yaşamına anlam kattığı gibi sorunlar karşısında da bireyin dini başa çıkma etkinliklerini kullanmasını sağlar.

³⁴⁰ Daniel Cox, Jones, Ribert P., "America's Changing Religious Identity", 2016 American Values Atlas, Public Religion Research Institute, 9 June 2017, (Çevrimiçi) <https://www.prii.org/research/american-religious-landscape-christian-religiously-unaffiliated/>, 24 Nisan 2019.

³⁴¹ Pew Global Attitudes Project, Among Wealthy Nations: U.S. Stands Alone In Its Embrace of Religion, 19 December 2002, (Çevrimiçi) <https://www.pewglobal.org/2002/12/19/among-wealthy-nations/>, 24 Nisan 2019.

Tarihsel süreç içerisinde dini başa çıkma ile ilgili ilk çalışmalar Pargament tarafından yapılmaya başlanmıştır. Pargament, önce Hristiyan inancına yönelik dini başa çıkma çalışmaları yapmış olsa da daha sonraları İslam inancına yönelik dini başa çıkma çalışmalarına da öncülük etmiştir.³⁴² Pargament, dini başa çıkma teriminin anlamı, dini başa çıkmadan neyin anlaşılması gerektiği, dini başa çıkma ile dini yönelimin aynı şeyler olup olmadığı, dini başa çıkma etkinliklerini belirli gruplara ayırmanın mümkün olup olamayacağı şeklindeki sorulara cevap bulmak amacıyla yaptığı çalışmalardan ötürü din psikolojisi literatürüne önemli katkılar sağlamıştır.

Dini başa çıkma; kişinin karşılaştığı tehdit, kayıp ve yaşam zorlukları karşısında dini inancın ve maneviyatın gereklerine uygun olarak sıkıntılı duruma çözüm üretme süreci olarak tanımlanabilir. Her birey kıtlık kuraklık, depresyon, sel, yangın, kaza sonrası sakat kalma, yakın kaybı, organ kaybı, iflas etme, işten çıkarılma gibi dış nedenlere bağlı gelişen aşagılık ve yetersizlik duygusu, yorgunluk gibi iç nedenlere bağlı gelişen engellerle karşı karşıya kalabilir.³⁴³ Bu engeller karşısında her birey kendi yönelim sistemini kullanır.³⁴⁴ Bu yönelim sistemi bireyin dayandığı yaşam değerleri çerçevesinde işlev görür. Bu yaşam değerleri dini veya dünyevi temelli olabilir. Bu durum tamamen bireyin yaşamını anlamlandırma biçimine bağlı olarak şekil alır.

Dini yönelimle gerçekleştirilen dini faaliyetler, dini başa çıkma etkinliklerini kapsamı içerisine alır; ancak dini başa çıkma etkinlikleri diğer dini yönelim faaliyetlerden bir hususta ayrılır. Dini başa çıkma etkinlikleri, stres yaratan durumları ve problemleri ortadan kaldırmak amacıyla gerçekleştirilirken dini yönelim faaliyetlerinde ise böyle bir sınırlama yoktur. Dini gereklilikler doğrultusunda yapılan her türlü düşünce ve faaliyet dini yönelim içerisinde yer alır. Buradan anlaşılacağı üzere her dini başa çıkma etkinliği, dini yönelim faaliyeti iken her dini yönelim faaliyeti, dini başa çıkma etkinliği değildir. Kısacası dini başa çıkma etkinlikleri, stres

³⁴² Zeynep Sağır, “Suriyeli Kadın Mültecilerde Kültürel Uyum, Ruh Sağlığı Ve Din”, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2018, s. 66.

³⁴³ Siral Ülkü, Nimet Bilgin, “Stres (Psikolojik Zorlanma)”, (Çevrimiçi) file:///C:/Users/sagla/Downloads/5738-34925-3-PB%20(1).pdf, 23 Nisan 2019.

³⁴⁴ Ali Ayten, **Tanrı’ya Sığınmak**, s. 40.

ve problemi ortadan kaldırmaya yönelik olması hasebiyle özel, dini yönelim faaliyetleri ise geneldir.

Dini yönelim faaliyetleri Tanrı ile kurulan her türlü ilişki durumunu ifade eder. Bu faaliyetler kişide ruhsal rahatlama sağlar, kişiye teselli verir ve kişilerarası ilişkileri düzenler. Dini yönelim faaliyetleri, bireysel ve sosyal olmak üzere iki boyutta ortaya çıkar. Bireysel çabayla değişimi sağlamak amacıyla gerçekleştirilen bilişsel ve duygusal dini ekinlikler; tevekkül, sabır, şükür, affetme, yeise karşı ümitvar olma, dua, namaz, oruç, hac, iken sosyal destek sağlamak amaçlı gerçekleştirilen dini etkinlikler; sadaka, fitre, zekât, kurban, empati (din kardeşinin derdiyle dertlenme), din kardeşi için dua etmek vd. Kur'an'da müminlere, sahip olunan şeyler için şükretme, arzu ettiği şeyler için dua etme, karşılaştığı sıkıntılar için sabretme, yaptığı yanlışlar için ise tövbe etme, yardıma muhtaç olanlar için yardımcı olma vd. öğütlemektedir.³⁴⁵ Hasta olan kişinin Tanrı'dan sağlık sıhhat istemesi, kişinin hayatıyla ilgili önemli bir konuda karar verirken istişare etmesi, istişareden bir sonuç çıkmaz ise istihare namazı kılması, sıkıntı ve beladan kurtulduktan sonra şükür namazı kılması vb. faaliyetler dinin işlevsel yönünü ifade eden yani insan yaşamını anlamlandıran ve insan yaşamına kolaylık sağlayan faaliyetlerdir.³⁴⁶

Dini başa çıkma, bireyin karşılaştığı kişisel ya da sosyal sorunlar karşısında bilişsel süreçlerini kullanmasında ve duygusal düzenleme yapmasında kendisine yardımcı olarak onun bu süreci olumlu bir şekilde aşmasını sağlar.³⁴⁷ Aynı zamanda dini başa çıkma etkinlikleri bireyin bozulan ruh sağlığını geri kazanmasında yardımcı olur.³⁴⁸ Dini başa çıkmanın iyileştirici ve krize müdahale edici bir işlevi vardır. Stres ve sıkıntı içinde olan bireye telkinlerde bulunarak bireyin düşünce biçimini değiştirmesini sağlar. Örneğin Kuran'ı Kerim'de "Her zorluğun ardında bir ferahlık vardır".³⁴⁹ ayetiyle bireye sıkıntının bir süre sonra geçeceğine dair telkinde bulunularak onun geleceğe yönelik olumsuz düşüncesini değiştirmesine ve gelecek

³⁴⁵ Gülüşan Göcen, **Şükür: Pozitif Psikolojiden Din Psikolojisine Köprü**, İstanbul, Dem Yay., 2014, s. 117.

³⁴⁶ Halil Ekşi, "Başa çıkma, Dini Başa çıkma, Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma", s. 19.

³⁴⁷ M. Naci Kula, **Bedensel Engellilik ve Dini Başa Çıkma**, İstanbul, Dem yayıncılık, 2005, s. 60.

³⁴⁸ Mustafa Koç, "Ruh Sağlığı İle Dini Başa Çıkma Metodu Olarak Dua Ve İbadet Fenomeni Arasındaki İlişki Üzerine Psikolojik Bir Yaklaşım", **Ekev Akademi Dergisi**, C. 9, No: 24, 2005, s. 28.

³⁴⁹ Kur'an İnşirah Suresi 6. Ayet.

için ümitli olmasına vurgu yapılır. Yani bu ayette bireyin olumlu duygu ve düşünceye sahip olması amaçlanır. Görüldüğü üzere ayet bireyin hem düşünce biçimini değiştirerek bilişsel süreçleri düzenlenmesini hem de olumlu duygu kazandırarak duygu düzenlemesini sağlar. Benzer şekilde bir hadiste de “Mümin, yeşil ekine benzer. Rüzgârla eğilir (fakat yıkılmaz). Rüzgâr sakinleştiğinde yine doğrulur. İşte mümin de böyledir; o da bela ve musibetler sebebiyle eğilir (fakat yıkılmaz). Kâfir ise sert ve dimdik selvi ağacına benzer ki Allah onu dilediği zaman (bir defada) söküp devirir.”³⁵⁰ buyrulmuştur. Bu hadis sıkıntıda olan mümine, sıkıntının belirli sürelerde gelip gittiğine, sıkıntının kalıcı olmadığına yönelik bir telkinde bulunur. Sıkıntılı sürecin kalıcı olduğuna yönelik olumsuz düşünceler kişide hâkim olması durumunda kişi strese girer. Stresin sürekli hale gelmesi de kişinin kendini güvende hissetmemesine ve geleceğe yönelik kaygılanmasına neden olur. Bu hadisi aynı zamanda kişinin olumsuz düşünceden uzak durması ve durumun geçici olduğunun idrakine varması böylelikle de kişinin kaygı düzeyini azaltması hedeflenir. Kaygının sürekli hale gelmesi ilerleyen zamanlarda depresyon gibi psikolojik sorunlara dönüşmesine neden olabilir. Bu hadis aynı zamanda sorunlarla başa çıkmada Allah’a bağlanan ve bağlanmayan bireyler arasındaki farklılığına değinerek Allah’a bağlanma ve başa çıkma arasında ilişki olduğunu gösterir. Yani sıkıntılı durumlar karşısında iman edenlerin yani Allah’a bağlananların bilişsel ve duygu düzenlemeleriyle bu süreci daha sağlıklı bir şekilde atlatacağına vurgu yaparken Allah’a bağlanmayanların ise sıkıntılı süreci sağlıklı bir şekilde atlatamayacağına yönelik vurgu yapılmıştır. Yapılan bazı araştırmalarda da bağlanma figürüyle yüksek kaliteli iletişim kurma ile duygusal ve davranışsal sorunlara az sahip olma arasında pozitif ilişki olduğuna yönelik sonuçlar elde edilmiştir.³⁵¹

Kişinin Tanrı’ya bağlanması, Tanrı’yla iletişim kurması onun dini yönelim içinde olduğunu gösterir. Kişi, zihinsel temsiller doğrultusunda dini gerekliliklerini davranış ve tutumlara dönüştürerek yaşantısına anlam kazandırır.³⁵² Bireyin, yaşamı

³⁵⁰ 35 B7466 Buhârî, Tevhîd, 31, (Çevrimiçi) <https://hadislerleislam.diyaret.gov.tr/?p=kitap&i=1.0.617#sel=4:1,4:48, 25.4.2019>.

³⁵¹ Shefali Mishra, Navdeep S. Tung, “Emotional and Behavioural Problems: Role of Personal Factors Among Adolescents” **IAHRW International Journal of Sciences**, Vol. 7, No: 1, 2019, p. 86.

³⁵² Yakup Coştu, “Dine Normatif Ve Popüler Yaklaşım “Bir Dini Yönelim Ölçeği Denemesi”, **Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. 8, No: 15, 2009, s. 119.

içerisinde dini faaliyetlere katılması, tövbe etmesi, dua etmesi, şükür etmesi, şükür namazı kılması, belaya karşılık sadaka vermesi, beladan kurtulmak amacıyla yoksula yardım etmesi, vd. dini başa çıkma faaliyetleri olarak görülebilir.³⁵³ Kişi yaşamında zaman zaman olumsuz durumlarla karşılaşır, böyle durumlar karşısında bireyin gösterdiği davranış ve tutumlar bireyin ne tür dini başa çıkma etkinliklerini kullandığını gösterir. Pargament, maden kazasında eşleri ölen kadınların daha fazla kiliseye gidip dua etmeleri ya da eskisine nazaran daha az dini faaliyetlerde bulunmalarını tespit etmiştir.³⁵⁴ Stres yaratan yaşam olayları karşısında ya da olumsuz durumlarla mücadele etmede bireyin gerçekleştirdiği dini faaliyetler onun hangi dini başa çıkma yolunu kullandığını gösterir.

1.3.3. Dini Başa Çıkma Tarzları

Dini başa çıkma etkinlikleri genel olarak olumlu dini başa çıkma ve olumsuz dini başa çıkma etkinlikleri olmak üzere iki başlık altında toplanır. Olumlu dini başa çıkma etkinlikleri olumlu duygu ve düşünce ekseninde gerçekleştirilirken olumsuz dini başa çıkma etkinlikleri ise negatif duygu ve düşünce ekseninde gerçekleştirilir.³⁵⁵ Ayten, yaptığı bir çalışmada dini başa çıkma etkinliklerini olumlu dini başa çıkma etkinlikleri ve olumsuz başa çıkma etkinlikleri olmak üzere iki grupta sınıflandırmıştır. Olumlu dini başa çıkma etkinlikleri; Tanrı'ya yönelme, dini yaklaşma, hayra yorma, dini yalvarma, dini dönüşüm ve dini istikamet iken olumsuz dini başa çıkma etkinlikleri ise manevi hoşnutsuzluk, kişilerarası dini hoşnutsuzluk ve şerre yormadır.³⁵⁶

Olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullanan mümin bağlanma figürü olan Allah'a yönelik olumlu duygu ve düşünceleri içeren zihinsel temsillere sahip iken, olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanan birey ise Allah'a yönelik olumsuz duygu ve düşünceleri içeren zihinsel temsillere sahiptir. Mümin karşılaştığı sorunun üstesinden gelirken Allah'ın sevdiği kuluna dert verdiğine, O'nun her zaman yanında olduğuna ve O'nun kendisine yardım ettiğine inanıyorsa olumlu dini başa çıkma

³⁵³ Ali Ayten, **Din ve Sağlık**, Marmara Akademi yay. İstanbul 2018, s. 15.

³⁵⁴ Pargament, **The Psychology of Religion and Coping**, p. 279.

³⁵⁵ Ali Ayten, **Allah'a Sığınmak**, s. 69.

³⁵⁶ A.e., s. 152.

etkinliklerini kullanıyor, Allah'ın, kendisini sevmediğini ve sevmediği için böyle bir derdi kendisine verdiğine, sıkıntılar karşısında O'nun yardım etmediğine inanıyorsa olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanıyor demektir.

Dini başa çıkma sürecinde gerçekleştirilen dini faaliyetler ise günlük gerçekleştirilen dini faaliyetlerden bir hususta ayrılır. Dini başa çıkma sürecinde gerçekleştirilen dini faaliyetler tamamen stresi ve problemi yok etmeye yönelik yapılması bakımından günlük gerçekleştirilen dini faaliyetlerden ayrılır. Bu durumda birey, karşılaştığı stres yaratan durumdan kurtulmak amacıyla dini faaliyetlerde bulunur. Örneğin hasta olan kişinin Tanrı'dan sağlık sıhhat istemesi, kişinin hayatıyla ilgili önemli bir konuda karar vermede sıkıntı yaşadığında istihare namazı kılması ya da sıkıntı ve beladan kurtulduktan sonra şükür namazı kılması gibi birçok durum dinin işlevsel yönünü de göstermektedir.³⁵⁷

Sonuç olarak; psikoterapi teknikleriyle duygu, düşünce ve davranış düzenlemesi yapılarak sorunların ortadan kaldırılması amaçlanır. Ancak psikoterapi teknikleri mahiyet bakımından seküler olması hasebiyle terapi esnasında bireyin yaşamına anlam katan dini değerler göz ardı edilir. Stres ve problem karşısında çaresiz kalan birey, problem çözümünde kendinden aklî olarak daha üstün gördüğü bir kişi ya da kutsal bir varlığın desteğine ihtiyaç duyar. Bireyin manevi değerlerinde anlam bozulması gerçekleşmiş ise bireye o yönde destek sağlanması gerekir. Çünkü birey duygu, düşünce, davranış ve inanç yönüyle bir bütün varlık olduğundan stres yaratan olaylar karşısında onun anlam dünyasına uygun başa çıkma stratejileri geliştirilmesi bireyi güçlü kılacaktır.

³⁵⁷ Halil Ekşi, "Başa çıkma, Dini Başa çıkma, Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma", s. 19.

1.4. YAŞAM MEMNUNİYETİ

Tarihsel süreç içerisinde yaşam memnuniyeti farklı ad ve tanımlamalarla kullanılmıştır. İlk çağ filozofları yaşam memnuniyeti yerine mutluluk kavramını kullanmış ve mutluluk kavramını ahlak felsefesi kapsamında ele alarak mutluluk kavramını haz alma, fayda sağlama, erdemli olma gibi kavramlarla ilişkilendirmişlerdir.³⁵⁸ Aristippos vd. “acıdan kaçın hazzı yakala” düsturundan hareketle mutluluğu yakalamayı amaçlamıştır.³⁵⁹ Onlara göre hazlar genel olarak duyumsal hazlar ve entelektüel hazlar olmak üzere iki gruba ayrılır.³⁶⁰ Duyumsal hazlar bedensel tatmini sağlayan unsurları (yeme, içme, üreme, barınma vd.) içerirken entelektüel hazlar ise kişinin manevi doyum sağlayan unsurları (kitap okuma, sanatsal ve kültürel aktivitelerle ilgilenme, sosyal yardımlaşma kurumlarında görev alma, vd.) içerir. Rasyonalist ekolün temsilcilerinden olan Platon ve Aristoteles gibi düşünürler ise mutluluğu erdemli olmakta görmüşlerdir.³⁶¹ Onlar göre kişi; ölçülü, cesaretli, adaletli ve en önemlisi de bilge olmasıyla mutluluğa erişebilecektir.³⁶² Pragmatist ekole mensup düşünürler ise fayda sağlayan doğru inanç ve düşüncelerin insana mutluluk getirdiğini savunmuşlardır.³⁶³ Sonraki süreçlerde mutluluk kavramı psikoloji alanında derinlemesine ele alınıp, farklı kavram ve olgularla ilişkilendirilerek yaşam kalitesinin alt bileşeni olan öznel iyi oluş durumu olarak tanımlanmıştır.³⁶⁴

Skantze’ye göre birey sahip olduğu yaşam standardı, refahı ve öznel yaşam kalitesi ölçüsünce yaşam kalitesine sahip olur.³⁶⁵ Öznel iyi oluş durumu; yaşam memnuniyeti, hedonik iyi oluş (duygusal iyi oluş, mutluluk, öznel iyi oluş) ve eudaimonia (psikolojik iyi oluş, kendini gerçekleştirme, bireysel gelişim, mental sağlık gelişimi vb.) olmak üzere üç temel üzerine inşa olur.³⁶⁶ Yaşam memnuniyeti;

³⁵⁸ Ahmet Cevizci, **Felsefe Sözlüğü**, İstanbul, Paradigma yay., 1999, ss. 612-13.

³⁵⁹ A.e., s. 73; Gunnar Skirbekk, Nils Gilje, **Felsefe Tarihi**, çev: Emrullah Akbaş, Şule Mutlu, İstanbul, Üniversite Kitabevi, t.y., s. 127.

³⁶⁰ Cevizci, **Felsefe Sözlüğü**, s. 402.

³⁶¹ Kemal Batak, “Aristoteles’te En Yüksek Entelektüel Erdem”, **Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. XVIII, No: 33, Haziran 2016, s.18.

³⁶² Cevizci, **Felsefe Sözlüğü**, s. 311.

³⁶³ A.e., s. 710.

³⁶⁴ Mehmet Şerif Top, Salih Yaşar Özden, Meltem Efe Sevim, “Psikiyatride Yaşam Kalitesi”, **Düşünen Adam Dergisi**, C. 16, No: 1. 2003, ss. 19-20.

³⁶⁵ A.e., s. 19.

³⁶⁶ M. Joseph Sirgy, **The Psychology of Quality of Life: Hedonic Well-Being, Life Satisfaction, and Eudaimonia**, 2. ed., e-book, Springer Netherlands, 2012, pp. 7-18.

bireyin yalnızca sağlıklı ya da engelli olup olmamasıyla ilgili bir durum olmayıp bütünsel olarak bireyin fiziksel, sosyal ve biyolojik olarak iyi olmasıyla ilgili bir durumdur.³⁶⁷ Bireyin bir bütün olarak iyi olması; bedensel tatminlerin yeterli düzeyde olduğunu, manevi olarak istenilen düzeyde doyum sağladığını, doyum sonrasında beklenen düzeyde rahatlama ve dinginlik yaşadığını ve sorunlarla mücadele etmede kendini yetkin gördüğünü ifade eder. Bu sebeple yaşam memnuniyeti; bireyin psikolojik iyi oluş durumu, öznel iyi oluş durumu (mutluluk), yaşam doyumunu, psikolojik dayanıklılığı, sosyoekonomik durumu ve sağlıklı yakın ilişkilere sahip olmasıyla doğrudan ilişkilidir.³⁶⁸

Öznel iyi oluş, bireyin şimdi ve geçmişe dair yaşadıkları olaylar karşısında yaşam memnuniyetinin ne düzeyde olduğunu, ne tür duygusal tepkilere ve ruh hâllerine sahip olduğu hakkındaki yargılamadır. Bireyin, sahip olduğu koşulları memnuniyet bakımından bir bütün olarak olumlu veya olumsuz olarak değerlendirmesi onun öznel iyilik halini nasıl tanımladığını gösterir.³⁶⁹ Yüksek öznel iyilik hali genellikle yüksek pozitif etki, yüksek yaşam memnuniyeti ve düşük negatif etkiyle birlikte kişisel eylemlerde anlamlılık ve canlılık olmasıyla açıklanır. Aynı zamanda öznel iyilik hâli yüksek olduğunda bireyin fiziksel ve psikolojik işleyişi ve deneyimleri; sağlıklı ve güçlüdür. Öznel iyi oluş düşük olduğunda ise bireyin fiziksel ve psikolojik işleyiş ve deneyimleri zayıf ve kötüdür. Birey fiziksel ve psikolojik yönden aktif ise mutlu olur, yaşam memnuniyeti ve öz yeterliliği artar ve pozitif duygulara sahip olur, aktiflik düzeyi düşükse memnuniyetsiz, stresli, yetersiz ve olumsuz duygulara sahip olur.³⁷⁰ Gable ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ilişki içinde olan kişilerin olumsuz paylaşım yerine olumlu paylaşımlarda bulunmalarının, onları daha canlı kıldığına ve yaşam memnuniyetlerini arttırdığına yönelik sonuçlara

³⁶⁷ World Health Organization, “Mental health: a state of well-being”, (Çevrimiçi) https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/, 04 Temmuz 2019; Ali Ayten, **Din ve Sağlık**, s. 110.

³⁶⁸ E. Diener, “Guidelines For National Indicators Of Subjective Well-Being And Ill being”. **Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being**, Vol. 7, No: 4, 2006, p. 398.

³⁶⁹ A.e., p. 399.

³⁷⁰ David A. Lishner, Eric L. Stocks, “ Helping and Well-Being: A Motivational Perspective”, **Subjective Well-Being and Life Satisfaction**, Ed. by., J. E. Maddux, New York & London, Routledge, 2018, p. 185.

ulaşmıştır.³⁷¹ Günlük yaşam içerisinde kişiler arasında olumlu olay ve haberlerin paylaşılması da kişilerde pozitif etki bırakır.³⁷²

Öznel iyi oluşun genel olarak pozitif duygulanım, negatif duygulanım ve yaşam memnuniyeti olmak üzere üç dayanağı vardır.³⁷³ Pozitif ve negatif duygulanım öznel iyi oluşun duygusal boyutunu yaşam memnuniyeti ise bilişsel boyutunu temsil eder.³⁷⁴ Bu boyutlar genel olarak bireyin öznel tecrübesindeki pozitif ruh halini, duygusal durumlarını ve yaşamdaki koşulların olumlu ve tatmin ediciliğine yönelik bilişsel değerlendirmesini içerir.³⁷⁵ Görüldüğü gibi pozitif ve negatif duygu durumları bireyin yaşam memnuniyetini belirlenmesinde önemli role sahiptir.

Yaşam memnuniyeti; bireyin yaşamında doyum sağlaması, mutlu olması ve iyi oluş hâlinin beklenen düzeyde olmasıyla ilişkilidir. Bireyin yaşam doyumu, mutluluğu ve iyi oluş hâli; onun fiziksel ve psikolojik sağlığına ve sosyal ilişkilerine bağlı olarak değişim gösterir. Bu değişim faktörlerine bağlı olarak yaşam memnuniyet alanları; sağlık, maddi durum, sosyal ilişkiler, kendine değer verme, boş zamanlar, aile ve çalışma ortamları gibi farklı yaşam alanlarından oluşmaktadır.³⁷⁶ Schalock, yaşam memnuniyetine etki eden yaşam alanı unsurlarını şu şekilde açıklamıştır:³⁷⁷

- “Duygusal ve psikolojik iyi oluş: güvenlik, maneviyat, mutluluk, gönül rahatlığı stresten kurtulma.
- Kişilerarası ve sosyal ilişkiler: aile mutluluğu, arkadaşlık, yakın ilişkiler, destekleyici kişisel gruplar.
- Maddi refah: gelir, finansal güvenlik, mülkler, tasarruflar ve yatırımlar, yiyecek ve barınak gibi temel ihtiyaçların karşılanması.

³⁷¹ Shelly L. Gable, et. al. “What Do You Do When Things Go Right? The Intrapersonal and Interpersonal Benefits of Sharing Positive Events”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 87, No: 2, 2004, p. 231.

³⁷² Shelly L. Gable, et. al., “What Do You Do When Things Go Right? The Intrapersonal and Interpersonal Benefits of Sharing Positive Events”, p. 228.

³⁷³ William Pavot, “The Assessment Of Subjective Well- Being: Successes And Shortfalls”, **The science of subjective well- being**, Eds. M. Eid, R. J. Larsen, New York, Guilford, 2008, p. 126.

³⁷⁴ William Pavot and Ed Diener “Review of the Satisfaction With Life Scale” **Psychological Assessment**, Vol. 5, No: 2, 1993, p.164

³⁷⁵ William Pavot, “The Assessment Of Subjective Well- Being: Successes And Shortfalls”, s. 125.

³⁷⁶ Nicolas Loewe, et. al. “Life Domain Satisfactions as Predictors of Overall Life Satisfaction Among Workers: Evidence from Chile” **Springer Soc Indic Res.**, Vol.118, No: 1, 2014, s.71. pp. 71–86.

³⁷⁷ M. Joseph Sirgy, **The Psychology of Quality of Life: Hedonic Well-Being, Life Satisfaction, and Eudaimonia**, p. 238.

- Kişisel gelişim: yeterlilik, eğitimsel kazanım, amaçlı etkinlikler, üstatlık, etkinlik, kazanımlar ve hedeflere ulaşma.
- Fiziksel iyilik hali: sağlık ve zindelik, beslenme, fiziksel egzersiz, spor ve rekreasyon, günlük yaşamla ilgili faaliyetler.
- Sosyal gelişim: topluma dâhil olma, gönüllü faaliyetler, sadaka, komşuluk ilişkilerinde uyum.
- Toplumsal görevler ve haklar: mahremiyet hakları, oy hakları, adil yargılanma hakkı, mülkiyet hakkı, sivil sorumluluklar.”

Hastalıklara bağlı olarak gelişen ağrılar, kısıtlamalar (diyetler, stres yaratan koşullar, hijyen koşullarının uygun olmadığı ortamlar, iş hayatında çalışamama, uzun seyahatler, vd.), uyku bozuklukları, kendisinden beklenen rolleri yerine getirememe (ailesi için yeterli zaman ayıramama, öz bakım becerisini kullanmada yetersiz kalma, maddi gelire sahip olmama, vd.) sosyal kabul görüp görememe, sosyal destek alıp alamama gibi birçok koşul kişinin yaşam memnuniyetine etki etmektedir.³⁷⁸

Sosyal ilişkinin gelişmesinde; ilişki ortaklarını, birbirlerinin ihtiyaçlarına, arzularına ve deneyimlerine özen göstermeleri, birbirlerinin düşüncelerine saygı duymaları ve duygudaş olmaları bir gerekliliktir.³⁷⁹ İlişki içinde olduğumuz kişiler tarafından anlaşıldığımızda, onaylandığımızda ve önemsendiğimizde kendimizi açıklamada daha istekli olmamız ve diğerine karşı daha duyarlı davranmamız yüksek olasılıktır. Bu süreç karşılıklı olarak gerçekleştirildiğinde, yakınlığın gelişmesini ve korunmasını güçlendirir ve ilişki memnuniyetini arttırır. Sosyal ilişkinin bireyin istek ve ihtiyaçlarına karşılık verip vermemesi; yakın ilişkilerde bireyin anlaşıldığına, onayladığına ve özen gösterildiğine inanıp inanmaması gibi unsurlar sosyal ilişkiler yönüyle yaşam kalitesini etkilemektedir.³⁸⁰

Sosyal ilişkilerde karşılık beklemeden yapılan yardımlar, fiziksel ve mental sağlığın gelişmesine etki eder. Gönüllülük faaliyetlerinde bulunan bireyler yüksek

³⁷⁸ Ergün Öksüz, Simten Malhan, **Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri**, Ankara, Başkent Üniversitesi Yay., 2005, s. 1.

³⁷⁹ H. T. Reis, M. S. Clark, J. G. Holmes, “Perceived Partner Responsiveness As An Organizing Construct In The Study Of Intimacy And Closeness” **Handbook Of Closenessand Intimacy**, Eds. by., D. J. Mashek, A. P. Aron, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, 2004, p. 203.

³⁸⁰ Emre Selcuk, Ayse Busra Karagobek, and Gul Gunaydin, “Responsiveness As A Key Predictor of Happiness: Mechanisms And Unanswered Questions”, **Close Relationships and Happiness across Cultures**, Eds. by., Melikşah Demir, Nebi Sümer, Cham, Springer, 2018, pp. 2-3.

düzeyde yaşam memnuniyetine, öz saygıya, yaşamdaki amaç duygusuna, fiziksel ve mental sağlığa sahip olurlar.³⁸¹ Yardım etme ve iyilik hali üzerine yapılan araştırmalarda yardım etme ile uzun ömürlülük ve mental sağlık ilişkilerini inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda yardım etme ile uzun ömürlü olma ve mental sağlık arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir.³⁸² “Sadaka ömrü uzattır.” hadisinin bu durumu desteklediği görülmektedir.³⁸³

Gönüllülük faaliyetlerinin psikolojik sağlık ve ölüm üzerine koruyucu etkisi olduğuna yönelik sonuçlara ulaşılmıştır.³⁸⁴ Khilnani’nin çalışmasında gönüllülük faaliyetlerine katılan bireylerin, katılmayanlara nazaran daha yüksek fiziksel sağlığa sahip oldukları, gönüllülük faaliyetlerine katılmayanların ise katılanlara nazaran daha düşük mental sağlığa sahip oldukları tespit edilmiştir.³⁸⁵ Musick ve Wilson, özellikle yaşlılarda gönüllülük faaliyetlerinde yer almanın anksiyete ve depresyonu azalttığı ve yaşam memnuniyetini arttırdığı ve aynı zamanda dini nedenlere bağlı olarak gerçekleştirilen gönüllülük etkinliklerinin ruh sağlığına katkı sağladığı sonuçlarına ulaşmışlardır.³⁸⁶ Piliavin ve Siegl de benzer şekilde gönüllülüğün mental sağlık üzerinde koruyucu etkisi olduğunu ve yaşamın anlamına katkı sağlayarak doğrudan yaşam memnuniyetinin artmasını sağladığını ifade etmişlerdir.³⁸⁷ Konrath ve arkadaşları da gönüllülük faaliyetlerinin ölüm riskini azalttığına yönelik sonuçlar elde etmişlerdir.³⁸⁸ Sneed ve Cohen tarafından 50 yaş üstü bireylere yılın en az 200 saatini gönüllülük faaliyetlerinde yer almalarını sağlayan bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonrasında gönüllülük faaliyetlerinde yer alan yaşlıların gönüllülük faaliyetlerinde yer almayanlara göre hipertansiyon risklerinin daha az olduğu ve

³⁸¹ Aneka Khilnani, “Doing Well By Doing Good Benefits For The Benefactor”, **Gettysburg Social Sciences Review**, Vol. 2. No: 1, 2018, p. 30.

³⁸² David A. Lishner, Eric L. Stocks, “Helping and Well-Being: A Motivational Perspective”, p. 187.

³⁸³ Hadislerle İslâm Cilt 2 Sayfa 495, (Çevrimiçi) <https://hadislerleislam.diyaret.gov.tr/sayfa.php?CILT=2&SAYFA=495&SRC=hastal%C4%B1k%20ve%20sadaka>, 10.04.2019.

³⁸⁴ Jane A. Piliavin, Erica Siegl, “Health Benefits Of Volunteering In The Wisconsin Longitudinal Study” **Journal of Health and Social Behavior** Vol. 48, No: 4, December 2007, p. 451.

³⁸⁵ Khilnani, “Doing Well by Doing Good Benefits for the Benefactor”, pp. 32-34.

³⁸⁶ M. A. Musick, J. Wilson, “Volunteering and Depression: The Role of Psychological and Social Resources in Different Age Groups.” **Social Science & Medicine**, Vol. 56, No: 2, 2003, p. 259.

³⁸⁷ Piliavin, Siegl, “Health Benefits of Volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study” p. 462.

³⁸⁸ Sara Konrath, Andrea Fuhrel-Forbis, Alina Lou, “Motives for Volunteering Are Associated With Mortality Risk in Older Adults”, **Health Psychology: American Psychological Association**, Vol. 31, No: 1, 2012, p. 87.

psikolojik iyi oluşlarının yüksek, fiziksel aktivitelerinin ise daha fazla olduğunu tespit edilmiştir.³⁸⁹ Yaşlılara ücretsiz bakım sağlayan bireylerin yaptıkları bakım faaliyetlerinin iyi oluş üzerlerine nasıl bir etki bıraktığına yönelik yapılan çalışmaların bazılarında, yaşlılara gönüllü olarak ücretsiz bakım vermenin, bakım verenin iyi oluş hâline olumlu yönde etki ettiğine yönelik sonuçlar elde edilmiştir. Brown ve Brown bir çalışmada sevdikleri kişiler ve aile bireyleri tarafından ihtiyaç sahibi yakınlarına yapılan destekler sayesinde bakım veren kişilerin, orta ve yüksek düzeyde yaşam memnuniyetlerine sahip oldukları tespit edilmiştir.³⁹⁰ Yapılan çalışmalardan hareketle gönüllülük faaliyetleri içerisinde yer almanın manevi iyi oluş haline olumlu bir etki ettiğini ve yaşam memnuniyetini arttırdığını söylemek mümkündür.

Aile, eş, arkadaşlık gibi yakın ilişkilerde kurulan iletişim biçimlerinin bireyin psikolojik sağlığına ve yaşam memnuniyetine doğrudan etki ettiği görülür. Çocuğun yaşam memnuniyeti, ebeveynlerle geliştirdiği ilişkiye bağlı olarak gelişirken yetişkinin yaşam memnuniyeti ise çok farklı nedenlere bağlı olarak gelişir. Çocukların mutluluğu; genellikle ebeveynlerinin mutlu olmasıyla, ebeveynlerin ihtiyaçlarına cevap verebilir olması ve ebeveynlerin ihtiyaç duyulduğu anda ulaşılabilir olmalarıyla ilişkilidir.³⁹¹ Yetişkinlerde de benzer mutluluk hissi gelişir. Yetişkin karşılaştığı stres yaratan yaşam olayları karşısında durumdan kurtulmak ve kendini iyi hissedebilmek adına yakın çevresinin desteğini arar. Gerekli desteğin verilmesi ve ihtiyacının karşılanması kişide güven duygusu geliştirir. Gelişen güven duygusu yetişkinin kendini daha iyi hissetmesini sağlar. Bu sebeple yakın çevre tarafından verilen destek yetişkinde olumlu etki bıraktığı gibi yetişkinin kendini iyi ve güvende hissetmesine, olumlu duygu ve deneyimlere sahip olmasına yardımcı olur. Yakın çevresine yönelik olumlu duygu ve deneyimlere sahip olan bireylerin, yakın desteği alamayan bireylere nazaran yaşam memnuniyetinin daha yüksek olması beklenir. Yakınlarının desteğiyle

³⁸⁹ Rodlescia S. Sneed, Sheldon Cohen, “A Prospective Study of Volunteerism and Hypertension Risk in Older Adults”, **Psychol Aging**, Vol. 28, No: 2, 2013, p. 578.

³⁹⁰ R. Michael Brown, Stephanie L. Brown, “Informal Caregiving: A Reappraisal of Effects on Caregivers”, **Social Issues and Policy Review**, Vol. 8, No: 1, 2014, p. 92.

³⁹¹ Meagan A. Ramsey, et. al., “Parent-Child Relationships and Happiness Across Cultures”, **Close Relationships and Happiness across Cultures**, Eds. by., Melikşah Demir, Nebi Sümer, Cham Switzerland, Springer, 2018, p. 41.

ihtiyaçları karşılanan ve yeterli düzeyde doyuma ulaşan bireyler daha üretken, daha olumlu duygulara sahip ve sorunlarla başa çıkmada daha aktif olurlar.³⁹²

Yaşlı bireylerdeki yaşam memnuniyet olgusu çocuklara ve yetişkinlere göre farklılık gösterir. Yaşlılık, fiziksel ve zihinsel süreçlerin yavaşladığı ve ölüm oranlarının arttığı bir dönemdir.³⁹³ Bu dönemde yaşam memnuniyeti genel olarak fiziksel aktivitelere, fiziksel ve psikolojik sağlığa, ailevi ve sosyal nedenlere ve ekonomik duruma bağlı olarak değişiklik gösterir.³⁹⁴ Yaşlıların yaşam memnuniyetini arttıran durumlar; yaşlı bireyin gerçekleştirdiği günlük faaliyetlerinden zevk alması, yaşamına yönelik amaç ve anlama sahip olması ve geçmişe yönelik pişmanlıklarının olmaması, kendini değerli hissetmesi ve olumlu benlik algısına sahip olması, yaşama yönelik olumlu beklentiler içinde olması³⁹⁵ iken yaşam memnuniyetini azaltan durumlar ise ilerleyen yaşa bağlı olarak kronik hastalıkların gelişmesi, hastalık nedeniyle öz bakım becerilerini gerçekleştirmede yetersiz kalınması ve ihtiyaçlarını karşılamada başkasına ihtiyaç duyulması, fiziksel aktivite azlığı, güç yetersizliği, somatik ağrılar, unutkanlık, sosyal aktivitelere katılımı azalma, düşük gelire sahip olma ve sosyal dışlanma gibi durumlardan oluşmaktadır.³⁹⁶ Kronik hastalıklar nedeniyle düzenli ilaç kullanımı ve ilaçlar olmadan yaşamını devam ettiremeyeceği düşüncesi, kronik hastalığa bağlı olarak farklı hastalıkların ortaya çıkması (hastalığa bağlı olarak oluşan yoğun ağrıların anksiyete, depresyon, uyku bozukluğuna neden olması), felç gibi hastalıklar ya da kemik erimesine bağlı oluşan ciddi ortopedik sorunlar nedeniyle yatağa bağlı olma ve bundan dolayı diğerinin yardımına muhtaç olma, bir işte çalışmamaya bağlı olarak kendini işe yaramaz ve değersiz hissetme, fiziksel aktivitelerin azalmasına bağlı olarak yeterli yaşam doyumu sağlayamama, yakınları, arkadaşları, komşuları ve diğerleriyle yeterince iletişim kuramamaları

³⁹² Shelly L. Gable, et. al., "What Do You Do When Things Go Right? The Intrapersonal and Interpersonal Benefits of Sharing Positive Events", p. 228.

³⁹³ Bilge Kara, vd., "Geriatriklerde Ev Ortamı Ve Yaşam Memnuniyetinin Değerlendirilmesi Ve Düşme Korkusu İle İlişkisinin İncelenmesi", **Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi**, C. 20, No: 3, 2009, s. 191.

³⁹⁴ Mevlüde Türkan, Sergender Sezer, "Yaşlı Yoksulluğun Yarattığı Sosyal ve Psikolojik Sorunlar: Muğla Örneği", **Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C. 4, No: 4, t.y. s. 35.

³⁹⁵ Melek Özer, Özlem Özsoy Karabulut, "Yaşlılarda Yaşam Doyumu" **Geriatri Dergisi**, C. 3. No: 2, 2003, s. 73.

³⁹⁶ Türkan, Sezer, "Yaşlı Yoksulluğun Yarattığı Sosyal ve Psikolojik Sorunlar: Muğla Örneği", ss. 37-43.

nedeniyle sosyal iletişimin azalması ve aynı zamanda yalnızlık hissinin yoğun yaşanılmaya başlanması, akranlarının çoğunun ölmesi ve iletişim kurabileceği kişilerin azalmasına bağlı olarak sosyal izolasyonun yaşanması vb. durumlar yaşlıların ruh sağlığına olumsuz etki eden durumlardır. Yaşlı bireylerin olumsuz yaşam olayları karşısında olumlu başa çıkma yollarını kullanabilmeleri ve yaşam memnuniyetlerini arttırmaları onların manevi destek almaları ile mümkün olabilir.

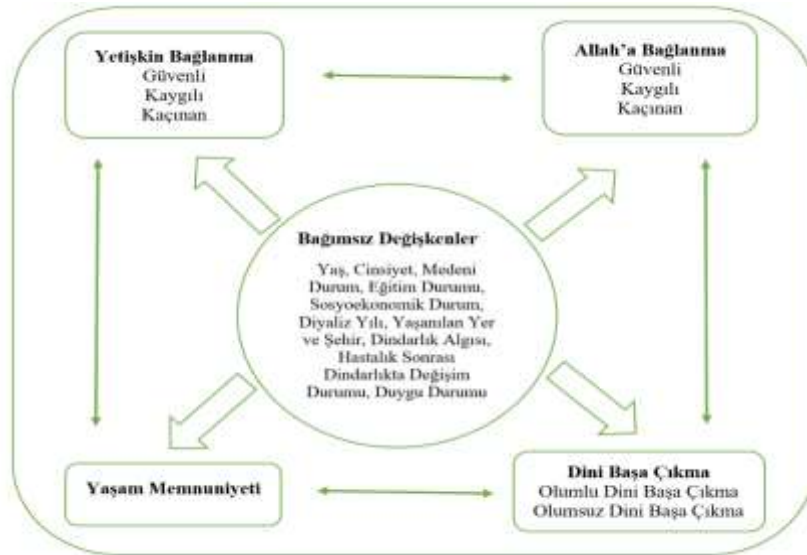
2. BÖLÜM

ARAŞTIRMA VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyetini konu alan bu çalışmanın modeli, ilişkisel tarama modelidir. Bu model, geçmişte ya da şu anda varolan bir durumu, var olduğu şekliyle betimlemeye çalışan bir araştırma modelidir. Modelde asıl amaç; varolan durumları, koşulları ve nitelikleri olduğu şekliyle gün yüzüne çıkartabilmektir. Kısacası araştırmaya konu olan değişkenler arasındaki ilişkiyi -değişkenler arasındaki ilişkiye herhangi bir müdahale edilmeden- ve ilişkinin derecesini belirlemek amacıyla veri toplama ve değerlendirme çalışmasıdır.¹ Bu araştırmanın belirli bir zamanla sınırlı olması ve yalnızca bir defaya mahsus olarak uygulanması bakımından kesitsel bir niteliğe sahiptir.²

Araştırma tarama modeline uygun olarak demografik özellikler, dindarlık algısı, hastalık sonrası dindarlık algısında değişim durumu ve duygu durumları ile yetişkin bağlanma, Tanrı'ya bağlanma, dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyeti arasında ilişkinin var olup olmadığı, ilişki var ise ilişkinin ne yönde olduğu analiz edilerek duruma yönelik betimleme yapılması amaçlanmıştır.



Şekil 2.1. Araştırma Modeli

¹ William D. Crano, Marilyn B. Brewer, Andrew Lac, **Principles and Methods of Social Research**, 3. ed, Routledge, London, 2002, p. 18.

² Niyazi Karasar, **Bilimsel Araştırma Metodu**, Ankara, Hacettepe-Taş Kitapçılık, 1984, ss. 82-84.

2.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki ve etkileşimi ele alan bu araştırmanın evreni, böbrek yetmezliğiyle mücadele eden hemodiyaliz ve periton diyaliz tedavisi alan 609 yetişkin hastadan oluşmaktadır. Nefroloji Derneği'nin verilerine göre 2018 yılı sonu itibariyle Türkiye'de toplam 81.055 SDBY hastasının bulunduğu, bunların 60.643'ünün hemodiyaliz, 3.192'sinin periton diyaliz tedavisi aldığı raporlanmıştır.³ Örneklemin, toplam RRT alan hastaların milyonda 95'inden fazlasını temsil ettiği söylenebilir. Çünkü toplam RRT alan hastaların içerisinde 18 yaş altı bireyler de dâhildir; fakat bu bireyler örneklemimizde yer almamaktadır.

Örneklem genel olarak İstanbul, Kayseri, Kars, Ardahan ve Manisa illerinde yaşamaktadır. 20-95 yaş aralığına ve 60,62 yaş ortalamasına sahiptir. Hastaların diyaliz tedavi alma süreleri 1. gün ile 30 yıl arasında ve diyaliz seansları ise haftada 1-3 kez arasında değişmektedir. Yapılan uygulama esnasında bazı katılımcılar; böbrek yetmezliğinin yanında diyabet, tansiyon, kalp rahatsızlığı ve çok az sayıda hepatitle mücadele ettiğini; bazılarının da bunlara ek olarak kanser, karaciğer yetmezliği, kalp hastalıklarına ve diğer sebeplere bağlı olarak kendilerine cerrahi müdahaleler yapıldığını ifade etmişlerdir. Hatta birkaç hasta, böbrek yetmezliğinin cerrahi müdahale sonrasında geliştiğini ifade etmiştir.

Katılımcılarda genel olarak fiziksel olarak ağrı, kramp, halsizlik yaşandığı, psikolojik olarak uyku bozukluğu, panik atak, depresyon ve anksiyete bozukluğu nedeniyle tedavi aldıkları ve mental olarak sık sık unutkanlık yaşadıkları, birkaç hastanın ise demans olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcılar arasında böbrek nakli olup belirli bir süre nâkili olarak yaşam süren ancak daha sonra böbrek yetmezliği nedeniyle yine diyalize başlayan hastalar da bulunmaktadır. Katılımcıların özellikleri Tablo 2.1'de sunulmuştur.

³ Türk Nefroloji Derneği, **Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon**, ed. Gütekin Süleymanlar, Kenan Ateş, Nurhan Sipahi, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2018, s. 5.

Tablo 2.1. Katılımcıların Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	291	47,8
	Erkek	318	52,2
Yaş	Yetişkinler	348	40,7
	Yaşlılar	361	59,3
Eğitim durumu	Okuryazar değil	150	24,6
	İlkokul	292	47,9
	Ortaokul	55	9,0
	Lise	82	13,5
	Lisans ve üstü	30	4,9
Diyaliz Yılı	0-1 yıl	115	18,9
	2-5 yıl	247	40,6
	6-10 yıl	124	20,4
	11-15 yıl	71	11,7
	16-20 yıl	41	6,7
	21 yıl ve üzeri	11	1,8
Yaşadığı Yer	Köy-Kasaba	169	27,8
	İlçe	62	10,2
	Şehir Merkezi	92	15,1
	Büyükşehir Merkezi	286	47,0
Yaşadığı Şehir	Kars-Ardahan	55	9,0
	İstanbul	124	20,4
	Manisa-İzmir	49	8,0
	Kayseri	332	54,5
	Diğer	49	8,0
Medeni Durumu	Bekâr	40	6,6
	Evli	435	71,4
	Diğer	132	21,7
	Belirtmemiş	2	0,3
Sosyoekonomik Düzeyi	İhtiyaçlarımızı karşılamada sıkıntı çekiyoruz	83	13,6
	Sadece ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz	194	31,9
	Genel olarak ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz	287	47,1
	Dilediğimiz şeyleri alabiliyoruz	45	7,4

Tablo 2.1 incelendiğinde katılımcıların %47,8'inin (n = 291) kadın ve %52,2'sinin (n = 318) erkek olduğu görülmektedir. Yaş açısından incelendiğinde 20-59 yaş aralığında olan %40,7'si (n=348) yetişkinler, 60 yaş ve üstünde olan %59,3'ü (n= 361) yaşlılardır. Katılımcıların çoğunluğu okuryazar değil (n = 150; %24,6) ve ilkokul (n = 292; %47,9) mezunudur. Diyaliz tedavisi alma süresi açısından incelendiğinde ise çalışma grubundaki katılımcıların çoğunluğunun (n = 247; %40,6) 2-5 yıl arası diyaliz tedavisi aldığı görülmektedir. Katılımcılarının %27,8'i (n = 169) hayatlarının çoğunu köy-kasaba, %10,2'si (n = 62) ilçe, %15,1'i (n = 92) şehir merkezi ve %47'si (n = 286) büyükşehir merkezinde geçirmiştir. Çalışma grubundaki bireylerin %6,6'sı (n =40) bekâr ve %71,4'ü (n = 435) evlidir. Ailenin maddi durumu açısından incelendiğinde katılımcıların %13,6'sının (n = 83) ihtiyaçlarını karşılamada sıkıntı çektiği, %31,9'unun (n = 194)sadece ihtiyaçlarını karşıladıkları, %47,1'inin (n

= 287) genel olarak ihtiyaçlarını karşıladıkları ve %7,4'ünün (n = 45) dilediği şeyleri alabildiği belirlenmiştir.

Katılımcıların dine karşı ilgi ve dindarlık bakımından kendilerini değerlendirmeleri, diyaliz tedavisine başladıktan sonra dini inancında bir değişim olma durumu ve günlük hayatta genel olarak duygu durumlarının dağılımı Tablo 2.2'de sunulmuştur.

Tablo 2.2. Katılımcıların dine karşı ilgi ve dindarlık bakımından kendilerini değerlendirmeleri, diyaliz tedavisine başladıktan sonra dini inancında bir değişim olma durumu ve günlük hayatta genel olarak duygu durumlarının dağılımı

		N	%
Dindarlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok Dindar	14	2,3
	Dindar	542	89,7
	Dine ilgisi az	48	7,9
	Dine İlgisi Olmayan	0	0,0
Diyaliz tedavisine başladıktan sonra dindarlık durumunuzda değişim olup olmadığı hakkında ne düşünüyorsunuz?	Olumlu yönde değişim oldu	54	8,9
	Bir değişim olmadı	534	88,1
	Olumsuz yönde değişim oldu	18	3,0
Günlük hayatta genel olarak duygu durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	mitli	27	4,5
	Neşeli	57	9,5
	Huzurlu	229	38,0
	Karamsar	59	9,8
	Endişeli	83	13,8
	Huzursuz	147	24,4

Tablo 2.2 incelendiğinde katılımcıların %2,3'ünün (n = 14) kendilerini çok dindar, %89,7'sinin (n = 542) dindar, %7,9'unun (n = 48) dine ilgisi az şeklinde tanımladığı görülmektedir. Kendisini dine ilgisi olmayan şeklinde tanımlayan katılımcı ise bulunmamaktadır. Diyaliz tedavisine başladıktan sonra dindarlık durumunda değişim olup olmadığı durumu sorulduğunda ise katılımcıların %8,9'u (n =54) olumlu yönde değişim olduğunu, %88,1'i (n = 534) bir değişim olmadığını ve %3' (n = 18) olumsuz yönde değişim olduğunu belirtmiştir. Günlük hayatta genel olarak duygu durumu açısından katılımcılar kendilerini değerlendirdiğinde ise %4,5'u (n = 27) mitli, %9,5'u (n = 57) neşeli, %38'i (n = 229) huzurlu, %9,8'i (n = 59) karamsar, %13,8'i (n = 83) endişeli ve %24,4' (n = 147) huzursuz olarak belirtmişlerdir.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak veri toplama amacıyla kullanılan ölçme araçları aşağıda belirtildiği gibidir.

- Kişisel Bilgi Formu
- Yetişkin Bağlanma Ölçeği
- Tanrı'ya Bağlanma Ölçeği
- Dini Başa Çıkma Ölçeği
- Yaşam Memnuniyeti Ölçeği

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form temel değişkenleri ifade eden demografik durumlar hakkında bilgi toplamak amacıyla oluşturulmuştur. Kişisel form; diyaliz hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, diyaliz yılı, yaşadığı yer ve şehir, sosyoekonomik düzeylerinin yanında dindarlık algıları, hastalık sonrasında dindarlık algısında değişim durumları ve duygu durumlarına yönelik sorulardan oluşmaktadır. (Kişisel Bilgi Formunun bir örneği için bkz. Ek:1)

2.3.2. Yetişkin Bağlanma Ölçeği

Yetişkin Bağlanma Ölçeği (Adult Attachment Scale), Bowlby ve Ainsworth'un çalışmalarından yararlanılarak Hazan ve Shaver tarafından 1987 yılında yapılan bir çalışmada yetişkinlerin romantik ilişkilerini belirlemek ve ölçmek amacıyla geliştirilen kategorik bir ölçektir.⁴ Ölçeğin Türkçe 'ye uyarlanmış hali ilk defa Subaşı tarafından 2010 yılında kullanılmıştır.⁵ Ölçek güvenli, kaygılı ve kaçınan bağlanma tarzlarını tanımlayan üç paragraftan oluşmaktadır.

Kaçınan Bağlanma: İnsanlarla yakın ilişki kurmaktan rahatsız olurum. İnsanlara pek güvenmem ve bağlanmam. Birisi benimle yakınlık kurmak istediğinde tedirgin olurum.

Kaygılı Bağlanma: İnsanları bana karşı mesafelidir. Arkadaşlarımla beni sevmediğini veya benimle vakit geçirmek istemediğini düşünürüm. Başka insanlarla

⁴ C. Hazan P. R. Shaver, "Romantic Love Conceptualized As An Attachment Process", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 52, 1987, p. 515.

⁵ Hacer Subaşı, "Üniversite Öğrencilerinin Tanrı İle İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi", s. 88.

kaynaşmak isterim fakat bu arzum insanları bazen korkutup benden kaçmalarına sebep olur.

Güvenli bağlanma: İnsanlarla kolayca yakınlık kurarım. Herkese rahatça bağlanabilir ve onların bana bağlanmasına izin veririm. İnsanlar benimle kolayca yakınlık kurabilir. Terkedilmekten endişe duymam.

2.3.3. Tanrı'ya Bağlanma Ölçeği

Tanrı'ya Bağlanma Ölçeği, Hazan ve Shaver'ın Yetişkin Bağlanma Ölçeği'nden hareketle Kirkpatrick ve Shaver'ın 1992 yılında bağlanma kuramı ekseninde romantik sevgi ve dine inanca yönelik yaptıkları bir çalışmada, kişilerin Tanrı hakkındaki inançlarını ve Tanrı'yla olan ilişkisini belirlemek amacıyla geliştirilmiş kategorik ölçektir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış hali ilk defa Subaşı tarafından 2010 yılında kullanılmıştır.⁶ Ölçek güvenli, kaygılı ve kaçınan bağlanma tarzlarını ifade eden üç paragraftan oluşmaktadır.⁷

Kaçınan Bağlanma: Tanrı'nın bana uzak olduğunu, benim problemlerime kayıtsız kaldığını, beni gözetmediği ve beni sevmediğini düşünüyorum.

Kaygılı bağlanma: Aslında Tanrı'nın beni gözeteceğine, beni seveceğine ve dileklerimi kabul edeceğine inanıyorum. Ama bu hissi bir türlü yakalayamıyorum.

Güvenli Bağlanma: Tanrı beni sever ve gözetir. Beni hep korur. Allah ile olan ilişkim her zaman güven vericidir. O'ndan her zaman razıyım.

2.3.4. Dini Başa Çıkma Ölçeği

Dini Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (RCOPE), Pargament ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yaşamın ana stresörleriyle başa çıkmada kullanılan olumlu ve olumsuz dini başa çıkma modellerini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir veri toplama aracıdır. Ölçek ilkin 34 madde olarak oluşturulmuş ancak daha sonra Kısa DBÇÖ (Brief RCOPE) olarak 14 maddeden ve 4'lü likert tipiyle (hemen hemen hiç yapmadım, arada sırada yaptım, orta derecede yaptım, sıklıkla yaptım)

⁶ A.e., s. 89.

⁷ Kirkpatrick, Shaver, "An Attachment-Theoretical Approach to Romantic Love and Religious Belief", p. 270.

oluşturulmuştur.⁸ Aynı zamanda ölçek olumlu ve olumsuz dini başa çıkma olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Olumlu dini başa çıkma maddeleri; dini affetme, manevi destek arayışı, işbirlikçi dini başa çıkma, manevi ilişki, dini arınma ve yardımseverlik ile ilgiliyken olumsuz dini başa çıkma maddeleri; manevi hoşnutsuzluk, Allah tarafından cezalandırılma düşüncesi, kişilerarası dini hoşnutsuzluk, yaşadıklarına şeytanın sebep olduğu düşüncesi ve Tanrı'nın gücünün değerlendirilmesiyle ilgilidir.⁹ Ölçek üç farklı gruba; Oklahoma Şehri bombalamasıyla başa çıkacak insanlara, temel yaşam stresleriyle başa çıkabilen üniversite öğrencilerine ve ciddi hastalıklarla başa çıkabilen ve hastanede yatan yaşlı hastalara uygulanarak geliştirilmiştir.¹⁰ Kısa DBÇÖ'nin üç farklı uygulamasının istatistiksel analizlerinde olumlu dini başa çıkmanın Cronbach alfa değerlerinin (.90) ile (.87) arasında, olumsuz dini başa çıkma Cronbach alfa değerlerinin (.80) ile (.78) arasında olduğu tespit edilmiştir.

Kısa DBÇÖ'nin Türkçe'ye uyarlanma çalışması 2001 yılında Halil Ekşi tarafından yapılmıştır.¹¹ Ekşi, ölçeğin güvenirlik analizlerinde olumlu dini başa çıkmanın varyans değerini % 21,48, Cronbach alfa değerini (.64) olarak dini başa çıkmanın varyans değerini %16,11, Cronbach alfa değerini (.63) olarak tespit etmiştir.¹² Kısa DBÇÖ'nin olumlu dini başa çıkma maddeleri; 1,2,6,8,9,11,13 iken olumsuz dini başa çıkma maddeleri; 3,4,5,7,10,12,14'ten oluşmaktadır.¹³

2.3.5. Yaşam Memnuniyeti Ölçeği

Yaşam Memnuniyeti Ölçeği (Contentment With Life Scale), Lavalley ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiş bir veri toplama aracıdır. Anglo-Amerikalıların genel olarak yaşamlarından memnun oldukları ancak genel değerlendirmelerinin günlük deneyimlerini değerlendirmelerinden farklı olduğu

⁸ Kenneth I. Pargament, et. al., "Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors", **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 37, No: 4, 1998, p. 713.

⁹ A.e., p. 720.

¹⁰ A.e., p. 712-13.

¹¹ Ekşi, "Başarıçıkma, Dini Başarıçıkma, Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma", s. 81.

¹² A.e., s. 84.

¹³ A.e., s. 83.

görülmüştür.¹⁴ Bu sebeple Anglo-Amerikalıların tarafsız yaşam memnuniyetlerini tespit etmek amacıyla üç farklı çalışma yapılarak 5 maddeden, tek boyutlu ve 7'li likert tipli ("1" Kesinlikle katılmıyorum - "7" Kesinlikle katılıyorum) yaşam memnuniyeti ölçeği oluşturulmuştur.¹⁵ Düzeltilmiş madde toplam korelasyonları katsayıları 56 ile - .77 arasında değişmekte olup ortalaması .69 ve Cronbach alfa değeri .87'dir.¹⁶

Yaşam Memnuniyeti Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması Akın ve Yalnız tarafından 2015 yılında 295 üniversite öğrencine uygulanarak yapılmıştır.¹⁷ Uygulama sonrasında doğrulayıcı faktör analizinde ($\chi^2 = 11.46$, $sd = 4$, $RMSEA = .080$, $CFI = .98$, $IFI = .98$, $GFI = .98$, $AGFI = .94$, $SRMR = .033$) değerleri elde edilmiştir. Cronbach alfa iç tutarlık katsayı değeri de .73 olarak tespit edilmiştir.¹⁸ Tek boyutlu ölçeğin 3. ve 4. maddeleri ters kodlanmaktadır.¹⁹

¹⁴ Loraine F. Lavallee, et. al., "Development Of The Contentment With Life Assessment Scale (Clas): Using Daily Life Experiences To Verify Levels Of Self-Reported Life Satisfaction" **Social Indicators Research**, Vol. 83, No: 2, 2007, p. 201.

¹⁵ A.e., p. 212.

¹⁶ A.e., p. 214.

¹⁷ Ahmet Akın, Abdullah Yalnız, "Yaşam Memnuniyeti Ölçeği (YMÖ) Türkçe Formu: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması", **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, C. 14, No: 54, 2015, s. 95.

¹⁸ A.e., s. 98.

¹⁹ A.e., s. 97.

2.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki ve etkileşimi ele alan bu araştırmanın problemlerine ve amacına uygun olarak örneklem seçimi yapıldı ve buna yönelik anket formu hazırlandı. Araştırmayı uygulayabilmek için ilk öncelikle Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu'na başvuruda başvuruldu. Etik Kurulu tarafından başvurunun onaylanmasıyla araştırma izni için gerekli olan etik kurul raporu alınmış oldu. Fakat araştırma sosyal bilimler etik kurulundan alınan rapor izni başvurusunda bazı kamu sağlık kurumları tarafından geçerli olarak kabul edilmedi. İlgili kurumda çalışma yapabilmek için Tıp Fakültesi ve ya denkliği olan bir eğitim ve ya araştırma kurumundan etik kurul raporu alınmasının gerektiği ibraz edildi. Bazı sağlık kurumlarındaki yönetici ve sağlık personeller ise hastanın kuruma yönelik memnuniyetinin düşeceği kaygısı veya “medikal sorunları ortadan kaldırırsak psikolojik sorunlar da kendiliğinden ortadan kalkacaktır.” görüşleri nedeniyle kurumlarında araştırma yapılmasını uygun görmezken bazıları da standardize edilmiş ölçeklerin hasta mahremiyetine uygun olmadığı veya hasta grubunun farklı inançlara sahip oldukları gerekçelere dayanarak kurumlarında uygulama yapılmasını uygun görülmemişlerdir.

Örneklem seçiminde; örneklemin geneli yansıtabilmesi için Türkiye'nin farklı illerinde ikamet eden diyaliz hastalarına ulaşılması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda araştırma örnekleminde homojenliğini arttırmak amacıyla yaklaşık otuza yakın kuruma araştırma izni için başvuruda bulunmuş olup dokuz kurum tarafından araştırma izni başvurusu onaylanmıştır. Araştırma yapılan sağlık kurumları: İstanbul Erdem Hastaneleri Diyaliz Merkezleri (Ümraniye ve Çakmak Merkezleri), Manisa Özel Anemon Diyaliz Merkezi, Kayseri; Özel Almed Diyaliz Merkezi, Özel Kayseri Diyaliz Merkezi (Sera), Özel Umut Diyaliz Merkezi, Özel Duru Diyaliz Merkezi, Kars Harakani Devlet Hastanesi Diyaliz Ünitesi, Ardahan Devlet Hastanesi Diyaliz Ünitesidir. Türkiye'nin farklı illerinde alınan izinler doğrultusunda bir defaya mahsus olmak üzere anket uygulaması yapılmıştır.

Anket uygulaması diyaliz ünitelerinde yahut diyaliz merkezlerinde tedavi alan hastalara diyaliz seansı esnasında 20 kişiyi geçmeyecek şekilde küçük gruplar halinde uygulanmıştır. Hastaların gerek eğitim düzeyinin düşük olmasından gerekse yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle diyaliz seansı esnasında anketi kendi başlarına cevaplama durumları pek mümkün değildi. Bu sebeple anket soruları çoğu hastaya araştırmacı tarafından okunarak cevaplanmıştır. Uygun olan hastalara ise anket formu verilerek kendilerinin yanıtlanması sağlanmıştır.

Anket uygulaması gönüllülük esasına uygun olarak yaklaşık 20-25 dk. arasında gerçekleşmiştir. Ancak anket uygulaması esnasında hasta ile araştırmacı arasında sohbet ortamı oluştuğunda belirtilen süreden daha fazla zaman harcanmıştır. Hasta ile yapılan sohbet esnasında hastaların yaşamları ve hastalıkla başa çıkmaları hakkında notlar alınmış ve alınan notlar her hastanın kendi anket formuna yazılmıştır. Alınan notlar sorunlarla başa çıkmada kullanılan dini başa çıkma etkinlikleriyle ve yaşam memnuniyetlerine etki eden unsurlarla ilgili olması nedeniyle tartışma kısmında nicel verilerle birlikte değerlendirilmiştir.

Yüz yüze anket uygulamasının dışında sosyal paylaşım sitelerinde diyaliz hastalarıyla iletişime geçilerek anket uygulaması yapılmıştır. Bu uygulama için ilk öncelikle diyaliz hastalarının bir araya gelip kendilerine ait kurdukları facebook gruplarına üye olundu. Daha sonrasında, Google formda hazırlanan anket formu ilgili facebook gruplarında yayınlanarak diyaliz hastaların çalışmaya katılması sağlandı. Bu uygulamayla, farklı şehirlerde yaşayan 38 diyaliz hastasına ulaşıldı.

Anket uygulaması, Ekim 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında; Ardahan, İstanbul, Kars, Kayseri, Manisa illerinde ikamet eden 571 diyaliz hastasıyla yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Diyaliz esnasında anket uygulaması yapılırken farklı illerde ikamet eden hastaların olduğu da fark edildi. Bu hastaların seyahat nedeniyle veya farklı nedenlerle o ile geldikleri ve bu sebepten ötürü orada misafir hasta olarak tedavi aldıkları gözlemlendi. Belirtilen beş il dışında ikamet edip anket uygulamasına yüze yüze ve sosyal paylaşım sitelerinde anket sorularını yanıtlayarak katılan hastaların ikamet illeri ise şu şekildedir: Adana, Afyon, Aydın, Amasya, Ankara, Antalya, Aydın, Bursa, Çorum, Edirne, Gaziantep, Isparta, Kırıkkale, Kahramanmaraş, Kocaeli, Kütahya, Niğde, Rize, Sakarya, Sinop, Sivas, Tekirdağ, Trabzon, Yozgat'tır. Bu

ikamet şehirleri, veri değerlendirmesinde yaşanan şehir adlı değişkenin diğer grubunda değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada analize başlanmadan önce yanlış veri girişi olup olmadığı kontrol edilerek yanlış veri girişleri giderildikten sonra veriler analize hazır hale getirilmiştir. Analiz türüne karar verilirken değişken türleri, normallik ve homojenlik varsayımları dikkate alınmıştır. Hem bağımlı hem de bağımsız değişkenin kategorik olduğu durumlarda ki-kare analizi kullanılmıştır. Ki-kare analizinde hücrelerde beklenen değer sayısı %20'nin altında olduğu durumlarda pearson ki-kare değeri, %20'den fazla olduğu durumlarda olabilirlik oranı raporlanmıştır. Bağımsız değişkenin iki düzeye sahip kategorik bir değişken olduğu ve bağımlı değişkenin sürekli olduğu durumlarda normal dağılım varsayımı sağlandı ise ilişkisiz örneklem t testi, sağlanmadığı durumlarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenin ikiden fazla kategoriye sahip olduğu ve bağımlı değişkenin sürekli olduğu durumlarda normal dağılım var ise varyans analizi (ANOVA) normal dağılım yok ise Kruskal Wallis H testi ile inceleme yapılmıştır. Varyans analizi sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın bağımsız değişkenin hangi düzeyleri arasında olduğunu belirlemek amacıyla varyansların homojen olduğu durumlarda Bonferroni ya da Fisher LSD testi, olmadığı durumlarda Dunnett C testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis H testi ile belirlenen anlamlı farklılıklarda ise bu farklılığın bağımsız değişkenin hangi düzeyleri arasında olduğunu belirleyebilmek için Bonferroni düzeltmesi dikkate alınarak Mann Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Yaş ve diyaliz yılına göre dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyetinin anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde iki bağımsız değişken olduğundan dolayı iki yönlü ANOVA kullanılmıştır. Dini başa çıkma tarzı puanları kontrol altına alındığında yaşam memnuniyetlerinin bağlanma tarzlarına göre farklılaşma durumunu incelemek için kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Olumsuz dini başa çıkma tarzı puanları normal dağılım göstermediği için kod değişkeni olarak sadece olumlu dini başa çıkma tarzları kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise ölçümlerin normal dağılım gösterdiği durumlar için Pearson korelasyon katsayısı, normal dağılım göstermediği durumlar için ise Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1.YETİŞKİNLİKTE BAĞLANMA İLE İLGİLİ BULGULAR

Diyaliz hastalarının yetişkin bağlanma tarzlarının; yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim durumu, diyaliz yılı, yaşanılan yer ve şehir, sosyoekonomik durum, hastalarının dindarlık algısı, diyaliz tedavisi sonrasında dindarlık boyutlarındaki değişim durumu ve duygu durumları, Allah’a bağlanma ve yaşam memnuniyetiyle olan ilişkisi analiz edildi. İlişki analizinde; frekans analizi ve Ki-kare testi kullanıldı ve sonuçlar tablolarda belirtildi.

3.1.1. Bağlanma Durumları

Diyaliz tedavisi alan bireylerde yakın ilişkilerde bağlanma durumlarını incelemek amacıyla frekans ve yüzde istatistikleri hesaplanmıştır. Sonuçlar Tablo 3.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Yakın ilişkilerde bağlanma durumlarının incelenmesi

Yetişkin Bağlanma Tarzları	N	%
Kaçınan	123	20,2
Kaygılı	26	4,3
Güvenli	460	75,5
Toplam	609	100,0

Tablo 3.1 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin çoğunluğu (n = 460; %75,5) güvenli bağlanma tarzına sahip olduğu görülmektedir. Diyaliz tedavisi alan bireylerin %20,2’si (n = 123) kaçınan ve %4,3’ü (n = 26) kaygılı bağlanma tarzına sahiptir. Genel olarak diyaliz tedavisi alan bireylerin güvenli bağlanma boyutunun kaçınan ve kaygılı bağlanma boyutuna göre daha fazla geliştiği söylenebilir. Bu durumda **H1** Diyaliz tedavisi alan bireylerde güvenli bağlanma tarzı, fazla gelişir hipotezi doğrulanmıştır.

3.1.2. Cinsiyet ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzları cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Yetişkin bağlanma tarzlarının cinsiyete göre incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Kadın	N	63	12	216	291
	%	51,2	46,2	47,0	47,8
Erkek	N	60	14	244	318
	%	48,8	53,8	53,0	52,2
Toplam	N	123	26	460	609
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=0,736$; sd = 2; p = 0,692

Tablo 3.2 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir değişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde cinsiyet fark etmeksizin yetişkin bağlanma tarzları benzerdir. Böylelikle **H2a** Kadınlar ile erkeklerin bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.1.3. Yaş ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzları yaşa göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.3'te sunulmuştur.

Tablo 3.3 Yetişkin bağlanma tarzlarının yaşa göre incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Yetişkinler	N	52	14	182	248
	%	43,3	53,8	39,6	40,7
Yaşlılar	N	71	12	278	361
	%	57,7	46,2	60,4	59,3
Toplam	N	123	26	460	609
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=2,233$; sd = 2; p = 0,327

Tablo 3.3 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşlarına göre yetişkin bağlanma tarzlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir değişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde yaş fark etmeksizin yetişkin bağlanma tarzları benzerdir. Böylece **H2b** Yetişkinler ile yaşlıların bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.1.4. Medeni Durum ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzları medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.4'te sunulmuştur.

Tablo 3.4. Yetişkin bağlanma tarzlarının medeni duruma göre incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Bekâr	N	7	3	30	40
	%	5,7	11,5	6,6	6,6
Evli	N	96	19	320	435
	%	78,0	73,1	69,9	71,7
Diğer	N	20	4	108	132
	%	16,3	15,4	23,6	21,7
Toplam	N	123	26	458	607
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=4,926$; sd = 4; p = 0,295

Tablo 3.4 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir deyişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde medeni durum fark etmeksizin yetişkin bağlanma tarzları benzerdir. Böylelikle **H2c** Bekârlar, evliler ve diğerlerinin bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.1.5. Eğitim Durumuna ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.5'te sunulmuştur.

Tablo 3.5 Yetişkin bağlanma tarzlarının eğitim durumuna göre incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Okuryazar değil	N	27	5	118	150
	%	22,0	19,2	25,7	24,6
İlkokul	N	57	13	222	292
	%	46,3	50,0	48,3	47,9
Ortaokul	N	12	2	41	55
	%	9,8	7,7	8,9	9,0
Lise	N	24	5	53	82
	%	19,5	19,2	11,5	13,5
Lisans ve üssü	N	3	1	26	30
	%	2,4	3,8	5,7	4,9
Toplam	N	123	26	460	609
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=8,461$; sd = 8; p = 0,390

Tablo 3.5 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir deyişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde eğitim durumu fark etmeksizin yetişkin bağlanma tarzları benzerdir. Bu durumda **H2d** Eğitim düzeyleri arasındaki bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.1.6. Diyaliz Yılı ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzları diyaliz yılına göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.6’da sunulmuştur.

Tablo 3.6. Yetişkin bağlanma tarzlarının diyaliz yılına göre incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
0-1 yıl	N	21	4	90	115
	%	17,1	15,4	19,6	18,9
2-5 yıl	N	56	13	178	247
	%	45,5	50,0	38,7	40,6
6-10 yıl	N	22	3	99	124
	%	17,9	11,5	21,5	20,4
11-15 yıl	N	16	4	51	71
	%	13,0	15,4	11,1	11,7
16 yıl ve üstü	N	8	2	42	52
	%	6,5	7,7	9,1	8,5
Toplam	N	123	26	460	609
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=5,315$; sd = 8; p = 0,723

Tablo 3.6 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarının diyaliz yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir değişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde diyaliz tedavisi alma süresi fark etmeksizin yetişkin bağlanma tarzları benzerdir. Bu durumda **H2e** Diyaliz yılları arasındaki bağlanma tarzları benzerlik gösterir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.1.7. Yaşadığı Yer ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzları yaşadığı yere göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.7’de sunulmuştur.

Tablo 3.7. Yetişkin bağlanma tarzlarının yaşadığı yere göre incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Köy-Kasaba	N	33	6	130	169
	%	26,8	23,1	28,3	27,8
İlçe	N	8	4	50	62
	%	6,5	15,4	10,9	10,2
Şehir Merkezi	N	19	2	71	92
	%	15,4	7,7	15,4	15,1
Büyükşehir Merkezi	N	63	14	209	286
	%	51,2	53,8	45,4	47,0
Toplam	N	123	26	460	609
	%	100	100	100	100

$$\chi^2=4,779; \text{sd} = 6; p = 0,573$$

Tablo 3.7 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarının yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir değişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde yaşadığı yer fark etmeksizin yetişkin bağlanma tarzları benzerdir. Böylelikle **H2f** Farklı yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.1.8. Yaşadığı Şehir ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzları yaşadığı şehre göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.8’de sunulmuştur.

Tablo 3.8. Yetişkin bağlanma tarzlarının yaşadığı şehre göre incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Kars-Ardahan	N	12	0	43	55
	%	9,8	0,0	9,3	9,0
İstanbul	N	23	2	99	124
	%	18,7	7,7	21,5	20,4
İzmir-Manisa	N	7	3	39	49
	%	5,7	11,5	8,5	8,0
Kayseri	N	75	16	241	332
	%	61,0	61,5	52,4	54,5
Diğer	N	6	5	38	49
	%	4,9	19,2	8,3	8,0
Toplam	N	123	26	460	609
	%	100	100	100	100

$\chi^2=13,501$; sd = 8; p = 0,096

Tablo 3.8 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarının yaşadığı şehre göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir deyişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde yaşadığı şehir fark etmeksizin yetişkin bağlanma tarzları benzerdir. Bu durumda **H2g** Farklı şehirlerde yaşayan bireylerin bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.1.9. Sosyoekonomik Durum ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzları sosyoekonomik durumuna göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.9’da sunulmuştur.

Tablo 3.9. Yetişkin bağlanma tarzlarının sosyoekonomik düzeyine göre incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
İhtiyaçlarımızı karşılamada sıkıntı çekiyoruz	N	22	9	52	83
	%	17,9	34,6	11,3	13,6
Sadece ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz	N	44	12	138	194
	%	35,8	46,2	30,0	31,9
Genel olarak ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz	N	47	4	236	287
	%	38,2	15,4	51,3	47,1
Dilediğimiz şeyleri alabiliyoruz	N	10	1	34	45
	%	8,1	3,8	7,4	7,4
Toplam	N	123	26	460	609
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=24,490$; sd = 6; p = 0,000

Tablo 3.9 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin sosyoekonomik durumuna göre yetişkin bağlanma tarzlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Sütun yüzdeleri incelendiğinde güvenli boyutunda genel olarak ihtiyaçlarımızı karşılayanların daha çok yer aldığı, kaygılı boyutunda ise daha çok ihtiyacını karşılamada sıkıntı çekenlerin ve sadece ihtiyacını karşılayanların yer aldıkları görülmektedir. Bu durumda **H2h** Yakın ilişkilerde güvenli bağlanan yetişkinlerin sosyoekonomik düzeyi yüksek iken kaygılı bağlanan yetişkinlerin sosyoekonomik düzeyi düşüktür, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.1.10. Dindarlık Algısı ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzları dindarlık algısına göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.10’da sunulmuştur.

Tablo 3.10. Yetişkin bağlanma tarzlarının dindarlık algısına göre incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Çok Dindar	N	3	0	11	14
	%	2,5	0,0	2,4	2,3
Dindar	N	105	19	418	542
	%	86,8	79,2	91,1	89,7
Dine ilgisi az	N	13	5	30	48
	%	10,7	20,8	6,5	7,9
Toplam	N	121	24	459	604
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=7,408$; sd = 4; p = 0,116

Tablo 3.10 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarının dindarlık algısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir deyişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde dindarlık algısı fark etmeksizin yetişkin bağlanma tarzları benzerdir. Bu durumda **H3** Yakın ilişkilerde güvenli, kaygılı ve kaçınan bağlanan yetişkinlerin dindarlık algıları birbiriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.1.11. Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumu ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzları diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterme

durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.11’de sunulmuştur.

Tablo 3.11. Yetişkin bağlanma tarzlarının diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Olumlu yönde değişim oldu	N	5	3	46	54
	%	4,1	12,0	10,0	8,9
Bir değişim olmadı	N	112	19	403	534
	%	92,6	76,0	87,6	88,1
Olumsuz yönde değişim oldu	N	4	3	11	18
	%	3,3	12,0	2,4	3,0
Toplam	N	121	25	460	606
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=9,891$; sd = 4; p = 0,042

Tablo 3.11 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre yetişkin bağlanma tarzlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Sütun yüzdeleri incelendiğinde tüm bağlanma tarzlarında diyalize başladıktan sonra dindarlık boyutlarında değişim olmadığı görülmektedir. Bu durumda **H4** Bağlanma tarzı fark etmeksizin diyaliz tedavisine başladıktan sonra diyaliz hastaları dindarlık durumlarında değişim yaşamazlar hipotezi doğrulanmış oldu.

3.1.12. Duygu Durumu ve Yetişkin Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin tanımladıkları duygu durumuna göre bağlanma stillerinin anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.12’de sunulmuştur.

Tablo 3.12. Duygu durumuna göre bağlanma stillerinin incelenmesi

		Yetişkin Bağlanma Tarzları			Topla
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Olumlu Duygular	N	39	3	271	313
	%	32,2	11,5	59,6	52,0
Olumsuz duygular	N	82	23	184	289
	%	67,8	88,5	40,4	48,0
Toplam	N	121	26	455	602
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=46,418$; sd = 2; p = 0,000

Tablo 3.12 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarının duygu durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir. Sütun yüzdeleri incelendiğinde olumlu duygulara sahip olanların daha çok güvenli bağlanma tarzına sahip olduğu olumsuz duygulara sahip olanların ise bağlanma tarzlarının kaçınan ve kaygılı olduğu belirlenmiştir. Böylece **H5** Yakın ilişkilerde güvenli bağlanan bireyler ile Allah’a güvenli bağlanan bireylerde olumlu duygular, kaçınan ve kaygılı bağlanan bireylerde ise olumsuz duygular daha fazla gelişir, hipotezi doğrulandı.

3.1.13. Yetişkin Bağlanma Tarzları ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerde yetişkin bağlanma tarzları ile Allah’a bağlanma tarzları arasındaki ilişki incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Beklenen değeri 5’in altında olan hücre sayısı %20’yi geçtiği için olabilirlik oranı ki-kare testi raporlanmıştır. Sonuçlar Tablo 3.13’te sunulmuştur.

Tablo 3.13. Yetişkin bağlanma tarzları ile Allah’a bağlanma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Allah’a Tarzları	Bağlanma	Yetişkin Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Kaçınan	N	8	1	8	17
	%	47,1	5,9	47,1	100,0
Kaygılı	N	23	6	28	57
	%	40,4	10,5	49,1	100,0
Güvenli	N	92	19	424	535
	%	17,2	3,6	79,3	100,0
Toplam	N	123	26	460	609
	%	20,2	4,3	75,5	100,0

$\chi^2=29,337$; si = 4; p = 0,000

Tablo 3.13 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarına göre Allah’a bağlanma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir. Satır yüzdeleri incelendiğinde yetişkinlere kaygılı ve kaçınan bağlananların Allah’a da kaygılı ve kaçınan bağlandığı, yetişkinlere güvenli bağlananların Allah’a da güvenli bağlandıkları yorumu yapılabilir. Böylelikle **H6** Yakın ilişkilerde güvenli bağlanan bireyler Allah’a güvenli, güvensiz bağlanan bireyler ise Allah’a güvensiz bağlanırlar, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.2.1. ALLAH'A BAĞLANMA TARZLARI İLE İLGİLİ BULGULAR

Diyaliz hastalarının Allah'a bağlanma tarzlarının; yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim durumu, diyaliz yılı, yaşanılan yer ve şehir, sosyoekonomik durum, hastalarının dindarlık algısı, diyaliz tedavisi sonrasında dindarlık boyutlarındaki değişim durumu ve duygu durumları, Allah'a bağlanma ve yaşam memnuniyetiyle olan ilişkisi analiz edildi. İlişki analizinde; frekans analizi ve Ki-kare testi kullanıldı ve sonuçlar tablolarda belirtildi.

3.2.1. Allah'a Bağlanma Durumları

Diyaliz tedavisi alan bireylerde Allah'a bağlılık durumlarını incelemek amacıyla frekans ve yüzde istatistikleri hesaplanmıştır. Sonuçlar Tablo 3.14'te sunulmuştur.

Tablo 3.14. Allah'a bağlanma durumlarının incelenmesi

Allah'a Bağlanma Tarzları	N	%
Kaçınan	17	2,8
Kaygılı	57	9,4
Güvenli	535	87,8
Toplam	609	100,0

Tablo 3.14 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin çoğunluğunun (n = 535; %87,8) güvenli bağlanma tarzına sahip olduğu görülmektedir. Diyaliz tedavisi alan bireylerin %2,8'si (n = 17) kaçınan ve %9,4'ü (n = 57) kaygılı bağlanma tarzına sahiptir. Genel olarak diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah'a güvenli bağlanma boyutunun kaçınan ve kaygılı bağlanma boyutuna göre daha fazla geliştiği söylenebilir. Bu durumda **H7** Diyaliz tedavisi alan bireylerde Allah'a güvenli bağlanma tarzı daha fazla gelişir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.2.2. Cinsiyet ve Allah'a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah'a bağlanma tarzları cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.15'te sunulmuştur.

Tablo 3.15. Allah’a bağlanma tarzlarının cinsiyete göre incelenmesi

		Allah’a Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Kadın	N	5	24	262	291
	%	29,4	42,1	49,0	47,8
Erkek	N	12	33	273	318
	%	70,6	57,9	51,0	52,2
Toplam	N	17	57	535	609
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=3,339$; sd = 2; p = 0,188

Tablo 3.15 incelendiğinde Allah’a bağlanma tarzlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir deyişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde cinsiyet fark etmeksizin Allah’a bağlanma tarzları benzerdir. Bu durumda **H8a** Kadınlar ile erkeklerin Allah’a bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.2.3. Yaş ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları yaşa göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.16’da sunulmuştur.

Tablo 3.16. Allah’a bağlanma tarzlarının yaşa göre incelenmesi

		Allah’a Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Yetişkinler	N	10	31	207	248
	%	58,8	54,4	38,7	40,7
Yaşlılar	N	7	26	328	361
	%	41,2	45,6	61,3	59,3
Toplam	N	17	57	535	609
	%	100	100	100	100,0

$\chi^2=7,630$; sd = 2; p = 0,007

Tablo 3.16 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşlarına göre Allah’a bağlanma tarzlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Satır yüzdeleri incelendiğinde, yaşlılarda daha fazla Allah’a güvenli bağlanma, yetişkinlerde ise daha fazla kaçınan ve kaygılı bağlanma geliştiği tespit edilmiştir. Yaşlılarda güvenli bağlanmadan sonra fazla gelişen bağlanma tarzı kaygılı bağlanmadır. Bu durumda **H8b** Yaşlılarda daha fazla Allah’a güvenli bağlanma tarzı, yetişkinlerde ise daha fazla kaygılı ve kaçınan bağlanma tarzları gelişir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.2.4. Medeni Durum ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.17’de sunulmuştur.

Tablo 3.17. Allah’a bağlanma tarzlarının medeni duruma göre incelenmesi

		Allah’a Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Bekâr	N	3	11	26	40
	%	17,6	19,3	4,9	6,6
Evli	N	12	38	385	435
	%	70,6	66,7	72,2	71,7
Diğer	N	2	8	122	132
	%	11,8	14,0	22,9	21,7
Toplam	N	17	57	533	607
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=17,175$; sd = 4; p = 0,002

Tablo 3.17 incelendiğinde Allah’a bağlanma tarzlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Satır yüzdeleri incelendiğinde, evli olan hastaların Allah’a güvenli ve kaçınan, bekâr olan hastaların kaygılı ve kaçınan, diğer hastaların ise daha çok güvenli ve kaygılı bağlandıkları, tespit edilmiştir. Evli ve diğerlerin daha çok güvenli, bekârların ise daha çok kaygılı olarak bağlandığı görülmektedir. Bu durumda **H8c** Bekârlar, evli ve diğer diyaliz hastalarına göre Allah’a daha fazla güvenli bağlanırlar, hipotezi doğrulanmadı.

3.2.5. Eğitim Durumu ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.18’de sunulmuştur.

Tablo 3.18. Allah’a bağlanma tarzlarının eğitim durumuna göre incelenmesi

		Allah’a Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Okuryazar değil	N	1	11	138	150
	%	5,9	19,3	25,8	24,6
İlkokul	N	7	19	266	292
	%	41,2	33,3	49,7	47,9
Ortaokul	N	2	10	43	55
	%	11,8	17,5	8,0	9,0
Lise	N	7	13	62	82
	%	41,2	22,8	11,6	13,5
Lisans ve üssü	N	0	4	26	30
	%	0,0	7,0	4,9	4,9
Toplam	N	17	57	535	609
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=25,059$; sd = 8; p = 0,002

Tablo 3.18 incelendiğinde Allah’a bağlanma tarzlarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). İlkokuldan, lisans ve üstüne doğru güvenli bağlanma sütun yüzdesi incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça güvenli bağlanma düzeyinin düştüğü görülür. Genel olarak sütun yüzdeleri incelendiğinde, ilkokul mezunlarının Allah’a daha çok güvenli bağlandıkları, lise mezunlarının ise daha çok kaçınan bağlandığı görülmektedir. Böylelikle **H8d** Eğitim seviyesi artıkça Allah’a güvenli bağlanma azalır, hipotezi kısmen doğrulanmış oldu.

3.2.6. Diyaliz Yılı ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları diyaliz yılına göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.19’da sunulmuştur.

Tablo 3.19. Allah’a bağlanma tarzlarının diyaliz yılına göre incelenmesi

		Allah’a Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
0-1 yıl	N	3	13	99	115
	%	17,6	22,8	18,5	18,9
2-5 yıl	N	9	27	211	247
	%	52,9	47,4	39,4	40,6
6-10 yıl	N	2	8	114	124
	%	11,8	14,0	21,3	20,4
11-15 yıl	N	1	5	65	71
	%	5,9	8,8	12,1	11,7
16 yıl ve üstü	N	2	4	46	52
	%	11,8	7,0	8,6	8,5
Toplam	N	17	57	535	609
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=5,583$; sd = 8; p = 0,694

Tablo 3.19 incelendiğinde Allah’a bağlanma tarzlarının diyaliz tedavisi alma süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir deyişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde diyaliz tedavisi alma süresi fark etmeksizin Allah’a bağlanma tarzları benzerdir. Böylelikle **H8e** Diyaliz tedavi yılları farklı olan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.2.7. Yaşadığı Yer ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları yaşadığı yere göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.20’de sunulmuştur.

Tablo 3.20. Allah’a bağlanma tarzlarının yaşadığı yere göre incelenmesi

		Allah’a Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Köy-Kasaba	N	5	17	147	169
	%	29,4	29,8	27,5	27,8
İlçe	N	1	6	55	62
	%	5,9	10,5	10,3	10,2
Şehir Merkezi	N	2	12	78	92
	%	11,8	21,1	14,6	15,1
Büyükşehir Merkezi	N	9	22	255	286
	%	52,9	38,6	47,7	47,0
Toplam	N	17	57	535	609
	%	100	100	100	100,0

$\chi^2=3,033$; sd = 6; p = 0,805

Tablo 3.20 incelendiğinde Allah’a bağlanma tarzlarının yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir deyişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde yaşadığı yer fark etmeksizin Allah’a bağlanma tarzları benzerdir. Böylelikle **H8f** Farklı yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.2.8. Yaşadığı Şehir ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları yaşadığı şehre göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.21’de sunulmuştur.

Tablo 21. Allah’a bağlanma tarzlarının yaşadığı şehre göre incelenmesi

		Allah’a Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Kars-Ardahan	N	3	6	46	55
	%	17,6	15,8	8,6	9,0
İstanbul	N	3	9	112	124
	%	17,6	15,8	20,9	20,4
İzmir-Manisa	N	1	9	39	49
	%	5,9	15,8	7,3	8,0
Kayseri	N	8	25	299	332
	%	47,1	43,9	55,9	54,5
Diğer	N	2	8	39	49
	%	11,8	14,0	7,3	8,0
Toplam	N	17	57	535	609
	%	100	100	100	100,0
$\chi^2=9,405$; sd = 8; p = 0,052					

Tablo 3.21 incelendiğinde Allah’a bağlanma tarzlarının yaşadığı şehre göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir deyişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde yaşadığı şehir fark etmeksizin Allah’a bağlanma tarzları benzerdir. Bu durumda **H8g** Farklı şehirlerde yaşayan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.2.9. Sosyoekonomik Durum ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları sosyoekonomik durumuna göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.22’de sunulmuştur.

Tablo 3.22. Allah’a bağlanma tarzlarının sosyoekonomik durumuna göre incelenmesi

			Allah’a Bağlanma Tarzları			Toplam
				Kaçınan	Kaygılı	Güvenli
İhtiyaçlarımızı karşılamada sıkıntı çekiyoruz		N	1	8	74	83
		%	5,9	14,0	13,8	13,6
Sadece ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz		N	6	23	165	194
		%	35,3	40,4	30,8	31,9
Genel olarak ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz		N	8	19	260	287
		%	47,1	33,3	48,6	47,1
Dilediğimiz şeyleri alabiliyoruz		N	2	7	36	45
		%	11,8	12,3	6,7	7,4
Toplam		N	17	57	535	609
		%	100,0	100,0	100,0	100,0

$$\chi^2=7,445; \text{sd} = 6; p = 0,282$$

Tablo 3.22 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin sosyoekonomik durumuna göre Allah’a bağlanma tarzlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Diğer bir değişle, diyaliz tedavisi alan bireylerde diyaliz sosyoekonomik durumu fark etmeksizin Allah’a bağlanma tarzları benzerdir. Bu durumda **H8h** Farklı sosyoekonomik duruma sahip bireylerin Allah’a bağlanma tarzları arasında farklılık yoktur hipotezi doğrulanmış oldu.

3.2.10. Dindarlık Algısı ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerde yetişkin bağlanma tarzları ile Allah’a bağlanma tarzları arasındaki ilişki incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Beklenen değeri 5’in altında olan hücre sayısı %20’yi geçtiği için olabilirlik oranı ki-kare testi raporlanmıştır. Sonuçlar Tablo 3.23’te sunulmuştur.

Tablo 3.23. Allah’a bağlanma tarzlarının dindarlık algısına göre incelenmesi

		Allah’a Bağlanma Tarzları		Toplam
		Güvensiz	Güvenli	
Çok Dindar	N	0	14	14
	%	0,0	100,0	100,0
Dindar	N	51	491	542
	%	9,4	90,6	100,0
Dine ilgisi az	N	23	25	48
	%	47,9	52,1	100,0
Toplam	N	74	530	604
	%	12,3	87,7	100,0

$$\chi^2=62,820; \text{sd} = 2; p = 0,000$$

Tablo 3.23 incelendiğinde Allah’a bağlanma tarzlarının dindarlık algısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Satır yüzdeleri incelendiğinde dini yaşantı durumunu dindar ve çok dindar olarak tanımlayan bireylerin daha çok Allah’a güvenli bağlandığı görülürken, dini ilgisi az olan diyaliz hastalarında ise Allah’a daha fazla güvensiz bağlandıkları görülmüştür. Böylelikle **H9** Dindar olan bireyler Allah’a daha fazla güvenli, dine ilgisi az olanlar ise Allah’a daha fazla güvensiz bağlanırlar, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.2.11. Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumu ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah’a bağlanma tarzları diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.24’de sunulmuştur.

Tablo 3.24. Allah’a bağlanma tarzları diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre incelenmesi

		Allah’a Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Olumlu yönde değişim oldu	N	1	2	51	54
	%	5,9	3,5	9,6	8,9
Bir değişim olmadı	N	13	51	470	534
	%	76,5	89,5	88,3	88,1
Olumsuz yönde değişim oldu	N	3	4	11	18
	%	17,6	7,0	2,1	3,0
Toplam	N	17	57	532	606
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$$\chi^2=12,785; \text{sd} = 4; p = 0,012$$

Tablo 3.24 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre Allah’a bağlanma tarzlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Satır yüzdeleri incelendiğinde, genel olarak Allah’a güvenli bağlananların diyaliz tedavisine başladıktan sonra dindarlık boyutlarında olumlu yönde değişim yaşadığı ya da bir değişim yaşamadığı, Allah’a kaçınan ve kaygılı bağlananların ise diyaliz tedavisine başladıktan sonra dindarlık boyutlarında olumsuz yönde değişim yaşadığı ya da değişim yaşamadığı görülmüştür. Bu durumda **H10** Diyaliz tedavisine başladıktan

sonra Allah’a güvenli bağlanan bireyler dini inancında daha fazla olumlu bir değişim yaşıırken güvensiz bağlananlar dini inancında daha fazla olumsuz değişim yaşırlar, hipotezi kısmen doğrulanmış oldu.

3.2.12. Duygu Durumu ve Allah’a Bağlanma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin tanımladıkları duygu durumuna göre bağlanma stillerinin anlamlı farklılık gösterme durumunun incelenmesinde değişkenler kategorik olduğundan ki kare analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.25’te sunulmuştur.

Tablo 3.25. Duygu durumuna göre Allah’a bağlanma tarzlarının incelenmesi

		Allah’a Bağlanma Tarzları			Toplam
		Kaçınan	Kaygılı	Güvenli	
Olumlu Duygular	N	4	16	293	313
	%	23,5	28,6	55,4	52,0
Olumsuz duygular	N	13	40	236	289
	%	76,5	71,4	44,6	48,0
Toplam	N	17	56	529	602
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=20,268$; sd = 2; p = 0,000

Tablo 3.25 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarının duygu durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p<0,05) görülmektedir. Sütun yüzdeleri incelendiğinde olumlu duygulara sahip olanların daha çok güvenli bağlanma tarzına sahip olduğu olumsuz duygulara sahip olanların ise bağlanma tarzlarının kaçınan ve kaygılı olduğu belirlenmiştir. Böylelikle **H11** Allah’a güvenli bağlanan bireylerde olumlu duygular daha fazla, kaçınan ve kaygılı bağlanan bireylerde ise olumsuz duygular daha fazla gelişir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.3. DİNİ BAŞA ÇIKMA İLE İLGİLİ BULGULAR

Diyaliz hastalarının dini başa çıkma tarzları ile yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim durumu, diyaliz yılı ve sosyoekonomik durumla olan ilişkilerinin incelenmesinin yanında bağlanma tarzları ile hastalarının dindarlık algısı, diyaliz tedavisi sonrasında dindarlık boyutlarındaki değişim durumu ve duygu durumlarının ilişkileri incelendi. İlişki analizinde; betimsel istatistikler, ANOVA (tek yönlü ya da iki yönlü) ya da t testi, Kruskal Wallis ya da Mann Whitney U testleri kullanıldı. Ayrıca kovaryans (ANCOVA) analizi yapıldı ve sonuçlar tablolarda belirtildi.

3.3.1. Dini Başa Çıkma Tarzlarının Kullanma Düzeyleri

Diyaliz tedavisi alan bireylerin hangi olumlu dini başa çıkma tarzlarını daha çok kullandıklarını belirlemek için betimsel istatistikler hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 3.26’da sunulmuştur.

Tablo 3.26. Olumlu dini başa çıkma tarzlarını kullanma düzeyleri

	$\bar{X}$	ss	Minimum	Maksimum
Olumlu dini başa çıkma	21,67	3,90	7	28
Olumsuz dini başa çıkma	8,68	2,05	7	19

Tablo 3.26 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin olumsuz dini başa çıkma tarzlarının 7 ile 28 puan arası değiştiği ve ortalamasının 21,67 olduğu görülmektedir. Olumsuz dini başa çıkma tarzları için ise diyaliz tedavisi alan bireylerin puanları 7 ile 19 arasında değiştiği ve ortalaması 8,68 olarak belirlenmiştir. Her iki ölçekte de madde sayısının aynı olması ve alınabilecek en yüksek ve düşük puanların aynı aralıkta olması dikkate alındığında ham puanlar üzerinden kıyaslama yapılabilir. Ortalamalar incelendiğinde olumlu dini başa çıkma puanlarının olumsuz dini başa çıkma puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre diyaliz tedavisi alan bireylerin olumlu dini başa çıkma tarzlarını olumsuz dini başa çıkma tarzlarına göre daha çok kullandığı söylenebilir. Böylelikle **H12** Diyaliz tedavisi alan bireyler olumlu dini başa çıkma tarzlarını olumsuz dini başa çıkma tarzlarına göre daha fazla kullanırlar hipotezi doğrulanmış oldu.

3.3.2. Cinsiyet ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklem t testi, olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.27’de sunulmuştur.

Tablo 3.27. Dini başa çıkma tarzlarının cinsiyete göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	t	p
Olumlu dini başa çıkma	Kadın	291	22,21	3,47	600,929	3,242*	0,001
	Erkek	318	21,19	4,20			
		N	$\bar{X}$	ss	Sıra Ortalaması	Z	p
Olumsuz dini başa çıkma	Kadın	291	8,64	2,04	299,82	0,722	0,470
	Erkek	318	8,71	2,06	309,74		

*p<0,05

Tablo 3.27 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin cinsiyete göre olumlu dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülürken, olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Anlamlı farklılık tespit edilen olumlu dini başa çıkma tarzları için ortalamalar incelendiğinde kadınların ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre, kadınların olumlu dini başa çıkma etkinliklerini erkeklere göre daha fazla kullandıkları söylenebilir. Böylelikle **H13a** Kadınlar erkeklere göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullanırlar, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.3.3. Yaş ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzları yaşa göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklem t testi, olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.28’de sunulmuştur.

Tablo 3.28. Dini başa çıkma tarzlarının yaşa göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	t	p
Olumlu dini başa çıkma	Yetişkinler	248	21,48	4,24	477,629	0,975	0,330
	Yaşlılar	361	21,81	3,65			
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Olumsuz dini başa çıkma	Yetişkinler	248	8,81	312,43	77482,00	0,897	0,370
	Yaşlılar	361	8,58	299,90	108263,00		

*p<0,05

Tablo 3.28 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşa göre hem olumlu dini başa çıkma tarzları hem de olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir. Diğer bir deyişle diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşı fark etmeksizin dini başa çıkma etkinliklerini kullanma durumları benzerdir. Bu durumda **H13b** Yaşlılar ve yetişkinlerin sorunlarla başa çıkmada kullandıkları dini başa çıkma etkinlikleri benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.3.4. Medeni Durum ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzları medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA), olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.29’da sunulmuştur.

Tablo 3.29. Dini başa çıkma tarzlarının medeni duruma göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu dini başa çıkma	Bekâr	40	19,73	4,56	(2, 604)	5,512*	0,004	1-2/1-3
	Evli	435	21,78	3,90				
	Diğer	132	21,93	3,55				
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	
Olumsuz dini başa çıkma	Bekâr	40	9,23	330,96	2	1,270	0,530	-
	Evli	435	8,65	303,74				
	Diğer	132	8,64	296,69				

*p<0,05

Tablo 3.29 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin medeni durumuna göre olumlu dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülürken, olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Anlamlı farklılık tespit edilen olumlu

dini başa çıkma tarzları için medeni durumun hangi düzeylerinde olduğunu belirleyebilmek amacıyla ölçümleri varyansların homojenliği varsayımını sağladığından posthoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın bekâr bireyler ile evli ve diğerleri arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde bekâr bireylerin olumlu dini başa çıkmaksiko tarzından aldıkları puanların evli ve diğerlerinden daha düşük olduğu görülmektedir. Buna göre, bekâr bireylerin olumlu dini başa çıkma tarzlarını evli ve diğerlerine göre daha az kullandıkları görülmektedir. Böylelikle **H13c** Evliler bekârlara göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullanırlar, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.3.5. Eğitim Durumu ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA), olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.30’da sunulmuştur.

Tablo 32. Dini başa çıkma tarzlarının eğitim durumuna göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu dini başa çıkma	Okuryazar değil	150	22,06	3,02	(4, 604)	2,841*	0,021	2-4
	İlkokul	292	21,95	3,75				
	Ortaokul	55	21,18	4,53				
	Lise	82	20,57	4,77				
	Lisans ve üssü	30	21,00	4,81				
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	
Olumsuz dini başa çıkma	Okuryazar değil	150	8,61	302,65	4	11,677*	0,020	2-4
	İlkokul	292	8,46	290,66				
	Ortaokul	55	8,82	315,40				
	Lise	82	9,52	360,82				
	Lisans ve üssü	30	8,57	2484,70				

*p<0,05

Tablo 3.30 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin eğitim durumuna göre hem olumlu dini başa çıkma tarzlarının hem de olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p<0,05) görülmektedir.

Tespit edilen anlamlı farklılığın hangi eğitim düzeyleri arasında olduğunu tespit etmek amacıyla ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda hem olumlu dini başa çıkma tarzında hem de olumsuz dini başa çıkma tarzında bu farklılığın ilkökul ve lise mezunu olan bireyler arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde ilkökul mezunu bireylerin olumlu dini başa çıkma tarzları puanlarının lise mezunu olanlardan yüksek olduğu görülürken olumsuz dini başa çıkma puanlarının lise mezunu olanlardan daha düşük olduğu görülmektedir. Buna göre, ilkökul mezunu bireylerin olumlu dini başa çıkma etkinliklerini lise mezunlarına göre daha çok kullandığı; olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini lise mezunlarına göre daha az kullandıkları söylenebilir. Bu durumda **H13d** Eğitim düzeyi arttıkça olumlu dini başa çıkma etkinlikleri daha az, olumsuz dini başa çıkma etkinlikleri ise daha fazla kullanılır, hipotezi kısmen doğrulanmış oldu.

3.3.6. Diyaliz Yılı ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzları diyaliz yılına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA), olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.31’de sunulmuştur.

Tablo 33. Dini başa çıkma tarzlarının diyaliz yılına süreye göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu dini başa çıkma	0-1 yıl	115	21,24	4,12	(4, 604)	3,146*	0,014	2-5
	2-5 yıl	247	21,23	4,00				
	6-10 yıl	124	22,21	3,52				
	11-15 yıl	71	22,15	3,80				
	16 yıl ve üstü	52	22,81	3,55				
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	
Olumsuz dini başa çıkma	0-1 yıl	115	8,75	311,30	4	3,598	0,463	-
	2-5 yıl	247	8,79	316,01				
	6-10 yıl	124	8,56	295,67				
	11-15 yıl	71	8,41	276,85				
	16 yıl ve üstü	52	8,65	299,49				

*p<0,05

Tablo 3.31 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin diyaliz yılına göre olumlu dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği

($p<0,05$) görülürken, olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Anlamlı farklılık tespit edilen olumlu dini başa çıkma tarzları için diyaliz yılının hangi düzeylerinde olduğunu belirleyebilmek amacıyla post-hoc testlerinden Benforoni testi kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın diyaliz tedavisi süresi 2-5 yıl olanlar ile 16 yıl ve üstü olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde diyaliz tedavi süresi 16 yıl ve üstü olanlar 2-5 yıl olanlardan olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullandığı söylenebilir. Bu durumda **H13e** Diyaliz tedavi alma süresi artıkça olumlu dini başa çıkma etkinliklerinin kullanımı artar, hipotezi kısmen doğrulandığı görülür.

3.3.7. Yaşadığı Yer ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzları yaşadığı yere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA), olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.32’de sunulmuştur.

Tablo 3.32. Dini başa çıkma tarzlarının yaşadığı yere göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu dini başa çıkma	Köy-Kasaba	169	21,44	3,50	(3, 605)	2,030	0,109	-
	İlçe	62	21,08	3,53				
	Şehir Merkezi	92	21,26	4,31				
	Büyükşehir Merkezi	286	22,07	4,03				
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	
Olumsuz dini başa çıkma	Köy-Kasaba	169	8,80	320,84	3	9,291*	0,026	-
	İlçe	62	8,74	287,08				
	Şehir Merkezi	92	9,02	341,16				
	Büyükşehir Merkezi	286	8,48	287,89				

* $p<0,05$

Tablo 3.32 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadığı yere göre olumlu ve olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir. Diğer bir deyişle diyaliz tedavisi alan bireylerin

yaşadığı yer fark etmeksizin dini başa çıkma etkinlerini kullanma durumları benzerdir. Böylelikle **H13f** Yaşanılan yer fark etmeksizin bireylerin dini başa çıkma etkinlerini kullanma durumları benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.3.8. Yaşadığı Şehir ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzları yaşadığı şehre göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA), olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.33'te sunulmuştur.

Tablo 3.33. Dini başa çıkma tarzlarının yaşadığı şehre göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu dini başa çıkma	Kars-Ardahan	55	20,84	3,77	(4, 604)	3,787	0,005*	İzmir-Manisa< Kayseri
	İstanbul	124	21,30	4,03				
	İzmir-Manisa	49	20,24	4,60				
	Kayseri	332	22,10	3,50				
	Diğer	49	22,14	4,94				
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	
Olumsuz dini başa çıkma	Kars-Ardahan	55	8,93	335,86	4	14,949*	0,005*	Kayseri< İzmir-Manisa İstanbul < İzmir-Manisa
	İstanbul	124	8,49	286,40				
	İzmir-Manisa	49	9,35	371,89				
	Kayseri	332	8,52	291,92				
	Diğer	49	9,24	339,17				

*p<0,05

Tablo 3.33 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadığı şehre göre olumlu ve olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p<0,05) görülmektedir. Anlamlı farklılık tespit edilen olumlu dini başa çıkma boyutu için farklılığın hangi şehirler arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testlerinden Benforoni testi kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda farklılığın İzmir-Manisa'da yaşayan diyaliz hastaları ile Kayseri'de yaşayan hastalar arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde İzmir-Manisa'da yaşayan diyaliz hastalarının olumlu dini başa çıkma tarzları Kayseri'de yaşayan diyaliz hastalarının olumlu dini başa çıkma tarzlarından daha düşüktür. Anlamlı farklılık tespit edilen olumsuz dini karşılaştırma tarzları için anlamlı farklılığın

hangi şehirler arasında olduğunu belirlemek için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. İkili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen farklılığın İzmir-Manisa’da yaşayan diyaliz hastaları ile İstanbul ve Kayseri’de yaşayan hastalar arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde İzmir-Manisa’da yaşayan diyaliz hastalarının olumsuz dini başa çıkma tarzları İstanbul ve Kayseri’de yaşayan diyaliz hastalarının olumsuz dini başa çıkma tarzlarından daha yüksektir. Bu durumda **H13g** Farklı şehirlerde yaşayan bireyler, sorunlarla başa çıkmada farklı dini başa çıkma etkinliklerini kullanırlar, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.3.9. Sosyoekonomik Durum ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzları sosyoekonomik durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA), olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.34’de sunulmuştur.

Tablo 3.34. Dini başa çıkma tarzlarının sosyoekonomik duruma göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu dini başa çıkma	İhtiyaçlarımızı karşılamada sıkıntı çekiyoruz	83	22,25	3,32	(3, 605)	1,884	0,131	-
	Sadece ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz	194	21,17	4,05				
	Genel olarak ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz	287	21,80	3,96				
	Dilediğimiz şeyleri alabiliyoruz	45	21,96	3,73				
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	
Olumsuz dini başa çıkma	İhtiyaçlarımızı karşılamada sıkıntı çekiyoruz	83	9,04	337,07	3	13,718	0,003	1-3/2-3
	Sadece ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz	194	8,93	330,84				
	Genel olarak ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz	287	8,43	281,19				
	Dilediğimiz şeyleri alabiliyoruz	45	8,51	286,30				
*p<0,05								

Tablo 3.34 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin sosyoekonomik durumuna göre olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülürken, olumlu dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Anlamlı farklılık tespit edilen olumsuz dini başa çıkma tarzları için sosyoekonomik durumu hangi düzeylerinde olduğunu belirleyebilmek amacıyla ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Sonuç olarak, tespit edilen anlamlı farklılığının sosyoekonomik düzeyi genel olarak ihtiyaçlarımızı karşılıyor diyenler ile ihtiyaçlarımızı karşılamada sıkıntı çekiyoruz ve sadece ihtiyaçlarımızı karşılıyor diyenler arasında olduğu tespit edilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde genel olarak ihtiyaçlarımızı karşılıyor diyenlerin olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullandıkları görülmektedir. Böylelikle **H13h** Sosyoekonomik düzeyi iyi olanlar olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullanırlar hipotezi doğrulanmış oldu.

3.3.10. Dindarlık Algısı ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzları dindarlık algısına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA), olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.35'te sunulmuştur.

Tablo 3.35. Dini başa çıkma tarzlarının dindarlık algısına göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu dini başa çıkma	Çok Dindar	14	24,64	2,41	(2, 601)	55,183*	0,000	1-2/1-3/2-3
	Dindar	542	22,05	3,53				
	Dine ilgisi az	48	16,63	4,45				
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	
Olumsuz dini başa çıkma	Çok Dindar	14	7,79	281,18	2	20,600*	0,000	1-3/2-3
	Dindar	542	8,56	295,46				
	Dine ilgisi az	48	10,29	402,79				

* $p<0,05$

Tablo 3.35 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin dindarlık algısına göre hem olumlu dini başa çıkma tarzlarının hem de olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir.

Tespit edilen anlamlı farklılığın hangi dini yaşantı durumları arasında olduğunu tespit etmek amacıyla ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın olumlu dini başa çıkma tarzları puanlarında çok dindar ile dindar, çok dindar ile dine ilgisi az ve dindar ile dine ilgisi az olanlar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde çok dindar olanların daha çok olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullandıkları dine ilgisi az olanların ise daha az olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullandıkları görülmektedir. Olumsuz dini başa çıkma tekniklikleri puanlarında ise tespit edilen anlamlı farklılığın çok dindar ile dindar, çok dindar ile dine ilgisi az olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde çok dindar olanların olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az, dine ilgisi az olanların ise daha çok olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullandıkları görülmektedir. Böylelikle **H14-** Olumlu dini başa çıkma etkinliklerini dindar olan bireyler daha fazla, dine ilgisi az olan bireyler ise daha az kullanırlar, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.3.11. Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumu ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzları diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA), olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.36'da sunulmuştur.

Tablo 3.36. Dini başa çıkma tarzlarının diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu dini başa çıkma	Olumlu yönde değişim oldu	54	23,76	3,20	(2, 603)	11,136*	0,000	1-2/1-3
	Bir değişim olmadı	534	21,54	3,84				
	Olumsuz yönde değişim oldu	18	19,50	5,47				
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	
Olumsuz dini başa çıkma	Olumlu yönde değişim oldu	54	8,52	290,16	2	12,969*	0,002	1-3/2-3
	Bir değişim olmadı	534	8,60	300,13				
	Olumsuz yönde değişim oldu	18	11,11	443,36				

*p<0,05

Tablo 36 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre hem olumlu dini başa çıkma tarzlarının hem de olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir. Tespit edilen anlamlı farklılığın hangi diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumları arasında olduğunu tespit etmek amacıyla ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın olumlu dini başa çıkma tarzları puanlarında olumlu yönde değişim olanlar ile bir değişim olmayan ve olumsuz yönde değişim olanlar arasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde olumlu yönde değişim olanların daha çok olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullandıkları olumsuz yönde değişim olanların ise daha az olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullandıkları görülmektedir. Olumsuz dini başa çıkma tekniklikleri puanlarında ise tespit edilen anlamlı farklılığın olumlu yönde değişim olanlar ve bir değişim olmayanlar ile olumsuz yönde değişim olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde olumlu yönde değişim olanların olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az, olumsuz yönde değişim olanların ise daha çok olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullandıkları görülmektedir. Böylelikle **H15-** Diyaliz tedavisine başladıktan dindarlık durumunda olumlu yönde değişim yaşayan

bireyler olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla, dindarlık boyutlarında olumsuz yönde değişim yaşayanlar ise olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullanırlar, hipotezi doğrulandı.

3.3.12. Duygu Durumu ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzları diyalize başladıktan sonra duygu durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için ilişkisiz örneklem t testi, olumsuz dini başa çıkma tarzları normal dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.37’de sunulmuştur.

Tablo 3.37. Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma tarzlarının duygu durumuna göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	t	p
Olumlu dini başa çıkma	Olumlu duygular	313	22,69	3,48	571,109	6,869*	0,000
	Olumsuz duygular	289	20,57	4,04			
		N	$\bar{X}$	ss	Sıra Ortalaması	Z	p
Olumsuz dini başa çıkma	Olumlu duygular	313	8,16	1,73	252,23	7,513	0,000
	Olumsuz duygular	289	9,25	2,20	354,86		

*p<0,05

Tablo 3.37 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin duygu durumuna göre hem olumlu dini başa çıkma tarzlarının hem de olumsuz dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde olumlu duygulara sahip olanların daha çok olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullandıkları, olumsuz duygulara sahip olanların ise daha çok olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullandıkları görülmektedir. Bu durumda **H16-** Olumlu duygulara sahip olan bireyler olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla, olumsuz duygulara sahip olan bireyler ise olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullanırlar, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.3.13. Allah’a Bağlanma Tarzları ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah’a bağlanma tarzlarına göre dini başa çıkma etkinliklerini kullanma durumlarını incelemek amacıyla normal dağılım varsayımı incelenmiştir. Allah’a bağlama tarzları düzeylerinde olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA), olumsuz dini başa çıkma ölçeği ölçümleri normal dağılım göstermediği için Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.38’de sunulmuştur.

Tablo 3.38. Diyaliz tedavisi alan bireylerin Allah’a bağlanma tarzlarına göre dini başa çıkma etkinliklerini kullanma durumlarının incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu dini başa çıkma	Kaçınan	17	17,47	6,37	(2, 606)	57,656*	0,000	1-3/2-3
	Kaygılı	57	17,49	4,04				
	Güvenli	535	22,25	3,41				
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	sd	χ^2		Anlamlı Fark
Olumsuz dini başa çıkma	Kaçınan	17	11,12	417,18	2	48,568*	0,000	1-3/2-3
	Kaygılı	57	10,39	438,11				
	Güvenli	535	8,42	287,25				

*p<0,05

Tablo 3.38 incelendiğinde Allah’a bağlanma tarzlarına göre olumlu ve olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Olumlu dini başa çıkma tarzı için bulunan anlamlı farklılığın hangi Allah’a bağlanma tarzları arasında olduğunu belirleyebilmek amacıyla ölçümleri varyansların homojenliği varsayımını sağlamadığından posthoc testlerinden Dunnett C testi kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın Allah’a kaçınan ve güvenli bağlananlar; kaygılı ve güvenli bağlananlar arasında olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Allah’a güvenli bağlananların olumlu dini başa çıkma puanlarının kaçınan ve kaygılı bağlananlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre diyaliz tedavisi alan bireylerden Allah’a güvenli bağlananların kaçınan ve kaygılı bağlananlara göre olumlu dini başa çıkma yöntemlerini daha çok kullandıkları söylenebilir. Olumsuz dini başa çıkma tarzı için bulunan anlamlı farklılığın hangi Allah’a bağlanma tarzları arasında olduğunu belirleyebilmek için Benforoni düzeltmesi dikkate alınarak Mann Whitney

U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın Allah'a kaçınan ve güvenli bağlananlar; kaygılı ve güvenli bağlananlar arasında olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde Allah'a güvenli bağlananların olumsuz dini başa çıkma puanlarının kaçınan ve kaygılı bağlananlardan daha düşük olduğu görülmektedir. Buna göre diyaliz tedavisi alan bireylerden Allah'a güvenli bağlananların kaçınan ve kaygılı bağlananlara göre olumsuz dini başa çıkma yöntemlerini daha az kullandıkları söylenebilir. Böylece **H17-** Allah'a güvenli bağlananlar, kaygılı ve kaçınan bağlananlara göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla, olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullanırlar hipotezi doğrulandı.

3.3.14. Yetişkin Bağlanma Tarzları ve Dini Başa Çıkma Tarzları

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin bağlanma tarzlarına göre dini başa çıkma etkinliklerini kullanma durumlarını incelemek amacıyla normal dağılım varsayımı incelenmiştir. Yetişkin bağlama tarzları düzeylerinde olumlu dini başa çıkma tarzları ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA), olumsuz dini başa çıkma ölçeği ölçümleri normal dağılım göstermediği için Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.39'da sunulmuştur.

Tablo 3.39. Yetişkin bağlanma tarzlarına göre dini başa çıkma etkinliklerini kullanma durumlarının incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu dini başa çıkma	Kaçınan	123	20,35	3,95	(2, 606)	12,611*	0,000	1-3/2-3
	Kaygılı	26	20,12	4,76				
	Güvenli	460	22,12	3,74				
		N	$\bar{X}$	Sıra Ortalaması	sd	χ^2	p	Anlamlı Fark
Olumsuz dini başa çıkma	Kaçınan	123	9,50	374,71	2	33,431*	0,000	1-3/2-3
	Kaygılı	26	9,50	374,67				
	Güvenli	460	8,41	282,42				

*p<0,05

Tablo 3.39 incelendiğinde yetişkin bağlanma tarzlarına göre olumlu ve olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Olumlu dini başa çıkma tarzı için bulunan anlamlı farklılığın hangi yetişkin bağlanma tarzları arasında olduğunu belirleyebilmek

amacıyla ölçümleri varyansların homojenliği varsayımını sağladığından posthoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın yetişkine kaçınan ve güvenli bağlananlar; kaygılı ve güvenli bağlananlar arasında olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde yetişkine güvenli bağlananların olumlu dini başa çıkma puanlarının kaçınan ve kaygılı bağlanarlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre diyaliz tedavisi alan bireylerden yetişkine güvenli bağlananların kaçınan ve kaygılı bağlanarlara göre olumlu dini başa çıkma yöntemlerini daha çok kullandıkları söylenebilir. Olumsuz dini başa çıkma tarzı için bulunan anlamlı farklılığın hangi yetişkin bağlanma tarzları arasında olduğunu belirleyebilmek için Benforoni düzeltmesi dikkate alınarak Mann Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın yetişkine kaçınan ve güvenli bağlananlar; kaygılı ve güvenli bağlananlar arasında olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde yetişkine güvenli bağlananların olumsuz dini başa çıkma puanlarının kaçınan ve kaygılı bağlanarlardan daha düşük olduğu görülmektedir. Buna göre diyaliz tedavisi alan bireylerden yetişkine güvenli bağlananların kaçınan ve kaygılı bağlanarlara göre olumsuz dini başa çıkma yöntemlerini daha az kullandıkları söylenebilir. Bu durumda **H18** Yakın ilişkilerde güvenli bağlanan bireyler, kaygılı ve kaçınan bağlanan bireylere göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla, olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullanırlar, hipotezi doğrulanmış oldu.

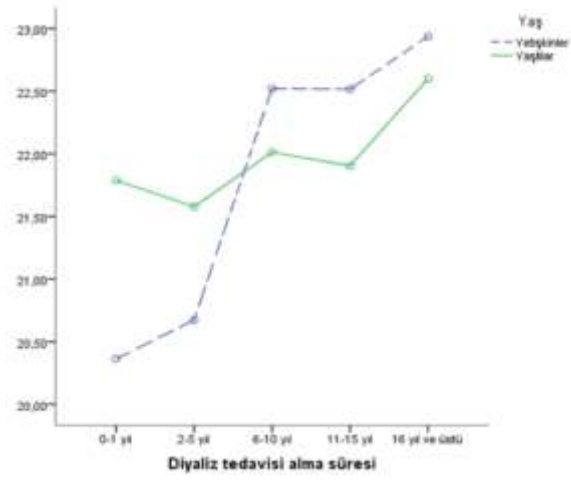
3.3.15. Yaş ve Diyaliz Yılıının Olumlu Dini Başa Çıkma Tarzına Ortak Etkisi

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşlarına ve diyaliz alma sürelerine göre olumlu dini başa çıkma tarzlarının incelenmesi amacıyla iki yönlü ANOVA yapılmıştır. İki yönlü ANOVA analizi olumlu dini başa çıkma tarzlarının yaş ve diyaliz yılının ortak etkisinin incelenmesine fırsat vermektedir. Sonuçlar Tablo 3.40'ta sunulmuştur. Ayrıca olumlu dini başa çıkma tarzlarında yaş ve diyaliz yılının ortak etki grafiği Grafik 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.40. Yaşa ve diyaliz yılına göre olumlu dini başa çıkma tarzlarının incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	Yaş	Diyaliz Yılı	Ortak Etki
Yetişkinler	0-1 yıl	44	20,36	4,28	F(1, 599) = 0,224 p = 0,636	F(4, 599) = 3,809 p = 0,005 Anlamlı Fark: F(4, 599) = 1,539 0-1 < 6-10 ve 16 yıl ve üstü 2-5 < 6-10, 11-15 ve 16 yıl ve üstü	p = 0,189
	2-5 yıl	95	20,67	4,58			
	6-10 yıl	48	22,52	3,49			
	11-15 yıl	29	22,52	3,60			
	16 yıl ve üstü	32	22,94	3,93			
Yaşlılar	0-1 yıl	71	21,79	3,95	F(1, 599) = 0,224 p = 0,636	F(4, 599) = 3,809 p = 0,005 Anlamlı Fark: F(4, 599) = 1,539 0-1 < 6-10 ve 16 yıl ve üstü 2-5 < 6-10, 11-15 ve 16 yıl ve üstü	p = 0,189
	2-5 yıl	152	21,58	3,57			
	6-10 yıl	76	22,01	3,55			
	11-15 yıl	42	21,90	3,96			
	16 yıl ve üstü	20	22,60	2,95			

Tablo 3.40 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan hastaların yaşa göre olumlu dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülürken, diyaliz yılına göre olumlu dini başa çıkma tarzlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir. Anlamlı farklılık tespit edilen diyaliz yılı için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bu farklılığın 0-1 yıl diyaliz alan hastalar ile 6-10 yıl ve 16 yıl ve üstü diyaliz alan hastalar arasında; 2-5 yıl arası diyaliz tedavisi alan hastalar ile 6 yıl ve üzeri diyaliz tedavisi alan hastalar arasında olduğu görülmektedir. 0-1 yıl diyaliz alan hastaların olumlu dini başa çıkma tarzları - 10 yıl ve 16 yıl ve üstü diyaliz alan hastalardan daha düşüktür. 2-5 yıl arası diyaliz tedavisi alan hastaların olumlu dini başa çıkma tarzları 6 yıl ve üzeri diyaliz tedavisi alan hastalardan daha düşüktür. Buna göre, katılımcıların diyaliz yılına artıka olumlu dini başa çıkma tarzları artmaktadır. Olumlu dini başa çıkma tarzı puanları için yaş ve diyaliz yılının ortak etkisi de istatistiksel olarak manidar değildir ($p>0,05$). Şekil 2’de sunulan ortak etki grafiği incelendiğinde diyaliz tedavisi alma süresi 0-1 yıl ve 2-5 yıl arasında olanlarda yaşlıların olumlu dini başa çıkma tarzları yetişkinlere göre daha yüksek gözüktürken, diyaliz tedavisi alma süresi 6 yıl ve üzeri olan hastalarda yetişkinlerin olumlu dini başa çıkma tarzlarının yaşlılardan daha fazla görülmektedir. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. **H19-** Yaş ve diyaliz yılına göre dini başa çıkma etkinliklerinin kullanımı farklılaşır, hipotezi doğrulanmasa da 3. grafikte ilişkinin bu yönde olduğunu gösterir.



Grafik 3.1. Olumlu dini başa çıkma tarzlarında yaş ve diyaliz yılının ortak etkisi

3.3. YAŞAM MEMNUNİYETİYLE İLGİLİ BULGULAR

Diyaliz hastalarının dini başa çıkma tarzları ile yaş, cinsiyet, medeni durum eğitim durumu, diyaliz yılı ve sosyoekonomik durumla olan ilişkilerinin incelenmesinin yanında bağlanma tarzları ile hastalarının dindarlık algısı, diyaliz tedavisi sonrasında dindarlık boyutlarındaki değişim durumu ve duygu durumlarının ilişkileri incelendi. İlişki analizinde; betimsel istatistikler, ANOVA (tek yönlü ya da iki yönlü) ya da t testi, Kruskal Wallis H ya da Mann Whitney U testleri kullanıldı. Ayrıca kovaryans analizi (ANCOVA) yapıldı ve sonuçlar tablolarda belirtildi.

3.4.1. Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Yaşam Memnuniyeti Düzeyi

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyet düzeyleri puanları için betimsel istatistikler hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 3.41’de sunulmuştur.

Tablo 3.41. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyet düzeyleri puanları için betimsel istatistikler

	$\bar{X}$	ss	Minimum	Maksimum
Yaşam Memnuniyeti	20,05	5,42	6	35

Tablo 3.41 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerinin yaşam memnuniyeti puanlarının 6 ile 35 arasında değiştiği ve ortalamasının 20,05 olduğu görülmektedir. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyetlerinin puanlarının ortalaması ölçekten alınabilecek puan aralığının ortasına yakın olduğu için katılımcıların yaşam memnuniyetinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu durumda **H20-** Diyaliz hastalarının yaşam memnuniyetleri düşüktür hipotezi doğrulanmadı.

3.4.2. Cinsiyet ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyetinin cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için ölçümler normal dağılım sağladığından ilişkisiz örneklem t testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.42’de sunulmuştur.

Tablo 3.42. Cinsiyetlerine göre yaşam memnuniyetlerinin incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	sd	t	P
Kadın	291	19,07	5,16	607	4,337*	0,000
Erkek	318	20,95	5,51			

*p<0,05

Tablo 3.42 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin cinsiyetlerine göre yaşam memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ve ortalamalar incelendiğinde de erkeklerin yaşam memnuniyetlerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Böylece **H21a** Erkeklerin yaşam memnuniyetleri kadınlara göre daha yüksektir hipotezi doğrulanmış oldu.

3.4.3. Yaş ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti yaşa göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için ölçümler normal dağılım gösterdiğinden ilişkisiz örneklem t testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.43'te sunulmuştur.

Tablo 3.43. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti yaşa göre incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	sd	t	p
Yetişkinler	248	20,10	5,84	485,279	0,181	0,857
Yaşlılar	361	20,01	5,13			

Tablo 3.43 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşlarına göre yaşam memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir. Diğer bir deyişle diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşları fark etmeksizin yaşam memnuniyet düzeyleri benzerdir. Bu durumda **H21b** Yaşlılar ve yetişkinlerin yaşam memnuniyetleri birbirleriyle benzerlik gösterir hipotezi doğrulanmış oldu.

3.4.4. Medeni Durum ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için ölçümler normal dağılım gösterdiğinden varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.44'te sunulmuştur.

Tablo 3.44. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti medeni durumuna göre incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p
Bekâr	40	20,13	6,57	(2, 604)	1,110	0,330
Evli	435	20,20	5,29			
Diğer	132	19,40	5,43			

Tablo 3.44 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin medeni durumuna göre yaşam memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir. Diğer bir deyişle diyaliz tedavisi alan bireylerin medeni durumu fark etmeksizin yaşam memnuniyet düzeyleri benzerdir. **H21c** (c)

Bekârların, evlilerin ve diğerlerin yaşam memnuniyetleri birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulandı.

3.4.5. Eğitim Durumu ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için ölçümler normal dağılım gösterdiğinden varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.45'te sunulmuştur.

Tablo 3.45. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti eğitim durumuna göre incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p
Okuryazar değil	150	19,20	4,75	(4, 604)	1,552	0,186
İlkokul	292	20,16	5,49			
Ortaokul	55	20,36	5,29			
Lise	82	20,51	6,25			
Lisans ve üssü	30	21,30	5,57			

Tablo 3.45 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin eğitim durumuna göre yaşam memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir. Diğer bir deyişle diyaliz tedavisi alan bireylerin eğitim durumu fark etmeksizin yaşam memnuniyet düzeyleri benzerdir. Böylece **H21d** Eğitim gruplarının yaşam memnuniyetleri birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulandı.

3.4.6. Diyaliz Yılı ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti diyaliz yılına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için ölçümler normal dağılım gösterdiğinden varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.46’da sunulmuştur.

Tablo 3.46. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti diyaliz yılına göre incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p
0-1 yıl	115	20,83	5,22	(4, 604)	0,941	0,439
2-5 yıl	247	19,74	5,47			
6-10 yıl	124	20,23	5,22			
11-15 yıl	71	19,69	6,02			
16 yıl ve üstü	52	19,81	5,32			

Tablo 3.46 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin diyaliz yılına göre yaşam memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir. Diğer bir deyişle diyaliz tedavisi alan bireylerin diyaliz yılı fark etmeksizin yaşam memnuniyet düzeyleri benzerdir. Bu durumda **H21e** Diyaliz yılı fark etmeksizin bireylerin yaşam memnuniyetleri benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.4.7. Yaşadığı Yer ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti yaşadığı yere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla yaşam memnuniyeti ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.47’de sunulmuştur.

Tablo 3.47. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyetinin yaşadığı yere göre incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p
Köy-Kasaba	169	19,39	4,89	(3, 605)	1,224	0,300
İlçe	62	20,37	5,36			
Şehir Merkezi	92	20,52	5,63			
Büyükşehir Merkezi	286	20,21	5,66			

Tablo 3.47 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadığı şehre göre yaşam memnuniyetleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir. Diğer bir deyişle diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadığı yer fark etmeksizin yaşam memnuniyetleri benzerdir. Böylelikle **H21f** Farklı yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin yaşam memnuniyetleri birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.4.8. Yaşadığı Şehir ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti yaşadığı şehre göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla yaşam memnuniyeti ölçümleri normal dağılım gösterdiği için varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.48’de sunulmuştur.

Tablo 3.48. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyetinin yaşadığı şehre göre incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p
Kars-Ardahan	55	19,78	4,54	(4, 604)	0,857	0,489
İstanbul	124	20,30	5,72			
İzmir-Manisa	49	19,00	5,81			
Kayseri	332	20,03	5,39			
Diğer	49	20,90	5,45			

Tablo 3.48 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadığı şehre göre yaşam memnuniyeti istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmektedir. Diğer bir deyişle diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşadıkları şehir fark etmeksizin yaşam memnuniyeti benzerdir. Böylece **H21g** Farklı yerleşim yerlerinde yaşayan bireylerin yaşam memnuniyetleri birbirleriyle benzerdir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.4.9. Sosyoekonomik Durum ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti sosyoekonomik durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için ölçümler normal dağılım gösterdiğinden varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.49’da sunulmuştur.

Tablo 3.49. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti sosyoekonomik durumuna göre incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
İhtiyaçlarımızı karşılamada sıkıntı çekiyoruz		83	16,18	5,12				
Sadece ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz		194	18,97	4,85	(3, 605)	34,153*	0,000	1-2/1-3/1-4/2-3/2-4/3-4
Genel ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz	olarak	287	21,28	5,06				
Dilediğimiz alabiliyoruz	şeyleri	45	23,96	5,42				

*p<0,05

Tablo 3.49 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin sosyoekonomik durumuna göre yaşam memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p<0,05) görülmektedir. Tespit edilen anlamlı farklılığı sosyoekonomik durumu hangi düzeyleri arasında olduğunu tespit etmek amacıyla varyansların homojenliği sağlandığından post hoc testlerinden Benforroni kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda oluşabilecek tüm ikili gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde maddi durum arttıkça yaşam memnuniyetinin arttığı belirlenmiştir. Bu durumda **H21h** Sosyoekonomik düzey arttıkça yaşam memnuniyeti artar, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.4.10. Dindarlık Algısı ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti dindarlık algısına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için ölçümler normal dağılım gösterdiğinden varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.50’de sunulmuştur.

Tablo 3.50. Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti dindarlık algısına göre incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Çok Dindar	14	23,71	2,76				
Dindar	542	20,21	5,44	(2, 601)	7,863*	0,000	1-2/1-3/2-3
Dine ilgisi az	48	17,77	4,74				

*p<0,05

Tablo 3.50 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin dindarlık algısına göre yaşam memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir. Tespit edilen anlamlı farklılığı dindarlık algılarının hangi düzeyleri arasında olduğunu tespit etmek amacıyla varyansların homojenliği sağlanmadığından post hoc testlerinden Dunnett C kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda oluşabilecek tüm ikili gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde dine olan ilgi artıkça yaşam memnuniyetinin arttığı belirlenmiştir. Böylece **H22** Dine yönelim artıkça yaşam memnuniyeti artar hipotezi doğrulanmış oldu.

3.4.11. Diyaliz Tedavisine Başladıktan Sonra Hastanın Dindarlığında Değişim Olma Durumu ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam memnuniyeti diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için ölçümler normal dağılım gösterdiğinden varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.51’de sunulmuştur.

Tablo 3.51. Yaşam memnuniyeti diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Olumlu yönde değişim oldu	54	21,83	5,16				
Bir değişim olmadı	534	20,04	5,37	(2, 603)	8,727*	0,000	1-3/2-3
Olumsuz yönde değişim oldu	18	15,78	5,34				

* $p<0,05$

Tablo 3.51 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin diyalize başladıktan sonra hastanın dindarlığında değişim olma durumuna göre yaşam memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir. Tespit edilen anlamlı farklılığı hastanın dindarlığında değişim durumu hangi düzeyleri arasında olduğunu tespit etmek amacıyla varyansların homojenliği sağlandığından post hoc testlerinden Bonferroni kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda anlamlı farklılığın olumlu yönde değişme olanlar ve bir değişme olmayanlar ile olumsuz yönde değişme olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde olumlu yönde değişim yaşayanların yaşam memnuniyetinin daha

yüksek olduğu görülmektedir. Böylece **H23** Dindarlık durumunda olumlu yönde değişim yaşayan bireylerin yaşam memnuniyeti olumsuz yönde değişim yaşayan bireylere nazaran daha yüksektir, hipotezi doğrulandı.

3.4.12. Duygu Durumu ve Yaşam Memnuniyetleri

Diyaliz tedavisi alan bireylerin tanımladıkları duygu durumuna göre yaşam memnuniyetlerinin anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için ölçümler normal dağılım gösterdiğinde ilişkisiz örneklem t testi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.52’de gösterilmiştir.

Tablo 3.52. Diyaliz tedavisi alan bireylerin tanımladıkları duygu durumuna göre yaşam memnuniyetlerinin incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	sd	t	p
Olumlu duygular	313	22,93	4,42	600	16,085*	0,000
Olumsuz duygular	289	16,99	4,64			
*p<0,05						

Tablo 3.52 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin tanımladıkları duygu durumuna göre yaşam memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p<0,05) görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde olumlu duygulara sahip bireylerin yaşam memnuniyetlerinin olumsuz duygulara sahip olanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Böylece **H24** Olumlu duygulara sahip olan bireylerin yaşam memnuniyeti olumsuz duygulara sahip olan bireylere göre daha yüksektir, hipotezi doğrulanmış oldu.

3.4.13. Yetişkin Bağlanma ve Allah’a Bağlanma Tarzlarının Yaşam Memnuniyetiyle İlişkisi

Diyaliz tedavisi alan bireylerin yetişkin ilişkilerinde bağlanma tarzları ve Allah’a bağlanma tarzlarına göre yaşam memnuniyeti anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla normal dağılım varsayımı sağlandığı için varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.53’te sunulmuştur.

Tablo 3.53. Yetişkin ilişkilerinde bağlanma tarzları ve Allah’a bağlanma tarzlarına göre yaşam memnuniyetinin incelenmesi

		N	$\bar{X}$	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Allah’a bağlanma tarzları	Kaçınan	17	16,00	7,47	(2, 606)	13,685*	0,000	1-3/2-3
	Kaygılı	57	17,39	5,06				
	Güvenli	535	20,46	5,26				
Yetişkin Bağlanma Tarzları	Kaçınan	123	17,42	5,19	(2, 606)	35,725*	0,000	1-3/2-3
	Kaygılı	26	15,23	4,28				
	Güvenli	460	21,02	5,17				
*p<0,05								

Tablo 3.53 incelendiğinde hem Allah’a bağlanma tarzlarına hem de yetişkin bağlanma tarzlarına göre yaşam memnuniyeti ölçümlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir. Tespit edilen anlamlı farklılığın hangi bağlanma düzeyleri arasında olduğunu belirlemek amacıyla varyansların homojenliği varsayımı sağlandığı için post hoc testlerinden Benforoni testi kullanılmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda hem Allah’a bağlanma tarzlar hem de yetişkin bağlanma tarzları için anlamlı farklılığın kaçınan ve güvenli bağlananlar; kaygılı ve güvenli bağlananlar arasında olduğu tespit edilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde hem Allah’a hem de yetişkine güvenli bağlananların yaşam memnuniyeti puanlarının kaçınan ve kaygılı bağlananlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

3.4.14. Yetişkin Bağlanma Tarzları ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerde yaşam memnuniyeti dini başa çıkma yolları puanları kontrol altına alındığında yakın ilişkilerde bağlanma tarzlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için kovaryans analizi (ANCOVA) yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.54’te sunulmuştur.

Tablo 3.54. Yaşam memnuniyeti dini başa çıkma yolları puanları kontrol altına alındığında yakın ilişkilerde bağlanma tarzlarına göre incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	Düzeltilmiş Ortalama	sd	F	p	Anlamlı Fark
Kaçınan	123	17,42	5,19	17,875	(2, 606)	26,609*	0,000	1-3/2-3
Kaygılı	26	15,23	4,28	15,763				
Güvenli	460	21,02	5,17	20,871				
*p<0,05								

Tablo 3.54 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma yolları puanları kontrol altına alındıktan sonra yaşam memnuniyetlerinin yakın ilişkilerde bağlanma tarzlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir. Benferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bulunan anlamlı farklılığın kaçınan ve güvenli bağlananlar; kaygılı ve güvenli bağlananlar arasında olduğu tespit edilmiştir. Düzeltilmiş ortalamalar karşılaştırıldığında yetişkin bağlanma tarzı güvenli olan bireylerin yaşam memnuniyetlerinin kaçınan ve kaygılı bağlananlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Böylece **H25** Yakın ilişkilerde güvenli bağlanan bireylerin yaşam memnuniyeti kaçınan ve kaygılı bağlananlara göre daha yüksektir hipotezi doğrulanmış oldu.

3.4.15. Allah’a Bağlanma Tarzları ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerde yaşam memnuniyeti olumlu dini başa çıkma yolları puanları kontrol altına alındığında yakın ilişkilerde bağlanma tarzlarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirleyebilmek için kovaryans analizi (ANCOVA) yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.55’te sunulmuştur.

Tablo 3.55. Yaşam memnuniyeti dini başa çıkma yolları puanları kontrol altına alındığında Allah’a bağlanma tarzlarına göre incelenmesi

	N	$\bar{X}$	ss	Düzeltilmiş Ortalama	sd	F	p	Anlamlı Fark
Kaçınan	17	16,00	7,47	17,516	(2, 605)	3,338*	0,036	1-3
Kaygılı	57	17,39	5,06	18,894				
Güvenli	525	20,46	5,26	20,251				
*p<0,05								

Tablo 3.55 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma yolları puanları kontrol altına alındıktan sonra yaşam memnuniyetlerinin Allah’a bağlanma tarzlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir. Fisher LSD testi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda bulunan anlamlı farklılığın Allah’a kaçınan ve güvenli bağlananlar arasında olduğu tespit edilmiştir. Düzeltilmiş ortalamalar karşılaştırıldığında Allah’a bağlanma tarzı güvenli olan bireylerin yaşam memnuniyetlerinin kaçınan bağlananlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Böylece **H26** Allah’a güvenli bağlanan bireylerin yaşam memnuniyeti kaçınan ve kaygılı bağlanan bireylere göre daha yüksektir, hipotezi kısmen doğrulanmış oldu.

3.4.16. Yaş ve Diyaliz Yılına Yaşam Memnuniyetine Ortak Etkisi

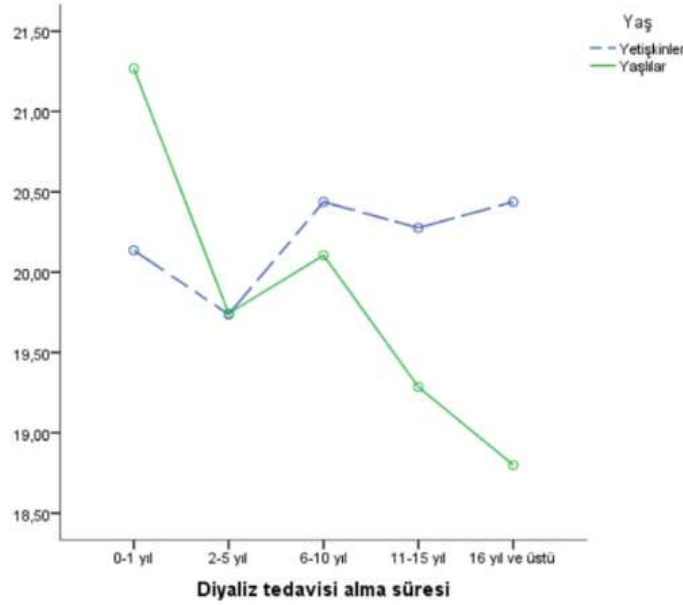
Diyaliz tedavisi alan bireylerin yaşlarına ve diyaliz alma sürelerine göre yaşam memnuniyetinin incelenmesi amacıyla iki yönlü ANOVA yapılmıştır. İki yönlü ANOVA analizi yaşam memnuniyetinde yaş ve diyaliz yılının ortak etkisinin incelenmesine fırsat vermektedir. Sonuçlar Tablo 3.56’da sunulmuştur. Ayrıca yaşam memnuniyetinde yaş ve diyaliz yılının ortak etki grafiği Grafik 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.56. Yaşa ve diyaliz yılına göre yaşam memnuniyetinin incelenmesi

		n	$\bar{X}$	ss	Yaş	Diyaliz Yılı	Ortak Etki
Yetişkinler	0-1 yıl	44	20,14	5,60	F(1, 599) = 0,494 p = 0,482	F(4, 599) = 0,746 p = 0,561	F(4, 599) = 0,729 p = 0,573
	2-5 yıl	95	19,74	5,81			
	6-10 yıl	48	20,44	5,94			
	11-15 yıl	29	20,28	6,40			
	16 yıl ve üstü	32	20,44	5,84			
Yaşlılar	0-1 yıl	71	21,27	4,95	F(1, 599) = 0,494 p = 0,482	F(4, 599) = 0,746 p = 0,561	F(4, 599) = 0,729 p = 0,573
	2-5 yıl	152	19,74	5,26			
	6-10 yıl	76	20,11	4,74			
	11-15 yıl	42	19,29	5,79			
	16 yıl ve üstü	20	18,80	4,34			

Tablo 3.56 incelendiğinde diyaliz tedavisi alan hastaların yaşa göre yaşam memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) ve diyaliz yılına göre yaşam memnuniyetlerinin anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$)

görülmektedir. Yaşam memnuniyeti puanları için yaş ve diyaliz yılının ortak etkisi de istatistiksel olarak manidar değildir ($p>0,05$). Grafik 3.2’de sunulan ortak etki grafiği incelendiğinde diyaliz tedavisi alma süresi 0-1 yıl arasında olanlarda yaşlıların yaşam memnuniyeti yetişkinlere göre daha yüksek gözükürken, diyaliz tedavisi alma süresi 2-5 yıl arasında olanlar birbirine yakın yaşam memnuniyetine sahip ve diyaliz tedavisi alma süresi 5 yıldan fazla olanlarda ise yetişkinlerin yaşam memnuniyeti yaşlılardan daha fazla görülmektedir. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. **H27** Yaş ve diyaliz yılına göre yaşam memnuniyeti farklılaşır hipotezi doğrulanmasa da 4. grafik ortak etkinin farklılık oluşturduğuna yönelik bir grafik olduğu söylenebilir.



Grafik 3.2. Yaşam memnuniyetinde yaş ve diyaliz yılının ortak etkisi

3.4.17. Dini Başa Çıkma Etkinliklerini Kullanma ve Yaşam Memnuniyeti

Diyaliz tedavisi alan bireylerin dini başa çıkma etkinliklerini kullanma ile yaşam memnuniyetleri arasında ilişkiyi incelemekten önce normal dağılım varsayımı incelenmiştir. Yaşam memnuniyeti ve olumlu dini başa çıkma etkinlikleri ölçümlerinin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş ve aralarındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Olumsuz dini başa çıkma etkinlikleri ölçümleri ise normal dağılım göstermediği için yaşam memnuniyeti ile arasındaki

ilişkiyi hesaplamak için Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.57’de sunulmuştur.

Tablo 3.57. Dini başa çıkma etkinliklerini kullanma ile yaşam memnuniyetleri arasında ilişkinin incelenmesi

		Olumlu Dini Başa Çıkma	Olumsuz Dini Başa Çıkma
Yaşam memnuniyeti	r	0,299*	-0,385*
	p	0,000	0,000
*p<0,05			

Tablo 3.57 incelendiğinde yaşam memnuniyeti ile olumlu dini başa çıkma etkinlikleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($r = 0,299$; $p < 0,05$) görülmektedir. Diğer bir deyişle olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullanma artıkça yaşam memnuniyeti artmaktadır. Yaşam memnuniyeti ile olumsuz dini başa çıkma etkinlikleri arasında negatif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($r = -0,385$; $p < 0,05$) belirlenmiştir. Buna göre olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanma artıkça yaşam memnuniyetinin azaldığı söylenebilir. Böylelikle **H28** Yaşam memnuniyeti ile olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullanma arasında pozitif ilişki, olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanma arasında ise negatif ilişki vardır, hipotezi doğrulanmış oldu.

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. YETİŞKİN BAĞLANMA İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Yetişkin bağlanma tarzları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, diyaliz yılı ve sosyal çevre arasında ilişki olup olmadığı ayrı ayrı analiz edildiğinde bağımsız değişkenin grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı; sosyoekonomik düzeyler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Analiz sonucuna göre güvenli bağlanan bireyler, kaygılı ve kaçınan bağlanan bireylere göre sosyoekonomik düzeyi daha yüksektir. Weinfield, Sroufe ve Egeland'in çocukluktan yetişkinliğe bağlanma devamlılığı ve düşük gelir düzeyi üzerine yaptıkları ortak çalışmada; güvenli bağlanan bireylerin sosyoekonomik durumlarının güvensiz bağlanan bireylere göre daha yüksek olduğu ve düşük gelire sahip olan aile çocuklarının, çocukluk döneminde güvenli bağlanma geliştirmelerine rağmen yetişkinlikte güvensiz bağlanma geliştirdiklerini tespit etmişlerdir.⁴³⁰ Gelir düzeyi orta ve üzerinde olan bireylerin güvenli bağlanma geliştirmelerinin nedenleri olarak; stres azaltan etkinliklere diledikleri zaman katılabilmeleri, yaşadıkları çevre koşullarına kolayca uyum sağlayabilmeleri veya olumlu duygular sahip olmalarından ötürü ait olduğu ve aidiyetinde olduğu şeylere yönelik olumsuz değerlendirmeler yapmamalarından kaynaklı olabilir. Düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerin güvensiz bağlanmalarının nedenleri ise gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmaları, yakın çevresinin, ihtiyaçlarına cevap vermemeleri veyahut sahip oldukları olumsuz duygular nedeniyle kendilerine ve sahip oldukları şeylere yönelik olumsuz değer atfetmelerinden kaynaklı olabilir.⁴³¹

Dindarlık algılarına göre güvenli bağlanan bireyler ile kaçınan ve kaygılı bağlanan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Bunun nedeni, yetişkin bağlanma tarzlarının dini inançla doğrudan ilişkisinin olmamasından kaynaklı olduğu söylenebilir. Ancak bağlanma tarzına göre bireylerin hastalık ve dini inancı arasında nasıl bir bağ kurduklarına bakıldığında; güvenli bağlanan bireylerin hastalık ile din arasında bağlantının olup olmamasına ilişkin uzun

⁴³⁰ Nancy S. Weinfield, L. Alan Sroufe, and Byron Egeland, "Attachment from Infancy to Early Adulthood in a High-Risk Sample: Continuity, Discontinuity, and Their Correlates", **Child Development**, Vol. 71, No: 3, May/June 2000, p. 700.

⁴³¹ Burcu Karaşar, "Öğretmen Adaylarının Bağlanma Stilleri ve Sosyal Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki", *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, C. 3, No: 1, 2014 s. 43.

açıklamalarda bulunarak hastalık sürecini kendilerince anlamlandırdıkları görülür. Bu konuya ilişkin hastaların ifadelerine baktığımızda; *“Babam kanser hastalığından ötürü vefat etti, onun üzüntüsü dolısıyla diyabet hastası oldum. Dört yıl önce de kızımı kanser hastalığı nedeniyle kaybettim. Ondan bir yıl sonra da ben diyaliz tedavisi almaya başladım. Kızım öldükten sonra bütün neşem gitti ama iki çocuğum için hayata bağlanıyorum. Vefat eden kızım ile yaşadığım bir olay her aklıma geldiğinde yüreğimi sızlattır. Kız kardeşimin iki kızıyla birlikte kızım bir fabrikada çalışıyordu. Bir gün kız kardeşimin kızı parmağını makinaya kaptırmış ve parmağının bir kısmı kopmuştu. Kız kardeşimin kızı bende kaldığı için bu olayda kendimi sorumlu hissettim ve “keşke benim kızımın parmağı kopsaydı da onunki kopmasaydı” dedim. Yakınımdakiler öyle söylememin uygun olmadığını söylediler. Sanki bu dua yerine geçmiş gibiydi. Kızımın parmağı kopmadı ama kanser hastalığına yakalanıp benden kopup gitti. Bu yaşadıklarımın benim bir imtihanım olduğunu düşünürüm.”* (Kadın, 57 yaş, Kayseri). *“Çocukluğumda yaşam koşullarına bağlı olarak kronik tonsilit oluştu. Yıllar sonra soğuk bir Ekim sabahı gemide tatbikat esnasında üzerimdeki tüm giysilerin ıslanıp, üzerimde kurumasıyla kronik tonsillite bağlı olarak nefrit oluştu. Yıllar sonra da nefrite bağlı böbrek iflası gerçekleşti.”* (Erkek, 60 yaş, Aydın).

Kaçınan ve kaygılı bağlanan ve hastalık sonrası dini düşüncelerinde değişim yaşamayan bireyler ise hastalığa dair; *“imtihanım”, “Allah’tan geldi”, ya da “diyabetten oldu”, “tansiyondan oldu”, “üzüntüden oldu”* gibi kısa ifadelerle hastalığa yönelik açıklamalarda bulunmuşlardır. Hastalık ve din arasındaki ilişkiye yönelik uzun açıklamalardan kaçınarak kısa ve genel ifadelerle durumu tanımlamaya çalışmışlardır. Bunun yanında *“Dualarım kabul olmuyor”* (Erkek, 57 yaş, Kayseri) diyen bir hasta Allah’ın kendine uzak olduğunu belirten bir açıklamada bulunmuştur. Görüldüğü üzere güvenli bağlanan bireyler, yaşadıkları sorunlara yönelerek sorunu anlamlandırmaya çalışırken kaçınan ve kaygılı bağlanan bireyler ise sorunlar karşısında sorunu görmezlikten gelerek ya da soruna yönelik aşırı kaygı göstererek sorunu anlamlandırmadan uzak oldukları görülür.

Bireysel farklılıklar nedeniyle yaşanan olay ve durumlar, bireyler üzerinde farklı etkiler oluşturduğundan dolayı bu durum bireylerde olay ve duruma yönelik farklı duygu yoğunluklarının ortaya çıkmasına yol açar. Bu durum, bireyin içsel

çalışan modeline bağlı olarak geliştirdiği bağlanma tarzından kaynaklanır.⁴³² Bunun yanı sıra sahip olunan bağlanma tarzlarının da bireyin duygu durumuna etki ettiği söylenebilir. Yaptığımız araştırmada güvenli bağlanan bireylerin daha çok olumlu duygulara; kaçınan ve kaygılı bağlananların ise daha çok olumsuz duygulara sahip olduğu tespit edildi. Bartholomew ve Horowitz, geliştirdikleri dörtlü bağlanma tarzı araştırmasında da benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Bu araştırmada, güvenli bağlananların kendilerini sevmeye değer varlıklar olarak gördükleri ve kendilerine ve diğerlerine yönelik olumlu duygular geliştirdikleri; güvensiz bağlananların ise kendilerini sevmeye değer bir varlık olarak görmedikleri ve kendilerine veya diğerlerine yönelik olumsuz duygular geliştirdikleri tespit edilmiştir.⁴³³ Durumla ilgili hasta ifadelerine baktığımızda; *“Hastalığım nedeniyle komşularım beni rahatsız etmemek için pek gelmiyorlar; çünkü periton diyaliz tedavisi gördüğüm dönemde kateterimde enfeksiyon oluşmuştu, ondan sonra ben de tekrar enfeksiyon olmaması için çok fazla komşulara gitmemeye başladım.”* (64 yaş, Kadın, Kayseri, Güvenli bağlanan), Güvenli bağlananlar; kendilerine ve diğerlerine yönelik olumlu tutumlar geliştiren, kendilerine değer verdikleri gibi diğerlerine de değer veren, özsaygıları yüksek ve iletişime açık bireylerdir.

“Hastalığımın sonra neşeli halim gitti, içime kapandım, insanlarla çok konuşmaktan rahatsız oluyorum.” (60 yaş, Kadın, Evli, Kayseri, Kaçınan bağlanan), *“Enfeksiyon kaparım korkusuyla dışarıya çıkmıyorum.”* (Erkek, 61 yaş, Manisa, Kaçınan bağlanan), *“İnsanlarla çok fazla ilişkim olmadığı için terk edilme endişem olmuyor.”* (58 yaş, Erkek, Kars, Kaçınan bağlanan). Kaçınan bağlanan bireylerin; kaçınma davranışı sergiledikleri, iletişim kurmayı reddettikleri ve diğerlerinden uzaklaşma isteklerinin olduğu görülmektedir. Kaçınan bağlananlar, hayal kırıklığına uğramamak için yakın ilişkilerden uzak dururlar.⁴³⁴ *“Diyabet hastalığımın dolayısıyla ayağım kesildi, ayağım kesildikten sonra hayattan koptum diyebilirim. Hastalığımın sonra kimse kapımı çalmıyor, bazen -acaba veba hastası mıyım?- da bana kimse*

⁴³² Şengül Bahadır, “Romantik İlişkilerde Bağlanma Stilleri, Çatışma Çözme Stratejileri ve Olumsuz Duygu Durumunu Düzenleme Arasındaki İlişki”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006, ss. 46-47.

⁴³³ Bartholomew, Horowitz, “Attachment Styles Among Young Adults: A Test Of A Four-Category Model”, pp. 228-39.

⁴³⁴ A.e., p. 229.

gelmiyor diye düşünüyorum.” (53 yaş, Kadın, Kayseri, Kaygılı bağlanan). Korkulu bağlanan bireyler, kendilerine ve diğerlerine yönelik olumsuz duygular geliştirirler.⁴³⁵ Onlar aslında sosyal ilişkilerinde yakınlık kurmak isterler ancak diğerlerine güvenmediklerinden ve reddedilme korkularından dolayı yakın ilişki kurmaktan uzak dururlar. Yakın ilişkiden uzak durma; bireylerin iyilik hallerini olumsuz yönde etkileyerek özsaygılarının düşük olmasına, depresyona, kaygının artmasına, yalnızlık ve duygusal yalıtılmışlık hislerinin oluşmasına neden olur.⁴³⁶ Kısacası, hem kaygılı hem de kaçınan bağlanma tarzları katılımcıların duygu durum düzenlemesine yönelik girişimlerini azaltır.⁴³⁷

Diyaliz tedavisi alan bireylerde güvenli bağlanma tarzı, kaygılı ve kaçınan bağlanma tarzına göre daha fazla gelişmiştir. Örneklem grubumuzun %75,6’sı güvenli, %20,2’si kaçınan, %4,3’ü kaygılı bağlanan bireylerden oluşmaktadır. Literatür taraması yapıldığında benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Hazan ve Shaver, yetişkin bağlanma ölçeğini geliştirme çalışmasında örneklem grubunun %56’sının güvenli, % 25’inin kaçınan, %19’unun kaygılı bağlandığını tespit etmişlerdir.⁴³⁸ Feeney ve Noler, romantik ilişkilerin ön yordayıcısı olarak bağlanma stilleri çalışmasında, güvenli bağlanan bireylerin oranını %55, kaçınan bağlananların oranını %30 ve kaygılı bağlanan bireylerin oranını ise %15 olarak tespit etmiştir.⁴³⁹ Subaşı da üniversite öğrencilerinin bağlanma durumları üzerine yaptığı çalışmada bireylerin %76,1’inin güvenli, % 8,9’unun kaçınan, %9,4’ünün kaygılı bağlandığına yönelik sonuçlar elde etmiştir.⁴⁴⁰

Yetişkinlikte yakın ilişkilerinde güvenli bağlanan bireylerin, güvensiz bağlanan bireylere oranla Allah’a daha fazla güvenli bağlandıklarına yönelik sonuçlar

⁴³⁵ Henderson, et. al: “When Loving Means Hurting: An Exploration of Attachment and Intimate Abuse In a Community Sample”, p. 220.

⁴³⁶ Suzanne B. Pielage, Frans Luteijn, Willem A. Arrindell, “Adult Attachment, Intimacy And Psychological Distress In A Clinical And Community Sample”, **Clinical Psychology and Psychotherapy**, Vol. 12, No: 6, 2005, p. 458.

⁴³⁷ Bahadır, “Romantik İlişkilerde Bağlanma Stilleri, Çatışma Çözme Stratejileri ve Olumsuz Duygu Durumunu Düzenleme Arasındaki İlişki”, s 101.

⁴³⁸ Hazan, Shaver, “Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process”, p. 515.

⁴³⁹ Judith A. Feeney and Patricia Noller, “Attachment Style As A Predictor Of Adult Romantic Relationships”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 58, No: 2, 1990, p. 283.

⁴⁴⁰ Hacer Subaşı, “Üniversite Öğrencilerinin Tanrı İle İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi”, s. 94.

elde edilmiştir. Kirkpatrick ve Shaver, yaptığı bir çalışmada yetişkinlikte güvenli bağlananların %76,5'inin güvensiz bağlananların %59,3'ünün Allah'a güvenli bağlandıklarını tespit etmişlerdir.⁴⁴¹ Yaptığımız çalışmada da yetişkinlikte güvenli bağlananların %79'unun, güvensiz bağlananların ise %20'sinin Allah'a güvenli bağlandıkları tespit edildi. Yetişkinlikte yakın ilişkilerde güvenli bağlanan bireylerin Allah'a da güvenli bağlanmaları, kaygılı ve kaçınan bağlanan bireylerin Allah'a da kaçınan ve kaygılı bağlanmaları, onların bağlanma tarzları arasında devamlılık olduğunu göstermektedir.⁴⁴² Bağlanma tarzları arasında devamlılığın olması, bu çalışmanın kısmen ikame hipotezini desteklediğini göstermektedir.

İkame hipotezine göre, bebeklik döneminde oluşan zihinsel temsiller yetişkinlikte benzer şekilde devamlılık gösterir. Bununla birlikte, yetişkinlikte yakın ilişkilerde gelişen bağlanma tarzlarıyla Allah'a bağlanma tarzları birbirleriyle benzerlik gösterir. Yaptığımız çalışmada da yetişkin bağlanma tarzları ile Allah'a bağlanma tarzları arasında devamlılık olduğu tespit edilmiştir. Gerek erken dönemde gerekse yetişkinlikte bağlanma figürlerine güvenli bağlanan bireyler; kendini güvende hisseder, üstesinden gelemediği bir durum karşısında diğer bireylerden yardım alma istediğinde bulunur ve genellikle bekledikleri ölçüde yardım alırlar. Ayrıca diğer bireylerle sağlıklı bir iletişim kurarlar. Bundan dolayı, bu kişiler diğerlerine yönelik olumlu zihinsel temsiller geliştirmişlerdir. Bebeklik veya yetişkinlik döneminde bağlanma figürüne yönelik güvensiz bağlanma geliştiren bireyler kendilerini güvende hissetmezler ve üstesinden gelemedikleri durumlar karşısında reddedilme korkularından ötürü yardım isteme girişiminde bulunmazlar. Çünkü bu bireyler diğerlerine yönelik olumsuz zihinsel temsiller geliştirmişlerdir. Kendine ve diğerine yönelik olumlu imge ve tutumlar geliştirip güvenli bağlanan bireylerin Allah'a da

⁴⁴¹ Lee A. Kirkpatrick, Philip R. Shaver, "An Attachment Theoretical Approach To Romantic Love And Religious Belief, p. 271.

⁴⁴² Lee A. Kirkpatrick, Attachment, Evolution, And The Psychology Of Religion, p. 109; Richard Beck, Angie McDonald, "Attachment To God: The Attachment To God Inventory, Tests Of Working Model Correspondence, And An Exploration Of Faith Group Differences", p. 98; Todd W., Hall, "Psychoanalysis, Attachment, and Spirituality Part I: The Emergence of Two Relational Traditions", p. 20.

güvenli bağlanması beklenirken diğerlerine yönelik olumsuz tutum geliştirip güvensiz bağlananların ise Allah’a da güvensiz bağlanması beklenir.⁴⁴³

⁴⁴³ Mary Kathleen Hill, “Individual Attachment Styles And The Correspondence/Compensation Hypotheses In Relation To Depressive Experiences”, Unpublished Doctor Dissertation, University Of North Texas, August 2008, p. 87.

4.2. ALLAH'A BAĞLANMA İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Allah'a güvenli bağlananlar, güvensiz bağlananlara nazaran Allah'ı daha sevgi dolu, daha yakın ve ulaşılabilir yani dualarına karşılık veren olarak görürler.⁴⁴⁴ Onlar olumsuz durumlarla karşılaşsalar dahi bu durumdan olumlu anlam çıkarmayı başarırlar. Allah'a güvenli bağlanan bireyler hastalıklarıyla ilgili olarak *"Allah'ın bir bildiği vardır."*, *"Her şerde bir hayır vardır."*, *"Allah sevdiği kuluna dert verir."*, *"Hastalığımı ben hediye olarak görüyorum. Çünkü Allah sevdiği kuluna dert verir. Hastalığımın, günahlarıma kefaret olması için dua ediyorum"* (Erkek, 33 yaş, Manisa), *"Bu hastalığın bir imtihan olduğunu, yaşadığımız bu sıkıntıların da ahirette günahlarımıza kefaret olacağına inanıyorum."* (Erkek, 54 yaş, Kayseri), *"İmtihan dünyasında olduğumuz için yaşadıklarımı ceza olarak görmüyorum. Ama çok nadir de olsa "Ben herkese iyilik yaptım Mevla'm ben bunları neden yaşıyorum" demekten de kendimi alamıyorum."* (Kadın, 67 yaş, İstanbul), *"Hastalığımın Allah'tan bir ceza olarak geldiğini düşünmüyorum ama bazen başıma bir şey geldiğinde Allah'ın beni uyarmak için bana sıkıntı verdiğini düşünürüm."* (Erkek, 67 yaş, Kayseri), *"Bazı insanlar hastalığımı bana Allah tarafından ceza olarak verildiğini söylüyor ama ben buna inanmıyorum. Ben hastalığımın üzüntüden olduğunu düşünüyorum."* (Kadın, 64 yaş, Kayseri) gibi ifadeleri kullanmışlardır. Görüldüğü üzere Allah'a güvenli bağlanan bireyler, hastalık sürecini olumlu anlamlandırmaya ya da tam olarak anlamlandıramadıklarında durumu sorgulayarak olumlu bir anlama ulaşmaya çalışmaktadırlar.

Allah'a güvensiz bağlanan bireyler ise Allah'ın ihtiyaçlara cevap vermede yetersiz olduğunu, dualara karşılık vermediği için ulaşılabilir olmadığını ifade ederler. Aynı zamanda bu kişiler kendilerini Allah tarafından sevmeye değer biri olarak görmezler. Allah'a güvensiz bağlanan bireyler; *"Allah dualarımı kabul etmiyor ama ben yine de O'na dua ediyorum."* (Kadın, 35 yaş, Manisa), *"Genç yaşta kardeşim öldü. Onun ölümünü hâlâ kabullenemedim, hala çok üzüliyorum. Zaman zaman Allah'ım! Ben bunları hak edecek ne yaptım, neden bunlar benim başıma geldi? diyorum."* (Erkek, 70 yaş, Kayseri) şeklinde ifadeler kullanmışlardır. Allah'a güvensiz bağlanan

⁴⁴⁴ Kirkpatrick, *Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion*, p. 106.

bireylerin, yaşadıkları olumsuz durumlar karşısında olumlu bir bakış açısı geliştiremediklerinden dolayı olumsuz dini başa çıkma yolunu tercih ettikleri ve bu durumun hastaların dindarlık algılarıyla ilgili olduğu düşünülebilir.

Dindarlık algısı ile Allah'a bağlanma tarzları arasındaki ilişkiyi analiz ettiğimizde; kendini dindar olarak tanımlayan bireylerin Allah'a daha çok güvenli bağlandığı, dine ilgisinin az olduğunu ifade eden bireylerin ise Allah'a daha çok güvensiz bağlandığı görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda da Allah'a güvenli bağlanan bireylerin, kaçınan veya kaygılı bağlanan bireylere göre daha az dindar oldukları tespit edilmiştir.⁴⁴⁵ Dindar olan bireylerin Allah'a yönelik olumlu zihinsel temsillere sahip olması, Allah'ın kendilerine yakın hissetmeleri ve kendilerini Allah tarafından sevilen biri olarak algılamaları bakımından Allah'a güvenli bağlanma geliştirmeleri beklenir. Dine ilgisi az olan bireylerin ise Allah'a yönelik olumlu tutumlara sahip olmaması, Allah'ın kendilerine uzak hissetmeleri ve kendilerini Allah tarafından sevilmeğe değer biri olarak görmemeleri veya agnostik bir Allah imgesine⁴⁴⁶ sahip olmaları nedeniyle Allah'a güvensiz bağlanma geliştirmeleri beklenir.⁴⁴⁷

Allah'a güvenli bağlanan dindar bireyler “*Hastalığım diyabetten oldu ama o da Allah'tan geldi. Allah'tan gelene razıyım.*” (Erkek, 62 yaş, İstanbul), “*Ben evde bir saat bile oturamazken burada dört saat diyalize bağlı kalabiliyorum, Rabbim bana bu sabrı veriyor.*” (Kadın, 66 yaş, Kayseri) şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır. Allah'a güvensiz bağlanan ve dine ilgisi az olan bireyler “*Ben anneme babama baktım, beddualarını da almadım ama neden bu hale geldim.*” (Erkek, 62 yaş, Ardahan). Bu hastanın hastalığı yönelik anlamlar bulunmadığından dolayı sorgulama evresinde olduğu söylenebilir. “*Sorunlarımın üstesinden gelmemde Allah'tan yardım istemem gerektiğini biliyorum fakat bunun için bir şey yapmıyorum*” (Erkek, 42 yaş, Bursa). Bu hastanın dualarının kabul olmayacağı düşüncesinden dolayı kaygı yaşadığı

⁴⁴⁵ Hill, “Individual Attachment Styles And The Correspondence/Compensation Hypotheses In Relation To Depressive Experiences”, p. 87; Subaşı, “Üniversite Öğrencilerinin Tanrı İle İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi”, s. 109.

⁴⁴⁶ Kirkpatrick, **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, p. 106.

⁴⁴⁷ Timothy G. Belavich, Kenneth I. Pargament, “The Role Of Attachment In Predicting Spiritual Coping With A Loved One In Surgery”, **Journal of Adult Development**, Vol. 9, No: 1, 2002, p. 14; Hacer Subaşı, “Üniversite Öğrencilerinin Tanrı İle İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi”, s. 109.

düşünülebilir. “*Hastalığım tamamen yanlış yaşayış biçimden kaynaklı; hastalığımın Allah, şeytan gibi dini varlıklarla bir ilişkisi yoktur.*” (Erkek, 58 yaş, Kars) şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır. Güvenli bağlanan ve dindar bireyler Allah ile hastalıkları arasında bir bağ kurarken güvensiz bağlanan ve dine ilgisi az olan bireyler ise hastalık ve Allah arasında bir bağ kurmadıkları görülür.

Bu çalışmada Allah’a güvenli bağlanan fakat dine ilgisi az olan bireylerin de olduğu görülmüştür. “*Çocukluğumda yaşam koşullarına bağlı olarak kronik tonsilit oluştu. Yıllar sonra, soğuk bir Ekim sabahı gemide tatbikat esnasında tüm giysilerin ıslanıp, üzerimde kurumasıyla kronik tonsillite bağlı olarak nefrit oluştu. Yıllar sonra da nefrite bağlı böbrek iflası gerçekleşti.*” (Erkek, 60 yaş, Aydın). Allah’a güvenli bağlanıp dine ilgisi az olduğunu ifade eden bireyin, dine ilgisi az olan ebeveynlere veya Allah’a güvensiz bağlanan ebeveynlere sahip olması veyahut Allah algısının deizme⁴⁴⁸ dayanmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Diyaliz hastalarında yaş ve Allah’a bağlanma ilişkisi incelendiğinde Allah’a bağlanma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülür. Yaşlı bireylerin Allah’a daha fazla güvenli bağlandığı, yetişkin bireylerin ise Allah’a daha fazla kaygılı ve kaçınan bağlandığı tespit edilmiştir. Literatür taramasında yaş ile bağlanma tarzları arasında ilişki olduğu,⁴⁴⁹ yaş arttıkça güvenli bağlanmanın arttığı⁴⁵⁰ ve yaşlı bireylerin Allah’a daha fazla güvenli bağlandıkları⁴⁵¹ görülür. Cicerelli, yaşlılarda Allah’a bağlanma olgusu üzerine yaptığı bir çalışmada; yaşlılar sırasıyla Allah’a yakın olma isteği içinde olduklarını, Allah’ı rahatlık ve sıcaklık veren olarak kabul ettiklerini, Allah’ı sevgi dolu hissettiklerini, Allah’ı güvenlik üssü olarak algıladıklarını, eğer Allah olmasaydı bunun için üzüleceklerini, Allah’ın sorunlar

⁴⁴⁸ Deizm, vahyi, vahyin bildirdiği Tanrıyı ve dini inkâr ederek, yalnızca akıl yoluyla kavranan bir Tanrı’nın varoluşuna inanır. Şu temel tezleri ve tavırları içerir: 1. Tanrı, ilk neden olarak evreni varlığa getirmiştir. 2. Tanrı, evreni yöneten değişmez yasaları da yaratmıştır. 3. Tanrı yaradılışa, yarattığı evrene hiçbir şekilde içkin olmayıp, tıpkı bir saatçinin, saatini imal edip, kurduktan sonra, saatıyla bir ilişkisinin kalmaması gibi, evrene aşkındır. Evrene müdahale etmez. 4. Akıl, vahiyle uyum içindedir, ya da vahiy akla uygun olmalıdır. 5. Dinin kutsal kitabı, aklın ışığında analiz edilmeli ve mistik öğelere ve mucizelere yer verilmemelidir. Bkz. Cevizci, **Felsefe Sözlüğü**, s. 209.

⁴⁴⁹ Büşra Doğan, “Ergenlerde Tanrı’ya Bağlanma Tarzları Ve Riskli Davranışlar Üzerine Bir Araştırma”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2018, s. 83

⁴⁵⁰ Mehmet Çınar, “Yetişkin Ve Yaşlılarda Tanrı’ya Bağlama Tarzı Ve Ölüm Kaygısı İlişkisi Üzerine Bir Araştırma” Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum, 2015, p. 60.

⁴⁵¹ Manfred Diehl, et. al., “Adult Attachment Styles: Their Relations To Family Context And Personality” **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 74, No: 6, p. 1659.

karşısında kişiye yardım ettiğini ve Allah ile ahirette bir araya geldiklerinde neşeli olacaklarını ifade etmişlerdir.⁴⁵² Buna karşın, yaşlıların Allah’a daha fazla kaçınan bağlandığı ile ilgili veriler de elde edilmiştir.⁴⁵³ Bu durum yaşlılar arasında ölüm oranının yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Yaşlılar, eş ve akran kayıpları nedeniyle kendilerini ölüme daha yakın hissederler. Eş ve akran kayıplarının yanında organ kaybının da yaşanması, diyaliz hastalarında ölüm hissinin daha fazla yaşanmasına, ölüm hissinin de bu kişilerde farklı duygu ve düşüncelere neden olabileceği düşünülür. Bazı bireyler, ölümün kendileri için çok yakın olduğunu hissettiklerinde bu dünyadaki her şeyin gelip geçici olduğunu, ölümle birlikte bir gün son bulacağını ve Allah’tan gelip Allah’a dönüşün olacağını düşünerek rahatlarlar.⁴⁵⁴ Bu sebepten ötürü bu kişilerin; Allah’a daha yakın olmaları, zorluklarla başa çıkmada Allah’tan yardım istemeleri, dualar aracılığıyla Allah’tan esenlik istemeleri, başkalarından kendileri için dua etmelerini istemeleri, ahirete yönelik olumlu anlamlar yüklemeleri⁴⁵⁵ ve Allah’a yakınlıklarını arttırmalarından ötürü Allah’a güvenli bağlanmaları beklenir. Bazı bireyler de ölümün kendileri için çok yakın olduğunu hissettiklerinde ölüm kaygıları artar. Bu kişilerin ölüm kaygısını yoğun yaşadıklarında onların, Allah’tan yardım istemek yerine sorunu görmezlikten gelmeleri, yaşadıkları ölüm kaygısı nedeniyle ölümle ilgili her şeyden uzak durmaları, ahiret inancı hakkında olumsuz düşüncelere sahip olmaları veya ahiret inancını inkar etmeleri ve bunlardan dolayı Allah’a güvensiz bağlanmaları beklenir.

Yapılan çalışma esnasında güvenli bağlanan yaşlı hastaların; *“Felçli olmam nedeniyle belimden aşağısı tutmuyor bu nedenle canım istediğinde dışarı çıkıp hava alamıyorum. En çok özlediğim şeylerden biri gezdiğim günler, keşke o günlerim yine olsa da ayaklarımın üzerinde dışarı çıkıp hava alabilsem. Komşulara ya da yakınlarımıza benim durumumdan dolayı gidemiyoruz, onlar da gelmiyorlar. Evde eşimle yalnızız, zaman zaman yalnızlıktan bunalıyorum. Ama buna da şükürler olsun*

⁴⁵² Victor Cicirelli, "God As The Ultimate Attachment Figure for Older Adults" **Attachment & Human Development**, Vol. 6, No: 4, December 2004, p. 381.

⁴⁵³ Carol Magai, et. al., "Adult Attachment Styles And Emotional Biases" **International Journal of Behavioral Development**, Vol. 24, No: 3, 2000, p. 301.

⁴⁵⁴ Ayşe Murat, "Yas ve Dini Başa Çıkma: Bir Klinik Örneklem Değerlendirmesi", Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize, 2018, s. 192.

⁴⁵⁵ Ali Ulvi Mehmedoğlu, **Kişilik ve Din**, İstanbul, Değerler Eğitim Merkezi yay., 2004, s. 138; Ayten, **Tanrı’ya Sığınmak**, s. 98.

seninle konuşabiliyorum.” (Erkek, 67 yaş, Kayseri), “Oğlum iflas etti, bütün malımız mülkümüz elimizden gitti, elimde ekmek parası dahi kalmadı. Fakat bir gün sokakta giderken mahallenin bakkalı beni gördü ve yanına çağırdı, bana ne ihtiyacın varsa al daha sonra ödersin dedi. Bu yaşadığım aslında Allah’ın bana bir yardımıydı. Yaşadıklarımın sonra paranın da gençliğin de bir öneminin olmadığını önemli olanın yaptığımız ameller olduğunu daha iyi anladım.” (Erkek, 74 yaş, Kayseri) şeklinde açıklama yaptıkları görülür. Güvenli bağlananların yaşadıkları sorunlar karşısında bağlanma figürleriyle aralarına mesafe koymak yerine onlara yakın olma ve onlardan yardım alma konusunda daha istekli oldukları söylenebilir. Güvensiz bağlanan yaşlı hastanın, “Ara sıra Allah’ım benim bir suçum günahım yok bunlar neden benim başıma geldi diyorum.” (Erkek 65 yaş, Manisa) şeklinde açıklama yaptığı görülür. Güvensiz bağlanan bireyin, yaşadıkları sorunlar karşısında bağlanma figürüne yakın olmayı tercih etmek yerine yaşadıklarından ötürü bağlanma figürü tarafından cezalandırıldığını düşünerek bağlanma figürüyle arasına mesafe koyduğu söylenebilir.

Yapılan çalışma esnasında güvensiz bağlanan yetişkin hastanın: “Çocuklarım küçük yaştayken eşimi kaybettim, onları babasız büyüttüm. Eşimi kaybettikten bir yıl sonra diyaliz hastası oldum. Hastalığımın ilk zamanlarında psikolojik destek aldım. Şu an maddi ve manevi sıkıntı yaşıyorum; ağrılarım çok oluyor, çocuklarım benle pek ilgilenmiyor.” (Kadın, 49 yaş, Kayseri), “45 yaşında diyalize başladım. ‘Allah’ım neden genç yaşta hasta oldum’ diye zaman zaman düşünüyorum.” (Kadın, 65 yaş, Kayseri) şeklinde açıklamalar yaptıkları görülür. Yetişkin bireylerde Allah’a kaygılı ve kaçınan bağlanmanın daha fazla gelişmesinin temel nedeni olarak hastalığın Allah’tan geldiğini; ancak genç yaşta bu hastalığın neden kendisine verildiğini anlamlandıramamalarından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Yetişkinlerin yaşlılara nazaran yaşamdan beklentilerinin daha fazla olması, hastalık nedeniyle bu beklentileri gerçekleştirmemeleri, aile içinde kendisinden beklenen rolleri hastalık nedeniyle yerine getirememeleri ve buna bağlı olarak yoksunluk duygusunu yaşamaları onların kaygılı ve kaçınmalı bağlanmalarını destekler niteliktedir.

Yaşlı hastaların yaşları itibariyle kendilerini ölüme daha yakın hissetmeleri ve bu nedenle Allah’a daha fazla yakınlık kurma isteği içerisinde olmalarına bağlı olarak Allah’a daha fazla güvenli bağlandıkları düşünülebilir. Yetişkin bireylerin ise Allah’a

daha fazla güvensiz bağlanmaları; genç hasta olmalarından, hastalığın getirdiği yükümlülüklerle başa çıkmada güçlük çekmelerinden, yaşama yönelik beklentilerini istenilen düzeyde karşılayamamalarından ve bu konuda Allah'ın kendilerine yardımcı olmadığına yönelik düşüncelerden kaynaklı olduğu söylenebilir.

Literatür taraması yapıldığında medeni durum ile Allah'a bağlanma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülür. İkame hipotezi üzerine yapılan bir araştırmada eşine güvenli bağlanan bireylerin, Allah'a da güvenli bağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.⁴⁵⁶ Telafi hipotezi ile ilgili yapılan bir araştırmada ise bekâr bireylerin evlilere göre Allah'a daha fazla güvenli bağlandığı tespit edilmiş ve bu durum bekârların Allah'a güvenli bağlanarak durumu telafi ettiği şeklinde değerlendirilmiştir.⁴⁵⁷ Çalışmamızda evli olan hastaların Allah'a daha güvenli ve kaçınan bağlandığı bekâr hastaların ise daha kaygılı ve kaçınan bağlandıkları tespit edilmiştir. Evli olan hastaların Allah'a güvenli bağlanmaları; romantik ilişkide güvenli bağlanma geliştirmeleriyle, aile içinde eş ve çocuklarından yeterli düzeyde manevi destek almalarıyla ve Allah'ın kendilerine yakın görmeleriyle ilişkilendirilebilir. Evli olan hastaların Allah'a kaçınan bağlanmaları ise eşine güvensiz bağlanmalarıyla, aile içinden istenilen düzeyde manevi destek alamamalarıyla ve Allah'ın kendilerine yakın olmadığını hissetmeleriyle ilişkilendirilebilir. *“Eşim bana çok destek oluyor, onun desteği olmasaydı bugüne gelebileceğimi düşünemiyorum.”* (Erkek 53 yaş, İstanbul), *“Hastalığım nedeniyle ev işlerini yapamıyorum, bu konuda gelinim bana yardımcı oluyor, Allah ondan razı olsun. Allah bu günlerimizi aratmasın.”* (Kadın, 73 yaş, Kayseri), şeklindeki ifadelerle evli ve çocuk sahibi hastaların sosyal destek aldığını ve bundan memnuniyet duyduklarını ifade etmişlerdir.

Allah'a bağlanma üzerine yapılan çalışmalarda bekâr bireylerin Allah'a daha çok güvenli bağlandıkları görülür. Bu durum bekâr bireylerin eşe sahip olamadığı için Allah'ı bağlanma figürü olarak tercih ettikleri şeklinde değerlendirilir.⁴⁵⁸ Çalışmamızda ise bekâr hastaların Allah'a kaygılı ve kaçınan bağlandıkları tespit

⁴⁵⁶ McDonald, “Attachment To God: The Attachment To God Inventory, Tests Of Working Model Correspondence, And An Exploration Of Faith Group Differences”, p. 98.

⁴⁵⁷ Granqvist, Hagekull, “Religiosity, Adult Attachment, And Why “Singles” Are More Religious”, p. 120.

⁴⁵⁸ Pehr Granqvist and Berit Hagekull, “Religiosity, Adult Attachment, and Why “Singles” are More Religious”, s. 111.

edilmiştir. Çalışma esnasında bazı bekâr hastaların; “*Allah’tan korkmasaydım intihar ederdim.*” (Kadın, 44 yaş, Kayseri,), “*Hayata atılmadan bu hastalığa yakalandım, ne işim var ne gücüm, şükredecek bir şeye sahip değilim.*” (Erkek, 26 yaş, Gaziantep) şeklinde açıklama yaptıkları tespit edildi. Kaygılı bağlananlar, bağlanma figürüne yönelik olumsuz zihinsel temsillere sahip olmaları sebebiyle bağlanma figürüne uzak dururlar ve depresif eğilim içerisindedirler.⁴⁵⁹ Bütün bu sebepler göz önüne alınınca bekâr bireylerin Allah’a kaygılı bağlanmalarında; hastalığa bağlı olarak yaşadığı sorunlar karşısında romantik eşten yardım alma yoksunluğu yaşamaları, Allah’ın, kendisini sevmediği için ona bu hastalığı verdiğine inanmaları, hastalık nedeniyle vd. bir işe sahip olamadığı ve Allah’ın kendisine yardımcı olmadığı vb. düşüncelere sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Bunun yanında bekâr bireylerin hastalık nedeniyle telafi sürecini yaşayamadığı yani hastalığın, telafi sürecine engel olduğu söylenebilir.

Literatür taraması yapıldığında eğitim düzeyi ile Allah’a bağlanma arasında ilişkinin var olduğuna yönelik veriler elde edilmiştir. Eğitim düzeyi ve Allah’a bağlanma ilişkisini inceleyen çalışmalarda genellikle eğitim düzeyi arttıkça Allah’a güvenli bağlanma oranının azaldığı görülmektedir.⁴⁶⁰ Bu durum bireylerin dindarlıklarıyla ilişkilendirilebilir. Eğitim düzeyi ve dindarlık üzerine yapılan çalışmaların sonuçlarıyla eğitim düzeyi ve Allah’a bağlanma üzerine yapılan çalışmaların sonuçları arasında benzerlik görülür. Eğitim seviyesi düşük bireylerin eğitim seviyesi yüksek bireylere göre dindarlık düzeyleri⁴⁶¹ ve içsel dini motivasyonu⁴⁶² daha yüksektir. Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça güvenli bağlanma düzeyinin kısmen azaldığı, ilkökul mezunlarının daha çok güvenli, lise mezunlarının ise daha çok kaçınan bağlanma geliştirdikleri görülür. Bunun nedeni eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin yaşanan olayları Allah’la ilişkilendirme, dini kaynaklara dayandırma veya dini kaynaklardan faydalanmayı tercih etmek yerine

⁴⁵⁹ Kesebir, Sermin Semine Özdoğan Kavzoğlu, Mehmet Fatih Üstündağ, “Bağlanma ve Psikopatoloji”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C. 3, No: 2, 2011, s. 332.

⁴⁶⁰ Çınar, “Yetişkin Ve Yaşlılarda Tanrı’ya Bağlama Tarzı Ve Ölüm Kaygısı İlişkisi Üzerine Bir Araştırma” 2015, p. 63.

⁴⁶¹ Nevzat Gencer, “Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık Ve Öznel İyi Oluş”, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hitit Üniversitesi, 2019, s. 157.

⁴⁶² Metin Güven, “Narsisizm Alçakgönüllülük Ve Dindarlık İlişkisi”, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, 2019, s.193

sahip olduğu bilgiler çerçevesinde ve dünyevi sebep sonuçlar bağlamında olayları anlamlandırma ve açıklama çabalarından kaynaklandığı ileri sürülebilir.⁴⁶³ Eğitim seviyesi düşük bireylerin ise yaşanan olayları değerlendirmede yeterli bir bilgi birikimine sahip olmamaları ve yaşananları Allah’la ilişkilendirerek onların Allah’tan geldiğine iman etme eğilimlerinin fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Allah’a bağlanma tarzları ile hastalık sonrası dindarlık boyutlarında değişim olup olmadığı analiz edildiğinde, Allah’a güvenli bağlanan bireylerin dindarlık boyutlarında ya değişim yaşamadıkları ya da olumlu yönde değişim yaşadıkları; Allah’a güvensiz bağlanan bireylerin ise ya değişim yaşamadıkları ya da olumsuz yönde değişim yaşadıkları görülmektedir. Hastaların ifadelerine göre Allah’a güvenli bağlanan bireylerin dindarlıklarının ibadet boyutunda gerileme olduğu görülür. Hastalığa bağlı oluşan güç kaybı nedeniyle hastaların fiziksel çaba gerektiren namaz gibi ibadetleri yerine getiremedikleri ya da zorluk çektikleri yine hastalık nedeniyle oruç ibadetini gerçekleştiremedikleri görülür. Güvensiz bağlanan hastalar ise hastalık sonrasında dini düşünce ve ibadet boyutunda olumsuz yönde değişim olduğuna yönelik ifadelerde bulunmuşlardır. Hastalık sonrasında dindarlık boyutlarında değişim olma durumunun hastaların Allah’a yönelik olumlu zihinsel temsiller ve kendilerine yönelik olumlu benlik geliştirip geliştirememeleri ve duygu durumlarıyla ilgili olduğu ileri sürülebilir. Çünkü Allah’a güvenli bağlanan bireyler, stresli durumlar karşısında daha çözümleyici tavır sergileyerek bu durumdan kurtulmaya yönelik tavır ve davranış içinde, Allah’a güvensiz bağlanan bireyler ise stresli durumlar karşısında ya olayı görmemezlikten gelerek ya da çözüme yönelmek yerine stres oluşturan unsurlara yönelerek anksiyetelerini arttıran bir tavır ve tutum içinde olurlar.

Allah’a bağlanma tarzları ile duygu durumu arasındaki ilişki analiz edildiğinde: Allah’a güvenli bağlananların daha çok olumlu duygulara, güvensiz bağlananların ise olumsuz duygulara sahip olduğu görülür. Bu durum, Allah’a güvenli bağlananların Allah’a dua ederek O’ndan yardım isteyip şifa dilemelerine bağlanabilir. Allah’a güvensiz bağlananlarda ise; hastaların hastalığı kabullenmede zorluk çekmeleri, şok

⁴⁶³ Ayten, **Tanrıya Sığınmak**, s. 101; Gencer, “Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık Ve Öznel İyi Oluş”, s. 156.

yaşamaları, hastalığa yönelik olumsuz anlamlar yükleyerek kaygı düzeylerini arttırmalarıyla ilişkilendirilebilir. Hastaların ifadeleri de söz konusu durumu destekler niteliktedir. “Beni ele ayağa düşürmemesi için Allah’a dua ediyorum, O’ndan yardım istiyorum. Çünkü Allah sevdiği kullarına dert verir; o nedenle halime şükrediyorum.” (Kadın, 76 yaş, Kayseri). “Diyalize başladığım gün sanki cehennemde ilk günüm gibiydi, Allah’a inancım olmasaydı intihar ederdim. Yalnız kalmak istemiyorum, yalnızlık korku ve kaygımı arttırıyor.” (Erkek, 67 yaş, Kayseri), “Doktor böbreklerimin iflas ettiğini ve diyaliz almam gerektiğini söylediğinde, bu durumumu 15 gün kimseye söyleyemedim. Bu hastalığı tam olarak kabullenmem mümkün olmadı.” (Erkek, 75 yaş, Manisa), “Hastalığımın teşhisini koyan doktor bana “Böbreklerin artık ölmüş, bitmiş” dediğinde dünya başıma yıkıldı. Doktorun o sözünden sonra her şeyi bıraktım ve belli bir süre tedaviyi kabul etmedim. Doktorun yaklaşımı beni olumsuz olarak çok etkiledi, durumum daha kötü olsa bile doktorun daha ılımlı bir açıklama yapmasını isterdim.” (Erkek, 44 yaş, Kayseri). Hastalığın ilk zamanlarında hastalıkla ilgili yapılan olumsuz yorumlamaların hastayı olumsuz etkilemektedir. Hasta, bu süreçte hastalığını kabullenmemesine bağlı olarak yas sürecine girer. Yas sürecinin ilk zamanlarında hastalar genellikle hastalığını inkâr ederler. Organ kaybı nedeniyle hastanın fiziksel sağlığının yanında mental ve psikolojik sağlığı da önemli ölçüde etkilenir. Bu durumu destekleyen birden fazla araştırmanın olduğu söylenebilir. Diyaliz hastalarında en sık görülen sorunlar arasında; depresyon, anksiyete bozukluğu, panik atak, demans, unutkanlık, cinsel sorunlar ve uyku problemleri yer almaktadır.⁴⁶⁴

⁴⁶⁴ Yavuz, Yavuz, Altunoğlu: “Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar”, s. 34-36; Can Cimilli, “Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri”, Türk Nefroloji Diyaliz ve İnmsnlantasvon Deiwsı, (Çevrimiçi) <https://docplayer.biz.tr/7893736-Hemodiyalizin-psikiyatrik-yonleri.html>, 01.10.2019.

4.3. DİNİ BAŞA ÇIKMA İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Dini başa çıkma ile cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum, yaşanan çevre, dindarlık durumları, duygu durumları gibi farklı değişkenler arasındaki ilişki analiz edildiğinde dini başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir farkın olduğuna yönelik araştırma sonuçları bulunmaktadır.⁴⁶⁵ Cinsiyete göre dini başa çıkma tarzları analiz edildiğinde; kadınların olumlu dini başa çıkma puanları ile erkeklerin olumlu dini başa çıkma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ve kadınların erkeklere göre olumlu dini başa çıkma puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.⁴⁶⁶ Ceylan, kadınların erkeklere göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullanmaya daha fazla eğilimli olduğu; erkeklerin ise kadınlara göre olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanmaya daha fazla eğilimli olduğuna yönelik sonuçlara ulaşmıştır.⁴⁶⁷ Yaptığımız çalışmada benzer bir şekilde kadınların erkeklere göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha sık kullandığı tespit edildi. Kadınların olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullanmaları onların Allah tasavvuru, Allah'a yönelik geliştirilen bağlanma tarzı ve hastalığı kabullenme süreciyle ilişkilendirilebilir. Ayrıca kadınlar erkeklere nazaran sağ beynini daha fazla kullanır. Beynin sağ tarafını kullanma, yaşananlar hakkında kısa sürede daha fazla yeni anlamlar üretilmesini sağlar.⁴⁶⁸ Bundan dolayı kadınların hastalığı kabullenme sürecini daha kısa sürede tamamladıkları düşünülebilir. Bir erkek hastanın ifadesi de bu durumu destekler niteliktedir: “*Genç yaşta hasta oldum ve diyalize bağlandım, bu durum psikolojimi olumsuz etkiliyor.*” (Erkek, 42 yaş, Kayseri, 15 yıllık diyaliz hastası). Erkek hastaların durumla ilgili yeni anlamlar bulmasının daha fazla zaman aldığı söylenebilir.

⁴⁶⁵ Ayten, **Tanrı’ya Sığınmak**, s. 73.

⁴⁶⁶ Veysel Uysal, vd. “Dinî Başa Çıkma ile Umut, Hayat Memnuniyeti ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki Etkileşim Üzerine Bir Araştırma”, **Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, Sayı 52, Haziran 2017, s. 149; Ayşe Murat, Muhammed Kızılgeçit, “Dini Başa Çıkma ve Psikopatoloji İlişkisi (Rize Örneği)” **Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. 6, No: 11, 2017, ss. 123-24; Ali Ayten, Zeynep Sağır, “Dindarlık, Dinî Başa Çıkma ve Depresyon İlişkisi: Suriyeli Sığınmacılar Üzerine Bir Araştırma”, **Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, Sayı 47, 2014, s. 11.

⁴⁶⁷ Ummahan Esra Ceylan, “Ölümlülük Bilincinin Dini Başa Çıkma, Tanrı Algısı, Ölüm Kaygısı Ve Psikolojik İyi Olma İle İlişkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2018, s. 86-87

⁴⁶⁸ Nevzat Tarhan, **Duyguların Psikolojisi**, 18. Bas. İstanbul, Timaş Yay., 2015, s. 32.

Dini başa çıkma ve yaş değişkeni arasında bir ilişkinin var olup olmadığına yönelik yapılan çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Veysel ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada yaş değişkenine göre ilk yetişkinler ve orta yetişkinler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğunu ve ilk yetişkinlerin orta yetişkinlere göre olumlu dini başa çıkma puanlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.⁴⁶⁹ Çalışmamızda dini başa çıkma ile yaş değişkeni arasında yapılan analiz sonucunda iki değişken arasında anlamlı ilişkiye yönelik bir veriye ulaşılamamıştır. Hasta grubunda dini başa çıkma biçimleri arasında yaşa göre anlamlı farklılık göstermemesi grubun sağlık koşulları bakımından benzer yaşam koşullarına sahip olmalarından kaynaklandığı ifade edilebilir.

Dini başa çıkma biçimlerini tayin eden değişkenlerden biri de medeni durumdur. Yapılan birçok çalışmada evli ve bekâr bireylerin dini başa çıkma biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bu çalışmalarda evli bireylerin bekâr bireylere nazaran olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir.⁴⁷⁰ Dinin, evliliği ve ebeveynliği yönlendirmede ve desteklemede bireylere yardımcı olması⁴⁷¹ sebebiyle evlilerin bekârlara nazaran olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullanmaları beklenen bir durumdur. Dini inançları gereği evliler; eşlerini affetmeye ve kabul etmeye daha istekli olmaları, eşiyle arasındaki çatışmaları en aza indirme veya çatışmayı reddetmeye eğilimli olmalarına yönelik bir yaşam sürmelerinden dolayı daha fazla olumlu dini başa çıkma yollarını tercih ettikleri düşünülebilir.⁴⁷² Bunun yanında evli olan bireylerin bekârlara nazaran aile içindeki sorumluluklarının daha fazla olması ve bu sorumluklarını yerine getirmede daha fazla çözümleyici eğilim göstermeleri onların stresi yönetmede daha

⁴⁶⁹ Uysal, vd. “ Dinî Başa Çıkma ile Umut, Hayat Memnuniyeti ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki Etkileşim Üzerine Bir Araştırma”, s. 154.

⁴⁷⁰ Sabriye Nazlı Batan, “Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ve Dini Başa Çıkmanın Yaşam Doyumuna Etkileri”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, 2016, s. 130; Ceylan, “Ölümlülük Bilincinin Dini Başa Çıkma, Tanrı Algısı, Ölüm Kaygısı Ve Psikolojik İyi Olma İle İlişkisi”, s. 98.

⁴⁷¹ W. Bradford Wilcoxa, Nicholas H. Wolfinger, “Living and Loving “Decent”: Religion and Relationship Quality among Urban Parents”, **Social Science Research** , Vol. 37, No: 3, 2008, p. 828.

⁴⁷² Annette Mahoney, et. al., “Marriage and the Spiritual Realm: The Role of Proximal and Distal Religious Constructs in Marital Functioning”, **Journal of Family Psychology**, Vol. 13, No: 3, 1999, p. 334.

başarılı olmalarına olanak sağlar.⁴⁷³ Bir hasta, eşiyle ilgili şöyle bir ifadede bulunmuştur: “*Hastalığımın dolayısı ev işlerini yapmada yetersiz kalıyorum. Bundan dolayı ev işlerini yapması için eve yardımcı bir bayan geliyor. Eşimin bu konuda bana destek olması bana huzur veriyor. Hastalığımın kaynaklı sorunlarım çok olsa da bu halime şükrediyorum; çünkü benden daha kötü durumda olanlar var.*” (Kadın, 66 yaş, İstanbul). Aile içerisinde sağlanan manevi desteğin; sorunlarla başa çıkmada hastanın olumlu bir tutum geliştirmesine ve hastada bağlanma figürlerine yönelik güven hissinin oluşmasına yardımcı olduğu ve hastanın duruma yönelik ve mukayeseli şükür içinde oldukları ifade edilebilir.

Dini başa çıkma yollarının kullanımını etkileyen değişkenlerden biri de eğitim durumudur. Literatür taraması yapıldığında eğitim düzeylerine göre dini başa çıkma etkinliklerini kullanma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğuna⁴⁷⁴ ve olmadığına⁴⁷⁵ yönelik çalışmaların olduğu görülür. Eğitim düzeyi artıkça olumlu dini başa çıkma tarzının toplam puanın düştüğü tespit edilmiştir.⁴⁷⁶ Çalışmamızda ise ilkokul mezunlarının olumlu dini başa çıkma etkinliklerini lise mezunlarına göre daha fazla kullandığı, olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini ise lise mezunlarına göre daha az kullandığı tespit edilmiştir. Bu durumu Allah’a bağlanma tarzıyla ve hastaların dindarlık algılarıyla ilişkilendirmek mümkündür. Daha önceki verilerimizde görüldüğü üzere ilkokul mezunları Allah’a daha güvenli bağlanırlarken lise mezunları ise Allah’a daha çok kaçınan bağlanmaktadırlar. Diğerine yönelik olumlu zihinsel temsiller geliştiren bireylerin sorunlarla başa çıkmada daha aktif ve diğerinden yardım almaya daha açık oldukları bilinmektedir. Bu da Allah’a bağlanma tarzı ile dini başa çıkma etkinliklerini kullanma arasında bir ilişkinin olduğunu gösterir. Bu hususla ilgili hastaların ifadeleri şu şekildedir: “*Zaruri ihtiyaçlarımı kendi başıma karşıladığım, bir başkasına muhtaç olmadığım için halime şükrediyorum.*”

⁴⁷³ Ayşe Özkaraman, vd., “Hemodiyaliz Yapılan Kronik Böbrek Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, **Osmangazi Tıp Dergisi**, C. 38, No: 2, Mayıs 2016, s. 54.

⁴⁷⁴ Mariana Sanchez, “The Influence of Religious Coping on the Acculturative Stress of Recent Latino Immigrants”, **Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work**, Vol. 21, 2012, p. 183-84; Ceylan, “Ölümlülük Bilincinin Dini Başa Çıkma, Tanrı Algısı, Ölüm Kaygısı Ve Psikolojik İyi Olma İle İlişkisi”, s. 93.

⁴⁷⁵ Ayten, **Tanrı’ya Sığınmak**, s.102; Sabriye Nazlı Batan, “Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ve Dini Başa Çıkmanın Yaşam Doyumuna Etkileri”, s. 141.

⁴⁷⁶ Ceylan, “Ölümlülük Bilincinin Dini Başa Çıkma, Tanrı Algısı, Ölüm Kaygısı Ve Psikolojik İyi Olma İle İlişkisi”, s. 93.

(Kadın, 70 yaş, Kars, okuryazar değil). Aynı zamanda bu hastanın farkındalığına yönelik şükür içinde olduğu ve “*İnsanlarla çok fazla ilişkim olmadığı için etrafımdaki kişilerin beni terk edeceğine yönelik bir endişem olmuyor.*” (Erkek, 58 yaş, Kars, Lise) şeklinde ifadede bulunan bu hastanın da sosyal izolasyon yaşadığı söylenebilir.

Dini başa çıkma tarzlarıyla ilişkisi olan değişkenlerden biri de diyaliz yılıdır. Diyaliz yılı arttıkça bireylerin olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullanma sıklıklarının arttığı görülür. Hastalığın ilk yıllarında olumlu dini başa çıkma etkinliklerinin kullanımının düşük olması hastalığı kabullenme süreciyle ilişkilendirilebilir. Hayati öneme sahip olan organ kaybı karşısında hastanın travma ya da şok yaşaması ve bu durumu anlamlandırmak amacıyla sorgulama içerisine girmesi de beklenen bir durumdur. Hastanın, “*Bu hastalık neden başıma geldi?*”, “*Neden bir başkası değil de ben?*”, “*Allah’ım ben bunu hak edecek ne yaptım?*” gibi sorular sorması onun anlam arayışı içerisinde olduğunu gösterir. Hasta, hastalığıyla ilgili sorulara ikna olduğu ve cevaplar bulduğu zaman sorgulama süreci sona erer. İlk zamanlarda oluşan duygu ve düşünceler zamanla değişime uğrar. “*Hastalığımın ilk zamanlarında Allah’ın beni bu hastalıkla cezalandırdığını düşündüm; fakat şimdi öyle düşünmüyorum.*” (Erkek, 74 yaş, Kayseri) şeklinde ifade de bulunan hasta bunu desteklemektedir.

Yaş ve diyaliz yılının olumlu dini başa çıkma tarzına ortak etkisi incelendiğinde dini başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak hastalığın ilk 2 yılında yaşlıların olumlu dini başa çıkma puanlarının yetişkinlere göre daha yüksek olduğu görülürken hastalığın 6 yıl ve sonrasında ise yetişkinlerin olumlu dini başa çıkma puanlarının yaşlılara göre daha yüksektir. Bunun nedenlerinden biri; hastalığın ilk zamanlarında yaşlı hastaların yaşadıklarını yaşlılığına bağlayarak durumu doğal karşılamalarından kaynaklı olduğu; ancak ilerleyen zamanlarda yaşlılığa bağlı sorunlarla birlikte hastalığa bağlı oluşan sorunların birleşmesiyle yaşlıların bu sorunlarla baş edecek yeterli fiziksel, mental ve psikolojik sağlığa sahip olamamalarından ileri geldiği düşünülebilir. “*Etrafımda bağlanacağım kimse kalmadı, akranlarımdan hepsi öldü. Dertlerden, sıkıntılardan kurtulmak için ölümü istiyorum ama istemekle de ölünmüyorum.*” (Kadın, 86 yaş, Kayseri) şeklinde durumunu ifade eden hastanın organ kaybının yanından eş ve akran

kaybını yaşadığı için yaşamdan memnuniyet duymadığı görülmektedir. Bir diğer nedenin ise hastalığın ilk zamanlarında yetişkinlerin genç oldukları için neden böyle bir hastalığa sahip olduklarını anlamlandıramamaları; ancak ilerleyen süreçlerde yaşam koşullarına uyum sağlayarak hastalığı kabullenmeleri ve bunun sonucunda yaşadıkları sorunlar karşısında eskiye nazaran daha çok olumlu duygu ve düşüncelere sahip olmalarından ileri gelebilir. “*Hastalığımın ilk yıllarında –yaklaşık 5 yıl önce- psikolojik destek almıştım ama şu an duruma alıştığım için öyle bir desteğe ihtiyac duymuyorum.*” (Erkek, 61 yaş, Manisa). Bu hastanın ifadesi de durumu destekler niteliktedir.

Dini başa çıkma tarzları ile ilişkisi olan değişkenlerden biri de sosyoekonomik durumdur. Literatür taraması yapıldığında sosyoekonomik düzeye göre dini başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğuna yönelik veriler elde edilmiştir. Ceylan, gelir düzeyi düşük olan kişilerin olumsuz dini başa çıkma puanlarının daha yüksek, psikolojik iyi oluş puanlarının daha düşük olduğunu ve Allah’a yönelik daha fazla korku geliştirdiklerini tespit etmiştir.⁴⁷⁷ Yapıcı ise bir çalışmada orta düzey gelire sahip bireylerin gelir düzeyi yüksek olan bireylere nazaran dine daha fazla önem verdiğini, aynı zamanda bu kişilerin Allah’ın varlığını iç dünyalarında daha canlı bir şekilde hissettiğini ve Ramazan ayında oruç tutmaya ve diğerlerini yapmaya daha fazla önem verdiğini tespit etmiştir.⁴⁷⁸ Çalışmamızda “*genel olarak ihtiyacımı karşılıyorum*” diyen bireylerin “*ihtiyaçlarını karşılamada sıkıntı yaşıyorum*” diyen bireylere göre olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullandıkları tespit edildi.

Maddi durumu iyi olan hastaların, maddi durumu kötü olan hastalara göre olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullanmaları; hastanın sağlık durumu nedeniyle bir işte çalışmaması veya haftanın üç günü tedaviye gitmesi gerektiği için düzenli bir işte çalışmamasıyla ilişkilendirilebilir. Maddi durumu iyi olmayan hastaların maddi gelir sağlayacak bir işte çalışamamaları, onların yaşamlarını daha da zorlaştırmaktadır. Bunun yanında üretkenlik döneminde olan yetişkinlerin bir işte

⁴⁷⁷ Ceylan, “Ölümlülük Bilincinin Dini Başa Çıkma, Tanrı Algısı, Ölüm Kaygısı Ve Psikolojik İyi Olma İle İlişkisi”, s. 104.

⁴⁷⁸ Asım Yapıcı, **Ruh Sağlığı ve Din**, 2. Bas., Adana, Karahan Kitabevi, 2013, s. 187.

çalışamaması onların psikolojik sağlığını da etkilemektedir. “İlk zamanlar bu hastalığın benim başıma neden geldiğini çok düşünüp sorgulardım, şimdi ise o kadar sorgulamıyorum. Hastalığa alışma sürecim oldukça zor oldu. Bir baba olarak işte çalışamama, eve ekmek götürememe hissi anlatılamaz. Ama artık dünya malının dünyada kaldığına kanaat getirdim.” (Erkek, 59 yaş, İstanbul). Bu hastanın aile içindeki sorumluluğunu yerine getiremediği için öz yeterliliğinin düştüğü ifade edilebilir. “Tam verimli olduğum, çalıştığım dönemde bu hastalık başıma geldi. Şu an bir iş yapamıyorum, bir işte çalışamıyorum.” (Erkek, 56 yaş Kayseri). Bu hastanın da işte çalışacağı bir yaşta olmasına rağmen hastalık nedeniyle çalışamaması psikososyal gelişim kuramına göre üretkenliğe karşı durgunluk çatışmasını yaşadığını göstermektedir.⁴⁷⁹

Organ kaybının yanında iş kaybı da yaşayan bireylerin maddi yetersizlikler nedeniyle ailenin gereksinimlerini karşılamada aktif rol alamamaları onlarda acizlik hissinin oluşmasına neden olabilir. Bundan dolayı zor ve sıkıntılı bir yaşama sahip olan bireylerin bulunduğu olumsuzluklar içerisinde olumlu anlamlar üretmesi pek mümkün olmadığından dolayı onların olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanmaları, psikolojik ve mental sağlıklarıyla ilişkilendirilebilir. Stein ve arkadaşları kayıp yaşayan bireyler üzerine yaptıkları bir çalışmada kayıp yaşayan bireylerin psikolojik sağlığı ile olumsuz dini başa çıkma yollarını kullanımları arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir.⁴⁸⁰ Stein ve arkadaşları ekonomik kriz dönemlerinde dini başa çıkma etkinliklerini kullanmayla ilgili yaptığı bir çalışmada ise ekonomik kriz dönemlerinde yaşanan olayları Allah tarafından verilen bir ceza olarak değerlendiren bireylerin depresif düzeylerinin daha yüksek, yaşam doyumlarının ise daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.⁴⁸¹

Dini başa çıkma tarzları ile ilişkisi olan değişkenlerden biri de yaşanan sosyal çevredir. Literatür taramalarında yaşanan yere göre dini inanç ve tutumların

⁴⁷⁹ Gürhan Can, “Kişilik Gelişimi (Psikososyal ve Ahlak Gelişimi)”, **Eğitim Psikolojisi: Gelişim-Öğrenme-Öğretim**, Ed. Binnur Yeşilyaprak, 16. Bas., Ankara, Pegem yay. 2016, s. 140.

⁴⁸⁰ Catherine H. Stein, et. al., “Making Meaning from Personal Loss: Religious, Benefit Finding, And Goal-Oriented Attributions”, **Journal of Loss and Trauma**, Vol. 83, No: 2, 2009, p. 96.

⁴⁸¹ Catherine H. Stein, “The United States Economic Crisis: Young Adults’ Reports of Economic Pressures, Financial and Religious Coping and Psychological Well-Being”, **Journal of Family and Economic Issues**, Vol. 34, No: 2, 2013, p. 207.

farklılaştığı görülmektedir.⁴⁸² Bu farklılaşma genellikle modern-seküler yaşama uygun yaşayıp yaşamamaya ilişkilendirilebilir.⁴⁸³ Modern yaşamla birlikte kendi iç dünyasına çekilen insanın, dini değer ve vecibeleri salt akıyla değerlendirerek kendi iç dünyasına uygun bireysel dini deneyimler yaşamaları beklenir. Kısacası modern düşüncenin hâkim olduğu sosyal çevrelerde seküler bir dini yaşam tarzı, modern düşüncenin hâkim olmadığı yerlerde ise dini referanslı bir yaşam tarzı benimsenmesi beklenir. Çalışmamızda Kayseri ile İzmir-Manisa illerinin dini başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür. İzmir-Manisa’da yaşayan diyaliz hastalarının Kayseri’de yaşayan diyaliz hastalarına göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha az; olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini ise daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir. 2014 yılında Diyanet İşleri Bakanlığı tarafından yapılan *Türkiye’de Dini Hayat Araştırması* adlı araştırmanın bazı verilerinin çalışmamızı kısmen desteklediği görülür. Gündelik yaşamda; Allah’ın hoşnutluğunu hemen hemen her zaman kazanma hissi duyanların oranları: Kayseri’nin içinde bulunduğu bölgede %80,8, İzmir-Manisa’nın içinde bulunduğu bölgede ise %73,9’dur.⁴⁸⁴ Hayatını hemen hemen her zaman dini emirler doğrultusunda şekillendirenlerin oranları: Kayseri’nin içinde bulunduğu bölgede %73,4, İzmir-Manisa’nın içinde bulunduğu bölgede ise %59,5’tir.⁴⁸⁵ Kendini oldukça dindar ve dindar olarak görenlerin toplam oranları: Kayseri’nin içinde bulunduğu bölgede %88,2, İzmir-Manisa’nın içinde bulunduğu bölgede ise %82’dir.⁴⁸⁶

Dini başa çıkma tarzları ile ilişkisi olan değişkenlerden biri, bireylerin dindarlık algılarıdır. Ward; içgüdümlü dindarlık ile olumlu dini başa çıkma arasında yüksek pozitif ilişki, dış güdümlü dindarlık ile olumsuz dini başa çıkma arasında da pozitif

⁴⁸² Diyanet İşleri Başkanlığı, “Türkiye’de Dini Hayat Araştırması”, 2014, (Çevrimiçi) <https://serdargunes.files.wordpress.com/2013/08/tc3bcrkiye-de-dini-hayat-arastirmasi-2014.pdf>, 24.04.2019.

⁴⁸³ Ali Köse, “Sekülerleşme Teorileri Bağlamında Türkiye’de Din ve Modernleşme”, **Laik Ama Kutsal içinde**, Ed. Ali Köse, İstanbul, Etkileşim Yayınları, 2006, s. 16.

⁴⁸⁴ Diyanet İşleri Başkanlığı, “Türkiye’de Dini Hayat Araştırması”, 2014, s. 179, (Çevrimiçi) <https://serdargunes.files.wordpress.com/2013/08/tc3bcrkiye-de-dini-hayat-arastirmasi-2014.pdf>, 24.04.2019.

⁴⁸⁵ A.e., s. 182.

⁴⁸⁶ A.e., s. 242.

ilişki olduğunu bulmuştur.⁴⁸⁷ Ayten, dindarlık ile dini başa çıkmanın alt boyutlarından olan Allah’a yönelme, dini yakınlaşma, hayra yorma, dini dönüşüm, dini istikamet arayışı, dini yalvarma ve şerre yorma arasında pozitif ilişki olduğu; kişilerarası dini hoşnutsuzluk ve manevi hoşnutsuzluk arasında negatif ilişki olduğunu tespit etmiştir.⁴⁸⁸ Nurasikin ve arkadaşları dindar kişilerin daha çok olumlu dini başa çıkma biçimini kullandığı sonucuna ulaşmışlardır.⁴⁸⁹ Çalışmamız da dindar bireylerin daha fazla olumlu dini başa çıkma yollarını, dine ilgisi az olanları ise daha fazla olumsuz dini başa çıkma yollarını kullandıklarını ortaya çıkarması yönüyle bahsedilen çalışmaları desteklemektedir.

Dindar olan bireyler, yaşamlarında dini referans almalarından dolayı yaşadıkları stres yaratan yaşam olayları karşısında da dini referans almaları beklenir. Dindar bireylerin, hastalığın Allah’tan geldiğini ifade ederek hastalık sürecini *takdiri ilahi*, *kader* ve *imtihan* gibi kavramlarla anlamlandırdıkları görülür. Bu bireyler genellikle “*Mevla’m ne eylerse güzel eyler*”, “*Sabrın sonu selamettir*”,⁴⁹⁰ “*Her şerde bir hayır vardır*”, “*Hastalıklar günahlara kefarettir*”, “*Derdi veren Allah, dermanı da verir*”, “*Allah sevdiği kuluna dert verir*” gibi düşünce biçimleriyle olumsuz durumları olumluya çevirmeye çalışırlar. Bir hasta “*Yaklaşık beş yıl önce kaza yaptım, öldürseydi Allah o zaman öldürürdü. Hastalığım Allah’ın bir takdiridir.*” (Erkek, 68 yaş, Kayseri) şeklinde bir açıklamada bulunmuştur. Bu hastanın yaşadığı olumsuz durumlar arasında ilişki kurarak olumlu anlama ulaştığı görülmektedir.

Dine ilgisi az olan ya da olmayan bireyler, yaşamlarında dini referans almadıklarından dolayı onların stresli yaşam olayları karşısında dini referans almamaları beklenir. Bu bireylerin hastalıkla ilgili ifadelerini incelediğimizde onların hastalığın Allah’tan gelmediğini ve diyabet, tansiyon, yanlış yaşam biçimi ve doktor

⁴⁸⁷ Andrew M. Ward, “The Relationship Between Religiosity and Religious Coping to Stress Reactivity and Psychological Well-Being”, (Çevrimiçi) https://scholarworks.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1042&context=cps_diss, 03.10.2019.

⁴⁸⁸ Ali Ayten, **Tanrı’ya Sığınmak**, s.110.

⁴⁸⁹ Mohamad Shariff Nurasikin, et. al., “Religiousness, Religious Coping Methods And Distress Level Among Psychiatric Patients In Malaysia” **International Journal of Social Psychiatry**, Vol. 59, No: 4, 2012, p. 332.

⁴⁹⁰ Ali Ayten, vd. " Dini Başa Çıkma, Şükür Ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları Ve Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma", **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. 12, Sayı 2, 2012, s. 59.

hatası gibi nedenlere bağılı olarak oluştuğunu ifade ettikleri görülür. Ancak bazı dine ilgisi olan hastaların hastalıkla başa çıkarken şu açıklamaları da kullandıkları görülür: “Eşim öldüğü zaman Allah’ım beni neden yalnız bıraktın dedim.” (Kadın, 67 yaş, Kars), “Şeker hastalığım nedeniyle ayağım kesildi, ondan sonra yaşamdan koptum diyebilirim. Bacağım kesildikten sonra zaman zaman “Allah’ım ben bunu hak edecek ne yaptım” diyorum.” (Kadın, 53 yaş, Kayseri). Bu durum aynı zamanda hastaların Allah’a kaçınan ya da kaygılı bağlanmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Hastalık sonrasında dindarlık boyutlarında değişim yaşama durumuna göre stresle başa çıkmada kullanılan dini başa çıkma yollarının farklılık gösterdiği görülmüştür. Dindarlık boyutlarında olumlu yönde değişim yaşayan bireylerin daha fazla olumlu dini başa çıkma yollarını kullandıkları, dindarlık boyutlarında olumsuz yönde değişim yaşayan bireylerin ise daha fazla olumsuz dini başa çıkma yollarını kullandıkları tespit edilmiştir. Bunun sebebi; ya stresli durumlar karşısında bireyin, kendini kontrol altına aldığı, problemle ilgili sorumluluğu kabul ettiği, sorunu çözmede olumlu davranışlar geliştirdiği⁴⁹¹ ya da sorunu kontrol altına alamadığı, buna bağılı olarak kaygı düzeyini arttırdığı, soruna yönelmek yerine sorunu görmezlikten geldiği, sorunla ilgili suçlayıcı yaklaşım sergilediği, soruna yönelik olumsuz tutumlar geliştirmesindendir.

Olumlu değişim yaşayanlar: “Hastalığımın Allah’tan bir ceza olarak geldiğini düşünmüyorum ama bazen başıma bir şey geldiğinde Allah’ın beni uyarmak için bana sıkıntı verdiğini düşünürüm.” (Erkek, 67 yaş, Kayseri). Bu hastanın, hastalığın Allah’tan bir ceza olarak değil de bir uyarı olarak geldiğini düşüncesinde olduğu görülür. “Çocuklarım ihtiyaçlarımı karşılıyor neden mutlu olmayayım. Maddi sıkıntımız da yok çok şükür.” (Kadın 67 yaş, Kayseri) Bu hastanın farkındalığa ve maddi durumuna ilişkin şükür içerisinde olduğu görülür. İlgili ifadelerden hareketle hastaların olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullandıkları görülür.

Olumsuz değişim yaşayanlar: “Bu hastalığı hak ettiğimi düşünmüyorum. Diyabetten dolayı bir ayağım, diğer ayağımın ayak parmakları kesildi. Ayağım kesildikten sonra kimse geçmiş olsun demeye bile gelmedi.” (Erkek, 64 yaş, Kayseri).

⁴⁹¹ Terzi, Cihangir Çankaya, “Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Olmayı Ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü”, s. 2.

Bu hastanın yaşadığı sorunlar karşısında sosyal destek alamadığından dolayı sosyal izolasyon yaşadığı söylenebilir. Bir hasta da “*Ben herkese yardımcı oldum. Yatalak anneme 7 yıl baktım. Bu nedenle bu hastalığı hak etmediğimi düşünüyorum.*” (Kadın, 57 yaş, Manisa) şeklinde bir açıklamada bulunmuştur. Her iki hastanın da olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanmaya daha eğilimli oldukları ifade edilebilir.

Dini başa çıkma yolları ile duygu durumları arasında ilişki olduğunu söylemek mümkündür. Yaptığımız çalışmada olumlu duygu durumuna sahip olan bireylerin daha fazla olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullandığı, olumsuz duygu durumuna sahip olan bireylerin ise daha fazla olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullandığı görülmektedir. Bu durum, Beck’in bilişsel kuramıyla ilişkilendirilebilir. Kişiler yaşadıkları olay ve durumlar karşısında hissettikleri ve davranışlarıyla yaşadıkları durum ve olayları nasıl algıladıklarını ve yapılandırdıklarını gösterirler.⁴⁹² Örneğin yaşanan olaylar karşısında kaygı düzeyi artan bireyler, çatışmadan kurtulmak amacıyla daha fazla zorlanma, kaçınma ve uyma stratejilerini kullanırlar.⁴⁹³

Hastalar; yaşadıkları olumsuzluklara rağmen olumlu duygular geliştirebiliyorsa kendilerinden, hastalığa yönelik olumlu anlamlar yüklemesi beklenir. Yaşanılan sürece ilişkin olumsuz duygu geliştiren bireylerin ise sürece yönelik olumsuz anlam yüklemeleri beklenir. Hasta, hastalığa yönelik olumsuz anlam yüklediğinde kendi benliğine de olumsuz anlam yükler.⁴⁹⁴ “*Önceden halim vaktim iyiydi herkes yanımdaydı ama şimdi param yok kimse etrafımda kalmadı. Çocuklarım dahi beni terk etti.*” (Erkek, 64 yaş, İzmir). Bu hastaların genellikle huzursuz oldukları görülür. “*Umreye gittiğimde oğlum vefat etti, umremi tamamlayamadan geri döndüm. Eşimden ayrı yaşıyorum, genel olarak kendimi huzursuz hissediyorum. Bazen aklımdan “Allah’ım ben bunları hak edecek ne yaptım” şeklinde düşünceler geçiriyor.*” (Kadın, 64 yaş, Kayseri). Bu hasta, olumsuz duyguya sahip olan bireylerin olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullandıklarına örnek olarak gösterilebilir.

⁴⁹² Haluk Arkar, “Beck’in Depresyon Modeli Ve Bilişsel Terapisi”, **Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, C. 5, Sayı 1-3, 1992, s. 37.

⁴⁹³ Bahadır, “Romantik İlişkilerde Bağlanma Stilleri, Çatışma Çözme Stratejileri ve Olumsuz Duygu Durumunu Düzenleme Arasındaki İlişki”, s. 100.

⁴⁹⁴ Arkar, “Beck’in Depresyon Modeli Ve Bilişsel Terapisi”, s. 37.

Hastalık sonrasında hastalar fiziksel yoksunluk yaşamaları sebebiyle yapmak istedikleri şeyleri yapamamalarından ya da yaparken birilerine ihtiyaç duymalarından dolayı olumsuz duygu geliştirmeye daha yatkın olurlar. Olumsuz duygu ve düşüncelere sahip hastaların “*Benim işim bitti, ben artık bir işe yaramam*”, “*Artık kimse beni sevmez*”, “*Ölüm bir kurtuluştur*” gibi düşünceleri görmek mümkündür. “*18 yıldır diyaliz tedavisi alıyorum. Geceleri uyuyamıyorum, ağrılarım çok oluyor. Ölümün benim için kurtuluş olacağını düşünüyorum.*” (Kadın, 48 yaş, Kars) ifadelerden görüldüğü üzere hastalığa bağlı gelişen sorunlar, hastaların yaşamlarını güçleştirmekte ve bu durumdan dolayı hastaların psikolojik sağlığı zarar görmektedir.

Olumlu duyguya sahip hastaların ise kendilerini genellikle huzurlu hissettiklerini ifade ettikleri görülür. “*Ailemde huzurum var, Allah’tan daha ne isteyim.*” (Erkek, 58 yaş, Kayseri). Olumlu duyguları daha gelişmiş bireyler kendilerine ve diğerlerine yönelik olumlu düşünceler geliştirirler. Olumlu duygu gelişen hastalarda şükrün daha fazla geliştiğini söylemek mümkündür. “*Doğuştan engelliyim, hayatın zorluklarını görsem de bu halime şükrediyorum.*” (Kadın, 74 yaş, Kayseri), Hastalığa bağlı fiziksel yoksunluklar oluşsa da bu durumdan olumlu anlamlar çıkarmayı başarırlar. “*Hastalanmadan önce ibadetlerimi daha fazla yapıyordum ama şu an pek yapamıyorum. Yorgunluk halsizlik nedeniyle bir şey yapacak gücüm olmuyor ama buna da şükür.*”(Erkek, 62 yaş, İstanbul).

Bireyin, stresli durumdan kurtulmak amacıyla bağlanma figürüne yakınlık sağlaması ve onu güvenli üs olarak görüp ondan yardım istemesi aslında bağlanma ile başa çıkma arasında bir ilişkinin olduğunu gösterir.⁴⁹⁵ Ölüm, boşanma, organ kaybı, ömür boyu tedavi gerektiren hastalıklar, duygusal ve ekonomik krizler, üstesinden gelinemeyen durumlar karşısında birey Allah’tan yardım isteme eğilimi gösterir.⁴⁹⁶ Bağlanma figürüne güvenli bağlanan bireyler; stresin yarattığı olumsuz duygularla başa çıkabilirler, olumsuz durum karşısında endişelerden, karamsarlıklardan, alınganlıklardan kurtulma yeteneğine sahiptirler, sorunla başa çıkmada sosyal desteğe

⁴⁹⁵ Pehr Granqvist, “Building A Bridge Between Attachment And Religious Coping: Tests Of Moderators And Mediators”, **Mental Health, Religion & Culture**, Vol. 8, No: 1, March 2005, p. 44.

⁴⁹⁶ Granqvist, “Building A Bridge Between Attachment And Religious Coping: Tests Of Moderators And Mediators”, p. 36.

sıkça başvururlar⁴⁹⁷ ve bağlanma figürlerine yakınlıklarını arttıırırlar. Güvensiz bağlananların ise duygusal yoğunlukları fazladır,⁴⁹⁸ problem çözmeye yönelik davranış geliştirmede ve duygu düzenlemesinde yeterli değillerdir,⁴⁹⁹ sorun karşısında kaçınma davranışı sergilerler ve bağlanma figürlerine mesafeli olurlar. Çalışmamızda da gerek yetişkin bağlanmada gerekse Allah’a bağlanmada güvenli bağlanma geliştiren bireylerin olumlu dini başa çıkma yollarını, güvensiz bağlanan bireylerin ise olumsuz dini başa çıkma yollarını daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir. Olumlu dini başa çıkma faaliyetleri; Allah’a güvenli bağlanmanın gerçekteştiğini, yaşamın nihai bir anlamı ve amacı olduğunu ve başkalarıyla birlikte manevi bağlanma hissinin geliştiğini ifade eder.⁵⁰⁰

Yapılan çalışmalardan hareketle bağlanma figürlerine yönelik olumlu zihinsel temsiller oluşturan bireylerin sorunlarla başa çıkmada daha yapıcı ve sorun çözmeye yönelik bilişsel, duygusal ve davranışlar sergilediğı gözlemlenirken, bağlanma figürlerine yönelik olumsuz zihinsel temsiller geliştiren bireylerin ise sorunlar karşısında pasif olduğı, yani çözüm yerine soruna odaklandığı, duygu düzenleme yapamadığı için çözüme yönelik bilişsel, duygusal ve davranışsal açıdan aktif olmadıkları gözlemlenir. Bu sebeple Allah’a güvenli bağlanan bireylerin olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullanma eğiliminde,⁵⁰¹ güvensiz bağlananların ise olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullanma eğiliminde olmaları beklenir. Örneğın bir hasta yaşadığı kaza anını şu şekilde açıklamıştır: “*Bir gün traktörle tarlaya giderken bir anda traktörün kontrolünü kaybettim ve traktörle birlikte sulama kanalına düştüm. O su kanalından kurtulmam pek mümkün değildi. Ama Allah’ın sevdiği kuluymuşum ki Allah bana meleklerini gönderip beni o kanaldan kurtardı.*” (Erkek, 68 yaş, Manisa).

⁴⁹⁷ Erdal Hamarta, M. Engin Deniz, Neslihan Durmuşoğlu Saltalı, “Bağlanma Stillerinin Duygusal Zekâyı Yordama Düzeyi”, **Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri / Educational Sciences: Theory & Practice**, C. 9, No: 1, 2009, s. 198; Terzi, Cihangir Çankaya, “Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Olmayı Ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü”, s. 2.

⁴⁹⁸ Silke Schmidt, et. al., “Attachment And Coping With Chronic Disease”, **Journal of Psychosomatic Research**, Vol. 53, No: 3, 2002, p. 763.

⁴⁹⁹ Peter Zimmermann, et. al., “Attachment And Adolescents’ Emotion Regulation During A Joint Problem-Solving Task With A Friend”, **International Journal of Behavioral Development**, Vol. 25, No: 4, p. 340.

⁵⁰⁰ Hisham Abu-Raiya, et. al., “On the links between positive religious coping, satisfaction with life and depressive symptoms among a multinational sample of Muslims”, **International Journal of Psychology**, Vol. 54, No: 5, 2019, p. 679.

⁵⁰¹ Abu-Raiya, et. al., “On The Links Between Positive Religious Coping, Satisfaction With life and Depressive Symptoms Among A Multinational Sample of Muslims”, p. 678.

Bu hasta yaşadığı kazadan Allah'ın yardımıyla kurtulduğunu ve Allah'ın zor zamanlarında kullarına yardım ettiğini aslında Allah'ın stres yaratan yaşam olayları karşısında ulaşabilir ve ihtiyaca cevap verebilir olduğunu ifade etmiştir.

Allah'a yakınlaşma genel olarak bireysel girişim ve sosyal iletişim olmak üzere iki farklı biçimde gerçekleşir.⁵⁰² Bireysel girişimler aracılığıyla Allah'la iletişim kurmanın yolları olarak; dua etmek, Kur'an okumak, sıkıntıdan kurtulmak amaçlı nafile namazı kılmak, oruç tutmak ve tefekkür etmek gösterilebilir. Sorunlarla başa çıkma da Allah'la iletişim kurmanın bir diğer yönü ise toplumsal boyuttur. Bu boyut içerisinde ise camiye gitmek, vaazlara katılmak, Cuma namazı kılmak, sadaka, fitre ve zekât vermek ve kurban kesmek gibi ibadetler yer almaktadır. Sorunun ortadan kalkması sonrasında ise birey; şükür secdesi yaparak, şükür namazı kılarak, şükür kurbanı keserek,⁵⁰³ neyrini yerine getirerek ve sadaka vererek Allah'la olan iletişimini devam ettirir.

Diyaliz hastalarının ifadelerine bakıldığında sorunlarından kurtulmak ve Allah'a yakınlıklarını arttırmak amacıyla dua ettikleri, namaz kıldıkları, Cuma namazına gittikleri, Kur'an okudukları ve stabil durumları için şükrettikleri görülür. *"Hastalığımın teşhisi konulmadan önce hastalığımla ilgili şikâyetim çoktu. O zamanlar Allah'ın beni o durumdan kurtarması için hep dua ediyordum ve dualarım karşılık buldu. Bir gün komşum ziyaretime geldiğinde durumumu görünce beni alıp doktora götürdü. Doktor bana böbrek yetmezliği teşhisi koyduktan sonra diyalize bağlandım. Allah'ın yardımıyla sıkıntılarımın kurtulmuş oldum çok şükür."* (Kadın, 60 yaş, Kayseri), *"Hastalığa rağmen yine de nefes alıyorum buna da şükür diyorum."* (Kadın, 62 yaş, İstanbul), Bu hastalar, stabil durumları için şükretmektedirler. *"Namazlarımı kılıyorum, Kur'an okuyorum."* (Kadın, 59 yaş, Erkek 49 yaş, Kayseri), *"Cuma namazlarına gidiyorum"* (Erkek, 38 yaş, Kayseri), *"Hastalık nedeniyle oruçlarımı tutamıyorum ama eşim oruç kefaretimi yerine getiriyor."* (Kadın, 66 yaş, İstanbul).

⁵⁰² Granqvist, "Building A Bridge Between Attachment And Religious Coping: Tests Of Moderators And Mediators", p. 44.

⁵⁰³ Gülüşan Göcen, **Şükür: Pozitif Psikolojiden Din Psikolojisine Köprü**, İstanbul, Dem Yay., 2014, s.116-17.

Hastaların çoğu, hastalık sürecinde sorunlarla başa çıkmada dini başa çıkma etkinliklerine başvurur.⁵⁰⁴ Pargament ve arkadaşları olumsuz yaşam olayları karşısında olumlu dini başa çıkma etkinliklerini; manevi destek arayışı, affetme, iş birliğine dayalı dini başa çıkma, dini arınma, manevi ilişki, hayırseverlik, dini yeniden anlamlandırma ve dini odaklanma olarak; olumsuz başa çıkma etkinliklerini ise manevi hoşnutsuzluk, Allah tarafından cezalandırılma, kişilerarası dini hoşnutsuzluk, şeytanın müdahalesi olarak değerlendirilmesi ve Allah'ın gücünün yeniden değerlendirilmesi olarak açıklamışlardır.⁵⁰⁵ Çalışmamızda diyaliz hastalarının olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir. Onların; tevekkül, sabır, imtihan, günahlara kefarete, derman, hediye, ceza, kader/takdiri ilahi, şükür, diyabet, hipertansiyon, kalp rahatsızlığı gibi kavramlarla hastalıklarını ilişkilendirerek bu süreci anlamlandırdıkları görülür. Bu süreçte hastaların “*Hastalığım Allah’tan geldi*”, “*Allah’tan gelene razıyım*”, “*Hastalığım takdiri ilahidir*”, “*Bu da benim kaderimmiş*” şeklindeki ifadelerle sık sık başvurdukları gözlemlenmiştir. Hastaların hastalıkla başa çıkmada kullandıkları kavramlara ilişkin ifadeler şu şekildedir:

İmtihan: “*Hastalığımın benim için imtihan olduğunu düşünüyorum.*” (Kadın, 47 yaş, İstanbul). “*Bu hastalığın bir imtihan olduğunu, yaşadığımız bu sıkıntıların ahirette günahlarımıza kefarete olacağına inanıyorum.*” (Erkek, 54 yaş, Kayseri). Cinsiyet fark etmeksizin hastalar; hastalık sürecini bir imtihan olarak tanımlamakta, yaşadığı sıkıntıların bir anlamı olduğuna ve karşılığını ahirette alacağına da inanmaktadırlar.

“*İmtihan dünyasında olduğumuz için yaşadıklarımı ceza olarak görmüyorum. Ama çok nadir de olsa ben herkese iyilik yaptım, Mevla’m ben bunları neden yaşıyorum demeden de kendimi alamıyorum.*” (Kadın, 67 yaş, İstanbul). Hasta, yardımsever biri olmasına rağmen yaşadıklarını anlamlandırmada zorluk çektiğini ifade etmektedir. Hasta hastalığının Allah’tan geldiğini düşünmesine rağmen hastalığın nedeni üzerine anlam karmaşası yaşadığı söylenebilir.

⁵⁰⁴ Hana Ayele, et. al., “Religious Activity Improves Life Satisfaction for Some Physicians and Older Patients”, **Religious Activity And Life Satisfaction**, Vol. 47, No: 4, 1999, p. 454.

⁵⁰⁵ Kenneth I. Pargament, et. al. “Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors”, **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 37, No: 4, 1998, p. 715.

Takdiri İlahi /Kader: “*Mevla ne eylerse güzel eyler.*” (Kadın, 58 yaş, Sivas), “Hastalığım Allah’ın takdiri demek ki kaderde bunu yaşamak da varmış.” (Erkek, 43 yaş, Manisa), “Yaklaşık beş yıl önce kaza yaptım, öldürseydi Allah o zaman öldürürdü. Hastalığım Allah’ın bir takdiridir. (Erkek, 68 yaş, Kayseri). “Hastalığım Allah’tan geldiği için O’na boyun eğiyorum.” (Erkek, 67 yaş, İstanbul). Yaşadıkları şehir fark etmeksizin hastalar, hastalığının kendi iradesinin dışında, Allah’ın isteği/planı üzerine gerçekleştiğini ve buna teslimiyet göstermeleri gerektiği düşüncesindedirler. Bu hastaların hastalıkla başa çıkmada şu ayetten destek aldıkları düşünebilir: “*Yeryüzünde ve kendi nefislerinizde uğradığınız hiçbir musibet yoktur ki, biz onu yaratmadan önce bir kitapta (Levh-i Mafhuz ’da) yazılmış olmasın. Şüphesiz bu, Allah’a göre kolaydır. Kaybettiklerinize üzülmeyesiniz ve O’nun size verdikleriyle şımarmayasınız diye (böyle yapmıştır)...*”⁵⁰⁶

Hediye: “*Hastalığım Allah’ın bana bir lütfudur.*” (Kadın, 46 yaş Kayseri, 30 yıldır diyaliz tedavisi alıyor), “*Hastalığımı ben hediye olarak görüyorum; çünkü Allah sevdiği kuluna dert verirmiş. Bu hastalık günahlarıma kefaret olsun diye dua ediyorum.*” (Erkek, 33 yaş, Manisa). Hastalıkla başa çıkma sürecinde; “*Müminin başına bir sızı veya bir meşakkat, bir hastalık, bir hüznün, hatta kendini üzen bir keder gelirse bunlar onun günahlarına kefaret olur.*”⁵⁰⁷ hadisinin bazı hastalara kılavuzluk ettiği söylenebilir.

Derman: “*Derdi veren Allah dermanını da verir, Diyaliz makinaları bizim için bir dermandır, onlar olmasaydı biz ne yapardık, 21 yıl önce hastalığının ilk yıllarında diyalize girmek için haftada bir İzmir’e giderdim. O zamanlar hastanede iki makine olduğu için uzun süre sıra beklerdim, çok şükür şimdi öyle değil.*” (Erkek, 65 yaş, Manisa). Görüldüğü gibi hastalar, Allah’ın verdiği her derde karşılık bir dermanın da olduğunu ve dermanlarının da diyaliz makinası olduğunu ifade ederek olumsuz durumdan olumlu anlam çıkarmayı başarmaktadırlar. “*Her derdin bir devası vardır. Derdin devasına isabet edilebilirse Yüce Allah’ın izniyle düzelir.*” (Müslim, Selâm, 69)

⁵⁰⁶ Kur’an, Hadid 22-23. Ayetler.

⁵⁰⁷ Hadislerle İslam VII Sağlık / En Büyük Nimet; 40 M6568 Müslim, Birr, 52, (Çevrimiçi) <https://hadislerleislam.diyanet.gov.tr/?p=kitap&i=7.0.445>, 10.10.2019.

hadisinin hastalıkla başa çıkma sürecinde hastaya destek sağladığını ifade etmemiz mümkündür.⁵⁰⁸

Şükür: “Doğuştan engelliyim, hayatın zorluklarını görsem de bu halime yine de şükür diyorum.” (Kadın, 74 yaş, Kayseri), “Hastalığa rağmen yine de nefes alıyorum buna da şükür.” (Kadın, 62 yaş, İstanbul). Yaşadıkları zorluklara rağmen sabrettiklerini söylemek mümkündür. “Bir ara üzüntüden felç geçirmiştım ondan dolayı ayağım tutmuyordu ama çok şükür şu an yürüyebiliyorum.” (Kadın, 74 yaş Kayseri). Hastalar, sıkıntının ardından da Allah’ı anmaya ve hatırlamaya devam etmektedirler. Aynı zamanda “... Hoşuna gitmeyen bir şey gördüğündeyse, "Her hâlükârda Allah’a hamdolsun." derdi.! ...”⁵⁰⁹ hadisinin hastalıkla başa çıkma sürecinde hastalara yol gösterici olduğu söylenebilir. Bazı hastaların zor durumda olmasına rağmen durumu anlama ve fark etmeye yönelik yaptıkları şükürün, onların farkındalığına yönelik şükür içerisinde olduklarını gösterir.⁵¹⁰

Bazı hastalar, çocuk sahibi olduğuna için şükretmektedir. “Evlat sahibi olduğuma şükrederim” (Kadın, 59 yaş, Kayseri). Bazı hastalar, çocuklarından destek aldığı için şükretmektedirler. “Çocuklarım ihtiyaçlarımı karşılıyor, maddi sıkıntımız da yok çok şükür.” (Kadın, 76 yaş, Kayseri). Maddi sıkıntının olmamasının yanında aileden alınan manevi destek hastanın sorunlar karşısında daha güçlü olmasını sağlamaktadır. Sorunlarla başa çıkmada yakın çevreden destek alamayan kişilerde ise yalnızlık duygusunun yoğun olarak yaşandığı görülür. “Diyabetten dolayı gözlerimi kaybettim. Ben bir yere gidemiyorum, eşim de beni bırakıp pek bir yere gidemiyor. İkimiz yalnız başımıza yaşıyoruz. Çok şükür seninle konuşabiliyorum.” (Erkek, 62 yaş Manisa). Manevi desteğin hem hastaların sorunlarla başa çıkmasında hem de yalnızlık hissinin giderilmesinde yardımcı olduğu söylenebilir.

“İlk zamanlarda bana “nasılsın” dediklerinde ağlıyordum, üzülüüyordum ta ki 22 yaşındaki kuzenimi beyin tümöründen kaybedene kadar. Onun ölümünden sonra

⁵⁰⁸ Hadislerle İslam VII Hz. Peygamber Döneminde Tıp / Allah Her hastalığın Şifasını Vermiştir; 73 M5741 Müslim, Selâm, 69, (Çevrimiçi), <https://hadislerleislam.diyaret.gov.tr/?p=kitap&h=derman&i=7.1.340&t=0>, 10.10.2019.

⁵⁰⁹ M3803 İbn Mâce, Edeb, 55, <https://hadislerleislam.diyaret.gov.tr/indexarama.php>.

⁵¹⁰ Gülüşan Göcen, “Şükür Ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012, s. 245.

halime şükrettim.” (Erkek, 51 yaş, Kayseri, 21 yıldır diyaliz tedavisi alıyor.), *“Hastanede diyaliz tedavisi alan çocuğu gördükten sonra halime şükrettim.”* (Kadın, 51 yaş, Kayseri). *“Kendimden daha kötülerini gördükçe halime şükrediyorum.”* (Kadın, 64 yaş, Manisa -Erkek, 23 yaş, Kayseri). Yaşlı hastalardan ziyade yetişkin hastalar kendinden daha kötü halde olanları görmenin bir şükür sebebi olduğu ve karşılaştırmalı şükür⁵¹¹ kullandıkları söylenebilir. *“Sizden aşağıda olanlara bakın; yukarıda olanlara bakmayın. Bu, Allah’ın (size verdiği) nimetleri küçümsememeniz bakımından daha uygun olur.”*⁵¹² hadisinin diyaliz hastalarının sorunlularla başa çıkmasında onlara manevi destek sağladığı söylenebilir. Şükür sebebine bakıldığında ise hastaların olumsuzluklarla mücadele ederken kendinden daha kötü durumda olan bireyleri göz önünde bulundurarak daha huzurlu ve mutlu olma çabası içerisinde oldukları⁵¹³ ve mukayeseli şükür kullandıkları söylenebilir.

Diyaliz hastalarının; aile içi destek, stabil durum, yaşamına devam etme, sahip olduğu şeyler (maddi varlık, çocuk sahibi olma, vb.), daha kötü durumda olmama gibi nedenlerden dolayı şükrettikleri görülür.

Dua: “Beni nefsimle baş başa bırakma Allah’ım” diye dua ediyorum. (Erkek, 56 yaş, Kayseri). Hasta, yanlış şeyler yapmaktan Allah’a sığındığı için Allah’ı sığınılacak bir liman olarak görmektedir. *“Bir iş yaparken: " Rabbi yesir ve la tu’assir Rabbi temmim bi’l-hayır" diyorum”* (Kadın, 73 yaş, Kayseri). *“Allah’ım sen işimi kolaylaştır, zorlaştırma diye dua ediyorum.”* (Kadın, 56, Kayseri). Burada işlerinin kolaylaşması için Allah’tan yardım diledikleri görülmektedir. *“Öfkelendiğimde ‘tövbe estağfurullah’ derim”* (Kadın, 68 yaş, Kayseri), Hasta, sıkıntılı ve zor zamanlarının dışında da Allah’a sığınma eğilimindedir. Hastaların farklı nedenlere bağlı olarak Allah’tan yardım alma eğilimin de oldukları görülür.

“Allah’tan mal mülk istemiyorum, tek istediğim şey sağlık” (Erkek, 61 yaş, Kayseri). *“Derdi de şifayı da veren sensin Allah’ım bana şifa ver, beni kimseye muhtaç*

⁵¹¹ Göcen, “Şükür Ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması”, s. 245.

⁵¹² Hadislerle İslam I Rızık / Allah'Tan Gelen Nimet: M7430 Müslim, Zühd, 9, s. 643 (Çevrimiçi) <https://hadislerleislam.diyaret.gov.tr/?p=kitap&h=Z%C3%BChd+9&i=1.1.643&t=0>, 10.10.2019.

⁵¹³ Göcen, **Şükür: Pozitif Psikolojiden Din Psikolojisine Köprü**, s. 119.

etme diye dua ediyorum.” (Kadın, 62 yaş, Kayseri). Hastalar farklı ifade şekilleriyle hastalığın Allah’tan geldiği gibi şifanın da Allah’tan geleceğini belirtmişlerdir.

“Bir gün gelir de yatağa düşersem halim ne olur diye düşünüp endişeleniyorum. Allah ele ayağa düşürmesin” (Kadın, 67 yaş, Manisa), “Allah’ım beni ele ayağa düşürme diye dua ediyorum.” (Kadın, 74 yaş, Kayseri), “Oturarak namaz kılıyorum ve namazlarımın ardından Allah’ım beni ele ayağa düşürme diye dua ediyorum.” (Kadın, 76 yaş, Kayseri). Yaşlılarda özellikle de kadın hastalarda başkasının bakımına muhtaç olma düşüncesinin öz bakım becerileriyle ilgili olduğu düşünülebilir. Ünsar ve arkadaşları erkeklerin öz bakım gücünün kadınlara nazaran daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.⁵¹⁴ Bunun sebebi de erkeklerin öz bakımlarını gerçekleştirirken eşten yardım almaları mümkün iken kadınların öz bakımlarını gerçekleştirirken eşten ziyade gelininden, kızından ya da yardımcı bir bayandan yardım almaları yani aile dışından birinden yardım almalarıyla ilişkili olduğu şeklinde bir değerlendirme yapılabilir. Bir hasta da durumu şu ifadelerle desteklemiştir: “Hastalığım nedeniyle ev işlerini yapamıyorum, bu konuda gelinim bana yardımcı oluyor, Allah ondan razı olsun. Allah bu günlerimizi aratmasın.” (Kadın, 73 yaş, Kayseri).

“Eşimin kalbine giden altı damarı tıkalıydı ve bundan dolayı çok riskli bir ameliyata girecekti. Ameliyat öncesinde “Allah’ım eşim ameliyattan sağlıklı bir şekilde çıksın bir yıl yardıma muhtaçlara yardım edeceğim diye dua ettim.” Eşim ameliyattan sağlıklı çıktıktan sonra çocuk esirgeme kurumundaki çocuklar için bir şeyler örüp göndermeyi görmeyi düşündüm. Ancak her ördüğüm yelek, kazak, patik vd. farklı ihtiyaç sahibi çocuklara gitti. Bir yıl sonrasında örgüleri yapsam da ihtiyaç sahibi kimse gelmedi.” (Kadın, 72 yaş, Kayseri). “Bir dönem birkaç ay yatağa bağlı olarak yaşadım. O dönem bana bakacak kimse yoktu. Ben Allah’tan yardım istedim. O dönemde hiç beklemediğim bir şekilde kız kardeşim çıkıp geldi ve bana baktı. Kardeşimin yüreğine merhameti veren de Allah’tır.” (Kadın, 58 yaş, Kayseri). Kur’an-ı Kerim’de, Allah’ın darda kalan insanın kendisine yalvardığı zaman onun

⁵¹⁴ Unsar, Erol, Mukaddes Mollaoglu, “The Self-Care Agency In Dialyzed Patients”, **Dialysis & Transplantation**, February 2007, Vol. 36, No: 2, p. 61.

imdadına yetiştigi ve sıkıntısını giderdiğine dair ayetin⁵¹⁵ hastaların yaşamlarında mana kazandığı görülür. Diyaliz hastalarının hastalığın getirdiği sorunlarının üstesinden gelme amacıyla dua ederek Allah ile doğrudan ve içsel bir iletişim kurdukları⁵¹⁶ söylenebilir.

“Böbrek nakli konusunda yaptığım dualarımın kabul olmadığını düşünüyorum.” (Kadın, 47 yaş, İstanbul). Bu ifade genellikle genç hastalarda görülmüştür. Bu hastaların, genç yaşta hasta olmalarını anlamlandıramamaları, Allah’ın kendilerini sevmediğini düşünmeleri ve eski sağlıklarına kavuşmak istemelerine rağmen kavuşamamaların dolayı bu düşünce eğilimi içinde oldukları söylenebilir.

Sabır: *“Allah dert veriyor ama sabrını da veriyor.”* (Kadın, 62 yaş, Kayseri), *“Öfkelendiğimde Allah’ım sen bana sabır ver, bana yardım et diye dua ediyorum”* (Erkek, 70 yaş ve 53 yaş, Kayseri), *“Ben evde bir saat oturduğum yerde duramazken burada 4 saat diyalize bağlı kalabiliyorum, Rabbim bana bu sabrı veriyor.”* (Kadın, 66 yaş, Kayseri), *“Hastalık sürecimde sabır ve tevekkül ettim.”* (Erkek, 42 yaş, İstanbul). *“Yüreğim daraldığında Allah’tan sabır isteyip: “Hasbunallâhu ve ni’mel vekil” diyorum”* (Kadın, 56 yaş, Kayseri). Bu bilgilerden hareketle hastaların korku ve sıkıntılı anlarında başlarına gelebilecek her türlü musibet ve beladan Allah’a sığındıkları ve duruma sabır gösterdikleri görülmektedir. Aynı zamanda onların, Allah’ın darda kalanlara yardım elini uzattığına iman ettiklerini söylememiz mümkündür.

Ceza: *“Allah’a karşı iyi bir kul olmadığım için Allah beni cezalandırdı demek aslında Allah’a karşı saygısızlık olur. Çünkü Allah tüm kullarını sever.”* (Erkek, 65 yaş, Manisa). Bu birey, Allah’ı sevgi dolu bir varlık olarak algılamakta ve hastalığın ceza olarak verilmediğini düşünmektedir.

“Allah bana O’na yaklaşmam, O’nu hatırlamam için sıkıntı verdi” (Erkek, 56 yaş, Kayseri), *“Hastalığının Allah’tan bir ceza olarak geldiğini düşünmüyorum fakat bazen başıma bir şey geldiğinde Allah’ın beni uyarmak için onu verdiğini*

⁵¹⁵ Kur’an, Neml 62. Ayet.

⁵¹⁶ Göcen, **Şükür: Pozitif Psikolojiden Din Psikolojisine Köprü**, s. 116.

düşünürüm.” (Erkek, 67 yaş, Kayseri), Hastalığın kendisine ceza olarak değil de kendine uyarı olarak geldiğine inanmaktadır.

“Üç çocuğumu sarılık ve beyin hasarı gibi farklı nedenlerden dolayı kaybettim. Onları kaybetmenin üzüntüsüyle yaşadıklarımı sorgularken etrafımdaki kişiler ise bana iyi bir kul olmadığım için Allah’ın bana bunları yaşattığını söylediler.” (Kadın, 73 yaş, Kayseri). “Eşim bana yaptıklarını şimdi çekiyorsun diyor, bu hastalığın Allah’tan bana ceza olarak geldiğini düşünüyor.” (Erkek, 63 yaş, Kayseri). Cinsiyet fark etmeksizin hastalar, hastalığın kendisine ceza olarak verildiğini düşünmeseler de hasta yakınları, hastalığın hastaya bir ceza olarak verildiğini düşünmektedirler.

“Allah’a karşı iyi bir kul olmadığım için Allah bana bu hastalığı verdi” (Kadın, 65 yaş İstanbul), “Yıllar önce eşimin kardeşi böbrek yetmezliği nedeniyle benden böbrek istemişti ben de kabul etmemiştim. Bu hastalıktan dolayı genç yaşta vefat etti. Allah da bana yıllar sonra aynı derdi verdi.” (Erkek, 48 yaş, Manisa). Cinsiyet fark etmeksizin her iki hasta, geçmişte yaptıklarının muhakemesini yaparak hastalığıyla ilişkilendirmektedir. “Eskiden kürtaj oldum, zaman zaman Allah’ın bundan dolayı beni cezalandırdığını düşünüyorum.” (Kadın, 64 yaş, Kayseri), “Daha önce avcılık yapıyordum çok can yaktım. Bazen bundan dolayı hastalık sahibi mi oldum diye düşünüyorum.” (Erkek, 63 yaş, Kayseri), İslam inancı gereği bir canlının yaşamına son vermek sadece Allah’a aittir. Bu hastalar bu kuralın dışına çıktığı için Allah tarafından cezalandırıldığını düşünmektedirler. Genel olarak bazı hastaların, hastalığının yaptıklarına karşılık Allah tarafından kendisine bir ceza olarak verildiğini düşünmektedirler.

“Hastalığımın ilk zamanlarında Allah’ın beni hastalıkla cezalandırdığını düşünüyordum. Fakat zamanla bu düşüncemin yanlış olduğunu fark ettim.” (Kadın, 47 yaş, İstanbul), “Hastalığımın ilk zamanlarında Allah’ın bu hastalıkla beni cezalandırdığını düşünürdüm.” (Erkek, 74 yaş, Kayseri). Yas döneminde hastalık ceza olarak tanımlanabilirken kabullenme aşamasından sonra hastalık ceza olarak anlamlandırılmamaktadır. Burada yas dönemi ve kabullenme aşaması arasında anlam dönüşümlerinin olabileceği çıkarımı yapılabilir.

İsyan: “*Diyabetten dolayı bir ayağım, diğer ayağımın ayak parmakları kesildi. Ayağım kesildikten sonra kimse geçmiş olsun demek için ziyaretime gelmedi. Bu hastalığı hak ettiğimi düşünmüyorum.*” (Erkek, 64 yaş, Kayseri), “*Eşim vefat ettiğinden dolayı evde yalnız kalıyorum. Evde yalnız kalınca aklıma bir sürü şey geliyor sonra da sorgulamaya başlıyorum. Yalnızlık Allah’a mahsustur ama neden ben yalnızım diyorum.*” (Kadın, 62 yaş, Kayseri). Her iki hastanın da aslında yalnızlık hissi nedeniyle isyan eğilimi içinde oldukları görülmektedir. Bu durum aslında insanın biyolojik yapısında gerçekleşen olumsuz bir durumun onun sosyal yapısına etki ettiğini ve sonrasında psikolojik sağlığına da zarar vererek manevi yanındaki zayıflamayı anlatan en iyi örneklerden biridir.

Ben anneme babama baktım, onların beddualarını da almadım neden böyle oldum diye düşünüyorum. Ölümün benim için daha hayırlı olacağını düşünüyorum.” (Erkek, 62 yaş, Ardahan), “*Bir vakfın işleriyle ilgileniyorum, ben herkese yardım ettim, kötülük etmedim bu nedenle ara sıra ben neden böyle oldum diyorum.*” (Erkek, 66 yaş, Kars). Bu hastaların hastalığına yönelik olumlu anlamlar bulamaması nedeniyle isyan eğilimi içerisinde oldukları söylenebilir. “*15 yıl öncesine kadar çok varlıklı biriydim fakat sonra iflas ettim. İflas ettiğimden bu yana Allah beni affetsin zaman zaman isyanlarım oluyor.*” (Erkek, 75 yaş, Manisa). Bu hastanın da stresli yaşam olaylarına veya hastalık sürecine olumsuz anlam yüklediği görülmektedir.

Şüphe: “*Oğlum öldüğünde Allah’ın beni sevdiğine dair şüpheye kapıldım. Allah’ım oğlumu benden neden aldın beni sevmiyor musun dedim. Ama hastalığımda öyle bir şey demedim. Oğlumun ölümü bana çok ağır gelmişti.*” (Kadın, 68 yaş, Manisa). “*Eşim cezaevinde onun yokluğunu hissettiğimde Allah’ım beni neden yalnız bıraktın, yoksa beni sevmiyor musun diyorum.*” (Kadın, 48 yaş, Kayseri). Bu hastaların, Allah’ın kendilerini sevmediğine yönelik şüpheleri olduğu ve onların genellikle Allah’a güvensiz bağlandıkları görülmektedir.

“*Çocuklar tecavüze uğradığında Allah’ın gücünden kudretinden şüpheye düşüyorum.*” (Erkek, 58 yaş, İstanbul). Bu hastanın yaşanan olayda insan iradesini tamamen ortadan kaldırıp durumu tamamen Allah’ın istemine dayandırması nedeniyle manevi hoşnutsuzluk içinde olduğu ifade edilebilir.

4.4. YAŞAM MEMNUNİYETİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Diyaliz hastalarının genel yaşam memnuniyetlerinin değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edildiği görülür. Acaray ve Pınar, diyaliz hastalarının yaşam kalitelerini düşük düzeyde algıladıklarını,⁵¹⁷ Atasoy ve arkadaşları ise diyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin genel olarak kötü olduğunu tespit etmişlerdir.⁵¹⁸ Bu çalışmada ise diyaliz hastalarının yaşam memnuniyetinin orta düzeye yakın olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın araştırmamızdaki grup üyelerinin yaşam memnuniyetinin; sosyal destek ve aile desteği, gelir durumu ve yaşanılan yer gibi değişkenler bakımından diğer gruplardan farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Yaşam memnuniyetinin; cinsiyet, sosyoekonomik durum, dindarlık ve duygu durumları gibi değişkenler arasındaki ilişki analiz edildiğinde, değişken grupları arasında anlamlı farklılıkların olduğu görülmektedir. Cinsiyet ve yaşam memnuniyeti ilişkisi incelendiğinde; kadınların erkeklere nazaran yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu⁵¹⁹ ya da cinsiyete göre yaşam memnuniyetinin farklılık göstermediği sonucu elde edilmiştir.⁵²⁰ Çalışmamızda ise erkeklerin kadınlara göre yaşam memnuniyetinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diyaliz erkek hastalarının yaşam memnuniyetinin yüksek olması benlik algılarının yüksek olması ve kadın hastaların yaşam memnuniyetinin düşük olması ise anksiyete, depresyon, ağrı ve yetersizlik puanlarının yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir.⁵²¹ “*Ev işlerimi tam olarak yapamıyorum buna gücüm yetmiyor, işleri yaparken sık sık dinlenerek yapıyorum.*” (Kadın, 53 yaş, İstanbul), “*Hastalığımдан dolayı çocuklarımla istediğim gibi ilgilenemiyorum, eşimin zaman zaman bana ‘Ne yaptın ki’ demesi beni çok üzüyor.*” (Kadın, 33 yaş, Kayseri). Kadınların aile içi sorumlulukları; yemek yapmak, evi

⁵¹⁷ Pınar, “Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, s. 10.

⁵¹⁸ Atasoy, vd. “Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi”, s. 133.

⁵¹⁹ Ali Ayten “Din ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları Ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. 13, No: 3, 2013, s. 18.

⁵²⁰ İbrahim Halil Ekin, “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Doyumu İle Benlik Saygısı İlişkisinin İncelenmesi Ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas, 2019, s. 38; Ayten, “Din Ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları Ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, s. 18.

⁵²¹ Merve Kavla, “Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı Ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, 2019, s. 26.

temizlemek, çocuk bakımı, eş ve çocukların beklentilerini karşılama vb. daha fazla emek ve güç isteyen işler olması ve bunların hastalık nedeniyle beklenen düzeyde karşılanamaması onların yaşam memnuniyetini olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Yaş gruplarına göre yaşam memnuniyetinin farklılık gösterip göstermediği tahlil edildiğinde yaş gruplarının benzer yaşam memnuniyetine sahip oldukları tespit edilmiştir. Ekin, yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının yaş grupları arasında anlamlı farklılığın olmadığı verisine ulaşmıştır.⁵²² Gencer, hemodiyaliz hastalarının öznel iyi oluş hallerinin yaş grupları arasında farklılık olup olmadığını analiz ettiğinde 40 yaşından sonra kişilerin öznel iyi oluş puanlarının düştüğünü ancak durumun istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını; Ballı ise hemodiyaliz hastalarında yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.⁵²³

Yaş ve diyaliz yılının yaşam memnuniyeti üzerine ortak etkisi analiz edildiğinde; diyaliz hastalarının yaşam kalitesi ile diyaliz yılı arasında negatif bir ilişki olduğu, diyaliz yılı arttıkça hastaların yaşam kalitesinin azaldığı⁵²⁴ ve yaşam kalitesi ile öz bakım gücü arasında pozitif bir ilişki olduğu⁵²⁵ tespit edilmiştir. Çalışmamızda ise diyaliz tedavi süresi 0-1 yıl arasında olanlarda yaşlıların yaşam memnuniyetinin yetişkinlere göre daha yüksek olduğu, diyaliz tedavisi alma süresi 2-5 yıl arasında olanların yaşam memnuniyetlerinin birbirine benzer olduğu ve diyaliz tedavisi alma süresi 5 yıldan fazla olanlarda ise yetişkinlerin yaşam memnuniyetinin yaşlılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu ilişki genel değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmada da diyaliz yılları arasındaki geçişte bir anlamın olduğu görülür. 0-1 yıl arasında yaşlıların yaşam memnuniyeti daha yüksek iken 2-5 yıl arasında yaşlıların ve gençlerin yaşam memnuniyeti dengelenmekte, 6 yıl ve sonrasında ise yetişkinlerin yaşam memnuniyetinin arttığı görülmektedir. Bu durum şu şekilde

⁵²² Ekin, “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Doyumu İle Benlik Saygısı İlişkisinin İncelenmesi Ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi”, s. 39.

⁵²³ Fatih Ballı, “Periton Diyaliz Hastalarında Arteriyel Sertlik İle Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi, Anksiyete Ve Depresyon Arasındaki İlişki”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015, s. 35.

⁵²⁴ Nurten Kalender, “Diyaliz Yeterliliğinin Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisinin Belirlenmesi”, Ankara, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, GATA, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010, s. 1.

⁵²⁵ Gamze Muz, Rabiye Eğlence, “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü Ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi”, **Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi**, C. 2 No: 1 Nisan 2013, s. 15.

yorumlanabilir: Yaşlılar hastalığın ilk yılında hastalığın yaşlılıktan kaynaklı olduğunu düşünerek bunu normal karşılarlarken yetişkinler ise yaşlı olmadığı için niçin böyle bir hastalığa yakalandıklarını anlamlandıramamalarından dolayı yaşlıların yaşam memnuniyetinin yetişkinlerinkinden daha yüksek olduğu ileri sürülebilir. Fakat diyaliz yılı 2-5 yıl arasında olan yaş gruplarının yaşam memnuniyeti birbirleriyle benzerlik gösterir. Hastalığın belirli bir evre ilerlemesinden sonra ise gruplar arasındaki yaşam memnuniyet dengesi bozulur. 6 yıldan sonra yaşlı hastalar yaşlılığın ve hastalığın getirdiği sorunlarla baş etmede yeterli fiziksel, mental ve psikolojik sağlığa sahip olmadıklarından dolayı sorunlarla başa çıkmada zorluk çekerler.⁵²⁶ Aynı zamanda akrabaları arasında mortalite hızının yüksek olması da⁵²⁷ onların yaşam memnuniyetlerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Yetişkinlerin ise ilk beş yıldan sonra hastalığı kabullenme sürecine yani yas sürecinin yeniden bütünleştirme ve yapılandırma dönemine geçmelerinden dolayı geçmişe nazaran yaşam memnuniyetlerinin arttığı söylenebilir.

Medeni durumu ile yaşam memnuniyetinin ilişkisi analiz edildiğinde diyaliz hastalarının evli, bekâr ve diğeri olma durumlarına göre yaşam memnuniyetinin anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Literatür taraması yapıldığında ise bekârların evlilere göre psikositizm puanlarının yüksek olduğu, evlilerin bekârlara göre olumlu mantıksal kabullenme puanlarının daha yüksek olduğu⁵²⁸, evlilerin yaşam doyumu ve benlik puanlarının bekârlara nazaran daha yüksek olduğu⁵²⁹ hiç evlenmemişlerin evli ve boşanmışlara göre öznel iyi oluş puanlarının daha yüksek olduğu⁵³⁰ tespit edilmiştir. Evliler ile evli olmayanlar arasında öz bakım durumları arasında anlamlı farklılık

⁵²⁶ Esra Köşeler, “Kronik Böbrek Yetmezlikli Hepatiti Olan Ve Olmayan Diyaliz Hastalarının Beslenme Durumlarının, Bazı Biyokimyasal Bulgularının, İştah Ve Yaşam Kalite Düzeylerinin Belirlenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, 2015, s. 131; Kavla, “ Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı Ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi”, s. 49.

⁵²⁷ Köşeler, “Kronik Böbrek Yetmezlikli Hepatiti Olan Ve Olmayan Diyaliz Hastalarının Beslenme Durumlarının, Bazı Biyokimyasal Bulgularının, İştah Ve Yaşam Kalite Düzeylerinin Belirlenmesi”, s. 177.

⁵²⁸ Kavla, “ Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı Ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi”, s. 26-27.

⁵²⁹ Ekin, “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Doyumu İle Benlik Saygısı İlişkisinin İncelenmesi Ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi”, s. 54.

⁵³⁰ Gencer, “Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık Ve Öznel İyi Oluş”, s. 171.

olduğu ve evlilerin öz bakım durumlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir.⁵³¹ Çalışmamızda ise evli ve bekârların yaşam memnuniyetlerinin benzer olduğu ve bunun da onların benzer yaşam standartlarına sahip olmalarından ileri geldiği düşünülebilir.

Eğitim durumu ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim düzeyleri arasında yaşam memnuniyetinin farklılık göstermediği, diyaliz hastalarının benzer yaşam memnuniyetlerine sahip olduğu görülmüştür. Yaşam memnuniyetinin eğitim düzeyleri arasında farklılık gösterip göstermediğine yönelik farklı araştırmalar da bulunmaktadır.⁵³² Gencer, yaptığı çalışmada diyaliz hastalarının eğitim düzeylerine göre öznel iyi oluş hallerinin farklılık göstermediğine yönelik sonuç elde etmiştir.⁵³³ Donar ise diyaliz hastalarının eğitim düzeyi artıkça aktiflik düzeyinin ve yaşam kalitesinin arttığını ve aynı zamanda yaşam kalitesinin ilaç alımı ve tedaviye uyum sağlamayla ilişkili olduğunu tespit etmiştir.⁵³⁴ James de bir araştırmasında ilaç alımı ve tedaviye uyum sağlama süreci ile eğitim düzeyi arasında pozitif ilişki olduğunu tespit etmiştir.⁵³⁵ Bireyin aldığı yüksek eğitimle bilişsel yetisini daha aktif kullanarak karşılaşılan sorunları ortadan kaldırmada daha başarılı olması ve buna bağlı olarak yaşam memnuniyetinin daha yüksek olması beklenmektedir; ancak çalışmamızın bu beklentiyi karşılamadığı görülmektedir.

Yaşam memnuniyetinin yaşanılan yere göre farklılık gösterip göstermediğini analiz ettiğimizde diyaliz hastalarının yaşadıkları yere göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Ancak farklı çalışmalarda diyaliz hastalarının yaşadıkları yere göre yaşam doyumunun ve öznel iyi oluş halinin farklılık gösterdiği ve ilçede yaşayan diyaliz hastalarının yaşam doyumlarının, öznel iyi oluş hallerinin il

⁵³¹ H. Kurbun, İ. M. Akten, “HD Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, C. 27, No: 3, 2018, s. 284.

⁵³² Ekin, “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Doyumu İle Benlik Saygısı İlişkisinin İncelenmesi Ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi”, s. 40.

⁵³³ Gencer, “Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık Ve Öznel İyi Oluş”, s. 170.

⁵³⁴ Gamze Bayın Donar, “Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanımını Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2019, s. 101, 171.

⁵³⁵ J. A. James, “Patient Engagement: People Actively Involved In Their Health And Health Care Tend To Have Better Outcomes--And, Some Evidence Suggests, Lower Costs” **Project HOPE– The People-to-People Health Foundation Inc.** 2013, p. 5; Donar, “Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanımını Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, s. 154.

merkezinde yaşayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda yaşanan yere göre yaşam memnuniyetinin farklılık göstermediği görülmüştür. Bunun nedenleri; hastaların genellikle yaşadığı yer fark etmeksizin tedaviye özel araçla gidip gelmeleri, büyükşehirlerde yaşamaları ve büyükşehirde yaşayan bireylerin imkânlar açısından yaşanan yere göre benzerlik göstermesindendir.

Sosyoekonomik düzey ile yaşam memnuniyeti ilişkisi analiz edildiğinde sosyoekonomik düzey arttıkça yaşam memnuniyetinin de arttığı görülmüştür. Mollaoğlu ve Bağ çalışan diyaliz hastalarının öz yeterlilik durumunun daha yüksek olduğunu bulmuştur.⁵³⁶ Alemdar ve Pakyüz, HD hastalarının sosyoekonomik durumu ile toplam yaşam kaliteleri ve alt boyutları olan sağlık ile işlev arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki olduğunu tespit etmiştir.⁵³⁷ Sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastalarda uyum probleminin daha fazla olduğu belirlenmiştir.⁵³⁸ Yaşama yönelik beklentilerin karşılanmamasında yeterli ekonomik güce sahip olunmaması kişide depresyon ve kaygı bozukluğu gibi psikopatolojik sorunlara neden olabilmektedir.⁵³⁹

Gelir düzeyi iyi olan kişilerin yaşam standartları düşük gelirli kişilere nazaran daha iyi olmasının nedenleri şu şekilde sıralanabilir: Streslerini ortadan kaldırabilecek farklı etkinliklere katılabilmeleri, hastalığın getirdiği maddi yükümlülükleri karşılayabilecek maddi güçlerinin olması, bulundukları çevrede güven içinde yaşamaları ve çevresindeki kişilerle daha olumlu ilişkiler kurmaları.⁵⁴⁰ *Buna benzer etkenler onların psikolojik sağlığını olumlu etkileyebilmektedir. “Önceden halim vaktim iyiydi herkes yanımdaydı ama şimdi param yok etrafımda da kimse kalmadı. Çocuklarım dahi beni terk etti.”* (Erkek, 64 yaş, İzmir). *“Maddi yetersizlikten dolayı istediğim şeyleri yapamıyorum, hayatımı dolu dolu yaşayamıyorum.”* (Erkek, 62 Kayseri). *“Bu hastalıktan sonra herkes benden uzaklaştı sanki insanlarla iletişimim*

⁵³⁶ Eylem Bağ, Mukadder Mollaoğlu, “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi”, **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, C. 7, No: 1-2, 2010, s. 34.

⁵³⁷ Alemdar, Çınar Pakyüz, “Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi”, s. 24.

⁵³⁸ Belgüzar Kara, “Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım”, **Gülhane Tıp Dergisi**, C. 49, No: 2, 2007, s. 134.

⁵³⁹ Selma Çetinkaya, vd., “Sivas İl Merkezinde Yaşayan Hemodiyaliz Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri”, **Türkiye Klinikleri Journal of Nephrology**, C. 3, No: 2, 2008, s. 59-62.

⁵⁴⁰ Belgüzar Kara, “Hemodiyalize Giren Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Öncelikli Sorunlardan Biri: Yaşam Kalitesi”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, C.11, No: 5, 2012, s. 632.

çok azaldı. Tam verimli olduğum, çalışacağım dönemde bu hastalık başıma geldi.” (Erkek, 56 yaş, kayseri). *“Bir baba olarak işte çalışamama, eve ekmek götürememe düşüncesi anlatılamaz...”* (Erkek, 59 yaş, İstanbul). Hastaların ifadelerine bakıldığında organ kaybıyla birlikte maddi kaybında ortaya çıktığı ve bununla birlikte 30-60 yaş arasındaki erkek hastalarda psikososyal gelişim olarak “Üretkenliğe Karşı Durgunluk” evresini yaşadığı görülür. Elvan, hastalıktan dolayı iş gücü kaybı yaşayan bireylerde depresyon ve umutsuzluğun ortaya çıkmasına bağlı olarak bireyin aile içerisindeki işlevlerin bozulabildiğini ifade etmektedir.⁵⁴¹

Dindarlık algısı ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki tahlil edildiğinde dindarlık düzeyi arttıkça yaşam memnuniyetinin arttığı sonucuna ulaşıldı. Yapılan bazı araştırmalarda da dindarlık ile yaşam memnuniyeti arasında, dindarlık ile yaşam kalitesi ve öznel iyi oluş hali arasında pozitif ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.⁵⁴² Willits ve Crider, kiliseye giden ergenler ve yetişkinlerin dini etkinliklere katılmaları ile yaşam memnuniyetleri arasında pozitif ilişki olduğunu belirtmiştir.⁵⁴³ Abdel-Khalek, bir araştırmasında İslami inanç ve uygulamaların, Müslüman bireyler arasında psikoterapik süreçte uyum sağlama görevi gördüğünü tespit etmiştir.⁵⁴⁴ Wolfinger ve Wilcox, yaptıkları bir araştırmada dindarlık ile mutlu ilişki arasında pozitif ilişki olduğuna, kiliseye düzenli olarak giden eşlerin evlilik doyumunu daha fazla yaşadığına ve babaların çocuklarıyla daha mutlu ilişkiler geliştirebildiğine yönelik veriler elde etmiştir.⁵⁴⁵ Acar, manevi iyi oluşun gerçekleşmesinde din ve dindarlığın fayda sağladığını tespit etmiştir.⁵⁴⁶ Kişilerin bir dini kimliğe sahip olmaları, aidiyetlik kazanmaları ve dini toplulukta arkadaşlık kurmaları onların yaşam memnuniyetine

⁵⁴¹ Elvan Yavuz, “Diyaliz Hastalarının Aile İşlevselliğinin İncelenmesi”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018, s. 61.

⁵⁴² Chaeyoon Lim, Robert D. Putnam, “Religion, Social Networks, And Life Satisfaction” **American Sociological Review**, Vol. 75, No: 6, 2010, p. 914; Ahmed M. Abdel-Khalek, “Quality Of Life, Subjective Well-Being, And Religiosity İn Muslim College Students”, **Quality of Life Research**, Vol. 19, No: 8, 2010, p. 1133.

⁵⁴³ Fern K. Willits, Donald M. Crider, “Religion And Well-Being: Men And Woman In The Middle Years”, **Review of Religious Research**, Vol. 29, No: 3, 1988, p. 281.

⁵⁴⁴ Ahmed M. Abdel-Khalek, “Quality Of Life, Subjective Well-Being, And Religiosity İn Muslim College Students”, p. 1133.

⁵⁴⁵ Nicholas H. Wolfinger, W. Bradford Wilcox, “Happily Ever After? Religion, Marital Status, Gender and Relationship Quality in Urban Families”, **Social Forces**, Vol. 86, No: 3, 2008, p. 14.

⁵⁴⁶ Hatice Acar, “Manevi İyi Oluş İle Dindarlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir Değerlendirme”, **C.Ü İlahiyat Fakülte Dergisi**, C. XVIII, No: 2, s. 391.

olumlu etki ettiği söylenebilir.⁵⁴⁷ “*Hastalıktan önce camiye gidip namazlarımı orada kılabiliyordum ancak hastalıktan sonra camiye gidemiyorum buna çok üzüliyorum*” (Erkek, 67 yaş İstanbul). Toplulukla yapılan ibadetlerin yerini bireysel yapılan ibadetlerin alması, kişinin dini topluluktan uzaklaşmak zorunda kalması ve arkadaş kaybı yaşaması kişinin yaşam memnuniyetine olumsuz etki edebilir.

Duygu durumu ile yaşam memnuniyeti arasında ilişkinin olup olmadığı analiz edildiğinde olumlu duyguya sahip olan bireylerin olumsuz duyguya sahip olan bireylere nazaran yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Bastian ve arkadaşları, olumlu duygu ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelediklerinde olumlu duyguya sahip ülkelerin yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir.⁵⁴⁸ Lombardo ve arkadaşları öznel mental sağlık ile yaşam memnuniyeti arasında güçlü bir ilişki olduğunu, düşük mental sağlığa sahip bireylerin yaşam memnuniyetlerinin de düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır.⁵⁴⁹ Güney ve arkadaşları, üniversite öğrencileri üzerine yaptıkları bir araştırmada yaşam memnuniyeti ile depresyon, anksiyete ve umutsuzluk arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.⁵⁵⁰ Sarıçam ve arkadaşları tarafından okul öncesi öğretmenlerine yönelik yapılan bir araştırmada umut ve duygusal zekânın, yaşam memnuniyetinin önemli yordayıcıları olduğu bulunmuştur.⁵⁵¹ Yaşam memnuniyeti öznel iyi oluşun bilişsel boyutunu ifade ediyor olsa da onun duygularla da bir ilişkisi olduğunu göstermektedir.

Hastaların yaşam memnuniyetini olumsuz etkileyen duygu ve düşünceler şunlardır: “*Diyaliz tedavisi esnasında karamsar oluyorum, bana bir şey olursa çocuklarım ne yapar diye düşünüp kaygılanıyorum.*” (Kadın, 47 yaş, İstanbul). Küçük

⁵⁴⁷ Chaeyoon Lim, Robert D. Putnam, “Religion, Social Networks, And Life Satisfaction”, p. 923.

⁵⁴⁸ Brock Bastian, et. al., “Is Valuing Positive Emotion Associated With Life Satisfaction?”, Brief Report, **American Psychological Association: Emotion**, Vol. 14, No: 4, 2014, pp. 242-43.

⁵⁴⁹ Patrick Lombardo, et. al. “The Fundamental Association Between Mental Health And Life Satisfaction: Results From Successive Waves Of A Canadian National Survey”, **BMC Public Health**, Vol. 18, No: 342, 2018, p. 8.

⁵⁵⁰ Sevgi Güney, Temel Kalafat, Murat Boysan, “Dimensions Of Mental Health: Life Satisfaction, Anxiety And Depression: A Preventive Mental Health Study In Ankara University Students Population”, **Procedia Social and Behavioral Sciences**, Vol. 2, No: 2, 2010, p. 1210.

⁵⁵¹ Hakan Sarıçam, İsmail Celik, Lütfiye Coşkun, “The Relationship between Emotional Intelligence, Hope and Life Satisfaction In Preschool Preserves Teacher”, **International Journal of Research In Teacher Education**, Vol. 6, No:1, 2015, p. 7.

çocuğu olan genç annelerde görülen bir durumdur. Kendilerine bir şey olursa çocuklarının nasıl yaşamlarını idame ettireceğine dair kaygıları bulunmaktadır.

“Yıllar önce kızıma böbreğimi verdim, kızım 16 yıl nakille yaşadı ama sonra böbreği yine iflas etti. Diğer kızım da böbrek hastası, üçümüz diyaliz tedavisi alıyoruz. Bir gün gelir de yatağa düşersem halim ne olur diye düşünüp endişeleniyorum.” (Kadın, 67 yaş, Manisa). *“Eşim giderse ya da ona bir şey olursa insanlara muhtaç olmaktan endişe duyuyorum”* (Erkek, 53 yaş, İstanbul). Her iki hastanın bakımını karşılamada birine muhtaç olma düşüncesinden dolayı kaygı yaşadıkları görülmektedir.

“Bedensel engelim olduğu için hiç evlenemedim, evlenip yuva ve evlat sahibi olmak isterdim ama olmadı. Yakın zamanda kalp krizi geçirdim bundan dolayı biraz endişeliyim.” (Kadın, 68 yaş, Kayseri). Diyaliz hastalarında, hastalığa bağlı olarak farklı sorunlar ve hastalıklar gelişmektedir. Bu durum, onları duygu durumu bakımından olumsuz etkilediği gibi yaşam memnuniyetinin düşmesine de neden olmaktadır.

Yetişkin bağlanma ile yaşam memnuniyeti arasında ilişki analiz edildiğinde yetişkine güvenli bağlananların kaygılı ve kaçınan bağlananlara göre yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu görüldü. Temiz ve Cömert yaptıkları bir çalışmada yetişkin güvensiz bağlananların güvenli bağlananlara nazaran yaşam memnuniyetinin daha düşük olduğunu,⁵⁵² Demirel, ise kaçınan ve kaygılı bağlanma ile depresyon arasında pozitif ilişki, yaşam doyumuyla negatif ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.⁵⁵³ Yetişkin güvenli bağlanan hastaların yaşam memnuniyetinin daha yüksek olması aileden ve yakın çevreden sosyal destek alması ve aldığı destekten tatmin olmalarıyla; kaçınan bağlanan hastaların yaşam memnuniyetlerinin düşük olması ise sosyal destek almaya istekli olmamaları veya destek aldığında tatmin olmamalarıyla ilişkilendirilebilir. *“Eşim ve çocuklarım bana destek oldukları için hayatımdan memnunum.”* (Kadın, 55 yaş, Kayseri). *“Gözlerim görmüyor, eşimden*

⁵⁵² Zahide Tepeli Temiz, Itir Tari Comert, “The Relationship Between Life Satisfaction, Attachment Styles, and Psychological Resilience In University Students”, **Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences**, Vol. 31, No: 3, 2018, p. 280.

⁵⁵³ Cansu Demirel, “Yetişkinlerde Bağlanma Stilllerinin Mutluluk, Yaşam Doyumu Ve Depresyon İle İlişkisinin İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2018, s. 55.

ayrıldım, yanımda bana destek olacak kimse yok, herkes beni terk etti bundan dolayı mutsuzum.” (Kadın, 53 yaş, Manisa). Görüldüğü üzere güvenli bağlanan bireylerin aile bireylerinden destek aldığı ve bundan memnun olduğu, güvensiz bağlananların ise aile bireylerinden destek alamadığı ve bundan dolayı mutsuz olduğu görülmektedir.

Allah’a bağlanma ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki analiz edildiğinde Allah’a güvenli bağlananların yaşam memnuniyetinin kaygılı ve kaçınan bağlananlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kirkpatrick ve Shaver da Allah’a güvenli bağlananların yaşam memnuniyetinin daha yüksek olduğunu ve kaygı düzeylerinin, yalnızlık duygularının ve depresyon eğilimlerinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir.⁵⁵⁴ Kent, Bradshaw ve Uecker Allah’a güvenli bağlanan yaşlı bireyler arasında Allah tarafından affedilme duygusunun ve olumlu benlik algısının daha yüksek olduğuna ve bunların yaşam memnuniyetini olumlu etki etkilediğine yönelik sonuç elde etmişlerdir.⁵⁵⁵ Bradshaw ve arkadaşları, Tanrı’ya güvenli bağlanma ile stres arasında negatif ilişki, kaygılı bağlanma ile pozitif ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.⁵⁵⁶ Ayten, bireysel dindarlığın yaşam memnuniyetinin yordayıcısı olduğunu ifade etmiştir.⁵⁵⁷ Allah’a bağlanma ile psikolojik iyi oluşun alt ölçekleri; öz kabul, diğerleriyle olumlu ilişkiler kurma, özerklik, çevresel hâkimiyet, bireysel gelişim ve yaşam amaçları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.⁵⁵⁸ Allah’a güvenli bağlanan hastaların yaşam memnuniyetinin güvensiz bağlanan hastalara göre yüksek olması onların bireysel dini yönelimleriyle açıklanabilir. Örneğin, stresli ve sıkıntılı durumlar karşısında bireylerin dualarında artış olduğu görülür. Duanın, Allah’a bağlanmayla ilgili olduğu ve mental sağlığı destekleyici

⁵⁵⁴ Kirkpatrick, Shaver: “An Attachment-Theoretical Approach to Romantic Love and Religious Belief”, p. 274.”

⁵⁵⁵ Blake Victor Kent, Matt Bradshaw and Jeremy E. Uecker, “Forgiveness, Attachment To God, And Mental Health Outcomes In Older Us Adults: A Longitudinal Study”, **Research on Aging**, Vol. 40, No: 5, 2018, p. 472.

⁵⁵⁶ Matt Bradshaw, Christopher G. Ellison, Jack P. Marcum, “Attachment To God, Images Of God, And Psychological Distress In A Nationwide Sample Of Presbyterians”, **International Journal for the Psychology of Religion**, Vol. 20, No: 2, 2010, p. 130.

⁵⁵⁷ Ali Ayten, “Din Ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları Ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, s. 25.

⁵⁵⁸ Zhaleh Refahi, et. al., “The Relationship Between Attachment To God And Identity Styles With Psychological Well-Being In Married Teachers”, **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, Vol. 174, No: 12, 2015, p. 1925.

olduğu söylenebilir.⁵⁵⁹ Dua, kişinin Allah’a yakınlık kurduğunu ve Allah’tan yardım istediğini ifade eder. Hastanın sadece sıkıntılı hallerde değil diğer durumlarda da iyilik yaparak, şükür ederek, sabır göstererek⁵⁶⁰, yaşadıklarına olumlu anlamlar yükleyerek, tövbe ederek Allah’tan sevgi ve af dileyerek, teselli olmak amacıyla Kur’an okuyarak Allah’a yakınlıklarını arttırdıkları söylenebilir.⁵⁶¹

Diyaliz tedavisine başladıktan sonra dindarlık algısında değişim yaşama durumunun yaşam memnuniyetiyle ilişkisi analiz edildiğinde; olumlu yönde değişim yaşayan hastaların yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu görülür. Bu durum hastaların dindarlık algılarıyla ilişkilendirilebilir. Daha önceki verilerimizde de hastalık sonrasında dindarlık algısında olumlu yönde değişim yaşayanların Allah’a daha çok güvenli bağlandıklarını ve Allah’a güvenli bağlanan hastaların da yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştik. Allah’a güvenli bağlanan bireylerin, yalnızca sorunlar karşısında değil Allah’a her zaman daha yakın olma eğilimindedirler. Ancak sorunlar ve sıkıntılar karşısında bireylerin sorunlardan kurtulmak amacıyla Allah’a yakın olma eğilimini arttırdıkları ve daha çok olumlu dini başa çıkma yollarını tercih ettikleri görülür.

Dini başa çıkma ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki analiz edildiğinde olumlu dini başa çıkma ile yaşam memnuniyeti arasında pozitif ilişki olduğu, olumsuz dini başa çıkma ile arasında ise negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayele ve arkadaşları, hastaların dua gibi içsel dini etkinliklerine başvurma ile yaşam memnuniyetleri arasında bir ilişki olduğunu, yaşlı hastalarda ise içsel dini etkinlikler ile yaşam memnuniyeti arasında güçlü bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.⁵⁶² Koenig ve arkadaşları hastanede yatan hastalarının olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini kullandıklarını tespit etmiş ve bunu da hastaların yaşam kalitelerinin

⁵⁵⁹ Matt Bradshaw, Blake Victor Kent, “Prayer, Attachment to God, and Changes In Psychological Well-Being in Later Life”, **Journal of Aging and Health**, Vol. 30, No: 5, p. 685.

⁵⁶⁰ Ahmet Canan Karakaş, Mustafa Koç, “Stresle Başa Çıkma ve Dini Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi”, **İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi**, C. 3, No: 3, 2014, s. 612.

⁵⁶¹ Abu-Raiya, “On The Links Between Positive Religious Coping, Satisfaction With Life And Depressive Symptoms Among A Multinational Sample Of Muslims”, p. 679; Refahi, et. al., “The Relationship Between Attachment To God And Identity Styles With Psychological Well-Being In Married Teachers”, p. 1926.

⁵⁶² Ayele, et. al., “Religious Activity Improves Life Satisfaction for Some Physicians and Older Patients”, p. 455.

düşük olmasıyla ilişkilendirmişlerdir.⁵⁶³ Diyaliz hastalarının daha fazla olumlu dini başa çıkma etkinliklerine başvurdukları ve yaşam memnuniyetlerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Bunun sebebinin diyaliz hastalarının hastalık sürecinin süreklilik göstermesi ve hastalığın getirdiği sorunlara yönelik daha fazla deneyim kazanmaları olduğu söylenebilir. Diyaliz hastalarının hastalık sürecinde manevi güç kazanmak ve teselli olmak için dua ettikleri, bunun yanında fiziksel durumu yeterli olmayanların oturarak yeterli olanların ise kuralların gerektirdiği şekilde namaz kıldıkları, Kur'an okudukları ancak hastalık nedeniyle oruç tutamadıkları gözlemlenmiştir. Oruç tutamayan bazı hastaların bu durumdan üzüntü duydukları ifadelerinde yer almıştır.

Yaşamından memnun olan hastaların dini başa çıkma tarzlarına yönelik ifadeleri şu şekildedir: *“Çocuklarım ihtiyaçlarımı karşılıyor neden mutlu olmayım. Maddi sıkıntımız da yok çok şükür.”* (Kadın, 76 yaş, Kayseri), *“Allah'ım beni ele ayağa düşürme diye dua ediyorum. Hayatımdan memnunum çok şükür.”* (yaşlı kadınlarda genel yargı), *“Hastalanmadan önce ibadetlerimi daha fazla yapıyordum ama şu an pek yapamıyorum. Yorgunluk halsizlik nedeniyle bir şey yapacak gücüm olmuyor ama buna da şükür yaşamımdan memnunum.”* (Erkek, 63 yaş, İstanbul).

Yaşamından asgari düzeyde memnun olan veya olmayan hastaların dini başa çıkma tarzları hususundaki görüşlere bakıldığında; hastalık veya olumsuz yaşam durumlarıyla başa çıkmada olumlu anlamlar oluşturamayan özellikle yetişkin hastaların yaşam memnuniyetlerinin düşük olduğu, yaşlı kadın hastaların başkasının bakımına muhtaç olma kaygısı yaşadıkları, hastalığa bağlı gelişen sorunların ve yaşamlarındaki beklentilerinin yeterli düzeyde karşılanmamasının onların yaşamlarını olumsuz etkilediği görülmektedir. *“Hastalığa rağmen yine de nefes alıyorum buna da şükür”*. Bu hastalarda görülen genel bir yargıdır. *“Hayatımdan memnun değilim dersem isyana girerim, buna da şükür.”* (Kadın, 67 yaş, Kayseri), *“Geceleri dua ederken Allah'ım dayanamıyorum artık beni kurtar bu durumdan diye dua ediyorum.”* (Kadın, 60 yaş, Kayseri), *“Şeker hastalığım nedeniyle ayağım kesildi, ondan sonra yaşamdan koptum diyebilirim. Bacağım kesildikten sonra “Allah'ım ben bunu hak*

⁵⁶³ H. G., Koenig, K. I. Pargament and J. Nielsen, “Religious Coping And Health Status In Medically Ill Hospitalized Older Adults”, **Journal of Nervous and Mental Disease**, Vol. 186, No: 9, 1998, p. 513.

edecek ne yaptım” diyorum.” (Kadın, 53 yaş, Kayseri), “Küçükken yanlış uygulamadan dolayı bacağım engelli hale geldi, bu durum hayatımı çok etkiledi. Eşim de benim gibi engelli biri, Allah’a çocuğumuzun olması için çok dua ettim ama kabul olmadı, bir çocuğumuzun olmasını çok isterdim.” (Erkek, 62 yaş, İstanbul), “Böbrek nakli konusunda yaptığım dualarımın kabul olmadığını düşünüyorum.” (Kadın, 47 yaş, İstanbul).

Diyaliz hastalarının genel yaşam memnuniyetleri analiz edildiğinde yaşam memnuniyetlerinin orta düzeyde olduğu görülür. Diyaliz hastalarının yaşamlarına yönelik çalışmalarda, bu hastalarının uzun dönemde düşük yaşam kalitesine sahip olduğu,⁵⁶⁴ toplam yaşam kalite puanları ile fonksiyonel durum puanları arasında pozitif ilişki olduğu⁵⁶⁵ tespit edilmiştir. Yaşam kalitesinin alt ölçeği sağlıklı yaşam biçimi davranışları -fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi- arttıkça beden kitle indeksi azaldığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları -fiziksel aktivite ve manevi gelişim- arttıkça açlık kan akışının azaldığı⁵⁶⁶ görülür. Ayrıca öz bakım gücü arttıkça yaşam kalitesinin, fonksiyonel durumun ve esenliğin arttığı,⁵⁶⁷ diyaliz hastalarının yalnızlık ortalama puanları ile depresyon puanları arasında anlamlı ilişki olduğu,⁵⁶⁸ onların depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlara eğilimli oldukları⁵⁶⁹ tespit edilmiştir. Diyaliz hastalarının yaşam memnuniyetlerine etki eden durumların; sosyal destek, aile içi destek, öz bakım desteği, gelir durumu, yalnızlık, psikolojik sorunlar, organ kaybı dışındaki -evlat, eş, kardeş- kayıplar olduğu tespit edildi. Sorunlarla başa çıkmada destek alamayan ya da almada yoksunluk yaşayan bir kısım hastanın sosyal izolasyon yaşadığı, yalnızlık hissettiği ve intihar düşüncesine sahip olduğu söylenebilir.

⁵⁶⁴ Ünal, Bilge, “Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”, s. 35.

⁵⁶⁵ Atasoy, vd. “Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi”, s. 140.

⁵⁶⁶ Seher Başarır, Sezgi Çınar Pakyüz, “Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, C. 10, No: 1, 2015, s. 29.

⁵⁶⁷ Elanur Karabulutlu, Mehtap Tan, “Sapd (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi) Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. 8, No: 2, 2005, s. 1.

⁵⁶⁸ Nimet Ovayolu, vd. “Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, C. 8, 2007, s. 293.

⁵⁶⁹ Halil Coşkun Çelik, Tarık Acar, “Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi”, **Fırat Tıp Dergisi**, C. 12, No: 1, 2007, s. 23.

Sosyal destek: Diyaliz hastalarının sosyal destek ile ilgili ifadeleri şu şekildedir: “İlk zamanlarda hastalığımı kabullenmek benim için çok zor oldu, hatta bu durumun dini yaşantımı da etkilediğini söyleyebilirim. Fakat o dönemde komşularımın iyileşmem bana için dua ettiklerini söylediklerinde bu durum beni çok mutlu ediyordu.” (Kadın, 50 yaş, İstanbul). Bu durum Hz. Peygamber’in hastaların ziyaret edilmesi ve onlara iyileşeceklerine dair sözlerin söylenmesi hususundaki tavsiyenin önemini ortaya koymaktadır. Çünkü bu sözler o hastayı iyileştirmese de ona moral olacaktır.⁵⁷⁰ Bu hadisi şerifte olduğu gibi hasta, etrafındaki kişilerden hastalığıyla ilgili güzel sözler duyduğunda mutlu olduğunu ifade etmektedir. Ancak aksi durum da söz konusudur; hastalığıyla ilgili hoş olmayan sözler duyan bir hastanın morali bozulmaktadır. “Hastalığımın ilk zamanlarında köydeki kişiler benim için ‘Bunun yüzü sapsarı olmuş, 3 aylık ömrü kalmış’ diyorlardı. Ben bunları duydukça psikolojik olarak daha kötü oluyordum.” (Kadın, 49 yaş, Manisa). Yapılan bir çalışma da bu durumu desteklemektedir. Buna göre; yaşam kalitesi ile depresyon arasında negatif ilişki, sosyal destekle arasında ise pozitif ilişki vardır.⁵⁷¹

“30 yıldır diyaliz tedavisi alıyorum. Çevremdekilerin bana “Hastaların duası kabul olur bize de dua et” demeleri beni mutlu ediyor.” (Kadın, 46 yaş, Kayseri). Bu hastanın çevresindeki kişilerin aracılığıyla şu hadisten: “Ziyaret için bir hastanın yanına girdiğinde ondan senin için dua etmesini iste. Zira onun duası, meleklerin duası gibidir.”⁵⁷² destek aldığı söylenebilir. Bu durumun dini eğilimin yüksek hastalar için geçerli olduğunu söylemekte fayda vardır. Çünkü uygulama esnasında dini eğilimin düşük olan bir hasta “Etrafımdaki kişiler sürekli bana dua et deyip duruyorlar. Bu da beni rahatsız ediyor.” (Erkek, 42 yaş, İstanbul), şeklinde bir ifadede bulunmuştur. Burada hastalara verilen desteğin, hastanın düşünce ve yaşam şekline uygun olması gerektiği görülmektedir. Hastaların yaşam ve düşünce biçimlerine uygun şekilde

⁵⁷⁰ Hadislerle İslam IV Hasta Ziyareti / Şifa Bekleyen Kardeşin Hakkı; 23 T2087 Tirmizî, Tıb, 35, (Çevrimiçi) <https://hadislerleislam.diyanet.gov.tr/?p=kitap&h=hasta&i=4.1.383&t=0>, 20.10.2019.

⁵⁷¹ Selçuk Mıstık, Demet Ünal, Bülent Tokgöz, “The Effect Of Depression And Perceived Social Support Systems On Quality Of Life In Dialysis Patients”, **Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal**, C. 26, No: 1, p. 28.

⁵⁷² Hadislerle İslam IV Hasta Ziyareti / Şifa Bekleyen Kardeşin Hakkı, İM1441 İbn Mâce, Cenâiz, 1, (Çevrimiçi) <https://hadislerleislam.diyanet.gov.tr/?p=kitap&h=cenaiz%2C+1&i=4.1.379&t=0#sel=9:11,9:28>, 20.10.2019.

sosyal destek verilirse bu durum onların yaşam memnuniyetini arttırır, depresif duygu durumunu ve hastalığın yükünü azaltır.⁵⁷³

Hastaların aile bireylerinden ve çevresindeki kişilerden aldıkları desteği şu şekilde ifade etmişlerdir: “*Ben eşimden razıyım. Allah da ondan razı olsun.*” (Erkek, 56 yaş, Kayseri). “*Çocuklarımın yardımı ve desteğiyle hayatıma devam ediyorum.*” (Erkek 52 yaş Kars), “*Eşim ve çocuklarım bana destek oldukları için hayatımdan memnunum*” (Kadın, 55 yaş, Kayseri), “*Eşim vefat ettiği için çocuklarımın yanında kalıyorum.*” (Erkek, 85 yaş, Kayseri), “*15 yıldır diyaliz tedavisi alıyorum, ihtiyaçlarımı karşılamada gelinim bana yardımcı oluyor.*” (Kadın, 73 yaş, Kayseri). Görüldüğü üzere cinsiyet ve yaş fark etmeksizin diyaliz hastaları; eşlerinden, çocuklarından ve gelinlerinden destek almakta ve bundan memnuniyet duymaktadırlar.

“*Çocuklarım ihtiyaçlarımı karşılıyor, neden mutlu olmayayım. Maddi sıkıntımız da yok çok şükür.*” (Kadın, 76 yaş, Kayseri), “*Eşim bana çok destek oluyor, evdeki işleri yapması için eve bir yardımcı bayan geliyor.*” (Kadın, 76 yaş, İstanbul), Bu örneklerden hareketle aile üyelerinden destek alan ve aile içerisinde maddi sorunları olmayan hastaların yaşam memnuniyetlerinin daha iyi olduğu söylenebilir.

“*Çocuklarımın aile içerisindeki huzursuzlukları beni de olumsuz etkiliyor. Ben hep çocuklarım için çalıştım, çabaladım ama bu kadar fedakâr olmaya gerek yokmuş keşke ben de kendime zaman ayırsaydım, tatile gitseydim diyorum.*” (Erkek, 60 yaş, İstanbul). Aile içerisinde geçmişte yapılan fedakârlıkların karşılığının ihtiyaç duyulan zamanlarda alınamaması hastanın yaşam memnuniyetini düşürmektedir. Bu sebeple aile içindeki bireylerden alınan sosyal desteğin umutsuzluk ile negatif ilişkili olması ve aile içinden alından sosyal destek puanlarının diğer bireylerden alınan destek puanlarından daha yüksek olması, aile içi desteğin diğer bireylerin verdiği destekten daha önemli olduğunun bir göstergesidir.⁵⁷⁴

⁵⁷³ Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL., “The Impact Of Social Support On End-Stage Renal Disease”, **Seminars in Dialysis**, Vol. 18, No: 2, 2005, p. 99.

⁵⁷⁴ Mehtap Tan, vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, **Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. 8, No: 2, 2005, s. 38.

Öz bakım: Diyaliz hastalarının öz bakım ile ilgili bazı ifadeleri şu şekildedir:

“Diyabetten dolayı kol ve bacağımın bir kısmı kesildi bundan dolayı çok fazla dışarı çıkamıyorum sürekli evde kalmak beni bunaltıyor. İhtiyaçlarımı karşılamamda eşim bana yardımcı oluyor.” (Erkek, 69 yaş, İstanbul). Bu hastanın organ kaybıyla birlikte uzuv kaybı ve uzuv kaybı nedeniyle de sosyal izolasyon yaşadığı görülmektedir. *“Kateterimden dolayı banyomu kendim yapamıyorum, bu konuda gelinim bana yardım ediyor.”* (Kadın, 84 yaş, İstanbul), *“Eşim ve kızlarım bana destek oluyorlar, bundan dolayı mutluyum ama hastalığımın getirdiği sıkıntılardan dolayı huzursuzum. Kateterimden dolayı banyomu kendim yapamıyorum, bu konuda kızım bana yardımcı oluyor.”* (Kadın, 68 yaş, Kayseri). Vücudun temizlenme esnasında hastanın enfeksiyon kapmaması için kateter veya fistülün hijyen kalması oldukça önemlidir. Yaşlı hastalar buna yeteri kadar dikkat gösteremeyeceğinden dolayı bir başkasının yardımına zorunlu olarak ihtiyaç duyarlar. Bu konuda destek alan hastaların, almayan hastalara nazaran moralinin ve yaşam memnuniyetinin daha yüksek olması beklenir.

“Bana çocuklarım bakıyor, birilerine muhtaç olarak yaşamak gerçekten çok zor, bunlar çocukların dahi olsa.” (Kadın, 75 yaş, İstanbul). Yaşlı bireyler her ne kadar aile içerisinde destek alsa da öz bakımlarını kendileri yapamamalarından dolayı diğerlerine ihtiyaç duyarlar. Bu durum da onların yaşam memnuniyetinin düşmesine sebep olabilir. Öz bakım ile öz yeterlilik arasında pozitif ilişki olması sebebiyle hastanın ihtiyaçlarını kendi başına karşıladığı ölçüde öz yeterliliği de aynı ölçüde arttığı⁵⁷⁵ ve bu durumdan yaşam memnuniyetinin etkilendiği düşünülür.

Yeti yitimi: Diyaliz hastalarının yeti yitimi ile ilgili bazı ifadeleri şu şekildedir:

“Diyabetten dolayı gözlerimi kaybettim.” (Kadın, 54 yaş, Kayseri). Bu hastanın, hastalığa bağlı olarak fiziksel yoksunluk yaşadığı ve bunun yanında görme yetisini de yitirdiği görülmektedir. *“Kayseri yemekleri yapan bir dükkân açma hayalim vardı. Yemek konusunda oldukça hünerliydim. Etrafımdaki kişiler de bu konuda bana çok destek oldular ama eşim bu konuda bana destek olmadığı gibi engel oldu. Bu da benim içimde ukde olarak kaldı. Evde ek gelir olması açısından dikiş dikiyordum ama şu an bir şey yapamıyorum, bunun için çok üzülüyorum.”* (Kayseri, 68 yaş). Bu hasta yeti

⁵⁷⁵ Muz, Eğlence, “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü Ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi”, s. 20.

yitimi nedeniyle geçmişte yaptıklarını şimdi yapamadığından dolayı mutsuz olduğunu ve aynı zamanda geçmişte eşinin kendisine destek olmaması dolayısıyla üzüntü yaşadığını ifade etmiştir.

“Ev işlerini tam olarak yapamıyorum, yaparken de sık sık dinlenme ihtiyacı duyuyorum.” (Kadın, 38 yaş, Kayseri), *“Tam verimli olduğum, çalıştığım dönemde bu hastalık başıma geldi. Şu an bir iş yapamıyorum, bir işte çalışamıyorum.”* (Erkek, 56 yaş Kayseri), *“Hiçbir iş yapamıyorum, gelinim bana yardımcı oluyor, Allah ondan razı olsun.”* (Kadın, 73 yaş, İstanbul). Cinsiyet fark etmeksizin hastaların yeti kaybı yaşaması nedeniyle yapması gereken işleri yapmada zorlandıkları veya yapamadıkları görülmektedir. Bu nedenle hastalar daha fazla desteğe ihtiyaç duyarlar. Aile bireylerinden destek alanlar durumlarından memnun olduklarını, destek alamayanların ise durumlarından memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Yeti yitimi, hastaların günlük faaliyetlerini ve öz yeterlilik durumlarını da etkilediğinden⁵⁷⁶ dolayı hastalar fiziksel aktivite kayıplarıyla birlikte psikolojik sorunlarla baş etmek durumundadırlar.⁵⁷⁷

Maddi durum: Diyaliz hastalarının maddi gelirle ilgili bazı ifadeleri şu şekildedir: *“Hastalığım beni yoruyor ama maddi sıkıntım beni daha fazla mutsuz ediyor.”* (Erkek, 44 yaş, Kayseri). Yaşlı bireylerden ziyade yetişkin bireylerin maddi problemlerinin daha fazla olduğu görülür. Bu hastalar, hastalıktan ziyade maddi sıkıntıları nedeniyle mutsuz olduklarını ifade ederler. Bu durumun erkek hastaların işte çalışamadıkları için maddi kazanç ele edememeleriyle veya eskisi gibi çalışamadıklarından dolayı maddi kayıp yaşamalarıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Bazı hastalar bunu ifadeleriyle desteklemektedir. *“Bir baba olarak işte çalışamama ve eve ekmek götürememe düşüncesi anlatılamaz...”* (Erkek, 59 yaş, İstanbul), *“Bir işte çalışamadığım için maddi kaybım çok fazla oldu.”* (Erkek, 50 yaş, İstanbul), *“Hastalık sonrasında eskisi gibi çalışamadığım için maddi kaybım da oldukça fazla oldu.”* (Erkek, 50 yaş, Ardahan), *“Maddi sıkıntıdan dolayı istediklerimi yapmada sıkıntı*

⁵⁷⁶ Mukadder Mollaoğlu, “Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz Yeterlilik Durumu”, s. 184.

⁵⁷⁷ Gülay Turgay, Emre Tatal, Siren Sezer, “Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon ve Komorbidite Yönünden Değerlendirilmesi”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, C. 26, No: 3, 2017, s. 314-15.

yaşıyorum.” (Erkek, 50 yaş, Kayseri). Aynı zamanda 30-60 yaş arasındaki bazı erkek hastaların üretkenliğe karşı durgunluk yaşadıkları görülmektedir.

“Çocuklarımın maddi durumu iyi olmadığı için endişeleniyorum.” (Kadın, 72 yaş, Kayseri), “Eşimi kaybettikten bir yıl sonra kronik böbrek hastası oldum. Çocuklarım çok küçük yaşta babasız kalmıştı. Şu an maddi, manevi sıkıntı yaşıyorum.” (Kadın, 49 yaş, Kayseri), “Oğlum hemofili hastası ve hastalığının tedavisi oldukça maliyetli. Bizim de maddi durumumuz iyi değil. Bu sebeple oğlum için endişeleniyorum.” (Kadın, 66 yaş, Kayseri). Kadın hastalar ise maddi durumlarının iyi olmaması sebebiyle çocukları için endişe duydukları ve bundan dolayı mutsuz oldukları ve yaşam memnuniyetlerinin düştüğü görülmektedir.

Organ kaybı dışında yaşanan kayıplar: Diyaliz hastalarının yaşadıkları kayıplarıyla ilgili bazı ifadeleri şu şekildedir: “Hastalığımın üzüntüden olduğunu düşünüyorum, kızımı kaybettikten sonra bende böbrek yetmezliği oluştu.” (Erkek, 55 yaş, Manisa), “3 çocuğumu sarılık ve beyin hasarı gibi farklı nedenlerden dolayı kaybettim. Onları kaybetmenin üzüntüsüyle Allah’ım ben bunu hak edecek ne yaptım dedim.” (Kadın, 73 yaş, Kayseri), “28 yaşında oğlumu kazada kaybettim, ona çok üzüldüm. Hastalığımın üzüntüden, sıkıntıdan geldiğini düşünüyorum.” (Kadın, 55 yaş, Kayseri). “23 yaşında bir oğlumu kanserden kaybettim, onun üzüntüsüne dayanamadım.” (Kadın, 62 yaş, İstanbul). Bazı diyaliz hastalarının, hastalık öncesinde kaza, hastalık gibi farklı nedenlerden dolayı evlat kaybı yaşadıkları ve bu kayıplarla hastalıklarını ilişkilendirdikleri görülmektedir.

“Peş peşe yakınlarımı kaybettim, bu benim için yıkım oldu. Onlardan sonra ben de hasta oldum, yaklaşık 2 aydır diyaliz tedavisi alıyorum.” (Kadın, 68 yaş, Kayseri), “Babam kanser hastalığından dolayı vefat etti, onun üzüntüsünden sonra diyabet hastası oldum. Dört yıl önce de kızımı kanser hastalığı nedeniyle kaybettim. Ondan bir yıl sonra da diyaliz tedavisi almaya başladım. Kızım öldükten sonra bütün neşem gitti ama diğere iki çocuğum için hayata bağlanıyorum.” (Kadın, 57 yaş, Kayseri). Bazı diyaliz hastaları, organ kayıplarının yanında baba ve evlat gibi yakınlarını kaybettiklerini ifade etmişlerdir.

“Genç yaşında kardeşimi kaybettim, onun ölümünü bir türlü kabullenemedim. Onun üzüntüsünden bu hastalığa yakalandım.” (Kadın, 67 yaş, Kayseri), *“Eşimi kaybettikten bir yıl sonra kronik böbrek hastası oldum.”* (Kadın, 49 yaş, İstanbul), *“Eşimin vefatından sonra ben böyle oldum (hastalandım).”* (Erkek, 58 yaş, İstanbul), şeklindeki ifadelerde hastaların hastalık öncesinde eş ve kardeş kaybı yaşadıkları görülmektedir.

“Diyabetten dolayı gözlerimi kaybettim.” (Erkek, 62 yaş, Manisa), *“Diyabetten dolayı bir ayağım, diğer ayağımın da ayak parmakları kesildi.”* (Erkek, 64 yaş, Kayseri). *“Son yıllarda büyük bir ticari kaybım oldu, beni çok etkiledi. Bu süreçte çok duygusal oldum, her şeyden çok etkilenir oldum. Yaşadığım bu olay yaşam memnuniyetimi de düşürdü, sağlığım da olumsuz etkilendi.”* (Erkek, 69 yaş, İstanbul). Diyaliz hastalarının hastalık öncesinde evlat kaybı, kardeş kaybı, eş kaybı ve diğer yakın kayıpları yaşadıkları, diyabete bağlı olarak görme kaybı, uzuv kaybı yaşadıkları, bunların yanında büyük maddi kayıplar yaşadıkları görülmektedir. Yaşanılan bu kayıpların, hastalık oluşumunda ve hastalık sürecinde ayrı bir öneme sahip olduğu ve yaşam memnuniyetlerini olumsuz etkilediği ileri sürülebilir.

Geçmişe yönelik düşünceler: Diyaliz hastalarının geçmişe yönelik özlem ve pişmanlıklarını içeren bazı ifadeleri şu şekildedir: *“Felçli olmam nedeniyle belimden aşağısı tutmuyor. Bu nedenle canım istediğinde dışarı çıkıp hava alamıyorum. En çok özlediğim şeylerden biri de gezdiğim günlerdir. Keşke o günlerim yine olsa da ayaklarımın üzerinde dışarı çıkıp hava alabilsem.”* (Erkek, 67 yaş, Kayseri), *“Dizlerim tutmadığı için bir yere gidip gelemiyorum, keşke dizlerim tutsa da eskisi gibi gezebilsem.”* (Kadın, 78 yaş, Kayseri), *“Hastalanmadan önce dilediğim kadar su içerdim, şu an o günlerimi özliyorum, şimdi ise bir çay bardağı kadar bile su içemiyorum.”* (Erkek, 50 yaş, Ardahan). Hastalar, organ ve yeti kayıpları nedeniyle şimdi yapamadıkları fakat geçmişte yaptıkları şeyler için özlem duyarlar.

“Hastalığımın sonra yaşamı dolu dolu yaşayamıyorum. Hastalık genellikle buna engel oluyor. Mesela uzun yolculuklara çıkamıyorum, çıktığımda da diyaliz almam sorun olabiliyor.” (Erkek, 62 yaş, İstanbul). Diyaliz hastalarının genel olarak yaşadıkları sorunlardan biri seyahattir. Sorun seyahatin kısıtlılığı ya da uzunluğu değil gidilecek yerde diyaliz merkezinin olup olmaması veya hastanın diyaliz tedavisi alıp

alamamasıdır. Hasta farklı bir yere gidecek olursa gittiği yerde diyaliz alabileceği diyaliz merkezini önceden ayarlaması ve gerekli bilgilerin gideceği sağlık kurumuyla paylaşması gerekir. Diyaliz alınılacak yer önceden ayarlamazsa yer bulamama gibi farklı sorunların yaşanması söz konusu olabilir.

“Ben hep çocuklarım için çalıştım çabaladım ama bu kadar fedakâr olmaya gerek yokmuş keşke ben de kendime zaman ayırsaydım.” (Erkek, 60 yaş, İstanbul), “Keşke çok çalışmasaydım.” (Kadın, 79 yaş, İstanbul). Hasta, geçmişte çok çalıştığından ve gereğinden fazla fedakârlık yaptığından dolayı pişmanlık yaşamaktadır.

“Keşke tansiyon ilaçlarımı düzenli kullansaydım.” (Erkek, 50 yaş, Kayseri), “Keşke sigara içmeseydim.” (Erkek, 65 ve 75 yaş, Manisa), “Keşke yediklerime daha fazla dikkat etseydim.” (Erkek, 52 yaş, Manisa), “Yaşantıma daha çok dikkat etseydim keşke.” (Kadın, 72 yaş, Sinop). Hastaların, geçmişteki yanlış yaşam tarzlarından dolayı pişmanlık duydukları söylenebilir.

Böbrek kaybı sonrasında diyaliz hastalarında depresyon, anksiyete bozukluğu, organik beyin hastalıkları, davranış ve uyum bozuklukları, cinsel sorunlar, yalnızlık, sosyal izolasyon, intihar gibi psikososyal ve psikopatolojik sorunların ortaya çıktığı yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir.⁵⁷⁸ Yaptığımız çalışmada da diyaliz hastalarında gözlemlenen psikososyal ve psikopatolojik sorunlar: *yalnızlık, sosyal izolasyon, anksiyete ve intihar düşüncesi* olarak tespit edilmiştir.

Yalnızlık: Diyaliz hastalarının yalnızlık hissi ile ilgili bazı ifadeleri şu şekildedir: *“Felçli olmam nedeniyle belimden aşağısı tutmuyor, bu nedenle canım istediğinde dışarı çıkıp hava alamıyorum. En çok özlediğim şeylerden biri gezdiğim günler keşke o günlerim yine olsa da ayaklarımın üzerinde dışarı çıkıp hava alabilsem. Komşulara ya da yakınlarımıza benim durumumdan dolayı gidemiyoruz, onlar da gelmiyorlar. Evde eşimle yalnızız, zaman zaman yalnızlıktan bunalıyorum. Ama buna*

⁵⁷⁸ Yavuz, Yavuz, Altunoğlu: “Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar”, s. 35; Elif Ok, Özlem Işıl, “Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi”, **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi**, C. 10, No: 3, 2019, s. 187; Kevin McLaughlin, et. al., “Why Patients With ESRD Do Not Select Self-Care Dialysis As A Treatment Option”, **American Journal of Kidney Diseases**, Vol. 41, No: 2, 2003, p. 384; CK Chen, et. al., “Depression And Suicide Risk In Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure” **Psychosomatics**, Vol. 51, No: 6, 2010, p. 528 e2.

da şükürler olsun seninle konuşabiliyorum.” (Erkek, 67 yaş, Kayseri), “Eşim vefat ettikten sonra yalnız yaşamaya başladım. Evde işlerimde bana yardımcı olan kimsem yok bu nedenle zorlanıyorum, market alışverişlerimi ise oğlum yapıp bana getiriyor. Dışarı çıkıp kendi başıma gezemiyorum, gelen gidenim de olmadığı için insanlarla pek iletişim kuramıyorum.” (Kadın, 62 yaş, Kayseri) İfadelerde de görüldüğü üzere; hastalar, yaşanan organ ve yeti kayıpları nedeniyle dışarı çıkamadıkları ve çevresindeki kişilerle iletişim kuramadıkları için kendilerini yalnız hissederler.

“Ben hiç evlenmedim annemle yaşıyordum. Yakın aralıklarla annemi ve yakınlarımı kaybettim, onların ölümlerini kabullenemedim. Yalnız yaşıyorum zaman zaman yalnızlıktan sıkılıyorum.” (Kadın, 72 yaş, İstanbul), “Yalnız kalmak istemiyorum, yalnız kaldığımda bunalıyorum.” (Kadın, 77 yaş, Kayseri), “Evde tek başıma yaşadığım için neden ben yalnızım diye düşünüyorum.” (Kadın, 75 yaş, Kars), “Önceleri komşularım bana hep gelip giderdi şimdi ise kapımı çalan olmuyor. Yaşlılarım pek kalmadı, gençler de artık gelip gitmiyor.” (Kadın, 70 yaş, Kayseri). Hastaların ifadelerinde yer aldığı üzere, yaşlı hastaların eş ve yakın kayıpları nedeniyle iletişim kurabilecekleri kişiler olmadığı ve bundan dolayı kendilerini yalnız hissettikleri görülmektedir.

“Eşim vefat ettiğinden dolayı evde yalnız kalıyorum. Evde yalnız kalınca aklıma bir sürü şey geliyor, sonra da sorgulamaya başlıyorum. Yalnızlık Allah’a mahsustur ama neden ben yalnızım diyorum.” (Kadın, 70 yaş, Kayseri), “Yalnız kalmak istemiyorum, yalnızlık korku ve kaygıyı artırıyor.” (Erkek, 67 yaş, Kayseri). Yalnızlık hissi; yaşlı hastalarda korku, kaygı gibi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir.

Yalnızlıkla ilgili ifadelerde bulunan hastaların genellikle yaşlı hastalar olması göze çarpmaktadır. Bu hastaların; yeti kaybı nedeniyle dışarı çıkamadıkları, eş ve akran kaybı nedeniyle iletişim kurabilecekleri kişiler bulamamalarından dolayı sosyal iletişim yoksunluğu yaşadıkları, iletişim yoksunluğundan dolayı da yalnızlık hissi ve sosyal izolasyon yaşadıkları görülmektedir. Bunun yanında hastaların yalnızlıktan dolayı korku yaşadıkları veya sık sık sorgulama içinde oldukları da söylenebilir. Yalnızlık hissinin daha fazla yaşlı hastalarda olduğu da söylenebilir. Ok ve Işıl, yaş ortalaması yaklaşık 55 olan ve yalnızlık hislerinin olduğunu ifade eden diyaliz

hastalarının, ruhsal belirti puanlarının birçok alt boyutta yüksek olduğunu ve yalnızlık ile ruhsal belirtiler arasında anlamlı fark olduğunu tespit etmişlerdir.⁵⁷⁹ Ovayolu ve arkadaşları, hemodiyaliz hastalarında yalnızlık ile depresyon arasında pozitif ilişki olduğu sonucunu elde etmiştir.⁵⁸⁰

Sosyal izolasyon: Diyaliz hastalarının sosyal izolasyon⁵⁸¹ ile ilgili ifadeleri şu şekildedir: “*Eskisi gibi komşuluk ilişkileri yok ben gidiyorum ama onlar bana pek gelmiyor.*” (Kadın, 68 yaş, Kayseri, Evli), “*Eskiden komşularım gelip giderlerdi artık onlar da gelmiyor, Allah kimseye böyle bir dert vermesin.*” (Kadın, 75 yaş, İstanbul, eşi vefat etmiş), “*Bazen akrabalar ve komşular yanımdan konuşmadan gelip geçiyor, ben hasta olduğum için mi böyle yapıyorlar diye zaman zaman düşünüyorum.*” (Kadın, 49 yaş, Manisa, Evli). Yaş fark etmeksizin hastaların sosyal izolasyon yaşadıkları, bunun nedenlerinden biri de komşularının kendileriyle iletişim kurmamalarıdır.

“*Komşularım önceden böbrek yok mu, sana uygun böbrek bulunamıyor mu gibi gereksiz sorularla canımı sıkıyorlardı. Bu nedenle artık onlarla pek görüşmüyorum, en iyi arkadaşım televizyon oldu.*” (Kadın, 51 yaş, Kayseri, Boşanmış), “*Hastalık beni fiziksel ve psikolojik olarak çok yordu. 13 yaşımdan beri diyaliz tedavisi alıyorum. Etrafımda kimsem yok diyebilirim en iyi arkadaşlarım kitap ve televizyon.*” (Kadın, 42 yaş, İstanbul, Bekâr). Sosyal izolasyona neden olan unsurlardan biri, hastanın çevresindeki kişilerin hastalıkla ilgili rahatsız edici tavır ve tutumlar sergilemeleridir.

Bazı hastaların hastalık nedeniyle çevresindeki kişilerin kendisinden uzaklaştığını düşündüğünden veya çevresindeki kişilerin kendisine yönelttiği yanlış tutumlardan dolayı çevresindeki kişilerden uzaklaştığı düşünülebilir. McLaughlin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada diyaliz hastalarının %54 oranında sosyal izolasyon korkularının olduğunu tespit etmişlerdir.⁵⁸² Hastaların sosyal izolasyon durumları; yeterli ölçüde sosyal destek alamamaları, yalnızlık hisleri, yeti kaybı

⁵⁷⁹ Ok, Işıl, “Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi”, s. 187.

⁵⁸⁰ Ovayolu, vd., “Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki”, s. 293.

⁵⁸¹ Sosyal izolasyon; sosyal izolasyon, bireyin kendini sosyal ilişkilerden çekerek zamanın büyük bir kısmını yalnız başına geçirmesi ve sosyal iletişimden yoksun kalmasıyla ilgili bir durumdur. Bkz. Ümit Horozcu, “Ruh Sağlığı Ve Din”, **Din Psikolojisi**, ed. M. Doğan Karacoşkun, 3. Bas. Ankara, Grafiker Yay, 2015, s. 180.

⁵⁸² Kevin McLaughlin, et. al., “Why Patients With ESRD Do Not Select Self-Care Dialysis As A Treatment Option”, p. 384.

nedeniyle sosyal etkinliklere katılamamaları, enfeksiyon nedeniyle sosyal ilişkilerden uzak durmaları, yakın çevrenin hastaya rahatsızlık vermeme düşüncesine sahip olmaları, hastanın psikososyal durumlarıyla ilişkilendirilebilir.

Kaygı: Diyaliz hastalarının kaygı ve endişeleri ile ilgili bazı ifadeleri şu şekildedir: “Bazen çocuklarım beni terk ederler mi acaba diye düşünüp endişeleniyorum.” (Kadın, 64 yaş, Manisa), “Etrafımdaki insanların beni terk edeceğine dair endişelerim var.” (Erkek, 68 yaş, Kayseri), “Eşim giderse ya da ona bir şey olursa insanlara muhtaç olmaktan endişe ediyorum.” (Erkek, 53 ve 54 yaş İstanbul), “Gelinim bana bakıyor, eğer beni bırakıp giderse ben ne yaparım diye zaman zaman endişeleniyorum.” (Kadın, 74 yaş, Kayseri) şeklindeki ifadelerde görüldüğü üzere cinsiyet fark etmeksizin hastalar, terk edilme korkusu yaşamaktadırlar.

“Bir gün gelir de yatağa düşürsem halim ne olur diye düşünüp endişeleniyorum.” (Kadın, 67 yaş, Manisa). Bu ifadenin, genellikle yaşlı bayan hastalarda olduğu ve bakımını karşılamada birilerine muhtaç kalma düşüncesinin hastalarda kaygı oluşturduğu görülmektedir.

“Engelli oğlum için endişeleniyorum, bana bir şey olursa o nasıl hayatını devam ettirir.” (Kadın, 56 yaş, Kayseri), *“40 yaşlarda diyaliz tedavisi almaya başladım. Çocuklarım küçük olduğu için ilk zamanlarda onlar için çok endişelendim, bana bir şey olursa onlar ne yapar diye çok düşündüm.”* (Birden fazla kadın hasta), *“Görme engelli bir oğlum var. Mutluluğum tamamen onun üzerine kurulu, o mutlu ise ben de mutluyum. Onun için çok endişeleniyorum bana bir şey olursa o kendi başına ne yapar.”* (Kadın, 60 yaş, İstanbul). Anneler, kendilerine bir şey olması durumunda küçük çocuklarının veya engelli çocuklarının nasıl yaşamlarını devam ettireceklerini düşünerek kaygı yaşadıkları ileri sürülebilir.

“Yakın zamanda kalp krizi geçirdim bundan dolayı biraz endişeliyim.” (Erkek, 67 yaş, Kayseri), *“Dizlerimde ağrılarım çok oluyor. Unutkanlığımda çok olduğu için zaman zaman bu durumdan dolayı endişe ediyorum.”* (Kadın, 71 yaş, Kayseri), *“Unutkanlığımdan dolayı endişeleniyorum.”* (Kadın, 70 yaş, İstanbul). Diyaliz hastalarında en çok gelişen mental problemlerden biri unutkanlıktır. Komorbidite hastalıklardan biri ise kalp hastalıklarıdır. Kalp hastalıklarında ölüm oranının yüksek

olması ve demans nedeniyle bir başkasına muhtaç olma düşüncesinin, hastalarda endişe ve kaygıya neden olduğu düşünülebilir.

“Yaşlılarla ilgili olumsuz haberleri gördükçe duydukça endişeleniyorum.” (Kadın, 74 yaş, Niğde), “Evimizin olduğu yer kentsel dönüşüm içerisinde yer alıyor. Kentsel dönüşümle birlikte evlerimiz yıkılacak, herkes bir daire içerisinde kapalı kalacak. Eskisi gibi komşularıyla birbirimize gidip gelemesek diye endişeleniyorum.” (Kadın, 67 yaş, Kayseri). Sosyal yapıdaki değişim ve bozulmaların hastalarda kaygıya neden olduğu söylenebilir.

Diyaliz hastalarının farklı nedenlere bağlı olarak endişe duydukları görülmektedir. En belirgin olarak anneler, kendilerine bir şey olması durumunda evlatlarına ne olacağı kaygısı yaşamaktadırlar. Bunun yanında kaygılarını arttıran düşünce biçimleri şu şekilde sıralanabilir: Bakıma muhtaç diyaliz hastalarının bakımını yapan kişilerin kendilerini terk edeceklerini düşünmeleri, hastalıklarına bağlı olarak farklıların hastalık ve problemlerin gelişeceğini düşünmeleri, kentsel yapıdaki değişimin zorunlu olarak sosyal iletişime etki edeceğini düşünmeleri ve yaşlı hastaların yaşlılara yönelik yapılan kötü muameleleri düşünmeleridir. Kısaca ifade edecek olursak; diyaliz hastaları, bağlandığı kişilerden ayrılma, bağlandığı kişilerin başına kötü bir şeylerin gelmesi veya onların kendilerini terk etmeleri gibi düşüncelerinden dolayı kaygı yaşarlar.⁵⁸³

İntihar Düşüncesi: Diyaliz hastalarının intihar ile ilgili bazı ifadeleri şu şekildedir: “Allah’tan korkmasaydım intihar ederdim.” (Kadın, 44 yaş, Kayseri), “Ağrılarım çok oluyor, o ağrılara dayanamak o kadar zor ki... İmanım olmasaydı intihar ederdim.” (Erkek, 59 yaş, İstanbul), “Diyalize başladığım gün cehennemdeki ilk günüm gibiydi, Allah’a inancım olmasaydı o zaman intihar ederdim.” (Erkek, 67 yaş, Kayseri). Diyaliz hastaları, kendilerinde intihar düşüncesinin oluştuğunu ancak dini inançlarından dolayı böyle bir girişimde bulunmadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalara göre hastaların %21.5’inde intihar düşüncesinin olduğu⁵⁸⁴ ve her

⁵⁸³ Amerikan Psikiyatri Birliği, **DSM-5 Tanı Ölçütleri**, çev: Ertuğrul Köroğlu, Ankara, HYB Basım, 2014, ss.113-14.

⁵⁸⁴ Chen, et. al., “Depression And Suicide Risk In Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure” p. 528 e2.

yıl 500 hastada bir hastanın intihar ettiğini⁵⁸⁵ ancak bu intihar girişimlerin çoğunun başarısız olduğu tespit edilmiştir.⁵⁸⁶ Hemodiyaliz hastalarının, periton diyaliz hastalarına göre daha fazla intihar düşüncesi sahip oldukları ve uyku problemi yaşadıkları tespit edilmiştir.⁵⁸⁷ Diyaliz hastalarının intihar düşünceleri; uyku bozuklukları, depresyon, anksiyete, umutsuzluk, endişeler, iştah kaybı, dikkat eksikliği, somatik yakınmalar, iletişim problemleri, uyum problemi, iş kaybına bağlı olarak aile içindeki rol kaybı, işe yaramazlık duygusu ve aileden yeterince destek alamama gibi etkenlerden kaynaklanmaktadır.⁵⁸⁸

⁵⁸⁵ Tekin Akpolat, Cengiz Utaş, “Hemodiyaliz Hastasında Sık Karşılaşılan Sorunlar” (Çevrimiçi) http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/hemodiyaliz_hastasinda_karsilasilan_sorunlar.pdf, 29.10.2019.

⁵⁸⁶ M. Tuğrul Sezer, “Psikiyatrik Sorunlar”, s. 147, (Çevrimiçi) http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/psikiyatrik_sorunlar.pdf, 29.10.2019.

⁵⁸⁷ Paraskevi Theofilou, “Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment”, **J Clin Med Res.**, Vol. 3, No: 3, 2011, p. 132.

⁵⁸⁸ Eylem Topbaş, Gülay Bingöl, “Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri”, s. 35; Tekin Akpolat, Cengiz Utaş, “Hemodiyaliz Hastasında Sık Karşılaşılan Sorunlar”, http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/hemodiyaliz_hastasinda_karsilasilan_sorunlar.pdf, 29.10.2019; Mehtap Tan, vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, s. 38.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyeti olgularını konu alan bu araştırmada bağlanma ve dini başa çıkma tarzlarının yaşam memnuniyetiyle olan ilişkisi incelenmiş; bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyeti arasında ilişki olduğu, kullandıkları dini başa çıkma etkinlikleri, yaşam memnuniyetine etki eden unsurlar ve bu unsurlara ne tür anlamlar yükledikleri tespit edilmiştir. Ayrıca cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, diyaliz yılı, yaşanılan yer ve şehir gibi sosyo-demografik özelliklerle bağlanma tarzları, dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Din psikolojisi literatüründe teorik ve empirik düzeyde bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki ayrı ayrı çalışmalarda ele alınmıştır. Bu çalışmada ise bağlama, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki bir arada irdelenmiştir.

Araştırma verileri, Türkiye'nin farklı şehirlerinde ikamet eden 609 diyaliz hastası üzerinde, anket tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Bunun yanında anket uygulama esnasında araştırmacı ve araştırma grubu üyeleri arasında sohbet ortamı oluşmuş ve bu sohbet ortamından alınan notlar ile nicel veriler tartışma kısmında sentezlenerek araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır. Elde edilen veriler şu sorular çerçevesinde analiz edilmiştir: Yetişkinlikte bağlanma ve Allah'a bağlanma tarzları ile dini başa çıkma tarzları arasında bir ilişki var mıdır? Bağlanma tarzları ile yaşam memnuniyeti arasında nasıl bir ilişki vardır? Dini başa çıkma tarzları ile yaşam memnuniyet arasında bir ilişki var mıdır, var ise ne yönde bir ilişki vardır? Sosyo-demografik özellikler ile bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyeti arasında ilişki var mıdır? Duygu durumu ile bağlanma ve dini başa çıkma tarzları arasında bir ilişki var mıdır? Dini yönelim ile yaşam memnuniyeti arasında nasıl bir ilişki vardır? Diyaliz hastaları olumlu ve olumsuz dini başa çıkma etkinlikleri olarak neleri kullanırlar? Ne zaman dua ederler? Ne için şükrederler? Neye sabır gösterirler? Hastalığa yönelik isyan ederler mi? Hastalığın ceza olarak verilip verilmediği hakkındaki düşünceleri nelerdir? Sorunlarla başa çıkmada hangi ayet ve hadisten destek alırlar ve çevresindeki kişiler hangi ayet ve hadise dayanarak onlara destek olurlar? Hastalık sürecinde yaşam memnuniyetlerini arttıran veya düşüren unsurlar nelerdir? Diyaliz hastalarında görülen psikosozal sorunlar nelerdir? Nicel veriler ile

sohbet ortamından alınan notların birlikte değerlendirilmesi sonrasında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Bağlanma yaşam boyu sürdüğü için bebeklikte oluşan içsel çalışan modeller çocuklukta, ergenlikte ve yaşlılıkta benzer şekilde devamlılık gösterir. Bireyin bebeklikte bağlanma figürüne yönelik geliştirdiği zihinsel temsilleri ile sonraki gelişim dönemlerinde bağlanma figürüne yönelik sahip olduğu zihinsel temsiller birbirleriyle benzerlik gösterir. Araştırma bulgularına göre de dindar bireylerin yetişkinlikteki bağlanma tarzları ile Allah'a bağlanma tarzları arasında bir benzerlik vardır. Yetişkinde güvenli bağlanan bireyler Allah'a daha fazla güvenli bağlanırken, yetişkinde güvensiz bağlanan bireyler de Allah'a daha fazla güvensiz bağlanırlar. Ancak bebeklik döneminde ebeveynin dindarlık durumu ve ebeveyne güvensiz bağlanma gibi durumlara bağlı olarak bireyin Allah'a bağlanma biçimlerinde ve dindarlık durumlarında farklılıkların olabileceği söylenebilir. Örneğin dine ilgisi az olan bireylerin Allah'a güvenli bağlandığı görülür. Bu durum ebeveynlerin dine ilgisinin az olmasıyla veya bireyin deist olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Bağlanma tarzları, bireyin diğer bireylerle nasıl bir ilişki içinde olacağını ve stresli durumlar karşısında bireyin nasıl bir tavır alacağını da tayin eder. Tehlike anında veya hayati önem arz eden durumlar karşısında bireyin, problemi çözmek amacıyla bağlanma figürüne gösterdiği yakınlık ve ondan yardım alma eğilimi içinde olup olmaması onun güvenli, kaygılı ve kaçınan bağlanma biçimlerinden hangisine sahip olduğunu gösterir. Stresli durumlar karşısında bireyin problemi çözmek amacıyla gerek bir başka bireye gerekse Allah'a yakınlık göstermesi, bağlanma figürünü güvenli bir üs, sığınılacak bir liman olarak görmesi, ondan yardım almak istemesi, bağlanma olgusu ile başa çıkma yolları arasında doğrudan bir ilişkinin olduğunu gösterir. Sorunların üstesinden gelen bireylerin sorunların üstesinden gelemeyen ve gelmede güçlük çeken bireylere nazaran yaşam memnuniyetinin yüksek olması da başa çıkma durumu ile yaşam memnuniyeti arasında doğrudan bir ilişkinin olduğunu gösterir.

Bağlanma, dini başa çıkma ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki analiz edildiğinde; yetişkin bağlanma biçimleri ile Allah'a bağlanma biçimleri arasında

benzerlik olduğu; Allah’a güvenli bağlananların güvenli bağlananlara göre olumlu dini başa çıkma yollarını daha fazla, olumsuz dini başa çıkma yollarını ise daha az kullandıkları; olumlu dini başa çıkma ile yaşam memnuniyeti arasında pozitif ilişki, olumsuz dini başa çıkma arasında negatif ilişki olduğu ve yetişkine ve Allah’a güvenli bağlananların güvenli bağlananlara göre yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda olumlu duygulara sahip bireylerin olumsuz duygulara sahip olanlara nazaran daha fazla güvenli bağlanma tarzına sahip olduğu, daha fazla olumlu dini başa çıkma yollarını tercih ettiği ve yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Görüldüğü  zere Allah’a bağlanma tarzları; dini başa çıkma yolları, yaşam memnuniyeti, dini yönelim ve duygu durumuyla ilişkilidir. Bartholomew ve Horowitz’in dörtlü bağlanma stillerinde güvenli bağlanan bireylerin kendilerine yönelik olumlu benlik algısı ve diğerlerine yönelik olumlu zihinsel temsiller geliştirdiklerini ve bundan dolayı bu bireylerin problem çözmede daha aktif olduklarını belirtmiştir. Bu  alışma Allah’a güvenli bağlanan bireylerin daha fazla olumlu duygulara sahip olması, sorunlarla başa çıkmada daha fazla olumlu dini başa çıkma yollarını kullanmaları ve yaşam memnuniyetlerinin güvenli bağlananlara göre daha yüksek olması yönüyle Bartholomew ve Horowitz’in çalışmasını desteklediği söylenbilir.

Bağlanma tarzları, kadın ve erkekler arasında bir farklılık göstermezken dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyeti ise kadın ve erkekler arasında farklılık göstermektedir. Kadınlar erkeklere nazaran daha fazla olumlu dini başa çıkma yollarını kullanırlar. Kadınların olumlu dini başa çıkma yollarını kullanmaları onların erkeklere göre daha dindar olmasıyla⁵⁸⁹ ve kadınların erkeklere nazaran sağ beynini daha fazla kullanarak yaşanan sorunlar hakkında kısa sürede daha fazla yeni anlamlar oluşturmasıyla ilişkilidir.⁵⁹⁰ Erkeklerin yaşam memnuniyetinin yüksek olması benlik algılarının yüksek olmasıyla; kadın hastaların yaşam memnuniyetinin düşük olması ise anksiyete, depresyon, ağrı ve yetersizlik puanlarının yüksek olmasıyla

⁵⁸⁹ Gencer, “Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık Ve  znel İyi Oluş”, s. 153.

⁵⁹⁰ Tarhan, **Duyguların Psikolojisi**, 18. Bas. İstanbul, Timaş Yay., 2015, s. 32.

ilişkilendirebilir.⁵⁹¹ Tartışma kısmında ifade edildiği üzere kadın hastalar, hastalık nedeniyle aile bireylerine karşı sorumluluklarını tam olarak yerine getiremedikleri ve yaşadıkları fiziksel güç yoksunluğu nedeniyle ev işlerini tam olarak yapamamalarından dolayı kendilerini yetersiz hissetmektedirler. Bunun yanında küçük yaşta çocuğu olan ve engelli çocuğu olan yaşlı kadınların, kendilerine bir şey olması durumunda çocuklarına ne olacağı ve onların yaşamlarını nasıl devam ettireceğine dair yoğun kaygı taşıdıkları da görülmektedir.

Yaş gruplarına göre yakın ilişkilerde yetişkin bireylerin bağlanma tarzları arasında farklılık yokken Allah’a bağlanma biçimleri arasında farklılık vardır. Yaşlılar Allah’a daha çok güvenli, yetişkinler ise daha çok kaygılı ve kaçınılmalı bağlanırlar. Yaşlıların hastalık ve yaş nedeniyle yaşama yönelik beklentileri yetişkinlere nazaran daha az olması ve kendilerini ölüme daha yakın hissetmelerinden dolayı Allah’a yakınlık kurma eğilimlerinin daha fazla olduğu ve bu sebeple onlarda daha güvenli bağlanma gerçekleştiği düşünülebilir. Yetişkinlerin ise yaşlılara nazaran yaşam beklentilerinin fazla olması ancak bunları hastalık nedeniyle yeterli ölçüde karşılayamamaları, hastalık problemlerine bağlı olarak aile içi yükümlülüklerini istenilen düzeyde yerine getirememeleri, genç yaşta iyileştirici tedavi yöntemi olmayan hastalığa sahip olmaları ve bundan dolayı hastalık sürecini anlamlandırmada güçlük çekmeleri vb. nedenlere bağlı olarak Allah’ın kendilerine uzak hissettikleri düşünülebilir. Cicerelli de yaşlılarda Allah’a bağlanma üzerine yaptığı bir çalışmada yaşlıların Allah’a derinden gelen bir bağla bağlandıklarını bunun da dindarlık, ölüm korkusu ve akran ya da eş kayıplarıyla ilişkili olduğunu tespit etmiştir.⁵⁹² Yaş grupları ile dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Bu nedenle yaş grupları arasında dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyetleri birbirine benzerdir.

Yakın ilişkilerde yetişkin bireylerin bağlanma tarzları bakımından bekâr, evli ve diğerleri arasında anlamlı bir fark olmadığı, Allah’a bağlanma tarzları bakımından

⁵⁹¹ Ufuk Bal, Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010, s. 68; Kavla, “ Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı Ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi”, s. 26.

⁵⁹² Victor Cicerelli, “God As The Ultimate Attachment Figure For Older Adults”, **Attachment & Human Development**, Vol. 6, No: 4, 2004, pp, 383-85.

ise bekâr, evli ve diğerleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Evli olanlar Allah’a daha çok güvenli ve kaçınmalı bağlanırlarken bekârlar ise daha çok kaygılı ve kaçınmalı bağlanırlar. Bekâr üniversite öğrencilerinin Allah’a güvenli bağlandığı⁵⁹³ sonucuna ulaşılırken diyaliz hastası bekâr bireylerin ise Allah’a kaygılı ve kaçınmalı bağlandığı sonucuna ulaşılmıştır. Diyaliz hastası evli bireylerin Allah’a güvenli bağlanmaları; romantik ilişkide güvenli bağlanma geliştirmeleri, aile içinde eş ve çocuklarından yeterli düzeyde manevi destek almaları ve Allah’ın kendilerine yakın görmeleriyle ilişkilendirilebilirken Allah’a kaçınmalı bağlanmaları da romantik ilişkide güvensiz bağlanmaları, istenilen düzeyde manevi destek alamamaları ve Allah’ın kendilerine yakın olmadığını hissetmeleriyle ilişkilendirebilir. Diyaliz hastası bekâr bireylerin Allah’a kaygılı bağlanmaları; hastalığa bağlı olarak yaşadığı sorunlar karşısında romantik eşten yardım alma yoksunluğu yaşamaları, Allah’ın, kendisini sevmediği için ona bu hastalığı verdiği ve hastalık nedeniyle romantik eşe sahip olamayacağı ve bu konuda da Allah’ın kendisine yardımcı olmayacağına dair kanılarıyla ilişkili olduğu düşünülebilir. Evli bireylerin ya da çocuk sahibi yaşlıların; eşlerinden, çocuklarından ve gelinlerinden sosyal destek aldıklarını ifade etmeleri ve bekâr bireylerin evli bireylere nazaran olumlu dini başa çıkma yollarını daha az kullanmaları bu durumu destekler niteliktedir. Yapılan bazı çalışmalarda da bekârların evlilere göre psikositizm⁵⁹⁴ puanlarının yüksek olduğu, evlilerin bekârlara göre olumlu mantıksal kabullenme puanlarının daha yüksek olduğu⁵⁹⁵, evlilerin yaşam doyumu ve benlik puanlarının bekârlara nazaran daha yüksek olduğu,⁵⁹⁶ tespit edilmesine karşın bir çalışmada hiç evlenmişlerin evli ve boşanmışlara göre öznel iyi oluş puanlarının daha yüksek olduğu⁵⁹⁷ tespit edilmiştir.

⁵⁹³ Pehr Granqvist and Berit Hagekull, “Religiosity, Adult Attachment, and Why “Singles” Are More Religious”, s. 120.

⁵⁹⁴ Psikotizim; soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf ve empati kuramama, suçluluk ve diğer insanlara karşı duyarsızlık gibi daha çok sıra dışı kişilik özelliklerini ifade etmektedir. Bkz. Nuray Karancı, Gülay Dirik, Orçun Yorulma, “Eysenck Kişilik Anket -Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu’nun (EKA-GGK) Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, C. 18, No: 3, 2007, s. 255.

⁵⁹⁵ Kavla, “ Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı Ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi”, ss. 26-27.

⁵⁹⁶ İbrahim Halil Ekin, “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Doyumu İle Benlik Saygısı İlişkisinin İncelenmesi Ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi”, s. 54.

⁵⁹⁷ Gencer, “Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık Ve Öznel İyi Oluş”, s. 171.

Diyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre yetişkin bireylerin bağlanma tarzları arasında anlamlı farklılık göstermezken Allah'a bağlanma tarzları arasında anlamlı farklılık göstermektedir. İlkokul mezunları Allah'a daha çok güvenli, lise mezunları ise Allah'a daha çok kaçınılmalı bağlanırlar. Bu farklılık ilkökul mezunları ile lise mezunlarının dindarlık durumlarıyla ilişkilendirilebilir. Yapılan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça dindarlığın azaldığına yönelik sonuçlar elde edilmiştir.⁵⁹⁸ İlkokul mezunları lise mezunlarına göre olumlu dini başa çıkma etkinliklerine daha fazla, olumsuz dini başa çıkma etkinliklerine daha az başvururlar. Bu durumun, hastaların Allah'a bağlanma tarzları ve dindarlık durumlarıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak bireyin sorunlarla başa çıkmada daha başarılı olması ve bunun sonucunda bireyin daha mutlu olması beklenirken çalışmamızın bu beklentiye karşılamadığı görülür. Hastalıklar ve sorunlarla başa çıkmada bilişsel örüntülerin kullanılması ne kadar önemliyse tedavisi olmayan hastalıkların ve çözümü olmayan sorunların kabullenilmesinde psikolojik dayanıklılık da bir o kadar önemlidir.

Diyaliz yılının, bağlanma tarzları ve yaşam memnuniyetiyle arasında ilişkisinin olup olmadığı analiz edildiğinde ilişkinin olmadığına yönelik veriler elde edilmiştir. Diyaliz yılına göre dini başa çıkma biçimleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülür. Diyaliz tedavi süresi arttıkça hastaların olumlu dini başa çıkma etkinliklerine başvurmalarının artmıştır. Bu durum da hastalığı kabullenme süreciyle ilişkilendirilebilir. Organ kaybının ilk yıllarında, süreci anlamlandırmada güçlük çekmesi sebebiyle birey yas sürecine girer ve bu süreci belirli evrelerden geçerek sonlandırır.⁵⁹⁹ Yas sürecinde hastalığıyla ilgili anlam arayışı içerisine giren hastanın; hastalığını imtihan, kader, Allah'tan gelen bir hediye ya da bir uyarı vb. kavramlarla ilişkilendirdiği ve organ kaybıyla ilgili yeni anlamlara ulaşmasıyla yas sürecinin sona erdiği ifade edilebilir. Hastalığın ilk yıllarında yaşlı hastalar olumlu dini başa çıkma etkinliklerini daha fazla kullanırken hastalığın ilerleyen zamanlarında yetişkin hastaların daha fazla olumlu dini başa çıkma etkinliklerini kullandıkları ve

⁵⁹⁸ Ali Ayten, **Empati ve Din**, İstanbul, İz Yayıncılık, 2013, 154; Fatma Baynal, "Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi", **İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi**, C. 4, No: 1, 2015, s. 216.

⁵⁹⁹ Tezan Bildik, "Ölüm, Kayıp, Yas Ve Patolojik Yas", **Ege Tıp Dergisi**, C. 53, No: 4, 2013, s. 224.

olumlu dini başa çıkma yollarını kullanan hastaların yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu görülür. Bu durum hastalığın ilk zamanlarda yetişkinlerin bu hastalığını neden yaşadıklarını anlamlandıramamaları, daha sonrasında hastalığın kabullenilmesiyle ilişkilendirilebilir.

Diyaliz hastalarının sosyoekonomik düzeylerine göre yetişkin bağlanma biçimleri farklı anlamlar kazanır. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin daha fazla güvenli bağlanma geliştirdikleri görülür. Bu durum; stresli durumlarla karşılaşan bireyin durumdan kurtulmak amacıyla her türlü etkinliğe rahatlıkla katılabilmesi, hastalık nedeniyle bir işte çalışmama da maddi gücünün olması ve diğer bireylerden maddi destek almasını gerektiren bir durumun olmamasıyla vd. ilişkilidir. Dolayısıyla da ihtiyaçların karşılanma durumuna göre yaşam memnuniyeti artar. Allah'a bağlanma ve sosyoekonomik düzey arasında bir ilişki olmadığından dolayı gelir düzeyleri arasında benzer bağlanma tarzları gelişir. Gelir düzeyi ile Allah'a bağlanma arasında ilişkinin olmadığı, gelir düzeyi ile dini başa çıkma tarzları arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Gelir durumu iyi olan bireylerin olumsuz dini başa çıkma etkinliklerini daha az kullandıkları, bu durumda da hastaların duruma yönelik şükür içinde olmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Diyaliz hastalarının yaşadığı yer ile bağlanma biçimleri, dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyetleri arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Köy, kasaba ve şehirde yaşayan bireylerin bağlanma tarzlarının, dini başa çıkma yollarının ve yaşam memnuniyetlerinin benzer olması, bu kişilerin çoğunlukla büyükşehir sınırları içerisinde yaşamaları ve küçük yerleşim yerleri ile şehir merkezleri arasında ihtiyaçları karşılama ve olanaklara ulaşma noktasında farklılık olmamasından kaynaklı olduğu ileri sürülebilir. Örneğin, küçük yerleşim yerlerinde ve merkezde yaşayanların diyaliz merkezlerine ulaşmaları, devlet tarafından sağlanan servis araçlarıyla gerçekleşir. Ancak İzmir-Manisa ile Kayseri şehirleri arasında dini başa çıkma etkinliklerini kullanma bakımından farklılık olduğu görülür. Bu farklılığın da seküler yaşam biçimiyle ilişkili olduğu düşünülür.

Diyaliz hastalarının dindarlık algılarına göre yetişkin bağlanma tarzları arasında benzerlik, Allah'a bağlanma tarzları arasında ise farklılık olduğu görülür.

Kendini çok dindar ve dindar olarak tanımlayan bireylerin Allah'a daha fazla güvenli bağlandığı, dine ilgisi az olan bireylerin ise Allah'a daha güvensiz bağlandığı verisine ulaşılmıştır. Bu durum dindar bireylerin Allah'ın kendilerine yakın hissetmeleri, stresli durumlarda Allah'ın kendilerine yardım edeceğine inanmaları ve Allah'ı sığınılacak bir liman olarak algılamalarıyla ilişkili olabilir. Dindar bireyler, gerek günlük yaşamda gerekse zor ve sıkıntılı durumlar karşısında dua ederek, ibadet ederek, hayır hasenat yaparak vd. kalben Allah'a yakınlıklarını arttırmaları ve güvenli bir liman olarak O'na sığınır. Bu nedenle dindar bireyler daha çok olumlu dini başa çıkma yollarını tercih etmiş olurlar. Dine ilgisi az olan bireyler ise gerek günlük yaşamda gerekse stresli olaylar karşısında Allah'ın kendilerini sevmediğini düşündüklerinden dolayı O'na yakınlığını arttıracak herhangi bir dini eğilim içerisinde bulunmazlar. Dini eğilim içerisinde bulunan bireylerin yaşam memnuniyetlerinin, Allah'a güvenli bağlanmalarından ve kendilerini güvende hissetmelerinden dolayı dini eğilim içerisinde bulunmayan bireylere nazaran yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu görülür.

Diyaliz tedavisine başladıktan sonra diyaliz hastalarının yetişkin bağlanma biçimleri fark etmeksizin dindarlık boyutlarında değişim yaşamadıkları, Allah'a güvenli bağlananların değişim yaşamadığı ya da olumlu yönde değişim yaşadığı, Allah'a güvensiz bağlananların ise değişim yaşamadığı ya da olumsuz yönde değişim yaşadığı görülür. Yetişkin bağlanma tarzları ile dindarlık arasında bir ilişkinin olmadığı ancak Allah'a bağlanmayla dindarlık arasında doğrudan bir ilişkinin olduğu görülür. Olumlu yönde dindarlık boyutlarında değişimi yaşayan bireylerin daha çok olumlu dini başa çıkma yollarını tercih ettiği, olumsuz yönde dindarlık boyutlarında değişim yaşayan bireylerin ise daha çok olumsuz dini başa çıkma yollarını tercih ettiği görülür. Aynı zamanda dindarlık boyutlarında olumlu yönde değişim yaşayan bireylerin yaşam memnuniyetleri, olumsuz yönde değişim yaşayan bireylere nazaran daha yüksektir. Burada dindarlık boyutlarında yaşanan değişimin Allah'a bağlanma tarzları, dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyetiyle ilişkili olduğu söylenebilir.

Diyaliz hastalarının duygu durumları ile bağlanma biçimleri analiz edildiğinde; her iki bağlanma türünde güvenli bağlanma geliştiren bireylerin olumlu duygulara, kaçınmalı ve kaygılı bağlananların ise olumsuz duygulara sahip oldukları görülür.

Aynı zamanda olumlu duygulara sahip olanların daha fazla olumlu dini başa çıkma yollarını tercih ettikleri, olumsuz duygulara sahip olanların ise daha çok olumsuz dini başa çıkma yollarını tercih ettikleri ve olumlu duygulara sahip olan bireylerin olumsuz duygulara sahip olan bireylere nazaran yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Güvenli bağlanan bireylerin kendilerine yönelik olumlu benlik algısı geliştirmeleri ve diğerlerine yönelik olumlu duygu ve düşünceye sahip olmaları, onların içşel çalışan modelleriyle ilişkili bir durumdur. Stresli durumlar karşısında güvenli bağlanan bireyler, diğerine yakınlık sağlayarak ondan yardım alarak problemine çözüm bulurlar. Güvensiz bağlananlar ise diğerine yönelik olumsuz duygu ve düşünce geliştirdiklerinden dolayı stresli durumlar karşısında diğerine yakınlık sağlamaktan uzak durur. Bu nedenle onlar ya problemi görmezden gelirler ya da yalnızca probleme odaklanarak anksiyete ve depresif duygu durumlarını artırırlar. Problemin çözüm bulup bulmama durumuna göre yaşam memnuniyetleri artar ya da azalır. Sonuç olarak bireyin bağlanma biçimi, başa çıkma yolları ve yaşam memnuniyeti duygu durumuna göre farklı anlamlar kazanır.

Çalışmamızın verilerinden hareketle diyaliz hastalarının yakın ilişkilerde güvenli bağlanma geliştirdikleri gibi Allah’la olan ilişkilerinde de güvenli bağlanma geliştirdikleri ve geliştirdikleri bağlanma biçimine bağlı olarak sorunlarla başa çıkmada daha çok olumlu dini başa çıkma yollarını tercih ettikleri görülmektedir. Onlar stresli yaşam olaylarını; imtihan, takdiri ilahi, hediye/ceza olarak nitelendirirler. Dolayısıyla sorunlarla başa çıkmada ya dua, şükür, sabır gibi olumlu dini başa çıkma yollarını ya da şüphe ve isyan gibi olumsuz dini başa çıkma yollarını kullanırlar.

Diyaliz hastalarının sorunlarla başa çıkmada derdi veren dermanını da verir inancındadırlar. Onlar yaşadıklarının bir imtihan olduğu ve bunun da Allah’tan geldiğine iman ederler. Bazı hastalar, “Allah sevdiği kuluna dert verir” inancından hareketle hastalıklarının Allah’tan bir hediye olarak geldiğini ya da Allah tarafından bir uyarı olarak verildiğini düşünürler. Bazı hastalar ise geçmişte yaptıklarından dolayı hastalığın kendisine Allah’tan bir ceza olarak verildiğini düşünürler. Dine ilgisi az olan hastaların bir çoğunun hastalığın tıbbi nedenlere bağlı olarak geliştiğini ifade ettikleri görülür.

Diyaliz hastalarının; karşılaştırmalı, durumuna yönelik, aileye yönelik, yakın ilişkilerde, farkındalığa yönelik, maddi olanaklara yönelik ve sözel şükür olmak üzere şükürü farklı anlamlarda kullanıldığı görülür. Karşılaştırmalı şükürde hastaların kendinden kötü durumda olanlara bakarak haline şükrettikleri görülür. Durumuna yönelik şükürde hastalar; nefes aldığına, engelli olup diyaliz hastası olmasına rağmen bulunduğu duruma ve evlat sahibi olduklarına yönelik şükrederler. Aileye yönelik şükürde hastalar; eşinin, kızının, gelininin vd. kendisine yardımcı olmalarından dolayı şükrederler. Yakın ilişkilere yönelik şükürde hastalar; komşularının birbirlerine gidip gelmelerine, yakınlarının kendisini ziyarete gelmelerine yönelik şükrederler. Farkındalığa yönelik şükretmede hastalar; sıkıntılarından ve sorunlarından kurtulup feraha ermelerine yönelik şükrederler. Sözel şükürde hastaların, genel olarak “bu halimize de şükür” sözüyle şükrettikleri görülür. Maddi olanaklara yönelik şükürde hastalar sahip oldukları maddi imkânlarına yönelik şükrederler. Göcen’in çalışmasındaki bireyler gibi diyaliz hastalarının da hastalıklarıyla başa çıkmada karşılaştırmalı şükür, duruma yönelik şükür, aileye yönelik şükür, yakın ilişkilerde şükür, farkındalığa yönelik şükür ve sözel şükür içinde oldukları görülür.⁶⁰⁰ Diyaliz hastalarının daha fazla karşılaştırmalı şükürü kullandıkları ve “Sizden aşağıda olanlara bakın; yukarıda olanlara bakmayın...” hadisinin diyaliz hastalarının yaşamlarına anlam kattığı ve hastaların hastalık sürecinde farklı şeyler için şükrettikleri görülür.

Sabır; tâatte (kullukta), mâsiyete (günahlara) karşı, musibete karşı olmak üzere üç türe ayrılmaktadır.⁶⁰¹ Diyaliz hastalarının hastalığa ve diğer nedenlere bağlı olarak gelişen sıkıntılar ve sorunlar karşısında sabrettikleri görülmüştür. Hastaların kendi iradeleri dışında gelişen hastalığa karşı sabır göstermeleri onların musibetlere karşı sabırlı olduklarını gösterir.

Diyaliz hastalarının sorunlarla başa çıkmada kullandıkları dini eğilimlerden biri de duadır. Hastaların sağlıklarına kavuşmak, başkalarının bakımına muhtaç olmamak, işlerinin kolaylaşması ve nefesine yenik düşmemek için dua ettikleri görülür.

⁶⁰⁰ Göcen, “Şükür Ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması”, s. 245.

⁶⁰¹ Remziye Ege, “Anlam Alanı İçinde Sabrı Bir Tutum Olarak Yeniden Düşünmek”, **Dini Araştırmalar**, C. 16, No: 43, 2013, ss. 71-73.

Araştırmamızda, hastaların başkasının bakımına muhtaç olmamak için sıklıkla dua ettiklerini, bu duanın daha çok yaşlı hastalar tarafından yapıldığı görülür.

Diyaliz hastalarının sorunlarla başa çıkmada kullandıkları dini eğilimlerden biri isyandır. Bazı hastalar, hastalığı kabullenememeye bağlı olarak ya da hastalığın getirdiği sorunlarla başa çıkmada güçlük çekmelerine bağlı olarak isyan içerisinde olabilirler. Örneğin uygulama esnasında bazı hastalar hastalığın ilk yılında yani yas döneminde isyan ettiklerini ifade etmişlerdir. Diyaliz tedavisinin ilk yılında olan bazı hastaların ise isyan olarak nitelendirebilecek ifadeler kullandıkları gözlemlenmiştir. Bu noktada özellikle bir hususu belirtmemiz faydalı olacaktır. Hastaların “Bu hastalık neden benim başıma geldi?” şeklindeki sorusunun her zaman isyan ifadesi olarak anlamlandırılmamasıdır. Çünkü birey bazı stres yaratan yaşam olayları karşısında anlam arayışına girer. Anlam arayışındaki soruların isyan olarak görülmesi bazen kişileri yanılgıya düşürdüğü gibi diğerleriyle iletişimin bozulmasına da neden olabilir. Bu sebeple araştırmasında isyanı konu olarak alan veya yas dönemindeki bireylere danışmanlık yapan manevi bakım danışmanlarının, durumu daha iyi tahlil etme, önyargılı olmama ve hoşgörülü bir tutum sergileme adına hastaların yas dönemini göz önünde bulundurarak araştırma ya da danışmanlık yapmaları her iki taraf için de önemli olacağı kanaatindeyiz.

Diyaliz hastalarının ceza ile ilgili ifadeleri incelendiğinde; hastalığının geçmişte yaptıklarına (kürtaj olduğu için, geçmişte çok fazla hayvana zarar verdiği için, eşinin kardeşine böbreğini vermediği için, eşine yaptıkları için, vd.) karşılık olarak verildiğini ya da verilmiş olabileceğini, iyi bir kul olmadığı için verildiğini, Allah’a yaklaşması için Allah tarafından bu hastalığın kendisine verildiğini (hastalığın ceza olarak değil de uyarı olarak verildiğini), ilk zamanlar hastalığın ceza olarak verildiğini düşünürken şimdi öyle düşünmediğini, hastalığın kendisine ceza olarak verilmediğini ancak etrafındaki kişilerin hastalığının kendisine ceza olarak verildiğini ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Hastanın, hastalığını ceza olarak görmemesine rağmen hastalığın kendi yaptıklarına karşılık olarak verildiğinin söylenilmesi kişide psikolojik sorunlara neden olabileceği gibi dine karşı olumsuz duygu ve düşüncelerin oluşmasına da neden olabilir. Örneğin, kişinin zamanla Allah’ı cezalandıran bir varlık olarak algılamaya başlaması onun Allah’tan uzaklaşmasına

neden olabileceği gibi sorunlar ve sıkıntılar karşında olumsuz dini başa çıkma yollarından biri olan isyana yönelmesine de neden olabilir.

Bağlanma figürüne yönelik geliştirilen bağlanma tarzlarının ve sorunlarla başa çıkmada kullanılan dini başa çıkma tarzlarının yaşam memnuniyetiyle ilişkili olduğu görülür. Güvenli bağlanan ve olumlu dini başa çıkma tarzını kullanan hastaların, güvensiz bağlanan ve olumsuz dini başa çıkma tarzını kullanan hastalara göre yaşam memnuniyeti daha yüksektir. Bağlanma ilişkileri ve dini başa çıkma yolları bağlamında yaşam memnuniyetlerine etki eden unsurlar incelendiğinde; aileden ve yakın çevreden verilen sosyal desteğin, öz bakım becerileri karşılamada yetersiz kalınması durumunda yakınları tarafından verilen öz bakım desteğinin hastaların yaşam memnuniyetlerini olumlu etki etmektedir. Hastalık nedeniyle sosyal ilişkilerde yoksunluk yaşanılması, çevresi tarafından sosyal destek verilmemesi, sorunlarla başa çıkmada öz yeterliliğin düşük olması ve anksiyetenin yüksek olması ise hastaların yaşam memnuniyetlerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hastalığa bağlı olarak hastaların sosyal etkinliklere katılmalarının kısıtlanması, sosyal iletişimden yoksun kalmaları hastada yalnızlık hissinin ve sosyal izolasyonun gelişmesine neden olabildiği gibi hastalığın getirdiği sorunlarla başa çıkmada zorluk çekmesi anksiyetenin artmasına ve akabinde intihar düşüncesinin gelişmesine neden olabilmektedir. Hasta olan annelerin çocuklarıyla ilişkili anksiyete geliştirdikleri belirgin bir şekilde gözlemlenmiştir. Genç anneler kendilerine bir şey olursa küçük çocuklarına ne olacağını düşünerek, yaşlı ve engelli çocuk sahibi annelerin ise öldükleri takdirde çocuklarına kimin bakacağını düşünerek kaygı yaşadıkları gözlemlenmiştir. Annelerin ölüm kaygısına bağlı olarak anksiyetelerinin arttığı ve genç yaştaki babaların ise genel olarak ev geçimini sağlamada aileye maddi destek sağlayamadıklarından dolayı yoğun üzüntü yaşadıkları söylenebilir.

Araştırmalara Yönelik Öneriler:

- Yaşam memnuniyeti yüksek olan bireylerin daha çok olumlu duygulara sahip olduğu, düşük olanların ise daha olumsuz duygulara sahip olduğu ve aynı zamanda olumlu dini başa çıkma yollarına başvuran hastaların yaşam memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu verilerden hareketle

sürekli stres altında ya da kronik hastalığa sahip olan bireylerin sorunlarla başa çıkmada bilişsel ve duygu durumlarını daha detaylı analiz etmek adına duygusal zekâ, dini başa çıkma tarzları ve yaşam memnuniyeti konuları üzerine detaylı çalışmalar yapılabilir.

- Allah’a güvenli bağlanan bazı bireylerin dine ilgisinin az olduğu ve dini etkinliklere yönelik eğilimlerinin düşük olduğu gözlemlendi. Bu nedenle dindarlık ve bağlanma çalışması yapılırken bağlanma biçimiyle Allah’ın varlığına yönelik inanış biçimleri (teist, deist, agnostik ve ateist olarak) arasında ilişkinin olup olmadığını ölçümlemek faydalı olabilir.
- Kronik hastalık sonrasında dini düşünce değişiminde olumlu ya da olumsuz yönde değişim yaşayan hastaların dini başa çıkma tarzlarının değiştiği görülmüştür. Bu veriden hareketle düşünce değişimine neden olan belirleyicileri tespit etmek adına nitel bir çalışma yapılabilir.
- Kronik hastalarda Allah’a bağlanma, dini başa çıkma ve sosyal izolasyon arasındaki ilişkileri tespit etmeye yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Kronik hastaların yas sürecinde anlam arayışlarını ölçmek amacıyla farklı çalışmalar yapılabilir.
- Öz bakım yetilerini gerçekleştirirmede yetersiz olan kronik hastalarda yahut yaşlılarda öz bakım, öz yeterlik ve bağlanma biçimlerine yönelik çalışma yapılabilir.

Manevi bakım önerileri:

- Hastalarda gelişen organ kaybına bağlı olarak farklı psikososyal sorunlar gelişeceğinden ötürü hastalara ılımlı ve hoşgörülü yaklaşılması, hastayla görüşme sürecinin samimi bir sohbet üzerine kurulması verimli bir manevi bakım çalışmasına öncü olabilir.
- Manevi danışmalık esnasında hasta manevi yaşamıyla ilgili bilgi verirken hastaya sık sık soru sormaktan ya da bir şeyler tebliğ etmekten kaçınılarak hastanın kendini açmasına izin verilmesi sürecin daha verimli geçmesine olanak sağlayabilir.

- Diyaliz hastalarının -özellikle de yaşlı hastaların- hastalık nedeniyle dışarı çıkamadıklarından dolayı sosyal ilişkilerinin zayıfladığı ve yalnızlık hissini yoğun olarak yaşadıkları görülmüştür. Bu hastaların talepleri ve izinleri doğrultusunda gerek diyaliz merkezlerinde, gerekse evlerinde ziyaret edilebilirler.
- Diyaliz hastalarının cinsiyet fark etmeksizin yeti kaybı nedeniyle duygusal yoğunluk yaşamaları söz konusudur. Araştırma esnasında katılımcının duygusal yoğunluk yaşaması hâlinde hastanın isteği doğrultusunda araştırmaya devam edilmesi ya da bitirilmesi hastanın psikolojik sağlığı açısından hastaya fayda sağlayacaktır.
- Hastaların, olumsuz yaşam olaylarıyla başa çıkmada yetersiz kalmaları ve hastalığı kabullenmede zorluk çekmeleri nedeniyle hastalarda dini eğilimi olarak isyan gelişebilir. İsyan eğilimi içerisinde olan bireylere duygu düzenlenmesine ve hastalığıyla ilgili yeni anlamlar bulmasına yardımcı olma adına gerek tebliğ yoluyla gerekse bibliyoterapi yoluyla manevi destek sağlanabilir. Böylelikle hastanın hastalığıyla ilgili olumlu duygu ve düşünce geliştirmesine yardımcı olunabilir. Hadis ve kıssaların yanı sıra Mevlana'nın ve Yunus Emre'nin vd. kültürel ve manevi değerleri konu edinen eserlerinden yararlanılabilir.
- Hastalık süreci her birey için fiziksel, psikolojik ve mental açıdan farklı gelişeceğinden dolayı her hastanın hastalık sürecini farklı anlamlandırması beklenilir. Çalışma grubunun nasıl bir kimliğe sahip olduğunu keşfetmek için onların, araştırmanın konusu olan olguları nasıl anlamlandırıdıkları ve o olguların yaşamlarını nasıl etkilediğini tespit etmek gerekir. Örneğin diyaliz hastaları genellikle “hastalığım imtihandır” yargısıyla sabır gösterirler. “Hastalığım günahlara kefarettir” yargısıyla teslimiyet gösterirler. Nefes aldıklarına ve çevresinden aldıkları desteğe yönelik ve kendinden daha kötü durumda olanlara bakarak şükrederler. Yaşlı kadın hastalar ele ayağa düşmemek veya ölmek için, yetişkin hastalar ise böbrek nakli olmak ya da sağlığına kavuşmak için dua ederler. Genç annelerin küçük yaştaki çocukları için, engelli çocuğu olan yaşlı anneler engelli çocukları için, öz bakımını gerçekleştirmede yakınından destek alan yaşlı hastalar yakınlarının kendisini terk edeceğini düşündükleri için ve maddi durumu iyi olmayan ve işte çalışamayan 30-60 yaş arasındaki yetişkin babalar eve maddi

gelir sağlayamadıkları için kaygı yaşarlar. Yetişkin anneler hastalık nedeniyle akranları gibi çocuklarıyla yeteri kadar ilgilenemedikleri ve aile için sorumluluklarını yerine getiremedikleri için üzüntü duyarlar. Bu niteliklerin diyaliz hastalarının manevi yönünü tanımlayan genel nitelikler olduğu söylenebilir. Manevi danışmanlıkta danışmanın danışanın nasıl bir profile sahip olduğunu önceden bilmesi rehberlik sürecinin daha verimli geçmesini sağlayabilir.

- Manevi danışmanlık hizmeti verilirken yas dönemindeki bireylerin hastalığın nedenini sorgulamalarının isyan olarak tanımlanmaması uygun olur. Çünkü hasta hastalığın ilk safhasında yani hastanın hastalığını kabullenmeden önceki evrede “neden ben bunları yaşıyorum” sorusunu kendine sorabilir. Bu soru aslında iki yönlü bir sorudur. İlki; kendini, yapıp etmelerini (yanlış beslenme, az su içme, çok çalışma, üzüntü verici olaylar yaşama, vd.) sorgulayıp geçmişinde anlam aramasını içerir. İkincisi ise Allah’ın neden kendisine bu hastalığı vermiş olabileceğine yönelik sorgulaması olabilir. Sorgulama sonrasında anlama ulaşanların isyanı terk ettikleri gözlemlenir. Sorgulama sonrasında “ben bir şey yapmadım ama Allah bana bunu verdi” yargısını kullanan bireyin Allah’a bağlanma tarzı güvensiz bağlanma ise, dini eğilimlerinde azalma ve dini düşüncelerinde olumsuz değişim gözlemlenirse bu kişinin isyana düştüğü söylenebilir. Bu sebeple her sorgulamanın isyan olmadığı ve sorgulama sürecinin hastanın hastalığını kabullenene kadar devam edebileceği söylenebilir.
- Diyaliz hastalarında iki nedene bağlı olarak sosyal izolasyon gerçekleştiği söylenebilir. Birincisi, enfeksiyon endişesine bağlı olarak hastanın sosyal ilişki ve ortamlardan uzak durmasıdır. Diyaliz hastaları fistül ya da kateter nedeniyle enfeksiyon kapma ihtimaline karşılık kalabalık ortamlarda bulunmaktan kaçınırlar. İkincisi ise hastada hastalıkla ilgili olumsuz anlam ve duygu oluşmasına neden olabilecek bazı yargıların çevresindeki bazı kişiler tarafından kullanılmasıdır. Araştırma esnasında birden fazla yetişkin çevresindeki kişilerden hastalığına yönelik çok fazla olumsuz ve yargılayıcı sözler işittiklerinden dolayı diğeriyle iletişim kurmaktan kaçındıklarını ifade etmişlerdir. Sosyal izolasyon yaşayan bazı hastalar, en iyi arkadaşlarının insan dışı varlıklar olan kitap, televizyon vd. olduğunu belirtmişlerdir. Bu bireylere de talep ettikleri ölçüde

manevi danışmalık hizmeti sağlanmasının, onların manevi yaşamına faydalı sağlayacağı düşünülmektedir.

- Sosyal desteğin ve aile desteğinin bu hastalar için oldukça önemli olduğu görülür. Aileden ve çevreden destek alan hastaların yaşam memnuniyetlerine yönelik daha olumlu, destek alamayan bireylerin yaşam memnuniyetlerine yönelik daha olumsuz değerlendirmeler yaptıkları gözlemlenmiştir. Bu sebeple manevi danışmalık hizmeti sadece hastayla sınırlı tutulmamalıdır. Aynı zamanda öz bakımını gerçekleştirmede yetersiz olan ya da yeti yitimi nedeniyle diğerine bağımlı olan hastaların yakınlarına da manevi danışmanlık hizmetinin verilmesinin manevi destek hizmetinin daha verimli olmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdel-Khalek, Ahmed M.: “Quality Of Life, Subjective Well-Being, And Religiosity In Muslim College Students”, **Quality of Life Research**, Vol. 19, No: 8, 2010, pp. 1133–1143.
- Abu-Raiya, Hisham, et. al.: “On The Links Between Positive Religious Coping, Satisfaction With Life And Depressive Symptoms Among A Multinational Sample Of Muslims”, **International Journal of Psychology**, Vol. 54, No: 5, 2019, pp. 678–686.
- Acar, Hatice: “Manevi İyi Oluş İle Dindarlık Arasındaki İlişki Üzerine Bir Değerlendirme”, **C.Ü İlahiyat Fakülte Dergisi**, C. XVIII, No: 2, ss 391-412.
- Acaray, Arzu, Rukiye Pınar, “Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, **C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, C. 8, No: 1, 2004, ss. 1-11.
- Ainsworth, Mary S.: “Attachments Beyond Infancy”, **American Psychologist**, Vol. 44, No: 4, 1989, pp. 709-716.
- Ainsworth, Mary S.: “Object Relations, Dependency, and Attachment: A Theoretical Review of the Infant Mother Relationship”, **Child Development**, Wiley, Vol. 40, No: 4 1969, pp. 969-1025.
- Ainsworth, Mary D. S. et. al.: “Attachment and Attachment Behaviors”, **Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation**, New York & London, Routledge, 2015, pp. 18-21.
- Akbağ, Müge: “Stresle Başaçıkma Tarzlarının Üniversite Öğrencilerinde, Olumsuz Otomatik Düşünceler, Transaksiyonel Analiz Ego Durumları ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2000.
- Akbay, Sinem E.: “Ana-Babaya Bağlanma ile Romantik Yakınlık Ve Otantik Benlik Arasındaki İlişkilerde Bağlanma Stillerinin Aracı Rolünün İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2015.
- Akpolat, Tekin, Cengiz Utaş: “Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler”, (Çevrimiçi) http://www.tsn.org.tr/folders/file/bobrek_yetmezligi.pdf. 11 Aralık 2017.

- Akpolat, Tekin, Cengiz Utaş, “Hemodiyaliz Hastasında Sık Karşılaşılan Sorunlar” (Çevrimiçi)
http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/hemodiyaliz_hastasinda_karsilasilan_sorunlar.pdf, 29.10.2019.
- Akın, Ahmet Abdullah Yalnız: “Yaşam Memnuniyeti Ölçeği (YMÖ) Türkçe Formu: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması”, **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, C. 14, No: 54, 2015, ss. 95-102.
- Aksoy, Aziz, Seda Oğur: “Bitlis İlinde Rutin Olarak Diyaliz Ünitesine Bağlanan Diyaliz Hastalarının Sıkıntı Durumlarının Belirlenmesi”, **BEÜ Fen Bilimleri Dergisi**, C. 4, No: 2, 2015, ss. 112-121.
- Alemdar, Hatice, Çınar Pakyüz Sezgi: “Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi”, **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, No: 2, 2015, ss.19-30.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, **DSM-5 Tanı Ölçütleri**, çev: Ertuğrul Köroğlu, Ankara, HYB Basım, 2014.
- Ano, Gene G., Erin B. Vasconcelles: “Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress: A Meta-Analysis”, **Journal Of Clinical Psychology**, Vol. 61, No: 4, 2005, pp. 461-80.
- Antonia J., Z. Henderson, et. al., “When Loving Means Hurting: An Exploration of Attachment and Intimate Abuse In a Community Sample”, **Journal of Family Violence**, Vol. 20, No: 4, 2005, pp. 219-230.
- Anwer, Moazama et. al.: “The Moderating Role Of Social Intelligence In Explaining Attachment Style And Emotional Intelligence Among Young Adults”, **Pakistan Journal of Psychology**, Vol. 48, No: 2, 2017, pp. 3-20.
- Arkar, Haluk: “Beck’in Depresyon Modeli Ve Bilişsel Terapisi”, **Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi**, C. 5, No: 1-3, 1992, ss. 37-40.
- Atasoy, İsmail, vd.: “Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi”, **Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi**, C. 23, No: 3, 2013, ss.133-141.
- Ayele, Hana, et. al.: “Religious Activity Improves Life Satisfaction for Some Physicians and Older Patients”, **Religious Activity And Life Satisfaction**, Vol. 47. No: 4, 1999, 453-55.
- Ayten, Ali: **Empati ve Din**, İstanbul: İz Yayıncılık, 2013.

- Ayten, Ali: **Din ve Sağlık**, İstanbul, Marmara Akademi yay. 2018.
- Ayten, Ali: “Din Ve Sağlık: Bireysel Dindarlık, Sağlık Davranışları Ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. 13, No: 3, 2013, ss. 7-31.
- Ayten, Ali: **Tanrı’ya Sığınmak**, İstanbul, İz yayıncılık, 2010.
- Ayten, Ali, vd.: " Dini Başa Çıkma, Şükür Ve Hayat Memnuniyeti İlişkisi: Hastalar, Hasta Yakınları Ve Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma", **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C. 12, No: 2, 2012, ss. 45 -79.
- Ayten Ali, Zeynep Sağır: “Dindarlık, Dinî Başa Çıkma ve Depresyon İlişkisi: Suriyeli Sığınmacılar Üzerine Bir Araştırma”, **Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, Cilt-No: 47, 2014, ss. 5-18.
- Bağ, Eylem: “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2007.
- Bağ, Eylem Mukadder Mollaoğlu: “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi”, **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, C. 7, No: 1-2, 2010, ss. 31-38.
- Bahçekapılı, Mehmet: “Biyopsikososyal Açıdan Dinin Engellilik ve Farklı Sağlık Problemleri Üzerindeki Etkisi”, **Türkiye Din Eğitimi Araştırmaları Dergisi**, No: 1, ss. 19-44.
- Bahadır, Şengül: “Romantik İlişkilerde Bağlanma Stilleri, Çatışma Çözme Stratejileri ve Olumsuz Duygu Durumunu Düzenleme Arasındaki İlişki”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.
- Bahar, Aynur, vd.: “Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon Ve Cinsel Yaşam”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, No: 8, 2007, ss. 287-292.
- Bal, Ufuk: Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.
- Ballı, Fatih: “Periton Diyaliz Hastalarında Arteriyel Sertlik İle Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi, Anksiyete Ve Depresyon Arasındaki İlişki”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015.

- Bartholomew, Kim: "Avoidance Of Intimacy: An Attachment Perspective", **Journal of Social and Personal Relationships**. Vol. 7, No: 2, 1990, pp. 147-178.
- Bartholmew, K., L. M. Horowitz: "Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model", **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol: 61, No: 2, 1991, pp. 226-44.
- Bastian, Brock, et. al.: "Is Valuing Positive Emotion Associated With Life Satisfaction?", Brief Report, **American Psychological Association: Emotion**, Vol. 14, No: 4, 2014, pp. 639-645.
- Başarır, Seher, Sezgi Çınar Pakyüz: "Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi", **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, C. 10, No: 1, 2015, ss. 19-31.
- Batak, Kemal: "Aristoteles'te En Yüksek Entelektüel Erdem", **Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. XVIII, No: 33, Haziran 2016, ss. 17-28.
- Batan, "Sabriye Nazlı: Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık Ve Dini Başa Çıkmanın Yaşam Doyumuna Etkileri", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, 2016.
- Baydoğan, Misli, İhsan Dağ: "Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi" **Türk Psikiyatri Dergisi**, C.19, No: 1, 2008, ss. 19-28.
- Bayın Donar, Gamze: "Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanımını Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi", Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.
- Baynal, Fatma: "Yetişkinlerde Dindarlık ve Ruh Sağlığı İlişkisinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi", **İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi**, C. 4, No: 1, 2015, ss. 206-231.
- Beck, Richard, Angie McDonald: "Attachment To God: The Attachment To God Inventory, Tests Of Working Model Correspondence, And An Exploration Of Faith Group Differences", **Journal of Psychology and Theology**, Vol. 32, No: 2, 2004, pp. 92-103.
- Belavich, Timothy G., Kenneth I. Pargament: "The Role Of Attachment In Predicting Spiritual Coping With A Loved One In Surgery", **Journal of Adult Development**, Vol. 9, No: 1, 2002, pp. 13-29.

- Berber Çelik, Çiğdem: “Bağlanma Stilleri, Psikolojik İyi Oluş ve Sosyal Güvende Hissetme: Aralarındaki İlişki Ne?”, **Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi**, C.13, 2018, ss. 27-40.
- Besharat, M. A.: “Relation Of Attachment Style With Marital Conflict” **Psychological Reporis**, Vol. 92, No: 3, 2003, pp. 1135-40.
- Bicik, Zerrin, Sibel Ersan: “Akut Renal Yetmezlik”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, No: 3, 1999, ss.113-117.
- Bildik, Tezan: “Ölüm, Kayıp, Yas Ve Patolojik Yas”, **Ege Tıp Dergisi**, Vol. 53, No: 4, 2013, ss. 223-229.
- Bjorck, Jeffrey P., Lawrence H. Cohen: “Coping With Threats, Losses, And Challenges”, **Journal of Scoial And Clinical Psychology**, V. 12, No: 1, 1993, pp. 56-72.
- Bowlby, John: **Bağlanma**, Çev: Tuğrul Veli Soylu, İstanbul, Pinhan Yay. 2012.
- Brown, R. Michael Stephanie, L. Brown, “Informal Caregiving: A Reappraisal of Effects on Caregivers”, **Social Issues and Policy Review**, Vol. 8, No: 1, 2014, pp. 74-102.
- Bradshaw, Matt, Blake Victor Kent: “Prayer Attachment To God, And Changes İn Psychological Well-Being İn Later Life”, **Journal of Aging and Health**, Vol. 30, No: 5, 2017, pp. 667-691.
- Bradshaw, Matt, Christopher G. Ellison, Jack P. Marcum, “Attachment To God, Images Of God, And Psychological Distress İn A Nationwide Sample Of Presbyterians”, **International Journal for the Psychology of Religion**, Vol. 20, No: 2, 2010, pp 130–147.
- Buhârî, Tevhîd, 31, (Çevrimiçi)
<https://hadislerleislam.diyaret.gov.tr/?p=kitap&i=1.0.617#sel=4:1,4:48>,
25.4.2019.
- Can, Aylin, v.d.: “Deliryöz Mani: Klinik Özellikleri ve Tedavisi”, **Journal of Mood Disorders**, C.5, No: 1, 2015, ss. 40-43.
- Can, Gürhan: “Kişilik Gelişimi (Psikososyal ve Ahlak Gelişimi)”, **Eğitim Psikolojisi: Gelişim-Öğrenme-Öğretim**, ed. Binnur Yeşilyaprak, 16. Bas. Ankara, Pegem yay. 2016, ss.125-65.

- Carver, Charles S., Michael F. Scheier, Jagdish K Weintraub: “Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 56, No: 2, 1989, pp. 267-83.
- Cassidy, Jude: “Nature of Child’s Ties”: **Handbook Of Attachment: Theory, Research and Clinical Application**, Ed. by. J. Cassidy, P. R. Shaver, 3th ed., New York, Guildford Press, 1999, pp. 3-22.
- Ceylan, Ummahan Esra: “Ölümlülük Bilincinin Dini Başa Çıkma, Tanrı Algısı, Ölüm Kaygısı Ve Psikolojik İyi Olma İle İlişkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 2018.
- Cevizci, Ahmet: **Felsefe Sözlüğü**, İstanbul, Paradigma yay., 1999.
- Chen, C. K, et. al., “Depression And Suicide Risk In Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure” **Psychosomatics**, 51(6), 2010, pp. 528 e0-e6
- Cicirelli, Victor G.: “Attachment Relationships in Old Age”, **Journal of Social and Personal Relationships**, C. 27, No: 2, 2010, pp. 191-199.
- Cicirelli, Victor: "God As The Ultimate Attachment Figurefor Older Adults", **Attachment & Human Development**, Vol 6, No 4, 2004, pp. 371 – 388.
- Cimilli, Can: “Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri”, Türk Nefroloji Diyaliz ve İnmsnlantasvon Deiwsı, (Çevrimiçi) <https://docplayer.biz.tr/7893736-Hemodiyalizin-psikiyatrik-yonleri.html>, 01.10.2019.
- Collins, N. L., S. J., Read: “Adult Attachment, Working Models, And Relationship Quality İn Dating Couples”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 58, No: 4, 1990, pp. 644-663.
- Coştu Yakup: “Dine Normatif Ve Popüler Yaklaşım “Bir Dini Yönelim Ölçeği Denemesi”, **Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C.8, No: 15, 2009, pp. 119-39.
- Cox, Daniel, Jones, Ribert P.: "America's Changing Religious Identity", 2016 American Values Atlas, Public Religion Research Institute, 9 June 2017, (Çevrimiçi) <https://www.prri.org/research/american-religious-landscape-christian-religiously-unaffiliated/>, 24.04.2019.
- Crowell, J., D. Treboux: “Attachment Security In Adult Partnerships” **Adult Attachment and Couple Psychotherapy**, Ed. by. Christopher Clulow, London, Brunner-Routledge Press, 2001, pp. 28-52.

- Cürcani, Mehtap: “Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Yaşam Kalitesi, Tedaviye Uyumluları Ve Yasadıkları Ruhsal Sorunlar Üzerine Etkisi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2008.
- Çakır, Ülkem: “Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Akut Böbrek Hasarı”, (Çevrimiçi) http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2013/Kongre27/Ulkem_Cakir.pdf, 29 Kasım 2017.
- Çelik, Halil Coşkun, Tarık Acar: “Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi”, **Fırat Tıp Dergisi**, Cilt 12, No: 1, 2007, ss. 23-27.
- Çelik, Hilal, Bilge N. Aydoğdu: “Duygu Odaklı Terapi: Psikoterapide Yeni Bir Yaklaşım”, **E-Kafkas Eğitim Araştırmaları Dergisi**, C. 5, No: 2, 2018, ss. 50-68.
- Çetinkaya, Selma, vd.: “Sivas İl Merkezinde Yaşayan Hemodiyaliz Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri”, **Türkiye Klinikleri Journal of Nephrology**, C. 3, No: 2, 2008, ss. 56-63.
- Çınar, Mehmet: “Yetişkin Ve Yaşlılarda Tanrı’ya Bağlama Tarzı Ve Ölüm Kaygısı İlişkisi Üzerine Bir Araştırma” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, 2015.
- Dadalı, Zeynep: “Hemodiyaliz, Prediyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009.
- Demirel, Cansu: “Yetişkinlerde Bağlanma Stillerinin Mutluluk, Yaşam Doyumu Ve Depresyon İle İlişkisinin İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2018.
- Deniz, M. Engin, Ercan Yılmaz: “Üniversite Öğrencilerinde Duygusal Zeka Ve Stresle Basa Çıkma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**, C.3, S. 25, 2006, s. 17-26.
- Diehl, Manfred, et. al.: “Adult Attachment Styles: Their Relations To Family Context And Personality”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 74, No: 6, 1998, pp. 1656-69.

- Diener E.: “Guidelines For National İndicators Of Subjective Well-Being And Ill being”. **Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being**, 7(4), 2006, p. 397-404.
- Diyanet İşleri Başkanlığı, Türkiye’de Dini Hayat Araştırması, Ankara, 2014, (Çevrimiçi) <https://serdargunes.files.wordpress.com/2013/08/tc3bcrkiye-de-dini-hayat-arastirmasi-2014.pdf>, 24.04.2019.
- Doğan, Büşra: “Ergenlerde Tanrı’ya Bağlanma Tarzları Ve Riskli Davranışlar Üzerine Bir Araştırma”, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, 2018.
- Doğu, Ömer Faruk: “Acil Serviste Akut Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Olguların Prospektif Analizi”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana Numune Araştırma Hastanesi, Adana, 2017.
- Durmaz Akyol, Asiye: “Yoğun Bakım Ünitesinde Uygulanan Sürekli Renal Replasman Tedavileri”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, C.13, No: 1, 2009, ss. 13-18.
- Durmuşoğlu Irmak, Beyza: “Yüksek Kaygı ve Depresyon Düzeyinin Evlilik Yaşamı İle İlişkisinin Değerlendirilemesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017.
- Ege, Remziye: “Anlam Alanı İçinde Sabrı Bir Tutum Olarak Yeniden Düşünmek”, **Dini Araştırmalar Dergisi**, C. 16, No: 43, 2013, ss. 67-86.
- Ekin, İbrahim Halil: “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Doyumu İle Benlik Saygısı İlişkisinin İncelenmesi Ve Tıbbi Sosyal Hizmet Müdahalesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019.
- Ekşi, Halil: “Başaçıkma, Dini Başaçıkma, Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2001.
- Emre, Habib: “Diyaliz Hastalarında Hastaneye Yatış Nedenlerinin Değerlendirilmesi”, Van Yüzüncüyıl Üniversitesi Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Van, 2013.

- Erdoğan, Ayla: “Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli, 2011.
- Erdoğan, Gözde: “Psikanalitik Kurama Göre Anne ve Çocuk Arasındaki İlk İlişkinin İncelenmesi” Nisan 2012, (Çevrimiçi) https://www.tavsiyeediyorum.com/makale_8768.htm, 10 Eylül 2018.
- Eritropoetin: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Eritropoetin>”, (çevrimiçi) 15 Mayıs 2018.
- Erol, Nilgün: Diyaliz Tedavisinde Başlanmayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları ile Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastaların Yaşam kalitelerinin Karşılaştırılması”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2010.
- Ersoy, F. Fevzi: “Hemodiyalizin Fiziksel Temelleri”, (Çevrimiçi) http://www.tsn.org.tr/folders/file/hemodiyalizin_fiziksel_temelleri.pdf, 11 Aralık 2017.
- Esen, Bennur, v.d.: “Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavilerine Göre Anksiyete ve Depresyonun Varlığı ve Etkileyen Faktörler”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, C.24, No: 3, 2015, ss. 270-277.
- Feeney, J. A.: “Adult Romantic Attachments And Couple Relationships”, **Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications**, Ed. by. J. Cassidy & P.R. Shaver , 3th ed., New York, Guilford Press, pp. 456-81.
- Feeney, J. A.: “Attachment Style, Communication Patterns and Satisfaction Across the Life Cycle of Marriage”, **Personal Relationships**, Vol:1, No: 4, 1994, pp. 334-348.
- Feeney Judith A. and Patricia Noller: “Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 58, No: 2, 1990, pp. 281-291.
- Fehr, Beverley: “Love: Conceptualization and Experience”, **Personality and Social Psychology**, Vol: 3, Ed. by. M. Mikulincer and P. R. Shaver, Washington, APA Handbooks in Psychology Press, 2014, pp. 495-522.

- Folkman, Susan, et. al.: “Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 50, No: 5, 1986, pp. 992-1003.
- Gable, Shelly L., et. al.: “What Do You Do When Things Go Right? The Intrapersonal and Interpersonal Benefits of Sharing Positive Events”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 87, No: 2, 2004, pp. 228–245.
- Gencer, Nevzat: “Hemodiyaliz Hastalarında Dindarlık Ve Öznel İyi Oluş”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hitit Üniversitesi, 2019.
- Girgin Yılmaz, Ayten: “Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz Hastalarında Depresyon, Kaygı, Benlik Saygısı ve Sosyal Uyumun Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması” Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 2014.
- Göcen, Gülüşan: “Şükür Ve Psikolojik İyi Olma Arasındaki İlişki Üzerine Bir Alan Araştırması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
- Göcen, Gülüşan: **Şükür: Pozitif Psikolojiden Din Psikolojisine Köprü**, İstanbul, Dem Yay., 2014.
- Gökçe, Seher: “Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 2010.
- Granqvist, Pehr: “Building A Bridge Between Attachment And Religious Coping: Tests Of Moderators And Mediators”, **Mental Health, Religion & Culture**, 8(1), March 2005, pp. 35–47.
- Granqvist Pehr, Berit Hagekull: “Religiousness and Perceived Childhood Attachment: Profiling Socialized Correspondence And Emotional Compensation”, **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 38, No: 2, 1999, pp. 254-73.
- Granqvist, P., B. Hagekull: “Religiosity, Adult Attachment, And Why “Singles” Are More Religious”, **International Journal for the Psychology of Religion**, Vol.10, No: 2, 2009, pp. 111-23.
- Granqvist, Pehr, Lee A. Kirkpatrick: “Attachment And Religious Representations And Behavior”: **Handbook Of Attachment: Theory, Research and Clinical**

- Application**, Ed. by. Jude Cassidy, P. R. Shaver, 3th ed., New York, Guildford Press, 2016, pp. 917-40.
- Green, Melinda A, et al.: “Eating Disorder Behaviors And Depression: A Minimal Relationship Beyond Social Comparison, Self-Esteem, And Body Dissatisfaction”, **Journal of Clinical Psychology**, 2009, Vol.65, No: 9, ss. 989-99.
- Green, Skorecki, K. J. Brenner B. M.: “Kronik Böbrek Yetmezliği”, **Harrison İç Hastalıkları Prensipleri**, çev: Yeksan M, H. Z. Tonbul, Çev. Ed. Yahya Sağlıker, C. 2, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, ss. 1551-62.
- Grossmann, Klaus E. & Karin Grossmann, “Mary Ainsworth: Our Guide To Attachment Research”, **Attachment and Human Development**, Vol.1, 1999, pp. 224-28.
- Güner Algan, Ayşegül, Gül Şendil: “Okul Öncesi Çocuklar ve Ebeveynlerinin Bağlanma Güvenlikleri İle Çocuk Yetiştirme Tutumları Arasındaki İlişkiler”, **Psikoloji Çalışmaları**, C.33, No: 1, 2013, ss. 55-68.
- Güney, İbrahim: “Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Mortalite Üzerine Etkisi”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, 2007.
- Güney, Sevgi, Temel Kalafat, Murat Boysan: “Dimensions of mental health: life satisfaction, anxiety and depression: a preventive mental health study in Ankara University students population”, **Procedia Social and Behavioral Sciences**, Vol. 2, No: 2, 2010, pp. 1210–1213.
- Gürdal, Cemile: “Erken Kayıplar, Bağlanma, Mizaç-Karakter Özellikleri Ve Duygu Düzenlemenin Psikopatoloji Üzerine Etkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.
- Güven, Metin: “Narsisizm Alçakgönüllülük Ve Dindarlık İlişkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, 2019.
- Hadislerle İslam I Rızık / Allah'Tan Gelen Nimet: M7430 Müslim, Zühd, 9, s. 643 (Çevrimiçi)
<https://hadislerleislam.diyaret.gov.tr/?p=kitap&h=Z%C3%BChd+9&i=1.1.643&t=0>, 10.10.2019.

- Hadislerle İslam IV Hasta Ziyareti / Şifa Bekleyen Kardeşin Hakkı; 23 T2087 Tirmizî, Tıb, 35, (Çevrimiçi)
<https://hadislerleislam.diyanet.gov.tr/?p=kitap&h=hasta&i=4.1.383&t=0>, 20.10.2019.
- Hadislerle İslam IV Hasta Ziyareti / Şifa Bekleyen Kardeşin Hakkı, İM1441 İbn Mâce, Cenâiz, 1, (Çevrimiçi)
<https://hadislerleislam.diyanet.gov.tr/?p=kitap&h=cenaiz%2C+1&i=4.1.379&t=0#sel=9:11,9:28>, 20.10.2019.
- Hadislerle İslam VII Hz. Peygamber Döneminde Tıp / Allah Her hastalığın Şifasını Vermişti; 73 M5741 Müslim, Selâm, 69, (Çevrimiçi),
<https://hadislerleislam.diyanet.gov.tr/?p=kitap&h=derman&i=7.1.340&t=0>, 10.10.2019.
- Hadislerle İslam VII Sağlık / En Büyük Nimet; 40 M6568 Müslim, Birr, 52, (Çevrimiçi) <https://hadislerleislam.diyanet.gov.tr/?p=kitap&i=7.0.445>, 10.10.2019.
- Hall, Tood W.: “Psychoanalysis, Attachment, and Spirituality Part I: The Emergence of Two Relational Traditions”, **Journal of Psychology and Theology**, Vol. 35, No: 1, 2007, pp. 14-28.
- Halle, Marie P., et. al.: “Epidemiological Profile Of Patients With End Stage Renal Disease İn A Referral Hospital İn Cameroon” **BMC Nephrology**, 16:59, 2015, 1-8.
- Hamarta, Erdal M. Engin Deniz, Neslihan Durmuşoğlu Saltalı: “Bağlanma Stillerinin Duygusal Zekâyı Yordama Düzeyi”, **Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri / Educational Sciences: Theory & Practice**, 9 (1), 2009, ss.195-229.
- Harry F. Harlow, Robert O. Dodsworth, Miargaret K. Harlow, “Total Social Isolation In Monkeys”, **Psychology**, Vol. 54, 1965, pp. 90-97.
- Harwood, R. L., J. G. Miller & N. L. Irizarry: **Culture and attachment: Perceptions of the child in context**, New York, Guilford Press, 1995.
- Hayta, Akif: **Allah’a Bağlanmak: Bağlanma Kuramı ve Tanrı Tasavvuru İlişkisi**, İstanbul, Onto Yay. 2017.

- Hazan, C. P., R. Shaver: “Romantic Love Conceptualized As An Attachment Process”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol. 52, No: 3, 1987, pp. 511-24.
- Hedayati, S. Susan, et. al.: “Death or Hospitalization of Patients on Chronic Hemodialysis is Associated with a Physician-based Diagnosis of Depression”, **Kidney International**, Vol.74, 2008, pp. 930–936.
- Heiler, F.: **Prayer A Study In The History And Psychology Of Religion**, New York: Oxford University Press. 1932, (Çevrimiçi) <https://archive.org/details/prayerastudyinth012715mbp/page/n305> 02.04.2019.
- Hill, Mary Kathleen: “Individual Attachment Styles and The Correspondence/Compensation Hypotheses In Relation to Depressive Experiences”, Unpublished Doctor Dissertation, University Of North Texas, August 2008.
- Hood, R.W. et. al.: R. **The psychology of religion: An empirical approach**, 2nd ed., New York: Guilford Press, 1996.
- Horozcu, Ümit: “Ruh Sağlığı Ve Din”, **Din Psikolojisi**, ed. M. Doğan Karacoşkun, 3. Bas. Ankara, Grafiker Yay, 2015.
- Hricik, Donald E. R., Tyler Miller: **Nefroloji Sırları**, çev: Gürkan Kazancı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004.
- Hür, Ender, et. al.: “The Relationship Between Bioimpedance-Measured Volume and Nutritional Parameters and Mortality in Hemodialysis Patients”, **Türk Neph Dial Transpl**, Vol.26, No: 2, 2017, pp.183-89.
- James, J. A.: “Patient Engagement: People Actively Involved In Their Health And Health Care Tend To Have Better Outcomes-And, Some Evidence Suggests, Lower Costs” **Project HOPE– The People-to-People Health Foundation Inc.** 2013.
- Kalender, Nurten: “Diyaliz Yeterliliğinin Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisinin Belirlenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, GATA, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010.

- Kara, Belgüzar: “Hemodiyalize Giren Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Öncelikli Sorunlardan Biri: Yaşam Kalitesi”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, C. 11, No: 5, 2012, ss. 631-638.
- Kara, Belgüzar: “Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım”, **Gülhane Tıp Dergisi**, C. 49, No: 2, 2007, ss 132-136.
- Kara, Bilge, vd.: “Geriatriklerde Ev Ortamı Ve Yaşam Memnuniyetinin Değerlendirilmesi Ve Düşme Korkusu İle İlişkisinin İncelenmesi”, **Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi**, C. 20, No: 3, 2009, s. 191.
- Karabulutlu, Elanur, Mehtap Tan: “Sapd (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi) Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi”, **Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. 8, No: 2, 2005, ss. 1-11.
- Karakaş, Ahmet Canan Mustafa Koç: “Stresle Başa Çıkma ve Dini Başa Çıkma Yöntemleri Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi”, **İnsan Ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi**, C. 3, No: 3, 2014, ss. 610-631.
- Karancı, Nuray, Gülay Dirik, Orçun Yorulma, “Eysenck Kişilik Anket -Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu’nun (EKA-GGK) Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, C. 18, No: 3, 2007, ss. 254-261.
- Karasar, Niyazi, **Bilimsel Araştırma Metodu**, Ankara, Hacettepe-Taş Kitapçılık, 1984.
- Karasar, Burcu: “Öğretmen Adaylarının Bağlanma Stilleri ve Sosyal Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki”, **Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 3(1), 2014, ss. 27-49.
- Kavla, Merve: “ Hemodiyaliz Hastalarında Beden İmajı Ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
- Kaya, İdil: “Bağlanma Stillerinin Evlilik Üzerine Etkisi”, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2009.
- Keller, Heidi: “Attachment and Culture”, **Journal of Cross-Cultural Psychology**, Vol:44, No: 2, 2012, pp. 175-94.

- Kesebir, Sermin Semine Özdoğan Kavzoğlu, Mehmet Fatih Üstündağ, “Bağlanma ve Psikopatoloji”, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, C. 3, No: 2, 2011, ss. 321-342.
- Kılıç, İlhan, İlhan Kurultak, Sedat Üstündağ: “Atypical Presentation of Rectus Sheath Hematoma in a Hemodialysis Patient: Recurrent Abdominal Pain After Dialysis Sessions”, **Turk Neph Dial Transpl**, 2017, Vol. 26, No: 2, pp. 222-24.
- Khilnai, Aneka: “Doing Well by Doing Good Benefits for the Benefactor”, **Gettysburg Social Sciences Review**, Vol. 2, No: 1, 2018, p. 27-38.
- Kimmel, Paul L., Rolf A. Peterson: “Depression in Patients with End-Stage Renal Disease Treated with Dialysis: Has the Time to Treat Arrived?”, **Clin J Am Soc Nephrol**, 2006, Vol.1, pp. 349-352.
- Kildahl, John P.: **The Psychology Of Speaking In Tongues**. Harper & Row, New York, 1972.
- Kirkpatrick, Lee A., Philip R. Shaver: “An Attachment-Theoretical Approach to Romantic Love and Religious Belief”, **Psychology Bulletin**, 18(3), 1992, pp. 266–275.
- Kirkpatrick, Lee A.: **Attachment, Evolution, and the Psychology of Religion**, New York&London, Guilford Press, 2005.
- Kirkpatrick, L. A., K. E. Davis: “Attachment Style, Gender, and Relationship Stability: A Longitudinal Analysis”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol.66, No: 3; 1994, pp. 502-12.
- Kirkpatrick, L. A., P. Shaver: “Attachment Theory and Religion: Childhood Attachments, Religious Beliefs, and Conversion”, **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol.29, No: 3, 1990, pp. 315-34.
- Kirkpatrick Lee A., Phillip R. Shaver: “An Attachment-Theoretical Approach to Romantic Love and Religious Belief”, **Personality and Social Psychology Bulletin**, 18: 266, 1992, pp. 266-275.
- Kirkpatrick, Lee A.: “Din Psikolojisinde Bağlanma Teorisi”, Çev: Mustafa Koç, **Bilimname**, X, 2006/1, ss. 133-172.
- Klein, Melanie: **Haset ve Şükran**, İstanbul, Metis Yayınları, 2011.

- Koç, Mustafa: “Ruh Sağlığı İle Dini Başa Çıkma Metodu Olarak Dua Ve İbadet Fenomeni Arasındaki İlişki Üzerine Psikolojik Bir Yaklaşım”, **Ekev Akademi Dergisi**, C. 9, No: 24, 2005, ss. 11-32.
- Koenig, H. G., K. I. Pargament and J. Nielsen: “Religious Coping And Health Status İn Medically İll Hospitalized Older Adults”, **Journal of Nervous and Mental Disease**, Vol. 186, No: 9, 1998, pp. 513–21.
- Konrath, Sara, et. al.: “Motives for Volunteering Are Associated With Mortality Risk in Older Adults”, *Health Psychology: American Psychological Association*, Vol. 31, No: 1, 2012, pp. 87-96.
- Körpe, Gülşah: “Plastik–Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Benlik Saygısı Ve Hemşirelik Yaklaşımı”, **Sağlık Akademisi Kastamonu**, 2(3): 2017, ss.223-231.
- Köse, Ali: “Sekülerleşme Teorileri Bağlamında Türkiye’de Din ve Modernleşme”, **Laik Ama Kutsal içinde**, Ed. Ali Köse, İstanbul, Etkileşim Yayınları, 2006, ss. 11-18.
- Köseler, Esra: “Kronik Böbrek Yetmezlikli Hepatiti Olan Ve Olmayan Diyaliz Hastalarının Beslenme Durumlarının, Bazı Biyokimyasal Bulgularının, İştah Ve Yaşam Kalite Düzeylerinin Belirlenmesi”, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2015.
- Kula, M. Naci **Bedensel Engellilik ve Dini Başa Çıkma**, İstanbul, Dem yayıncılık, 2005.
- Kur’an-ı Kerim Meali: Haz. Halil Altuntaş, Muzaffer Şahin, 20. Bas. Ankara, Diyanet İşleri Başkanlığı yay. 2010.
- Kurbun H, Akten İ. M, “HD Hastalarında Öz-Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, C. 27, No: 3, 2018, ss. 277-287.
- Kutner, Nancy G., et. al.: “Functional Impairment, Depression, and Life Satisfaction Among Older Hemodialysis Patients and Age-Matched Controls: A Prospective Study”, **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 2000, Vol.81, No: 4, pp. 453-459.

- Küçük, Leyla: “Diyaliz Hastalarına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete Depresyon ve Başetme Biçimlerine Etkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
- Lavalley, Loraine F., et. al.: “Development Of The Contentment With Life Assessment Scale (Clas): Using Daily Life Experiences To Verify Levels Of Self-Reported Life Satisfaction” **Social Indicators Research**, 83, 2007, pp. 201–244.
- Levy, Jeremy, J. Morgan, E. Brown: **Oxford Diyaliz El Kitabı**, çev: İhsan Usan, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002.
- Lim, Chaeyoon, Robert D. Putnam: “Religion, Social Networks, And Life Satisfaction” **American Sociological Review**, C.11, No: 5, 2010, pp. 914-933.
- Lishner, David, A., Eric L. Stocks: “ Helping and Well-Being: A Motivational Perspective”, **Subjective Well-Being and Life Satisfaction**, Ed. J. E. Maddux, New York & London, Routledge, 2018, pp. 184-209.
- Loewe, Nicolas, et. al.: “Life Domain Satisfactions as Predictors of Overall Life Satisfaction Among Workers: Evidence from Chile” **Spinger Soc Indic Res.**, Vol.118, No: 1, 2014, pp. 71–86.
- Lombardo, Patrick, et. al.: “The Fundamental Association Between Mental Health And Life Satisfaction: Results From Successive Waves Of A Canadian National Survey”, **BMC Public Health**, Vol. 18, No: 342, 2018, pp. 1-10.
- Lopes, Antonio A., v.d.: “Depression As A Predictor Of Mortality And Hospitalization Among Hemodialysis Patients İn Theunited States And Europe”, **Kidney International**, July 2002, Vol.62, No: 1, pp. 199–207.
- Lui, Hongxia: “Coping and Health-Related Quality of Life in Renal Transplant Patients”, Nashville, Unpublished Thesis of Doctorate, May 2006, https://www.researchgate.net/publication/277862534_Coping_and_Health-related_Quality_of_Life_in_Renal_Transplant_Patients, (çevrimiçi) 12 Aralık 2017.
- Luyckx, Valerie A, Marcello Tonelli, John W Stanifer: “The Global Burden Of Kidney Disease And The Sustainable Development Goals” **Bull World Health Organ**, Vol. 96, 2018, s. 414-22.

- Magai Carol, et. al., “Adult Attachment Styles And Emotional Biases” **International Journal of Behavioral Development**, 24 (3), 2000, pp. 301–309.
- Mahoney, Annette, et. al.: “Marriage and the Spiritual Realm: The Role of Proximal and Distal Religious Constructs in Marital Functioning”, **Journal of Family Psychology**, Vol. 13, No: 3, 1999, pp. 321-38.
- Main, M. & Solomon, J.: “Procedures For Identifying Disorganized/Disoriented Infants During The Ainsworth Strange Situation”, **Attachment In The Preschool Years**, Eds. M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings, Chicago, University of Chicago Press.,1990, pp. 121-160.
- Markus, H. R., & Kitayama, S.: “Culture And The Self: Implications For Cognition, Emotion, And Motivation”, **Psychological Review**, Vol: 98, No: 2, 1991, pp. 224-253.
- Mary Main, “Cross-Cultural Studies of Attachment Organization: Recent Studies, Changing Methodologies, and Concept of Conditional Stragies”, **Human Development**, Vol. 33, 1990, pp. 48-61.
- McDonald Angie, Richard Beck, Larry Norsworthy: “Attachment to God and Parents: Testing the Correspondence vs. Compensation Hypotheses”, **Journal of Psychology and Christianity**, 2005, Vol. 24, No: 1, pp. 21-28.
- McLaughlin, Kevin, et. al.: “Why Patients With ESRD Do Not Select Self-Care Dialysis as a Treatment Option”, **American Journal of Kidney Diseases**, Vol. 41, No: 2, 2003, pp. 380-385.
- Mehmedoğlu, Ali Ulvi: **Kişilik ve Din**, Değerler Eğitim Merkezi yay., 2004.
- Mehta, Ravindra L, et. al.: “International Society of Nephrology’s 0by25 initiative for acute kidney injury (zero preventable deaths by 2025): A human rights case for nephrology”, **Lancet**, Vol. 385, 2015, s. 2616-43.
- Mete, Hayriye Elbi: “Kronik Hastalık ve Depresyon”, **Klinik Psikiyatri**, 11(3), 2008, ss. 3-18.
- Mistik, Selçuk, Demet Ünalın, Bülent Tokgöz: “The Effect of Depression and Perceived Social Support Systems On Quality of Life In Dialysis Patients”, **Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal**, Vol. 26, No: 1, 2017, pp. 23-28.

- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R.: “Adult attachment in a nationally representative sample”, **Journal of Personality and Social Psychology**. Vol.73. No: 5, 1997, pp. 1092-1106.
- Mikulincer Mario, Philip R., Shaver: **Attachment in Adult**, New York&London, Guilford Press, 2007.
- Mishra, Shefali, Navdeep S. Tung, “Emotional And Behavioural Problems: Role Of Personal Factors Among Adolescents” **IAHRW International Journal of Sciences**, V.7, No: 1, 2019, pp. 86-89.
- Miyoglobinin: (Çevrimiçi) <http://www.tipfak.com/tip-terimleri-sozlugu/> 8 Aralık 2017.
- Mollaoğlu, Mukadder: “Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz Yeterlilik Durumu” **TAF Prev Med Bull**, 2011, Vol.10, No: 2, pp. 181-86.
- Mollaoğlu, Mukadder, S. Arslan: “Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, **Sağlık ve Toplum Dergisi**, 2003, Vol.13, No: 4, ss. 42-46.
- Munger, Karen A., et. al.: “The Renal Circulations and Glomerular Ultrafiltration”, David Pearce, et. al, “Aldosterone Regulation Of Ion Transport”, **Brenner & Rector’s The Kidney**, Ed. Barry M. Brenner, 9th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2012, pp. 94-138.
- Murat, Ayşe: “Yas ve Dini Başa Çıkma: Bir Klinik Örneklem Değerlendirmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, 2018.
- Murat, Ayşe, Muhammed Kızılgeçit: “Dini Başa Çıkma ve Psikopatoloji İlişkisi (Rize Örneği)”, **Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, C. 6, No: 11, 2017, ss. 111-51.
- Musick, M. A., J. Wilson: “Volunteering and Depression: The Role of Psychological and Social Resources in Different Age Groups.” **Social Science & Medicine**, Vol.56, No: 2, 2003, pp.259-69.
- Muz, Gamze, Rabiye Eğlence: “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi” **Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2013, C. 2, No: 1, ss. 15-21.

- Nahas, Meguid El: “The Global Challenge Of Chronic Kidney Disease”, **Kidney International**, 2005, Vol.68, pp. 2918-2929.
- Nar, Ali: “Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesinde Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmiş Hastalarda Etiyoloji Ve Prediktörlerin Belirlenmesi Ve Akut Böbrek Yetmezliği Evrelerinin Mortaliye Olan Etkisi”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, 2012.
- Türk Nefroloji Derneği, **Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon**, ed. Gütekin Süleymanlar, Kenan Ateş, Nurhan Sipahi, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2018.
- Nefroloji Derneği, “Böbreklerimiz ne işe yarar?”, (Çevrimiçi) <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/bniy.pdf>, 29.07.2019.
- Nielsen, Soren et. al.: “Anatomy Of The Kidney”, **Brenner & Rector’s The Kidney**, Ed. by. Maarten W. Taal, et. al., 19th ed., Philadelphia, Elsevier Saunders, 2012.
- Nurasikin, Mohamad Shariff, et. al., “Religiousness, Religious Coping Methods And Distress Level Among Psychiatric Patients In Malaysia” **International Journal of Social Psychiatry**, 59(4), 2012, p. 332-38.
- Ok, Elif Özlem Işıl: “Kronik böbrek hastalarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi”, **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi**, C. 10, No: 3, 2019, ss.181-189.
- Onat, Hasan: “İnsanın Anlam Arayışı Üzerine”, <http://hasanonat.net/index.php/57-insan-n-anlam-aray-s-uezerine>, 26 Nisan 2019.
- Ovayolu, Nimet vd.: “Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık Ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, C. 8, 2007, ss. 293-296
- Öğütmen, Melike Betül: “Akut Böbrek Yetmezliği”, **GKDA Dergisi**, C. 17, No: 2, 2011, ss. 25-33.
- Öksüz, Ergün, Simten Malhan: **Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri**, Ankara, Başkent Üniversitesi Yay., 2005.
- Özçelik, Zerrin: “Açık Kalp Cerrahisi Sonrası Akut Böbrek Yetmezliği Gelişme Sıklığı Ve Akut Böbrek Yetmezliği Gelişmesine Etki Eden Faktörler Retrospektif Çalışma”, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 2010.

- Özdemir, Ülkü, Sultan Taşçı: “Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım”, **ERÜ Sağlık Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.1 No: 1, 2012, ss. 57-72.
- Özer, Melek, Özlem Özsoy Karabulut: “Yaşlılarda Yaşam Doyumu” **Geriatric Dergisi**, C. 3. No: 2, 2003, s.72-74.
- Özkaraman, Ayşe vd.: “Hemodiyaliz Yapılan Kronik Böbrek Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, **Osmangazi Tıp Dergisi**, 38 (2), Mayıs 2016, ss. 51-61.
- Özşaker, Esmâ: “Organ Nakli ve Yaşam Kalitesi”, **Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2014, C.3, No: 3. ss.166-73.
- Pargament, Kenneth I.: **The Psychology of Religion and Coping**, New York, Guilford Press, 1997.
- Pargament, Kenneth I. et. al.: “Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors”, **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 37, No: 4, 1998, pp. 710-724.
- Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL.: “The Impact Of Social Support On End-Stage Renal Disease”, **Seminars in Dialysis**, Vol. 18, No: 2, 2005, pp. 98–102.
- Pavot, William: “The assessment of subjective well- being: Successes and shortfalls”, **The science of subjective well- being**, Eds. M. Eid, R. J. Larsen, New York, Guilford, 2008, pp. 124–140.
- Pavot, William, Ed. Diener: “Review of the Satisfaction With Life Scale” **Psychological Assessment**, Vol. 5, No: 2, 1993, ss.164-172.
- Pearce, David et. al.: “Aldosterone Regulation Of Ion Transport”, **Brenner & Rector’s The Kidney**, Ed. by., Barry M. Brenner, 9th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2012, pp. 202-25.
- Perlman, D., N. L. Stevens, and R. J. Carcedo: “Friendship”, **Personality and Social Psychology**, Vol.3, ed. M. Mikulincer and P. R. Shaver, Washington, APA Handbooks in Psychology Press, 2014, pp. 463-94.
- Pew Global Attitudes Project, Among Wealthy Nations: U.S. Stands Alone In Its Embrace of Religion, 19 December 2002, (Çevrimiçi) <https://www.pewglobal.org/2002/12/19/among-wealthy-nations/>, 24.04.2019.

- Pielage, Suzanne B., Frans Luteijn, Willem A. Arrindell: "Adult Attachment, Intimacy And Psychological Distress In A Clinical And Community Sample", **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 12, 2005, pp. 455-64
- Piliavin, Jane A., Erica Siegl: "Health Benefits of Volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study" **Journal of Health and Social Behavior**, Vol. 48, No: 4, December 2007, pp. 450-64.
- Posada, G., et.al., "The Secure-Base Phenomenon Across Cultures: Children's Behavior, Mothers' References, And Experts' Concepts", **Monographs of the Society for Research in Child Development**, Vol. 60, No: 2-3, 1995, pp. 27-48.
- Pulat, Fatih, Mehmet Emin Sarıkaya: **İnsanı Anlamanın Tarihi: Klasik Eserlerin İzinde Psikoterapi Pratiği**, İstanbul, Kanon Kitap, 2019.
- Quinn, Naomi, Jeannette Marie Mageo, "Attachment and Culture: A Introduction", **Cultural Perspectives On A Western Theory**, 8. Edt., Eds.: Naomi Quinn, Jeannette Marie Mageo, New York, Palgrave Macmillian, 2013, pp. 3-32.
- Radyokontrast:
http://www.biemilaC.com/htmldocs/biem/tedavi_alanlari/biem_ilac/5.html,
 (Çevrimiçi) 4 Aralık 2017.
- Ramsey, Meagan A., et. al.: "Parent-Child Relationships and Happiness Across Cultures", **Close Relationships and Happiness across Cultures**, Eds. Melikşah Demir, Nebi Sümer, Cham Switzerland, Springer, 2018, p. 41-54.
- Refahi, Zhaleh, et. al.: "The Relationship Between Attachment To God And Identity Styles With Psychological Well-Being İn Married Teachers", **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, Vol.174, No: 12, 2015, pp. 1922-1927.
- Reis, H. T. "Implications of attachment theory for research on intimacy", **Dynamics of Romantic Love: Attachment, Caregiving, and Sex**, eds. M. Mikulincer & G. S. Goodman, New York, Guilford Press, 2006, pp. 383-403.
- Reis, H. T., M. S. Clark, J. G. Holmes, "Perceived Partner Responsiveness As An Organizing Construct İn The Study Of Intimacy And Closeness" **Handbook of closeness and intimacy**, eds. D. J. Mashek, A. P. Aron, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, 2004, pp. 201–225.

- Robert, Schrier W: **Böbrek Elektrolit Hastalıkları**, çev: Gültekin Süleymanlar, Ankara, Güneş Kitabevi, 2005.
- Rothbaum, Fred, et. al., “Attachment and Culture: Security in the United States and Japan”, **American Psychologist**, Vol. 55, No: 10, 200, pp. 1093-1104.
- Rowatt, Wade C., Lee A. Kirkpatrick: “Two Dimensions Of Attachment To God And Their Relation To Affect, Religiosity, And Personality Constructs”, **Journal for the Scientific Study of Religion**, Vol. 41, No: 4, 2002, pp. 637-51.
- Sağır, Zeynep: “Suriyeli Kadın Mültecilerde Kültürel Uyum, Ruh Sağlığı Ve Din”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2018.
- Sanchez, Mariana: “The Influence Of Religious Coping On The Acculturative Stress Of Recent Latino Immigrants”, **Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work**, Vol. 21, 2012, pp. 171–194.
- Sarı, Tuba: “Üniversite Öğrencilerinde Romantik İlişkilerle İlgili Olmayan Akılcı İnançlar, Bağlanma Boyutları ve İlişki Doyumu Arasındaki İlişkiler” Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2008.
- Sarıcam, Hakan, Ismail Celik, Lütfiye Coskun: “The Relationship Between Emotional Intelligence, Hope And Life Satisfaction İn Preschool Preserves Teacher”, **International Journal of Research in Teacher Education**, Vol. 6, No: 1, 2015, pp. 1-11.
- Schmidt, Silke et. al.: “Attachment And Coping With Chronic Disease”, **Journal of Psychosomatic Research**, Vol. 53, No: 3, 2002, pp 763–773.
- Selçuk, Emre Ayşe Büşra Karagöbek, and Gül Günaydın: “Responsiveness As A Key Predictor of Happiness: Mechanisms and Unanswered Questions”, **Close Relationships and Happiness across Cultures**, Eds. Melikşah Demir, Nebi Sümer, Cham, Springer, 2018, pp. 1-18.
- Senchak, M., K. E., Leonard: “Attachment Styles and Marital Adjustment Among Newlywed Couples”, **Journal of Social and Personal Relationships**, Vol. 9, No: 1, 1992, pp. 51-64.
- Sever, Mehmet Şükrü: “Kalsimimetikler”, (Çevrimiçi) <http://www.tsn.org.tr/folders/file/Mehmet%20Sever.pdf>, 12.12. 2017.

- Seyahi, Nurhan, Kenan Ateş, Gültekin Süleymanlar: “Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, C.25, No: 2, 2016, ss. 135-141.
- Seyahi, Nurhan, Kenan Ateş, Gültekin Süleymanlar: “Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2015 Yılı Özet Raporu”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, C.26, No: 2, 2017, ss.154-160.
- Seyahi, Nurhan: “ Türk Nefroloji Derneği 2016 Yılı Türk Böbrek Kayıt Sistemi Raporu” (Çevrimiçi)
http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/34_ulusal_nefroloji_sunumlar/SALON%201/19%20EK%c4%b0M/08.30-09.20/1-%20NURHAN%20SEYAH%c4%b0/Registry_2016_sunum.pdf, 04.08.2019.
- Sezer, M. Tuğrul “Psikiyatrik Sorunlar”, (Çevrimiçi)
http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/psikiyatrik_sorunlar.pdf, 29.10.2019.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M “A Behavioral Systems Approach to Romantic Love Relationships: Attachment, Caregiving, and Sex” **The new psychology of love**, Ed. by. R. J. Sternberg, K. Weis, New Haven, Yale University Press, 2006, pp. 35-64.
- Sirgy, M. Joseph: **The Psychology of Quality of Life: Hedonic Well-Being, Life Satisfaction, and Eudaimonia**, Second edition, Cham, Springer Netherlands, 2012.
- Skirbekk, Gunnar Nils Gilje: **Felsefe Tarihi**, çev: Emrullah Akbaş, Şule Mutlu, İstanbul, Üniversite Kitabevi, t.y.
- Sneed, Rodlescia S., Sheldon Cohen: “A Prospective Study of Volunteerism and Hypertension Risk in Older Adults”, **Psychol Aging**, Vol. 28, No: 2, 2013, pp. 578-586.
- Soylu, Dilek: “Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, 2017, C.26, No: 2, ss. 215-221.

- Soysal, A. Şebnem, v.d.: “Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış”, **Klinik Psikiyatri Dergisi**, C.8, No: 2, 2005, ss. 88-99.
- Sperling, M. B., & Berman, W. H., “The Structure and Function of Adult Attachment”, **Attachment in Adults**, Ed. by. W. H. Berman, M. B. Sperling, New York, Guilford Press, 1994, pp. 1-30.
- Sroufe, L. Alan: “Attachment theory: A humanistic approach for research and practice across cultures”, **Attachment Across Clinical and Cultural Perspectives**, Ed. by. Sonia Gojman-de-Millan, Christian Herreman, and L. Alan Sroufe, London & New York, Routledge, 2017.
- Stein, Catherine H, et. al.,: “Making Meaning from Personal Loss: Religious, Benefit Finding, and Goal-oriented Attributions”, **Journal of Loss and Trauma**, Vol. 83, No: 2, 2009, pp. 83-100.
- Stein, Catherine H. Et. al.,: “The United States Economic Crisis: Young Adults’ Reports of Economic Pressures, Financial and Religious Coping and Psychological Well-Being”, **Journal of Family and Economic Issues**, Vol. 34, No: 2, 2013, pp. 200–210.
- Subaşı, Hacer: “Üniversite Öğrencilerinin Tanrı İle İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2012.
- Subaşı, Hacer: “Üniversite Öğrencilerinin Tanrı ile İlişkilerinin Bağlanma Kuramı Açısından Değerlendirilmesi” **Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi**, C.12, No: 3, 2012, pp. 175-98.
- Sungur, Murat, Cengiz Utaş: “Yoğun Bakım Ünitesinde Devamlı Renal Replasman Tedavisi”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, 2002, C.11, No: 1, ss. 1-7.
- Sümer, Nebi, Derya Güngör: “Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örnekleme Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma” **Türk Psikoloji Dergisi**, 1999, C.14, No: 43, ss. 71-106.
- Şahin, Sevil: “Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut–Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.

- Talas, Melek S., Nurhan Bayraktar: “Kidney Transplantation: Determination Of The Problems Encountered By Turkish Patients And Their Knowledge And Practices On Healthy Living”, **Journal of Clinical Nursing**, C.13, No: 5, 2004, ss. 580-88.
- Tan, Mehtap vd., “Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, **Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. 8, No: 2, 2005, ss. 32-39.
- Tanrıverdi, Mehmet, Halis A. Karadağ, Esra Ş. Hatipoğlu: “Kronik Böbrek Yetmezliği”, **Konuralp Tıp Dergisi**, 2010, C.2, No: 2, ss. 27-32.
- Tarhan, Nevzat: **Duyguların Psikolojisi**, 18. Bas. İstanbul, Timaş Yay., 2015.
- Temiz, Gökhan: “ Böbrek Yetmezliği Belirtileri Nelerdir? Nasıl Tedavi Edilir?” <https://www.memorial.com.tr/saglik-rehberleri/bobrek-yetmezligi-belirtileri-nelerdir-nasil-tedavi-edilir/>, 03.08.2019.
- Tepeli Temiz, Zahide, Itir Tari Comert: “The Relationship Between Life Satisfaction, Attachment Styles, and Psychological Resilience in University Students”, **Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences**, Vol. 31, No: 3, 2018, pp. 274-283.
- Terzi, Şerife, Zeynep Cihangir Çankaya: “Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Olmayı Ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Yordama Gücü”, **Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi**, C. 4, No: 31, 2009, ss. 1-11.
- Theofilou, Paraskevi: “Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis or Peritoneal Dialysis Treatment”, **J Clin Med Res.**, Vol. 3, No: 3, 2011, pp. 132–138.
- Tibbes, Clint: **Religious Experience of the Pneuma**, Eugene, Wipf & Stock, 2012.
- Top, Mehmet Şerif, Salih Yaşar Özden, Meltem Efe Sevim: “Psikiyatride Yaşam Kalitesi”, **Düşünen Adam Dergisi**, C. 16, No: 1. 2003, ss. 18-23.
- Top, Özlem: “Trakya Üniversitesi Diyaliz Ünitesinde Takip Edilen Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Araştırılması”, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2015.
- Topbaş, Eylem: “Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri Ve Evrelere Özgü Bakımı”, **Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, 2015, C.10. No: 1, ss. 53-59.

- Topbaş, Eylem, Gülay Bingöl, “Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri”, **Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi**, 1 (12), 2017, ss. 36-42.
- Toprak, Özlem: “Trakya Üniversitesi Diyaliz Ünitesinde Takip Edilen Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Araştırılması, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı”, Edirne, 2015.
- Toraman, Aysun: “Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Malnutrisyon ve Ekokardiyografik Parametreler ile İlişkisi”, **CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 2016, C.3, No: 2, ss. 419-423.
- Tuğlacı, Pars: **Tıp Lügatı**, İstanbul, İsmail Akgün Matbaası, 1964.
- Turgay, Gülay, Emre Tural, Siren Sezer: “Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon ve Komorbidite Yönünden Değerlendirilmesi”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, C. 26, No: 3, 2017, ss. 311-16.
- Türkiye Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, “Türkiye Böbrek Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)” Ankara, 2014; (Çevrimiçi)
http://www.nefroloji.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf, 02.08.2019.
- Türkiye Sağlık Bakanlığı: Dünya Sağlık Örgütü, “Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025”, s. 15 (Çevrimiçi)
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf?ua=1, 04.08.2019.
- Türk Nefroloji Derneği: **Böbrek Fizyopatolojisi**, ed. Turgay Arınsoy, Özkan Güngör, İsmail Koçyiğit, Reaktif yay., 2017.
- Türk Nefroloji Derneği: **Transplantasyon Nefrolojisi: Pratik Uygulama Önerileri**, E. Aydın Türkmen, Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic., Ankara, 2016.

- Türkan, Mevlüde, Sergender Sezer: “Yaşlı Yoksulluğun Yarattığı Sosyal ve Psikolojik Sorunlar: Muğla Örneği”, **Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C. 4, No: 4, 2017, ss 35-57.
- Türkmen, Aydın: “Periton Diyalizi”, **Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi**, C.6, No: 1, 2008, ss. 7-10.
- Uchino, Shigehiko et. al.: “Continuous Renal Replacement Therapy: A Worldwide Practice Survey”, **Intensive Care Med.**, 2007, Vol. 33, ss.1563-70.
- United States Renal Data System, “United States Renal Data System Annual Data Report 2015”, Volume 2, End Stage Renal Disease in the United States, p. 293, (Çevrimiçi) https://www.usrds.org/2015/download/vol2_USRDS_ESRD_15.pdf, 10 Aralık 2017.
- United States Renal Data System, “2017 ADR Chapters: Chapter 1: CKD in the General Population” (Çevrimiçi) https://www.usrds.org/2017/view/v1_01.aspx, 04.08.2019.
- Unsar, Serap, Ozgul Erol, Mukaddes Mollaoglu: “The Self-Care Agency in Dialyzed Patients”, **Dialysis & Transplantation**, February 2007;36 (2), pp. 57-70.
- Uysal, Veysel vd.: “Dinî Başa Çıkma ile Umut, Hayat Memnuniyeti ve Psikolojik Sağlık Arasındaki Etkileşim Üzerine Bir Araştırma”, **Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi**, Cilt-No 52, 2017, ss. 139-160.
- Ülkü, Sıral, Nimet Bilgin: “Stres (Psikolojik Zorlanma)”, (Çevrimiçi) <http://egitimvebilim.ted.org.tr/index.php/EB/article/view/5738>, 23 Nisan 2019.
- Ünal, Gülseren, Ayşegül Bilge: “Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”, **Ege Tıp Dergisi**, C.44, No: 1, 2005, ss. 35 – 38.
- Üstündağ, Hülya v.d.: “Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi”, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, C.2, S. 6, 2007, ss. 117-26.
- Ward, Andrew M.: “The Relationship Between Religiosity and Religious Coping to Stress Reactivity and Psychological Well-Being”, (Çevrimiçi) https://scholarworks.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1042&context=cps_diss, 03.10.2019.

- Weinfield, Nancy S., L. Alan Sroufe, and Byron Egeland: “Attachment From Infancy To Early Adulthood In A High-Risk Sample: Continuity, Discontinuity, and Their Correlates”, **Child Development**, Vol. 71, Number 3, May/June 2000, pp. 695-70.
- Wilcox, W. Bradford, Nicholas H. Wolfinger: “Living and Loving “Decent”: Religion and Relationship Quality among Urban Parents”, **Social Science Research** , 37(3), 2008, pp. 828–843.
- Willits, Fern K. Donald M. Crider: “Religion And Well-Being: Men And Woman İn The Middle Years”, **Review of Religious Research**, Vol. 29, No: 3, 1988, pp. 281-294.
- Wolfinger, Nicholas H., W. Bradford Wilcox: “Happily Ever After? Religion, Marital Status, Gender and Relationship Quality in Urban Families”, **Social Forces**, Vol. 86, No: 3, 2008, pp. 1-27.
- World Health Organization, “Mental Health: A State Of Well-Being”, (Çevrimiçi) https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/, 04.07.2019.
- Vatan, Sevginar: “Duyguların, Duygu Düzenlemenin, Obsesif İnançların, Düşüce Kontrolünün ve Bağlanmanın, Obsesif Kompulsif Bozukluktaki Farklı Belirtilerdeki Rollerın İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014.
- Yaman, Zeliha, Mualla Yılmaz: “Böbrek Nakli Sonrası Bireylerde Görülen Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı”, **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi**, C.18, No: 1, 2014, ss.22-28.
- Yapıcı, Asım: **Ruh Sağlığı ve Din**, 2. Bas. Adana, Karahan Kitabevi, 2013.
- Yavuz, Demet, Rahman Yavuz, Alparslan Altunoğlu: “Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar” **Turkish Medical Journal**, C. 6, No: 1, 2012, ss. 33-37.
- Yavuz, Elvan: “Diyaliz Hastalarının Aile İşlevselliğinin İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
- Yıldız, Banu: “Güvenli Bağlanma Stili Kazandırma Yönelimli Psikoeğitim Programının Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Akademik Erteleme

- Üzerindeki Etkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, 2017.
- Yıldız, Murat: “Bağlanma Kuramı Açısından Yaşlılık Dönemine Genel Bir Bakış”, **CÜ Sosyal Bilimler Dergisi**, C. 36, No: 1, Haziran 2012, ss. 1-30.
- Yiğit, Vahit: “Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme: Türkiye’de Diyaliz ve Böbrek Transplantasyonu Tedavi Yöntemlerinin Maliyet Etkililik Analizi” Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2013.
- Yüksel, Arif, Erhan Ergin, Vatan Barışık: “Yılan Sokması Sonucu Dissemine İntravasküler Koagülasyon ve Akut Böbrek Yetmezliği Gelişimi” **Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, C.23, No: 1, 2009, ss. 337-39.
- Zengin, Oğuzhan, Buğra Yıldırım: “Hemodiyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Algıları”, **Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi**, C.26, No: 1, 2017, ss. 67-73.
- Zimmermann, Peter, et. al.: “Attachment And Adolescents’ Emotion Regulation During A Joint Problem-Solving Task With A Friend”, **International Journal of Behavioral Development**, Vol. 25, No: 4, halpp. 331-43.

EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

EK-2: Etik Onay Belgesi

Ek-3: Sağlık Kurumlarından Alınan Araştırma İzin Belgeleri

EK-1 : Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışma, Diyaliz hastasının yetişkinlerle ve Allah’la arasında ne tür bir ilişki geliştirdiğini, hangi dini başa çıkma tarzını tercih ettiğini ve yaşam memnuniyetinin ne düzeyde olduğunu analiz etmek amacıyla yapılmakta olup sizin değerli görüşlerinize başvurulmaktadır.

Soruları cevaplandırma hususunda göstereceğiniz gayret ve samimiyet araştırma sonuçlarının sağlıklı olması için son derece önemlidir.

Dolayısıyla bütün soruları dikkatle okuyarak seçeneklerden görüşlerinizi en iyi yansıtan ifadeyi işaretlemenizi rica ederiz. Anket sorularına vereceğiniz cevaplar, tamamen bilimsel veri oluşturma amaçlı kullanılacaktır.

Lütfen anket formuna isim veya herhangi bir rumuz yazmayınız.

Değerli görüşlerinizi bizimle paylaşmak suretiyle araştırmaya yapmış olduğunuz önemli katkıya ve ilginize en içten dileklerle teşekkür ederim.

Arş. Gör. Fatma SAĞLAM DEMİRKAN

1- Kaç yaşındasınız?

2- Cinsiyetiniz nedir?

a- Kadın b- Erkek

3- Medeni haliniz

a- Bekar b- Evli c- Diğer.....

4- Eğitim durumunuz nedir?

a- Okuryazar değil b- İlkokul c- Ortaokul d- Lise e- Lisans ve üstü

5- Ne kadar süredir diyaliz tedavisi alıyorsunuz?

a- 0-1 yıl b- 2-5 yıl c- 6-10 yıl d- 11-15 yıl e-16-20 yıl e- 21 yıl ve üzeri

6- Hangi ilde yaşıyorsunuz?

a- Kars b- İstanbul c- Kayseri d- Manisa e- Diğer

7- Yaşamınızın çoğunu nerede geçirdiniz?

a- Köy-Kasaba b- İlçe c- Şehir d- Büyükşehir

8- Ailenizin maddi durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a- İhtiyaçlarımızı karşılamada sıkıntısı yaşıyoruz.

b- Sadece ihtiyaçlarımızı karşılayabiliyoruz

c- Genel olarak ihtiyaçlarımızı karşılıyoruz.

d- Dilediğimiz, isteğimiz her şeyi alabiliyoruz.

9- Dindarlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a- Çok dindar b- Dindar c- Dine ilgilisi az d- Dine ilgilisi olmayan

10- Diyaliz tedavisine başladıktan sonra dindarlık durumunuzda değişim olup olmadığı hakkında ne düşünüyorsunuz?

a- Olumlu yönde değişim oldu b- Bir değişim olmadı c- Olumsuz yönde değişim oldu

11- Genel olarak duygu durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

a- Ümitli b- Neşeli c- Huzurlu d- Karamsar e- Endişeli d- Huzursuz

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bazen Katılmıyorum	Kararsızım	Bazen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5	6	7
2	Yaşamımı dolu dolu yaşıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
3	Yaşamımı bir bütün olarak değerlendirdiğimde hedeflerime ulaşamadığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
4	Yapmak istediğim her şeyi yapamadığım için yaşamımdan memnun değilim.	1	2	3	4	5	6	7
5	Yaşamımda şu anda her şey yolunda gidiyor.	1	2	3	4	5	6	7

Lütfen aşağıdaki ifadelerden sizin için en uygun olanını (x) işaretini kullanarak belirtiniz.

İnsanlarla yakın ilişki kurmaktan rahatsız olurum. İnsanlara pek güvenmem ve bağlanmam. Birisi benimle yakınlık kurmak istediğinde tedirgin olurum. (.....)

İnsanlar bana karşı mesafelidir. Arkadaşlarımdan beni sevmediğini veya benimle vakit geçirmek istemediğini düşünürüm. Başka insanlarla kaynaşmak isterim fakat bu arzum insanları bazen korkutup benden kaçmalarına sebep olur (.....)

İnsanlarla kolayca yakınlık kurarım. Herkese rahatça bağlanabilir ve onların bana bağlanmasına izin veririm. İnsanlar benimle kolayca yakınlık kurabilir. Terkedilmekten endişe duymam (.....)

Lütfen aşağıdaki ifadelerden sizin için en uygun olanını (x) işaretini kullanarak belirtiniz.

Allah'ın bana uzak olduğunu, benim problemlerime kayıtsız kaldığını, beni gözetmediği ve beni sevmediğini düşünüyorum (.....)

Aslında Allah'ın beni gözeteceğine, beni seveceğine ve dileklerimi kabul edeceğine inanıyorum. Ama bu hissi bir türlü yakalayamıyorum (.....).

Allah beni sever ve gözetir. Beni hep korur. Allah ile olan ilişkim her zaman güven vericidir. O'ndan her zaman razıyım (.....).

	Aşağıda yer alan ifadeleri okuduktan sonra, hayatta bir problemle karşılaştığınızda genel olarak nasıl davrandığınızı düşünerek durumunuzu en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz. 1: Hemen hemen hiç yapmadım 2: Arada sırada yaptım 3: Orta derecede yaptım. 4: Sıklıkla yaptım.				
1	Zor zamanlarımda Allah ile daha sıkı bir bağ kurmaya çalıştım.	1	2	3	4
2	Zor zamanlarımda böyle bir olayla Allah'ın bana nasıl güç	1	2	3	4
3	İyi bir kul olmadığım için cezalandırıldığımı hissettim.	1	2	3	4
4	Bu işe şeytanın sebep olduğuna karar verdim.	1	2	3	4
5	Allah'ın gücünden / kudretinden şüpheye düştüm.	1	2	3	4
6	Zor zamanlarımda Allah'tan sevgi ve şefkat diledim.	1	2	3	4
7	Allah'ın beni sevip sevmediğinden şüpheye kapıldım.	1	2	3	4
8	Öfkemi gidermesi için Allah'tan yardım diledim.	1	2	3	4
9	Günahlarımın affedilmesini diledim.	1	2	3	4
10	Allah'ın beni yalnız bıraktığından endişelendim.	1	2	3	4
11	Planlarımı Allah'ın yardımıyla hayata geçirmeye çalıştım.	1	2	3	4
12	Dindar kardeşlerimin/ dini kurumların beni terk etmesinden	1	2	3	4
13	Sorunlarımı dert edinmeyi bırakmak için kendimi dine verdim.	1	2	3	4
14	Allah tarafından cezalandırmayı hak edecek ne yaptığımı	1	2	3	4

EK-2 : Etik Onay Belgesi

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU PROJE DEĞERLENDİRME FORMU

Proje Adı: "Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam"

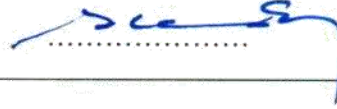
Gönderildiği Tarih :07.06.2018

Teslim Tarihi : 08.06.2018

Değerlendirenin Adı Soyadı: Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığı Adına

Prof. Dr. Selçuk URAL

İmza :



Bu Proje uygundur: **X**

Gerekçe/Açıklama :

Araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, projede herhangi bir değişiklik olmadığından çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığı kanaatine varılmıştır.

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ:08.06.2018

TOPLANTI SAYISI: 05

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Prof. Dr. Selçuk URAL Başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR 02

Arş.Gör. Fatma SAĞLAM tarafından yürütülen “Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam” isimli proje için daha önce yürütücüsü ve adı belirtilen proje için araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu oy birliği ile karar vermiştir. Söz konusu projeye Etik Kurul Onay Belgesi verilmesi ile ilgili husus görüşüldü.

Yapılan görüşmelerden sonra; Yukarıda yürütücüsü ve adı belirtilen projede herhangi bir değişiklik olmadığından çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, adı geçene **Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Onay Belgesi** verilmesi isteğinin kabulüne,

Oybirliğiyle karar verildi.

Prof. Dr. Selçuk URAL Etik Kurul Başkanı	İMZA	Prof. Dr. Yavuz ÖZTÜRKLER Etik Kurul Üyesi	İMZA
Prof. Dr. Adem ÜZÜMCÜ Etik Kurul Üyesi	İMZA	Prof. Dr. Vedat BARAN Etik Kurul Üyesi	İMZA
Prof. Dr. Engin KILIÇ Etik Kurul Üyesi	İMZA	Prof. Dr. Emine ATAKİŞİ Etik Kurul Üyesi	İMZA
Prof. Dr. Sevil BADALOVA Etik Kurul Üyesi	İMZA		

Raportör	Öğr.Gör. Sadiye Birsen BUDAK	İMZA
----------	------------------------------	------

ASLININ AYNIYDIR
05.06.2018

Öğr.Gör. Sadiye Birsen BUDAK
Hukuk Müşaviri V.

EK-3 : Sağlık Kurumlarından Alınan Araştırma İzinler



T.C.
KARS VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

KARS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KARS İZLEME
DEĞERLENDİRME VE DENETİM BİRLİĞİ
14/09/2018 13:43 - 71364610 - 663.03 - E.40



Sayı : 71364610-663.03
Konu : Bilimsel Araştırmalar Hk.

KARS HAKANİ DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Müdürlüğümüz bilimsel araştırma komisyonu tarafından değerlendirilen Arş.Gör.Fatma SAĞLAM 17.09.2018 ve 17.09.2019 tarihleri arasında yapacağı "Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam"adlı yüksek lisans tez çalışmasının(Anket Uygulaması) Kars Hakanı Devlet Hastanesi'nde yapması hususunda bir engel görülmemiş olup.İlgili izin taraflarca kabul edilen tarihlerle sınırlıdır.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Zakir LAZOĞLU
İl Sağlık Müdürü

KARS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol Kars İl Sağlık Müdürlüğü ile Arş.Gör.Fatma SAĞLAM arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:

Kars Harakani Devlet Hastanesi

Çalışmanın Adı: "Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Arş.Gör.Fatma SAĞLAM

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Kars İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personeline de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **kitapçık** halinde Kars İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel yada yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.
- 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması ve Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Mahremiyeti Yönetmeliği çerçevesinde ve kimlik bilgilerinden arındırılmış olarak kullanılması gerekmektedir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumumuzda 1 yıl süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** 17 Eylül 2018 /**Bitiş** 17 Eylül 2019
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Kars İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Kars İl Sağlık Müdürlüğüne; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Kars ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezaî müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

12/09/2018
Arş.Gör.Fatma SAĞLAM

12/09/2018
Uz. Dr. Hasan ALTUN
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı



OLUR
12/09/2018
Uz. Dr. Hasan ALTUN
İl Sağlık Müdürü V.



T.C.
ARDAHAN VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ardahan Devlet Hastanesi

ARDAHAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ARDAHAN
DEVLET HASTANESİ
29/11/2018 08:56 - 72580394 - 702.99 - E.6072



Sayı : 72580394-702.99
Konu : Arş.Gör.Fatma SAĞLAM
DEMİRKAN HK.

ARDAHAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 16/10/2018 tarihli ve 74764786-929-1129 sayılı yazınız.

İlgi yazı incelenmiş olup, Kafkas Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Felsefe ve Din Bilimleri Bölümü Öğretim Elemanı Fatma SAĞLAM DEMİRKAN'ın Hastanemizde "Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam" adlı tez araştırmasını yapması Başhekimlik Makamınca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uz.Dr.Birand TANERİ
Başhekim

Öncelikli muayene için ALO 182 veya mhrs.gov.tr. adresinden randevu alabilirsiniz.
Ardahan Devlet Hastanesi İnönü Mah.Kongre Cad. Su Göze Mevki Göle Yolu Üzeri
Ardahan
Faks No:4782113112

e-Posta:yakup.ertunc@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yakup.ertunc@saglik.gov.tr Tel: 0478
211 30 44 -1030 Fax:0478 211 31 12

Bilgi için:Yakup ERTUNÇ

Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL

Telefon No:4782112821

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a63e3b92-4e92-40af-bae1-d895a77b585e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof.Dr.Hüsnü KAPU tarafından 11.12.2018 tarihinde e-imzalanmıştır.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



ANEMON DİYALİZ MERKEZİ



15.11.2018

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ İLAHİYAT FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Fakültenizde Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalında
Arş.Gör.Fatma Sağlam Demirkan 'ın İstanbul Üniversitesinde " Diyaliz
Hastalarında Manevi Yaşam " adlı doktora tez araştırması için diyaliz
merkezimize başvurmuştur. Başvuru evrakları incelenmiş olup
kurumumuzda bilimsel çalışma yapması uygundur.
Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Genel Müdür
HAKAN ORMAN

MEDİKAL TEKNİK SAĞ. ARAÇ
ve Tıbbi Malz. San. İnş. ve İnş.
Malz. Tic. Ltd. Şti.
Güzelyurt Mh. 5764 Sokak No:2/A MANİSA
Tel:0236 233 87 77 Faks:0236 233 85 99
Mesir V.D.613 010 9733

Güzelyurt Mahallesi 5764 Sokak No:2/A Yunusemre / MANİSA
Telefon: (0236) 233 87 77 Faks: (0236) 233 85 99
e-mail: medikalteknik@hotmail.com

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ İLAHİYAT FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

25.11. 2018

Kafkas Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Fatma SAĞLAM DEMİRKAN "Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam" adlı doktora tez çalışmasında, kurumumuzda tedavi gören hastalara anket uygulamak amacıyla araştırma izni talebinde bulunmuştur. Başvuru evrakları kurumumuz yetkilileri tarafından incelenmiş olup ilgili bilimsel araştırmanın kurumumuzda yapılması uygun olduğu kararına varılmıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Özel Erdem Hastahanesi Diyaliz Merkezi

Mesul Müdürü



KAFKAS ÜNİVERSİTESİ İLAHİYAT FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

25.11. 2018

Kafkas Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Fatma SAĞLAM DEMİRKAN “Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam” adlı doktora tez çalışmasında, kurumumuzda tedavi gören hastalara anket uygulamak amacıyla araştırma izni talebinde bulunmuştur. Başvuru evrakları kurumumuz yetkilileri tarafından incelenmiş olup ilgili bilimsel araştırmanın kurumumuzda yapılması uygun olduğu kararına varılmıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Özel Çamlıca Erdem Diyaliz Merkezi
Mesul Müdür

Uzm. Dr. A. Serdar FENERCİOĞLU
Özel Çamlıca Erdem Diyaliz Merkezi
Mesul Müdür
İç Hastalıkları Uzmanı
Dip. Tes. No: 54159



KAFKAS ÜNİVERSİTESİ İLAHİYAT FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Kafkas Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Fatma SAĞLAM DEMİRKAN “Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam” adlı doktora tez çalışmasında, kurumumuzda tedavi gören hastalara anket uygulamak amacıyla araştırma izni talebinde bulunmuştur. Başvuru evrakları kurumumuz yetkilileri tarafından incelenmiş olup ilgili bilimsel araştırmanın kurumumuzda yapılması uygun olduğu kararına varılmıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

19/11/2018

Dr Harun AKTAŞ
Almet Diyaliz Merkezi



KAFKAS ÜNİVERSİTESİ İLAHİYAT FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Kafkas Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Fatma SAĞLAM DEMİRKAN “Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam” adlı doktora tez çalışmasında, kurumumuzda tedavi gören hastalara anket uygulamak amacıyla araştırma izni talebinde bulunmuştur. Başvuru evrakları kurumumuz yetkilileri tarafından incelenmiş olup ilgili bilimsel araştırmanın kurumumuzda yapılması uygun olduğu kararına varılmıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

16/11/2018

Kurum Yetkilisi

**ÖZEL UMUT TEDAVİ HİZMETLERİ**
SAN. TİC. LTD. ŞTİ.
Kocuk Ali Mah. Bahçiv. 1. Sok. No: 2/3
Melikgazi/Kayseri
EĞİYES M.D. T.C. No: 892 026 13 48


Dr. Orhan NORTUŞCUOĞLU
Özel Umut Diyaliz Merkezi
Mesul Müdürü

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ İLAHİYAT FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Kafkas Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Fatma SAĞLAM DEMİRKAN “Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam” adlı doktora tez çalışmasında, kurumumuzda tedavi gören hastalara anket uygulamak amacıyla araştırma izni talebinde bulunmuştur. Başvuru evrakları kurumumuz yetkilileri tarafından incelenmiş olup ilgili bilimsel araştırmanın kurumumuzda yapılması uygun olduğu kararına varılmıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

19.11.2018

Dr. Bahattin KOCA

Sorumlu Hekim
Dip. No: 131569 Sınıf No: 2588
Özel Saniye Hastane Med. Fak.
Saniye Koca - 12.385024

Kurum Yetkilisi

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ İLAHİYAT FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Kafkas Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Fatma SAĞLAM DEMİRKAN “Diyaliz Hastalarında Manevi Yaşam” adlı doktora tez çalışmasında, kurumumuzda tedavi gören hastalara anket uygulamak amacıyla araştırma izni talebinde bulunmuştur. Başvuru evrakları kurumumuz yetkilileri tarafından incelenmiş olup ilgili bilimsel araştırmanın kurumumuzda yapılması uygun olduğu kararına varılmıştır.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

22/11/2018

Kurum Yetkilisi


DURU DİYALİZ MERKEZİ
GELİŞİM SAĞLIK HİZ. SAN. TİC. AŞ.
Yenidogan Mah. Matbaacılar Sit. 2. Blok
No: 23 Kocasinan/KAYSERİ
Tel : 0352 332 54 53 Fax: 0352 3332 60 22
Mimarsinan V.D. 5400 383 711

ÖZGEÇMİŞ

Lisans: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi /Fen-Edebiyat Fakültesi / Felsefe Bölümü

Lisans: Anadolu Üniversitesi/ Açıköğretim Fakültesi / Sosyoloji

Tezsiz Yüksek Lisans: Gazi Üniversitesi / Eğitim Bilimleri Enstitüsü / Felsefe Grubu Öğretmenliği

Tezli Yüksek Lisans: Gazi Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü /Felsefe Anabilim Dalı - Edward Hallet CARR’ın Tarih Anlayışı

Doktora: İstanbul Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü /Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı / Din Psikolojisi Bilim Dalı – Diyaliz Hastalarında Bağlanma Dini Başa Çıkma ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma

Görev Yaptığı Kurum:

Kafkas Üniversitesi İlahiyat Fakültesi / Araştırma Görevlisi / 2015 -

Yayınlar

- 1- SAĞLAM Fatma, “Toplumsal Cinsiyet ve Kadın” Kitap İncelemesi Kafkas Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Cilt 3 Sayı 6 (2016), ss. 83-89, ISSN 2148-8177
- 2- SAĞLAM Fatma, “Zihinsel Engelli Bireylerde Allah Algısı” I. Uluslararası Engellik ve Din Sempozyumu, İstanbul, Kasım 2016, ss. 387-402, ISBN 978-605-9883-55-9
- 3- SAĞLAM Fatma, “Hayatın Anlamı ve Kendini Gerçekleştirme Olgusu” 2. Avrasya Pozitif Psikoloji Kongresi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Mayıs 2017 Program Bildiri Kitapçığı s.107
- 4- SAĞLAM Fatma, “Harakani’nin Nuru’l-ulum Eserinin Biyopsikososyal Açıdan İncelenmesi” III. Uluslararası Ebu’l Hasan Harakan-i Sempozyumu, İlbey Matbaa, Kars 2017, s. 38-39 ISBN 35947